**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

GEOVANA MAGALHÃES FERECINI

**Aprendendo e ensinando sobre os cuidados com o filho
premature: a vivência de mães em um programa de
educação em saúde**

Orientadora: Carmen Gracinda Silvan Scochi

**Ribeirão Preto
2008**

GEOVANA MAGALHÃES FERECINI

**Aprendendo e ensinando sobre os cuidados com o filho
premature: a vivência de mães em um programa de
educação em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.
Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública
Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente

Orientadora: Carmen Gracinda Silvan Scochi

Apoio: Bolsa de Demanda Social

**Ribeirão Preto
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Central do *Campus* Administrativo de Ribeirão Preto/USP

Ferecini , Geovana Magalhães

Aprendendo e ensinando sobre os cuidados com o filho prematuro: a vivência de mães em um programa de educação em saúde. Geovana Magalhães Ferecini; orientadora Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi - Ribeirão Preto, 2008.

178: il.: XXcm

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

1. Educação em saúde 2. Prematuro 3. Cuidados 4. Enfermagem Neonatal.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Geovana Magalhães Ferecini

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Linha de pesquisa Assistência à Criança e ao Adolescente.

Aprovado em : ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Julgamento: _____ Instituição: _____

Assinatura: _____

Julgamento: _____ Instituição: _____

Assinatura: _____

Julgamento: _____ Instituição: _____

Assinatura: _____

RESUMO

FERECINI, G. M. Aprendendo e ensinando sobre os cuidados com o filho prematuro: a vivência de mães em um programa de educação em saúde. 2008. 178 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2008.

As práticas educativas dirigidas às mães de prematuros ainda ocorrem, em alguns hospitais, de maneira tradicional, ministradas por profissionais sem a participação ativa da clientela nesse processo. Num esforço para o preparo mais adequado de mães para a alta hospitalar de bebês prematuros, vislumbrando a possibilidade de construir com mães conhecimentos acerca dos cuidados com o filho, motivou-se realizar o presente estudo tendo como objetivos específicos: descrever o processo de desenvolvimento de um Programa de Educação em Saúde mediado pelo uso de uma cartilha educativa dirigida às mães de prematuros, utilizando a metodologia participativa; analisar a percepção destas mães sobre a vivência no Programa e avaliar a aquisição de conhecimentos cognitivos destas sobre os cuidados com seus filhos, proporcionados pela participação no Programa. Trata-se de pesquisa de intervenção educacional fundamentado no referencial da problematização de Paulo Freire e que utiliza as abordagens quantitativa e qualitativa. Participaram do estudo 38 mães de prematuros internados na unidade de cuidados intermediários neonatal de um hospital público universitário de Ribeirão Preto - SP. O Programa de Educação em Saúde consistiu em atividades educativas grupais mediadas pelo uso da cartilha educativa “Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família”. As participantes receberam a cartilha educativa para leitura e, posteriormente, participaram de grupos educativos coordenados pela pesquisadora, utilizando o método da problematização. A atividade grupal era iniciada com uma apresentação, seguida por uma técnica de relaxamento e, posteriormente, eram trabalhados participativamente os conteúdos abordados na cartilha e outros levantados pelas participantes relacionados ao cuidado do filho prematuro visando à alta hospitalar. As participantes também foram estimuladas a expressarem suas percepções acerca da vivência no Programa. Os grupos educativos foram filmados e as falas e os comportamentos não-verbais foram transcritos na íntegra a partir das filmagens. Outra técnica de coleta de dados foi a entrevista estruturada, pré e pós intervenção, orientada por um roteiro contendo 46 afirmações sobre os cuidados com o bebê prematuro. O conhecimento de cada participante foi classificado em insuficiente, regular, bom e ótimo ao apresentar quantidade total de respostas corretas nos seguintes intervalos: até 11, de 12 a 23, 24 a 35, 36 a 46 questões, respectivamente. Na análise qualitativa das falas das mães foi utilizada a análise temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do hospital. Cada mãe participou de uma a duas reuniões educativas, com duração média de 1h a 2h, desenvolvidas utilizando a metodologia participativa auxiliada por técnicas da comunicação terapêutica como a permanência em silêncio, a escuta reflexiva, a verbalização de interesse e aceitação e a devolução de perguntas, promovendo assim o diálogo e a troca de experiências. A cartilha, apesar de não ter sido amplamente lida pelas participantes do estudo, mostrou ser um instrumento de grande importância para posterior consulta após a alta do prematuro além de auxiliar na aquisição de conhecimentos de familiares. Com relação à percepção acerca da vivência no Programa, verificou-se que todas as participantes consideraram-no importante, apreendendo-se quatro núcleos temáticos: o aprendizado proporcionado pelo Programa de Educação em Saúde; a criação de possibilidades de socializar o conhecimento com a família; o Programa de Educação em Saúde como espaço para descontração e escuta e desenvolvendo o vínculo afetivo com outras mães e enfermeira. Verificou-se, no pré-teste, que 5 mães (13,2%) apresentaram conhecimento regular, 29 (76,3%) bom e 4 (10,5%) ótimo, enquanto que, no pós-teste, todas (100%) passaram a apresentar conhecimento ótimo, o que demonstra o impacto positivo da intervenção educativa. Obteve-se ganho relativo estatisticamente significativo na comparação do pré com o pós-teste, entre as mães de menor escolaridade, do lar e que participaram de grupos educativos com menor duração e menor número de participantes. A questão com menor número de acertos refere-se à vestimenta adequada do prematuro. Concluiu-se que a participação destas mães nas atividades educativas utilizando a metodologia participativa, mediada por uma cartilha educativa, possibilitou a aquisição de conhecimentos cognitivos além de tornar os momentos de educação em saúde prazerosos e possibilitar a troca de experiências e o estabelecimento de vínculos afetivos. Destaca-se a importância de propostas de Educação em Saúde dirigida a essa clientela a fim de contribuir com a construção de uma assistência integral mais criativa, inovadora e participativa.

Palavras-chaves: Recém-nascido, Prematuro, Educação em saúde, Enfermagem neonatal, Mães.

ABSTRACT

FERECINI, G. M. Learning and teaching about the care to your preterm baby: the experience of mothers in a health educational program. 2008. 178 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2008.

The educational practice directed to mothers of preterm babies in some hospitals still happens in a traditional way without any active participation of the clientele in the process. In an effort to better prepare mothers for the hospital leave of their preterm babies, visualizing the possibility of building with them knowledge concerning the care to their preterm children, we felt motivated to perform the present study having as specific objectives: describing the development process of a Health Educational Program mediated by the use of an educational booklet directed to the mothers of preterm babies using participative methodology ; analyzing the perception of these mothers on the experience lived in the program and evaluating their acquisition of cognitive knowledge about the care to their children by participating in the program. This project is an educational intervention research based on Paulo Freire's problematization referential and using quantitative and qualitative approaches. 38 mothers of preterm babies staying in the Intermediate Care Neonatal Unit of a public university hospital in the city of Ribeirão Preto –SP participated in the study. The Health Educational Program consisted of group educational activities supported by the use of the booklet: "Care to the preterm baby: family orientation". The participants received the educational booklet and after reading it joined the educational groups coordinated by the researcher using the problematization method. The group activity was initiated with a presentation followed by relaxation techniques and, later on, the contents of the booklet as well as the information received from these mothers in relation to the care to their preterm babies aiming at the hospital leave were compiled in a participative way. The participants were also stimulated to express their opinions about their experience in the program. The educational groups were filmed and the non verbal behaviors were transcribed in full from the film footage. Another data collection technique was a structured interview pre and post intervention oriented by a questionnaire with 46 questions about the care to the preterm. The knowledge of each participant was classified according to the number of correct answers to the questionnaire as follows: insufficient (up to 11), fair (12 to 23) good (24 to 35) and excellent (36 to 46). A thematic analysis was used in the qualitative analysis of the mothers' dialogs. The project has been approved by the Ethics Committee of the hospital. Each mother attended one or two educational meetings, with an average duration of one to two hours, developed through a participative methodology supported by techniques of therapeutic communication such as staying silent, reflexive listening, verbalizing of interests and acceptance and, asking questions thus promoting the dialog and exchange of experiences. The educational booklet in spite of not being thoroughly read by the participants in the study, proved to be an important tool for consultation after the preterm hospital discharge besides assisting the family in the acquisition of knowledge. In relation to the mothers perception of the experience lived in the Health Educational Group, we verified that all the participants considered it to be important in four thematic levels: the knowledge received from the Health Educational Program, the possibility of socializing the knowledge with the family members, the Health Educational Program as a space for relaxation and listening and the development of an affective link with other mothers and with the nurse. We verified in the pretest that 5 mothers (13, 2%) presented fair knowledge, 29 (76, 3%) good and 4 (10, 5%) excellent, and in the post test all of them (100%) presented excellent knowledge thus demonstrating the positive impact of the educational intervention. Comparing the results of the pre and post tests there was a statistically significant relative gain with the mothers with lower schooling level and who participated in Educational Groups with less duration and fewer participants. The questions with the highest number of wrong answers were related to clothing of the baby. The conclusion was that the participation of these mothers in educational activities using the participative methodology, with the use of the educational booklet, made the acquisition of cognitive knowledge and the exchange of experiences possible as well as making the moments of education in health more pleasant. What stands out is the importance of new proposals in Education in Health, in order to contribute to the construction of a thorough more creative, innovative and participative assistance.

Keywords: Newborn, Preterm, Health Education, Neonatal Nursing, Mothers.

RESUMEN

FERECINI, G. M. Aprendiendo y enseñando sobre los cuidados con los hijos prematuros: experiencias de madres en un programa de educación en salud. 2008. 178 f. Tesis (Magíster)-Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2008.

Las prácticas educativas dirigidas a las madres de prematuros aún se efectúan, en algunos hospitales, de manera tradicional, realizadas por profesionales sin participación activa de la clientela en este proceso. En un esfuerzo para el preparo más adecuado de las madres para el alta hospitalaria de bebés prematuros, visualizando la posibilidad de construir, junto con las madres, conocimientos acerca de los cuidados de sus hijos, fue motivado a realizar el actual estudio que tiene como objetivos específicos: describir el proceso de desarrollo de un Programa de Educación en Salud guiado por el uso de una cartilla educativa dirigida a las madres de prematuros, utilizando la metodología participativa; analizar la percepción de estas madres sobre la vivencia en el programa y evaluar la adquisición de conocimientos cognitivos de éstas sobre los cuidados con sus hijos, proporcionados por la participación en el Programa. Se trata de una investigación de intervención educacional de acuerdo con el referencial de la problematización de Paulo Freire y que utiliza las abordajes cuantitativos y cualitativos. Participaron de lo estudio 38 madres de prematuros internados en la unidad de cuidados neonatales intermedios de un hospital público universitario de Ribeirão Preto – SP. El programa de Educación en Salud consistió en actividades educativas grupales guiadas por el uso de una cartilla educativa “Cuidados para el bebé prematuro: orientaciones para la familia”. Las participantes recibían la cartilla educativa para su lectura y, posteriormente, participaban de grupos educativos coordinados por la investigadora utilizando el método de problematización. La actividad grupal era iniciada con una presentación, seguida por una técnica de relajamiento y posteriormente eran trabajados participativamente los contenidos abordados en la cartilla y otros sugeridos por las participantes relacionados al cuidado del hijo prematuro teniendo en vista el alta hospitalario. Las participantes también fueron estimuladas a expresar sus percepciones acerca de la vivencia en el programa. Los grupos educativos fueron filmados y las charlas y comportamientos no-verbales fueron transcritos en el completo a partir de las películas. Otra técnica de la recogida de datos fue la entrevista estructurada, previo y posterior a la intervención, dirigida por una escritura contenido 46 afirmaciones sobre los cuidados con el bebé prematuro. El conocimiento general de cada participante fue clasificado como insuficiente, regular, bueno y óptimo, al presentar una cantidad de respuestas correctas en los siguientes intervalos: hasta 11, de 12 a 23, 24 a 35 y 36 a 46 preguntas, respectivamente. En el análisis cualitativo de lo hablado por las madres fue utilizado el análisis temático. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del hospital. Cada madre participó de una a dos reuniones educativas, con duración promedio de 1h a 2h, desarrolladas utilizando la metodología participativa conjuntamente con técnicas de comunicación terapéutica como permanencia en silencio, escucha reflexiva, verbalización de interés y aceptación y la devolución de preguntas, promoviendo así el diálogo y el intercambio de experiencias. La cartilla, a pesar de no haber sido ampliamente leída por las participantes del estudio, mostró ser un instrumento de gran importancia para consulta posterior después del alta del hijo prematuro, además de ayudar en la adquisición de conocimientos familiares. En relación a la percepción de las madres sobre la vivencia en el Programa, se verificó que todas las participantes del estudio lo consideraron importante, aprehendiéndose cuatro núcleos temáticos: el aprendizaje proporcionado en el Programa de Educación en Salud, creación de las posibilidades de socializar el conocimiento con la familia, el Programa de Educación en Salud como espacio de relajamiento y escucha y el desarrollo del vínculo afectivo con otras madres y con el enfermera. Se verificó, en el teste previo, que 5 madres (13,2%) presentaron conocimiento regular, 29 (76,3%) bueno, y 4 (10,5%) óptimo, mientras que, en el teste posterior, todas pasaron a presentar conocimiento óptimo, lo que demuestra el impacto positivo de la intervención educativa. Se obtuvo un gain relativo estadísticamente significativo en la comparación del teste previo con el teste posterior entre las madres de poca escolaridad, las de hogar y que participaron de grupos educativos con poca duración y menor número de participantes. Las preguntas con mayor número de respuestas erradas están relacionadas a la vestimenta del bebé. Se concluyó que la participación de estas madres en actividades educativas, utilizando la metodología participativa, guiada por una cartilla Educativa, posibilitó la adquisición de conocimientos cognitivos, además de tornar los momentos de educación en salud placenteros y posibilitar el intercambio de experiencias y establecimientos de los enlaces afectivos. Se destaca la importancia de propuestas de Educación en Salud ordenada a esta clientela a fin de contribuir con la construcción de una asistencia integral, más creativa, innovadora y participativa.

Palabras claves: Recién Nacido, Prematuro, Educación en Salud, Enfermería Neonatal, Madres.

*“Se nada ficar destas páginas,
algo pelo menos, esperamos que permaneça:
nossa confiança no povo.
Nossa fé nos homens e na criação
de um mundo em que seja menos difícil amar...”*
(Paulo Freire)

Dedicatória

*Aos meus pais, Rute e Roberto,
Pelo amor, ternura e sabedoria
a mim dedicados em todos os momentos.
Mestres da vida,
exemplos de coragem e força!
Obrigado por serem meus pais!*

Agradecimento especial

À Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi,

Por sua imensa dedicação em ensinar.

Pela disponibilidade, amizade e confiança.

Exemplo de experiência, competência, e sabedoria.

Sou infinitamente grata por sua orientação

e condução neste estudo!

Agradecimentos

*Aos meus namorado, amigo e companheiro **Sérgio**
pelo apoio, nos momentos difíceis e nas alegrias.*

Pela compreensão nos momentos de ausência.

Pelo carinho e amor a mim dispensados,

tornando a distância entre nós pequena!

Agradecimentos

À Deus, pelo amor e sustentação em todos os momentos da minha vida.

*“Não me escolheste vós a mim,
mas eu vos escolhi a vós,
e vos nomeei, para que vades e deis fruto,
e o vosso fruto permaneça;
a fim de que tudo quanto em meu nome
pedirdes ao Pai ele vo-lo conceda...”
(São João 15:16)*

Aos meus pais, Rute e Roberto, pelo imenso amor e dedicação.

Ao meu irmão Ângelo pelo apoio e incentivo.

Aos meus avós Lúcia e Angelo, pelo carinho e exemplo de força e simplicidade no viver.

Aos meus avós Maria e Joaquim (in memoriam), pelo exemplo de caráter, dignidade e bondade.

A minha família por tudo que sou!

Aos funcionários e amigos da Unidade de Cuidado Intermediário do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP pelo acolhimento, paciência e colaboração durante todo o percurso de realização do trabalho.

Às mães e seus pequenos bebês, pelo aprendizado, disponibilidade e carinho, possibilitando a construção conjunta deste trabalho.

À Profa. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca, pela imensa dedicação e contribuição em todo o desenvolvimento do estudo, além de sua compreensão, força e amizade desde o momento em que a conheci, e de maneira tão carinhosa me recebeu.

À Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, pela parceria na construção do trabalho, desde a realização do exame de qualificação e sua dedicação e contribuição em todo o desenvolvimento deste, além de sua, amizade e incomparável simpatia.

À Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello, pela importante contribuição no exame de qualificação

À Prof. Dra. Maria da Conceição, pela inestimável colaboração e dedicação na realização da análise estatística deste trabalho além da amizade e compreensão.

Às docentes da pós-graduação pela grande contribuição no meu aprimoramento profissional.

À Maria do Socorro Senne, pela responsabilidade e dedicação na revisão da língua portuguesa.

À bibliotecária Bernadete, pela disponibilidade e revisão bibliográfica.

Às auxiliares de pesquisa: Carolina, Mariana e Ruth. Amigas indispensáveis para a realização e transcrição das filmagens.

A querida Nelma pelo auxílio e amizade, compartilhando momentos de dificuldade e conquistas durante todas as etapas do estudo.

Às amigas Thaíla, Cândida, Fernanda e Milena pelo incentivo e presença e apoio em todos os momentos da construção do trabalho.

A todas as colegas de pós-graduação, por contribuírem de forma direta ou indireta, na construção de conhecimentos, essenciais para meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À todos os funcionários da EERP-USP por todo auxílio e compreensão dispensados.

Ao CNPQ, pelo auxílio financeiro.

À todos aqueles que, ajudaram a compor o início da minha história dentro da pós-graduação.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Faixa de idade das mães participantes do Programa de Educação em Saúde.....	67
Figura 2 -	Escolaridade das mães participantes do Programa de Educação em Saúde.....	69
Figura 3 -	Estado civil das mães participantes do Programa de Educação em Saúde.....	70
Figura 4 -	Número de filhos das participantes do Programa de Educação em Saúde.....	70
Figura 5 -	Idade gestacional dos prematuros, filhos das participantes do Programa de Educação em Saúde.....	72
Figura 6 -	Porcentagem de acertos no pré-teste e do ganho obtido pelas participantes.....	117
Figura 7 -	Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré-teste de acordo com a permanência em dias do filho na UTIN.....	126
Figura 8 -	Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré-teste de acordo com a permanência em dias do filho na UCIN.....	128
Figura 9 -	Box plot do número de cuidados realizados anterior ao pré-teste e o número de questões certas respondidas pelas mães no pré-teste.....	130
Figura 10 -	Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós-teste e o ganho relativo de acordo com o número de filhos anteriores ao prematuro.....	133
Figura 11 -	Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós-teste, e ganho relativo, de acordo com a experiência anterior com prematuros.....	136
Figura 12 -	Box plot da idade com o número de acertos no pré e pós-teste e o ganho relativo.....	136
Figura 13 -	Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós teste, com o ganho relativo, de acordo com o estado civil.....	140

Figura 14 -	Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães com ganho relativo, de acordo com a escolaridade	142
Figura 15 -	Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós-teste, com o ganho relativo, de acordo com a procedência.....	146
Figura 16 -	Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós-teste, com o ganho relativo, de acordo com a ocupação das mães.....	147
Figura 17 -	Box plot do ganho relativo de conhecimento materno, de acordo com o tempo de permanência com a cartilha educativa.....	149
Figura 18 -	Box plot do ganho relativo das mães de acordo com o número de reuniões educativas freqüentadas.....	151
Figura 19 -	Box plot do ganho relativo de acordo com a duração total em minutos das reuniões educativas.....	152
Figura 20 -	Box plot do ganho relativo de acordo com o número médio de pessoas presentes nas reuniões.....	153

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Município de residência das participantes do Programa de Educação em Saúde.....	68
Tabela 2 -	Tipo de ocupação das mães participantes do Programa de Educação em Saúde.....	69
Tabela 3 -	Cuidados realizados com o filho prematuro internado na unidade neonatal.....	71
Tabela 4 -	Diagnósticos clínicos dos prematuros até o momento da primeira entrevista.....	73
Tabela 5 -	Técnica de alimentação dos prematuros filhos das participantes do Programa de Educação em Saúde	74
Tabela 6 -	Pontuação de acertos obtidos pelas mães no pré e pós-teste e ganho médio.....	116
Tabela 7 -	Ganho relativo (%) obtido pelas participantes entre o pré e pós-teste.....	118
Tabela 8 -	Conhecimento das mães sobre os cuidados com o prematuro antes (pré-teste) e após (pós-teste) a participação no Programa de Educação em Saúde.....	119
Tabela 9 -	Distribuição de acertos e ganho relativo obtidos pelas participantes no pré e pós-teste em cada tema discutido no Programa de Educação em Saúde.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GESCA	Grupo de Estudo em Saúde da Criança e do Adolescente
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UTIN	Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal

Sumário

Apresentação.....	19
1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 O nascimento pré-termo e de baixo peso como problema de saúde pública nacional.....	23
1.2 O nascimento pré-termo e de baixo peso: implicações para a família e o cuidado de enfermagem	27
1.3 A educação em saúde de mães/famílias para o cuidado do filho prematuro	32
2 OBJETIVO	41
2.1 Objetivo geral	42
2.1 Objetivos específicos	42
3 METODOLOGIA	43
3.1 Tipo de estudo e referencial teórico	44
3.2 O cenário do estudo	50
3.3 Participantes do estudo	52
3.4 Coleta de dados	53
3.4.1 Etapa diagnóstica: conhecimento materno inicial sobre os cuidados ao prematuro	53
3.4.2 Etapa de implantação do Programa de Educação em Saúde	56
3.4.3 Etapa pós atividade educativa: conhecimentos adquiridos sobre o cuidado ao prematuro	60
3.5 Análise dos dados	60
3.5.1 Análise quantitativa	60
3.5.2 Análise qualitativa	62
3.6 Aspectos éticos.....	64
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67

4.1 Caracterização dos sujeitos.....	67
4.1.1 Dados maternos	67
4.1.2 Dados relacionados ao prematuro	72
4.2 O desenvolvimento das atividades de educação em saúde.....	74
4.2.1 Como se deu a realização das atividades educativas	74
4.2.2 Percepção das mães sobre a vivência no Programa de Educação em Saúde	106
4.3 A aquisição de conhecimentos possibilitada pela participação no Programa de Educação em Saúde	116
4.3.1 Os conhecimentos adquiridos pelas participantes: análises estatísticas descritivas	116
4.3.2 Os temas aprendidos no programa educativo	123
4.3.3 O conhecimento segundo variáveis maternas e do prematuro	125
6 CONCLUSÃO.....	156
REFERÊNCIAS.....	160
APÊNDICES.....	170
ANEXO.....	177

O meu interesse pela área da saúde surgiu desde a época do colegial quando ainda muito superficialmente eram discutidos os temas relacionados à área. Aprovada no vestibular, iniciei o curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos, em 2002.

Já no primeiro ano de graduação, cursando matérias básicas da formação, interessei-me pela pesquisa. Conheci a área de investigação em Fisiologia Neuroendócrina e, a partir do segundo ano de graduação, como bolsista de iniciação científica PIBIC/UFSCar/CNPq, participei do desenvolvimento de pesquisa experimental sobre osteoporose em ratos. Concluindo o segundo ano de iniciação científica nesta mesma área, decidi por realizar um estágio extracurricular para explorar outros campos dentro da enfermagem.

Iniciei, assim, estágio voluntário na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal da Santa Casa de Rio Claro. Em contato com uma amiga e enfermeira preocupada em promover o cuidado de forma mais integral e humanizada aos bebês ali internados, tive a certeza de minha preferência pela especialidade em enfermagem neonatal, despertando-me um interesse particular com o cuidado aos recém-nascidos pré-termo e suas famílias.

Nesse estágio, pude observar a dificuldade que mães de prematuros apresentavam em iniciar o contato precoce com o seu bebê, o que prejudicava o desenvolvimento do apego e o vínculo afetivo entre o bebê e sua família. Esta situação decorrente do nascimento prematuro também foi percebida nos demais estágios curriculares e extracurriculares realizados durante o curso de graduação, o que me instigou a seguinte questão: Quais seriam as implicações do nascimento do bebê prematuro para sua família, após o período de internação?

A partir desse questionamento, desenvolvi o trabalho de conclusão de curso, intitulado “Cuidado Domiciliar a Bebês Prematuros”, sob orientação da Profa. Dra. Giselle Dupas. A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante, entrevista semi-estruturada

e de intervenção educativa grupal com os familiares, durante as três visitas domiciliares realizadas para cada família. A intervenção foi mediada pelo uso do jogo educativo “Mamãe e o Pequeno Bebê”, que contém perguntas relacionadas aos cuidados com o bebê prematuro. Dentre as dificuldades apresentadas pelas famílias, destacaram-se aquelas relativas à amamentação e ao banho de sol. O jogo educativo mostrou ser um instrumento de intervenção adequado ao objetivo proposto, promovendo uma maior descontração e interação entre familiares e entrevistadora, a expressão e esclarecimento de dúvidas e o relato de experiências.

Na busca de trabalhos científicos na área de Enfermagem Neonatal, encontrei vários artigos de autoria da Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi, desenvolvidos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Além do jogo educativo, conheci a cartilha educativa intitulada “Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna”. Estes materiais educativos foram desenvolvidos por Luciana Mara Monti Fonseca, sob orientação da Profa. Carmen.

Envolvida pela temática de Educação em Saúde, e tendo por base essas minhas vivências acadêmicas e as leituras realizadas, emergiram outras preocupações e questionamentos relacionados ao preparo de mães/famílias de bebês prematuros, em especial após constatar a escassez de trabalhos sobre as repercussões do treinamento destas mães durante a hospitalização do filho prematuro.

Assim, impulsionada pela qualidade dos programas de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, e meu interesse pela pesquisa na área de Saúde da Criança, mais especificamente em Enfermagem Neonatal, contatei a Profa. Dra. Carmen para que, em 2007, se aprovada no processo seletivo, iniciasse o Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública.

Vislumbrando o potencial da cartilha educativa como um recurso para construir, com as mães/famílias, conhecimentos acerca dos cuidados com seus filhos prematuros, num esforço para o preparo mais adequado para a alta hospitalar desses bebês, motivamo-nos a realizar o presente estudo. Neste sentido, propomos avaliar a implantação de um Programa de Educação em Saúde mediado pelo uso de uma cartilha educativa como estratégia para a construção de conhecimentos das mães sobre os cuidados com o filho prematuro, utilizando a metodologia participativa.

Para contextualizar o objeto de estudo, abordamos sobre o nascimento pré-termo e de baixo peso como problema de saúde pública nacional, as implicações para a família e o cuidado de enfermagem, bem como sobre a educação em saúde de mães/famílias para o cuidado do filho.

A partir da definição dos objetivos geral e específicos, delineamos este estudo de intervenção educacional, na abordagem quantitativa e qualitativa, apresentando na metodologia o tipo de estudo e o referencial teórico, o cenário e as participantes de estudo, as etapas e as técnicas de coleta dos dados e a análise de dados.

Os resultados e a discussão incluem a caracterização das mães participantes e do filho prematuro, o processo de desenvolvimento das atividades educativas, a percepção das mães sobre a vivência no Programa de Educação em Saúde e a aquisição de conhecimentos cognitivos possibilitada pela participação no Programa.

Finalizando tecemos apresentamos a conclusão e os limites e a possibilidade de ampliação do estudo.

Para contextualizar o objeto de estudo, abordamos sobre o nascimento pré-termo e de baixo peso como problema de saúde pública nacional e suas implicações para a família e o cuidado de enfermagem, bem como apontamos aspectos relacionados à educação em saúde de mães/famílias visando ao cuidado do filho prematuro no domicílio.

1.1 O nascimento pré-termo e de baixo peso como problema de saúde pública nacional

As taxas de natalidade têm decrescido em muitas nações, porém a taxa de nascimentos pré-termo (nascidos vivos antes de completar 37 semanas de gestação) vem crescendo, desde 1990 (STOKOWSKI, 2003).

Nos Estados Unidos da América, tais nascimentos atingem 400.000, com uma incidência de 11,6% de prematuros entre os nascidos vivos em 2002 (YORK; DEVOE, 2002). Nesse país, nos últimos 25 anos, o número de nascimentos pré-termo aumentou em mais de 30% e está presente na proporção de 1 a cada 8 nascidos vivos (ZWILLICH, 2006).

No Brasil, dentre os 3.026.548 nascimentos vivos ocorridos no ano de 2004, 196.537 (6,49%) tinham menos de 37 semanas de gestação. A região Sudeste foi a que apresentou maior incidência de nascimentos pré-termo (7,35%), e a menor foi a região Centro-oeste (6,47%). O Estado de São Paulo representou 23,84% (46.872) do total de nascimentos em 2004, sendo que a incidência de prematuridade foi 11,28% (SINASC, 2007).

A incidência do baixo peso ao nascer (menor que 2.500g) foi de 7,6% em 2000, aumentando para 8,2% em 2004. Nas regiões Sul e Sudeste, os índices de baixo peso foram maiores que nas demais regiões, chegando, a 9,1% na região Sudeste em 2004, sendo que, no Estado de São Paulo, o baixo peso representou 9,02% dos nascimentos (SINASC, 2007).

Cabe assinalar que a prematuridade e o baixo peso ao nascer constituem a principal causa básica ou associada da mortalidade infantil, no Brasil (*apud* SCOCHI, 2000).

Nos últimos 15 anos, a mortalidade perinatal e neonatal vem diminuindo, especialmente entre os prematuros, garantindo assim maior sobrevida aos recém-nascidos de alto risco. Entre os fatores que têm repercutido na maior sobrevida destes bebês de alto risco, destaca-se a instalação de modernas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) equipadas com recursos humanos e tecnologias complexas e especializadas, capazes de ressuscitação, termorregulação, nutrição parenteral, suporte para a insuficiência respiratória, cirurgias para correção de anomalias congênitas, além da melhoria do sistema de transporte do recém-nascido para os centros de referência terciária (LUMLEY, 2003; SCOCHI, 2000).

Recém-nascidos pré-termo e de baixo peso têm alto risco de morbidade e mortalidade neonatal, pós-natal e durante a infância, devido à imaturidade dos órgãos e sistemas, e menores probabilidades de sobrevida e condições de desenvolvimento adequado, quando o peso é abaixo do normal (KAMADA; ROCHA; BARBEIRA, 2003; SCOCHI et al., 1999).

Araujo et al. (2005), em estudo das causas e variáveis relacionadas com o óbito de recém-nascidos de uma UTIN na região Sul do Brasil, verificaram que os recém-nascidos de baixo peso e pré-termo apresentaram um risco de morrer quatro vezes maior do que aqueles com peso maior que 2.500g ou a termo.

A preocupação com os fatores de risco perinatais e neonatais tem maior intensidade em se tratando de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, visto que estes se valem de um menor número de serviços de atendimento de alta complexidade a esta população, possuindo escassez de recursos humanos e de alta tecnologia de apoio ao diagnóstico e à terapêutica, o que pode comprometer a qualidade da assistência (SCOCHI et al., 2003). Além disto, as UTINs não estão distribuídas de acordo com as necessidades regionais, estando concentradas em grandes centros. Tais deficiências têm sido freqüentemente denunciadas

também na mídia nacional com a ocorrência de surtos de infecções e óbitos em regiões menos favorecidas economicamente.

A maior vulnerabilidade a qual estes bebês apresentam os leva, muitas vezes, a serem tratados em uma UTIN, cujos leitos correspondem à porcentagem significativa dos leitos do Sistema Único de Saúde no Brasil, ou seja, um grande número de internações responsáveis por gastos expansivos em saúde pública (KAMADA; ROCHA; BARBEIRA, 2003).

Em levantamento feito no banco de dados do Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde, Brasil, referente ao período de 1998 a 2001, Kamada, Rocha e Barbeira (2003) verificaram que houve um aumento no número de leitos e nas autorizações para internações hospitalares em terapia intensiva. Do total de leitos de terapia intensiva, a porcentagem de leitos de UTIN variou de Estado para Estado, sendo 17% (de 2026 leitos) em São Paulo, 25% (de 775 leitos) no Rio Grande do Sul e 29,5% (de 165 leitos) no Paraná. Embora o Estado de São Paulo apresentasse maior número de leitos de terapia intensiva, a proporção de leitos de UTIN foi menor do que o Rio Grande do Sul e Paraná. Houve discreta redução nessa proporção em 2001, nos Estados de São Paulo (16,9%) e Paraná (28,4%) e aumento no Rio Grande do Sul (25,2%).

Cabe assinalar que os recém-nascidos pré-termo e de baixo peso estão sujeitos ao duplo risco, isto é, biológico, devido à imaturidade fisiológica e ambiental, por exposição a ambientes empobrecidos, associada à baixa renda da maioria das famílias (MAGALHÃES et al., 1998). Além destes adicionam-se os riscos decorrentes do processo terapêutico em UTIN. Neste contexto, tem-se como resultado a maior ocorrência de prejuízos em seu processo de crescimento e desenvolvimento (SCOCHI, 2000).

Assim, a prematuridade e o baixo peso como problema de saúde pública repercutem não só nos elevados custos sociais e econômicos, mas também em grande sofrimento para a família, aspectos estes abordados a seguir.

1.2 O nascimento pré-termo e de baixo peso: implicações para a família e o cuidado de enfermagem

Gerador de um alto custo assistencial, o nascimento de um recém-nascido pré-termo, hoje, significa um problema sério de saúde, estando presente com grande frequência na classe social menos favorecida, em mães de nível educacional baixo, solteiras ou sozinhas (URSULA, 2004).

A gestação e o nascimento de um bebê alteram todo o contexto familiar, gerando expectativas e ansiedades que, no caso de um pré-termo, manifestam-se de forma diferente e singular, aparecendo também sentimentos como a incompetência, frustração, raiva, culpa e angústia, ao perderem a esperança de ter um filho completamente saudável e não ser este o filho idealizado (ARAVENA; FIERRO, 2002; SCOCHI et al., 1999).

Os pais de um prematuro passam por um período de longa espera durante a hospitalização de seu filho até que, finalmente, possam levá-lo para casa. Durante este período, necessitam superar um alto estresse, insegurança, tristeza e medo, sofrendo duramente a incerteza a respeito de seu filho e do futuro de sua família (LASBY; NEWTON; PLATEN, 2004). Estas mães experimentam a incapacidade de poder estabelecer apropriadamente um vínculo afetivo, referindo dificuldade em tomar contato imediato com seu bebê após o parto, devido à própria prematuridade e labilidade das condições de saúde dele (ROSSEL; CARRENO; MALDONADO, 2002).

O vínculo afetivo continua dificultado devido à imaturidade neurológica do prematuro para se girar, abrir os olhos e sorrir ao estímulo dos pais, o que cria a sensação de não ser correspondido, gerando sentimentos de tristeza e solidão; somado a isto há na UTIN um ambiente inóspito, ruidoso, sem privacidade e rodeado de máquinas que dificultam o contato físico com o bebê (ROSSEL; CARRENO; MALDONADO, 2002). Esta situação pode

comprometer o desenvolvimento do apego e relacionamento futuro entre mãe e filho (SCOCHI et al., 1999).

No momento da alta hospitalar, não é de se surpreender que as mães sintam uma dicotomia de emoções: lutam com o medo e a falta de confiança e competência, entre meio a excitação e alegria de cuidar da criança em casa. A transição do hospital para casa pode ser um desafio para as famílias desses bebês; sentimentos de tristeza, desamparo, culpa, ansiedade e depressão continuam a atormentar as mães desses bebês, meses depois da alta hospitalar, principalmente se estas não têm um preparo adequado anterior à alta, gerando desta forma um impacto negativo na relação mãe-bebê e aumentando o uso de recursos de saúde, como consultas médicas repetidas e reinternações (LASBY; NEWTON; PLATEN, 2004).

Influenciado pelo valor atribuído à criança e pela organização social, em cada momento histórico, acrescido do desenvolvimento científico e tecnológico, a assistência ao prematuro passou por profundas transformações, modificando desta forma o papel dos pais neste contexto. Hoje, há uma maior possibilidade de inserção destes no cuidado de seus filhos em UTIN e unidades de cuidado intermediário neonatais (UCIN), trazendo assim, à enfermagem, papéis muito importantes, que são o de fornecer e favorecer uma assistência humanizada ao bebê prematuro, pais e família (SCOCHI, 2000).

Scochi et al. (1999), em trabalho sobre a assistência aos pais de neonatos prematuros e de baixo peso ao nascer em unidades neonatais, citam uma UTIN de um hospital universitário de Ribeirão Preto onde há programas dirigidos aos familiares de bebês prematuros (irmãos e avós), sendo que o contato destes com os bebês era facilitado em horários de menor fluxo de profissionais na unidade.

As autoras também verificaram, nesse serviço, a participação dos pais em grupos de apoio, coordenados por uma enfermeira e pediatra. Nestes grupos, os pais trocavam

experiências, recebiam informações acerca do cuidado com o filho e tiravam suas dúvidas. A avaliação deste grupo mostrou que o apoio fornecido pelos profissionais aos pais desses bebês auxiliava no enfrentamento de crises geradas pelo nascimento prematuro e de alto risco; além disso, estes grupos passaram a ter grande frequência de pais e mães (SCOCHI et al., 1999).

Gaíva e Scochi (2004) também ressaltam a importância de que haja uma comunicação entre profissionais e pais, de forma a contribuir para um cuidado de qualidade, sendo os pais sujeitos ativos e participativos no processo de tratamento do filho.

A mãe de um neonato de risco necessita de um ambiente onde possa ser acolhida e manifestar seus sentimentos a uma equipe que a entenda. A equipe deve, gradativamente, fornecer aos pais informações sobre seus filhos, quanto à capacidade do bebê de interação, durante o processo de formação de vínculo afetivo, buscando, desta forma, amenizar os traumas, principalmente maternos, traçando caminhos para a formação de uma interação precoce e segura da mãe junto ao seu filho (BRUM; SCHERMANN, 2004).

A enfermagem, em muitas UTIN, permanece muito envolvida com os procedimentos burocráticos e de cuidado direto ao prematuro, e acaba por não se envolver ativamente com a família (SCOCHI, 2000). Além de proporcionar o atendimento das necessidades biológicas, a enfermagem deve também promover melhoria do aspecto psicossocial do bebê e de sua família, implementando medidas que facilitem a interação dos pais com o filho e a adaptação dos mesmos ao local (SCOCHI et al., 1999).

O contato precoce dos pais com estes bebês, nas unidades neonatais, é importante para a promoção do vínculo e apego, e a enfermagem tem papel facilitador neste sentido, além deste ser um momento propício para o treinamento de habilidades das mães para o cuidado após a alta (SCOCHI et al., 2003).

Scochi et al. (2003) destacam algumas intervenções que devem ser realizadas, a fim de estimular o vínculo entre pais e filhos e favorecer a adaptação destes em unidades neonatais de alta complexidade, entre elas: o livre acesso e permanência dos pais na unidade, incentivando-os para um contato físico e cuidado ao neonato precocemente; a implantação e estruturação de grupos e redes de apoio aos pais e familiares, em todos os estágios da evolução clínica do bebê, com a cooperação de equipes multiprofissionais e a tomada de decisão compartilhada sobre a assistência ao prematuro.

Estas medidas visam à qualidade de vida e ao desenvolvimento integral dos seres envolvidos, utilizando-se de novos procedimentos terapêuticos relacionados ao psiquismo, contemplando os direitos humanos e tendo como paradigma o holismo (SCOCHI et al., 2003). Nesta nova perspectiva, a assistência tem como foco o cuidado individualizado e desenvolvimental visando à qualidade de vida, à promoção da saúde e ao empoderamento ou capacitação da família (SCOCHI, 2000).

A filosofia do cuidado desenvolvimental implica no repensar as relações entre o bebê, a família e os profissionais de saúde. Inclui uma variedade de atividades designadas para controlar o ambiente e individualizar o cuidado ao bebê, baseado na observação de seu comportamento, com o objetivo de promover sua estabilidade clínica, auto-organização e competência, tanto quanto possível, ajudando-o a conservar energia para o crescimento e desenvolvimento (BYERS, 2003).

Para Aita e Snider (2003), o cuidado desenvolvimental não consiste apenas em promover o crescimento e desenvolvimento ao neonato na UTIN, pois inclui também o princípio de colaboração interprofissional, em direção ao estabelecimento de um cuidado multidisciplinar em benefício da criança. O cuidado desenvolvimental favorece também a participação da família no cuidado do pré-termo imediatamente após o nascimento.

Dentre os componentes do cuidado desenvolvimental, destacam-se o manejo do ambiente (diminuição do ruído e da luminosidade), o posicionamento do bebê em flexão (simulando a posição intra-uterina), o agrupamento dos cuidados (evitando o excesso de manipulação), a sucção não-nutritiva, o cuidado-canguru e incentivo ao aleitamento materno, as atividades de promoção de auto-regulação dos estados de consciência e a participação dos pais no cuidado, na perspectiva do cuidado centrado na família (BYERS, 2003).

No Brasil, a permanência dos pais em tempo integral nos casos de internação da criança em estabelecimentos de saúde é um direito de cidadania, garantido pela Lei nº 8.069, Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a).

Há também, uma tendência à inclusão da mãe e família nesta assistência, através de políticas públicas, como o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento, Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e o Humaniza SUS.

A concepção de humanização tida por esses programas é a valorização dos sujeitos diretamente relacionados ao processo de produção de saúde. Esta valorização deve ser guiada pela autonomia e atuação direta dos sujeitos, co-responsabilidade entre eles, pelos vínculos solidários e pela participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

Porém, ainda se observa no dia-a-dia do trabalho em unidades neonatais um modelo de cuidar biologicista e curativo, com atenção voltada ao diagnóstico e à terapêutica do prematuro, sem uma verdadeira efetivação do discurso humanitário de valorização e inserção da família no cuidado ao bebê. Isto se deve em parte ao processo de trabalho implementado com escassez de recursos, além da falta de sensibilização da equipe de trabalho (GAIVA; SCOCHI, 2004; ROSSATO-ABEDE; ANGELO, 2002).

Assim, é de grande importância que a equipe de saúde, principalmente a enfermagem, possua as ferramentas necessárias para atuar nesse novo contexto, que são os conhecimentos técnico-científicos, com o desenvolvimento de parcerias com instituições de ensino-pesquisa.

Isto trará a prática de enfermagem neonatal, habilidades e conhecimentos novos que incluam pais, familiares e equipe multidisciplinar de saúde, fornecendo um atendimento integral e humanizado (SCOCHI, 2000).

Nessa perspectiva, temos particular interesse com a inserção da mãe e família no cuidado ao filho em unidade neonatal, em especial ao seu preparo para a alta do prematuro.

1.3 A educação em saúde de mães/famílias para o cuidado do filho prematuro

No processo assistencial, a participação dos pais nos cuidados ao bebê prematuro tem demonstrado resultados bastante positivos na adaptação da família com o bebê de alto risco, durante e após a alta hospitalar.

Já no início do século XX, o pai da Neonatologia, Pierre Budin, descrevia, em seu livro *The Nursling*, algumas observações feitas junto às mães que tiveram bebês cuidados nos primeiros centros de prematuros, aludindo para o fato de que certo número de mães abandonava as crianças cujas necessidades elas não tiveram que atender, perdendo o interesse pelas crianças. Budin incentivava as mães a amamentarem e a participarem do cuidado dos seus filhos nos berçários que chefiava (KLAUS; KENNEL, 1995).

Reforçamos, então, a importância do envolvimento da família no preparo da alta e na tomada de decisão, processo este que deve ocorrer durante todo o período de internação do bebê. Neste sentido, torna-se relevante as atividades de Educação em Saúde, instrumentalizando os pais para se inserir no processo assistencial e desenvolver habilidades para o cuidado domiciliar do filho.

A Educação em Saúde (ou educação e saúde) é um conjunto de técnicas, métodos, conhecimento teórico e prática político-social que fundamentam e orientam o pensar em saúde, ao nível do seu processo educativo (MEDEIROS, 1995).

A Educação em Saúde guarda em seu interior duas concepções e práticas de educação. A primeira prioriza o elemento educativo em uma abordagem ahistórica e apolítica. Nesta concepção os problemas de saúde, em sua grande maioria, ocorrem apenas pela “ignorância”, “desinformação”, “atraso cultural”, “tabus e crendices” da população. Nesta perspectiva a questão da saúde se resolveria pela Educação em Saúde. Esse projeto de educação para a saúde não pretende mudanças maiores na estrutura social vigente; propõe-se apenas a acomodação das classes subalternas para continuação e manutenção do sistema social estabelecido (MEDEIROS, 1995).

Para Costa (1987), a estratégia da educação em saúde foi regulamentar, enquadrar, todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes populares e destruir ou apropriar-se dos modos de uso do saber estranho a sua visão do corpo, da saúde e da doença. Nessa concepção, as questões da higiene e dos cuidados básicos de saúde são de responsabilidade exclusiva do indivíduo e de sua família, aceitando-se que por meio da educação deles poder-se-ia mudar comportamentos de risco e obter saúde, concepção esta que descontextualiza os determinantes sociais do processo saúde-doença. Portanto, sendo as pessoas submetidas à informação sobre esses cuidados, elas mudam de conduta: elas se educam.

A segunda concepção de Educação em Saúde considera que as categorias saúde e educação são duas categorias sociais, portanto, historicamente determinadas e socialmente construídas. Nesse projeto educativo, não há proposta de educação para a saúde, mas de articulação entre as categorias sociais, educação e saúde, na leitura da sociedade na qual estão inseridas. Nessa concepção, a solução para a problemática da saúde é social e econômica e necessariamente vai questionar, propor e encampar lutas para a transformação das estruturas sociais e do modelo econômico que produz as desigualdades sociais e determina formas de adoecer, mapeando com seus emblemas o tecido social (MEDEIROS, 1995).

Segundo Medeiros (1995), a ação transformadora ou reprodutora da educação (incluindo aqui a da Educação em Saúde), perpassa as várias instituições da sociedade (escola, família, religião, meios de comunicação social, entre outras). As instituições de saúde e os seus profissionais também estão lidando diretamente com essas possibilidades políticas, na sua forma de intervir no social.

Torres e Enders (1999) apontam para a necessidade de se estimular a prática da Educação em Saúde comprometida com a transformação social dos indivíduos envolvidos no processo educativo, de forma coerente, contínua e sensibilizada com o desenvolvimento social e político da população.

Desde a década de 1990, um novo enfoque vem sendo proposto pela área da Educação em Saúde, em uma linha de planejamento participativo, a Educação para a Participação em Saúde (BRASIL, 1990b, 1990c).

A proposta de Educação para a Participação em Saúde objetiva suscitar o envolvimento da população em geral nos programas de saúde; promover transformações conceituais na compreensão da saúde, relacionando-a com a qualidade e o compromisso com a vida e não, simplesmente, a ausência de enfermidades; e gerar atitudes e procedimentos novos frente aos problemas da doença, de modo que a saúde seja encarada como responsabilidade de todos e não somente atribuição governamental. Esta abordagem concebe o homem como sujeito principal, responsável por sua realidade; suas necessidades de saúde são solucionadas a partir de uma ação consciente e participante (BRASIL, 1992).

Assim, em uma perspectiva participativa, a Educação em Saúde deve se comprometer a assistir uma clientela de crescente complexidade, como a dos bebês pré-termo e suas famílias, que temos particular interesse e cuja demanda aos serviços de saúde e necessidades de cuidados caracterizam os problemas de saúde pública, no Brasil e em diversos países.

O treinamento da mãe para o cuidado domiciliar do bebê se dá durante toda a internação do prematuro, procurando-se desenvolver habilidades e a aquisição de conhecimentos específicos para esse cuidado.

A enfermagem ao permanecer maior tempo em contato com o bebê e sua família depara-se freqüentemente com a problemática de capacitá-los para assumir os cuidados do filho prematuro, tornando-se necessária a organização de novas estratégias de intervenção como os grupos de apoio (SCOCHI, 2000).

Desde a década de 1950, a Academia Americana de Pediatria (1957) aconselha a realização de reuniões educativas com os pais, antes e depois da alta da criança.

Há o risco de as reuniões educativas tornarem-se monótonas, desestimulantes, repetitivas e desinteressantes para o profissional e a clientela. Acreditamos que os materiais educativos possibilitam a troca de experiências, tornando as atividades educativas mais estimulantes e inovadoras. Mas a maioria dos serviços que prestam assistência ao prematuro e sua família é carente de materiais educativos.

Por outro lado, o desenvolvimento e uso desses recursos têm sido mais freqüentes em outras áreas e dirigidos a outras clientelas, dentre as quais apresentamos alguns estudos.

Ribeiro et al. (2004) desenvolveram materiais educativos do tipo álbum e folhetos para serem utilizados em programas de prevenção e controle da esquistossomose. Os materiais utilizados em um processo educativo (aulas expositivas com o estímulo da participação do grupo e a troca de experiências) mostraram-se eficientes e melhoraram o conhecimento sobre a doença. Tal experiência constituiu-se em modelo de atuação efetiva e de baixo custo, sendo recomendada para o combate de outras endemias existentes no país.

Salamanca et al. (2004) validaram um manual de autocuidado em hemodiálises com enfermeiras de um hospital em Santiago no Chile. O formato, conteúdo e aspectos instrucionais foram considerados adequados por mais de 90% dos avaliadores, os quais

apresentaram, ainda, algumas sugestões para melhorar a legibilidade do manual, bem como para incorporar alguns temas mais específicos, e estratégias para motivar a aprendizagem dos pacientes, além de indicar mais claramente como utilizar o material.

Na área de saúde da criança, Andrade (2004) desenvolveu, descreveu e avaliou a utilização de um jogo educativo sobre doenças respiratórias em menores de cinco anos, para a aplicação em atividades de educação em saúde com agentes comunitários de saúde. Este estudo foi realizado em duas etapas, sendo, a primeira, descritiva sobre o desenvolvimento do jogo educativo e, a segunda, um estudo de intervenção ou experimentação, com delineamento pré e pós-teste, de forma que a coleta de dados foi feita através de monitoramento contendo 22 questões, aplicadas antes e depois do jogo educativo, para avaliar a aquisição de conhecimento entre agentes comunitários. O jogo foi estruturado na forma de um tabuleiro com percurso dividido em 36 caselas com ponto de saída e de chegada, além de cartelas de respostas com 18 casos de crianças e famílias sobre conceitos e definições das doenças respiratórias infantis e cuidados para a sua prevenção e recuperação. O conhecimento dos agentes foi classificado em insuficiente, regular, bom e ótimo, de acordo com a porcentagem de acertos. Teve como participantes a população de 101 agentes comunitários de saúde que trabalham nas 17 equipes do Programa de Saúde da Família de Passos - MG.

Após a intervenção, houve aumento na proporção de respostas certas, dos agentes comunitários de saúde, predominando conhecimento classificado como ótimo. A metodologia utilizada permitiu uma maior participação e interação entre os jogadores, favorecendo o desenvolvimento da aprendizagem a partir de suas experiências prévias, envolvendo aspectos lúdicos. O jogo educativo mostrou-se eficaz como processo metodológico a ser utilizado em atividades de educação permanente com agentes comunitários de saúde.

A partir desses resultados, Andrade (2004) aponta a importância do aprofundamento dos questionamentos e debate sobre a inserção de métodos lúdicos na educação em saúde,

buscando sua maior utilização, aprimoramento das características das dinâmicas e a exploração do conhecimento sobre o possível impacto de seus resultados na melhoria da qualidade das práticas de saúde em vigor.

Considerando as inúmeras possibilidades de criação de materiais didático-instrucionais a serem utilizados nas atividades educativas junto às mães e famílias de bebês a termo e pré-termo, pesquisadores do Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (GESCA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) têm desenvolvido e avaliado o uso de jogos e cartilhas educativas, cujos estudos apresentamos a seguir.

Fonseca, Scochi e Mello (2002), com o objetivo de verificar a aquisição de conhecimento nas atividades de educação em saúde, em alojamento conjunto de uma maternidade filantrópica de Ribeirão Preto-SP, utilizaram um jogo educativo que abordava o aleitamento materno e cuidados básicos com o recém-nascido. Este jogo contém um tabuleiro colorido, com 26 caselas a serem percorridas pelos participantes, tendo um ponto de saída e outro de chegada, 50 cartas com perguntas relacionadas aos cuidados com o bebê prematuro. As autoras concluíram que o jogo constitui-se em uma estratégia adequada para facilitar a troca de experiências entre as puérperas e o desenvolvimento da educação em saúde por meio de atividades lúdico-pedagógicas, havendo assim aquisição de conhecimentos e abertura para discussão de mitos e atitudes de risco para a saúde da puérpera e do bebê.

Segundo as autoras, este tipo de estratégia permite além da descontração das participantes, durante a atividade, uma renovação na atuação dos profissionais da saúde, pois, o ato de curar e cuidar deve contar não apenas com a equipe de saúde, mas também com o cliente envolvido. Desta forma a mãe é um agente participante do ensino e aprendizado, e ao final desse processo, estará apta para cuidar de si mesma e de seu filho, transmitindo o seu conhecimento a outras pessoas de seu convívio social, transformando-se em agente

multiplicador de conhecimento. Para este processo, é necessário que o enfermeiro permita aos pais a participação no cuidado de seus filhos sob sua orientação.

Especificamente sobre o prematuro, Fonseca et al. (2002) desenvolveram o jogo educativo “Mamãe e o pequeno bebê” para ser utilizado nas atividades de educação dirigida ao preparo dessas mães para a alta hospitalar do filho. O jogo aborda temáticas relacionadas à alimentação/aleitamento materno, relacionamento familiar, higiene, cuidados diários e cuidados especiais, levantadas por mães de prematuros internados em um hospital-escola. Segundo as autoras, este estimula o interesse do aprendiz, ajuda na construção e desenvolvimento da personalidade e do aprendizado, fazendo do ensinador um condutor, estimulador e avaliador da aprendizagem.

Os estudos de Fonseca trouxeram subsídios teórico-metodológicos para o desenvolvimento da investigação de Andrade (2004), fortalecendo esta linha de pesquisa do GESCA.

Tivemos a oportunidade de utilizar este mesmo instrumento, jogo educativo, como mediador na intervenção com famílias de bebês prematuros no domicílio, após a alta hospitalar (FERECINI; DUPAS, 2006). Esta pesquisa teve como objetivo o estudo de famílias de prematuros após alta da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal da Santa Casa de São Carlos – SP e Unidade de Prematuros da Maternidade de São Carlos, a fim de analisar o cuidado domiciliar prestado, identificando as dificuldades encontradas e oferecendo orientações para auxiliá-las no desenvolvimento do cuidado à criança no domicílio. A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante, entrevista semi-estruturada e de intervenção educativa grupal com os familiares, durante visitas domiciliares realizadas para cada família, residentes no município de São Carlos - SP. Dentre as dificuldades apresentadas pelas famílias, destacaram-se aquelas relativas à amamentação e ao banho de sol. As questões com uma problemática maior e muitas vezes com respostas

conflitantes foram relacionadas à necessidade de acordar o bebê prematuro para amamentá-lo, quanto tempo o leite ordenhado pode ficar na temperatura ambiente e na geladeira, a necessidade de complemento alimentar, e o uso da mamadeira em casa. As mães do estudo, em sua maioria, desconheciam o motivo do banho de sol no bebê e como realizá-lo em casa.

O jogo educativo mostrou ser um instrumento de intervenção adequado ao objetivo proposto, promovendo uma maior descontração e interação entre familiares e entrevistadora, a expressão e esclarecimento de dúvidas e o relato de experiências.

O aparecimento de dúvidas, a insegurança e o medo na realização de cuidados ao prematuro após a alta hospitalar apontou para a necessidade de inclusão de toda a família no cuidado, ainda durante o período de hospitalização, para que a participação desta no cuidado domiciliar seja um facilitador no processo de adaptação da família à nova situação após o nascimento do bebê.

O material didático-instrucional “Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna” foi desenvolvido por Fonseca et al. (2004a) utilizando metodologia participativa, com mães e equipe de enfermagem de uma unidade de cuidados intermediários neonatal de um hospital universitário de Ribeirão Preto - SP. Na avaliação das participantes, a cartilha mostrou-se adequada ao objetivo proposto, de fácil compreensão e utilização. Esta cartilha tem sido amplamente divulgada por intermédio de sua distribuição gratuita aos serviços e profissionais e está *on-line* em vários sites. Na sua segunda edição, foi atualizado o conteúdo e incluído outros como o apoio aos pais e gráficos de acompanhamento do crescimento, mediante sugestões dos usuários, pais e profissionais de saúde (FONSECA; SCOCHI, 2005).

Dando continuidade a essa linha de pesquisa do GESCA, temos particular interesse em utilizar tal cartilha no preparo e treinamento das mães e famílias de bebês prematuros.

Em face à incidência e repercussão do nascimento de um prematuro ao sistema de saúde, à própria criança e família, além da importância da participação dos pais, principalmente das mães no cuidado de seus filhos ainda no hospital, é de extrema importância o estudo nesta área.

O cuidado ao prematuro anterior à alta hospitalar, realizado pela mãe de forma adequada, pode fortalecer o vínculo mãe-filho-família além de auxiliar no desenvolvimento do bebê. Para isto é fundamental utilizar novos instrumentos em Educação em Saúde para o preparo das mães/famílias para o cuidado de seus filhos.

Vislumbrando a possibilidade de construir, com as mães, conhecimentos acerca dos cuidados com seus filhos prematuros, num esforço para o preparo mais adequado à alta hospitalar desses bebês, motivamo-nos a realizar o presente estudo. A utilização de um instrumento próprio, a cartilha educativa elaborada por Fonseca e Scochi (2005), visando a um aprendizado adequado e participativo dessas mães é inovador.

Tal proposta tem como norte a recomendação de Fonseca et al. (2004a) que apontam a necessidade de avaliações posteriores sobre o impacto do uso deste instrumento, utilizando a metodologia participativa na Educação em Saúde.

Nesse sentido, desenvolvemos o presente estudo esperando contribuir com a produção de conhecimento e de práticas ampliadas de cuidado ao prematuro e a sua família, na perspectiva da Educação em Saúde, subsidiando o processo de construção de uma assistência integral mais criativa e participativa em unidades neonatais.

2.1 Objetivo geral

Avaliar a implantação de um Programa de Educação em Saúde mediado pelo uso de uma cartilha educativa como estratégia para a construção de conhecimentos das mães sobre os cuidados com o filho prematuro, utilizando a metodologia participativa.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo de desenvolvimento de um Programa de Educação em Saúde mediado pelo uso de uma cartilha educativa dirigida às mães de prematuros, utilizando a metodologia participativa.
- Analisar a percepção destas mães sobre a vivência no Programa de Educação em Saúde.
- Avaliar a aquisição de conhecimentos cognitivos de mães sobre os cuidados com os filhos prematuros, proporcionados pela participação nesse Programa de Educação em Saúde.

3.1 Tipo de estudo e referencial teórico

Ao se desenvolver uma proposta de investigação e no desenrolar de uma etapa de uma pesquisa, reconhece-se a conveniência e utilidade dos métodos disponíveis, de acordo com o tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho. Cada teoria tem sua forma de lidar com os dados, de acordo com a teoria de mundo sustentada por elas, e não pode ser assumida como uma opção pessoal do cientista ao abordar a realidade (MINAYO, 2006).

O presente estudo constitui-se em pesquisa de intervenção educacional com delineamento quantitativo e qualitativo.

A pesquisa de intervenção educacional pode ser utilizada para solucionar um problema específico e/ou para uma intervenção educacional, considerando que toda intervenção educacional é para a solução de problemas, mas nem toda intervenção para solução de problemas se propõe a ser educacional. A intervenção pode ser por meio do pesquisar (participativamente ou não) e/ou pode ser uma pesquisa sobre a intervenção, relatando o seu processo e/ou avaliando-se os seus impactos. A pesquisa-intervenção inter-relaciona a pesquisa-ação e a pesquisa-participante, sendo que toda pesquisa-ação é participante, mas nem toda pesquisa-participante é ação (THIOLLENT, 2000; HAGUETTE, 2001).

Segundo Thiollent (2000), é possível realizar pesquisas diagnósticas/avaliativas em que os pesquisados são participantes, inexistindo o compromisso com a ação, mas sempre que houver ação há um compromisso com a participação.

A pesquisa de intervenção educacional pode envolver o público-alvo e sujeitos do pesquisar, mas pode não envolvê-los de forma ativa, desta forma, uma ação só do agente externo e não do participante. Há uma ampla e clara interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada, quando se trata de uma pesquisa-ação (devido ao seu

aspecto de intervenção direta no problema estudado), resultando numa ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta. A pesquisa não se limita assim a uma forma de ação, pretende-se aumentar o nível de conhecimento/consciência dos pesquisados e das pessoas e grupos considerados (THIOLLENT, 2000).

Na presente intervenção educacional, visando ao preparo das mães para o cuidado ao filho prematuro, utilizaremos o referencial teórico de Paulo Freire, método este de conscientização, problematização ou educação libertadora, com o objetivo de desenvolver nos sujeitos envolvidos (educador e educandos) uma conscientização crítica que promova não apenas conscientização, mas também a mudança de atitudes.

Paulo Freire (1983), em seu livro “Educação como prática da liberdade” descreve um método de alfabetização de adultos, citando vários exemplos desta experiência no Brasil e sua interrupção devido ao golpe militar. Mesmo no exílio, Paulo Freire ainda desenvolveu trabalho desta natureza em diversos países. No Movimento de Cultura Popular do Recife, coordenava o projeto de educação de adultos, por meio do qual foram lançadas duas instituições básicas de educação e de cultura popular: o Círculo de Cultura e o Centro de Cultura.

Nesses, os coordenadores instituíam debates em grupos, cuja programação era oferecida pelos próprios grupos através de entrevistas, que resultavam em enumerações de problemas que os alfabetizando gostariam de debater. Estes assuntos eram esquematizados com o auxílio de recursos visuais, apresentados aos grupos sob a forma de diálogos. Desta forma, estavam sendo identificadas as reais necessidades dos grupos, de acordo com a realidade vivida.

Ao educador cabia registrar apenas o vocabulário dos participantes e selecionar algumas palavras básicas em termos de frequência, relevância como significação vivida e tipo

de complexidade fonêmica que apresentam. Estas palavras, de uso comum na linguagem do povo e carregadas de experiências vividas, eram as palavras geradoras, que combinadas em seus elementos básicos propiciavam a formação de outras (FREIRE, 1983).

A significação das palavras, dada pelo universo vivido pelo educando, é constituída e reconstituída em seus comportamentos, codificada em quadros ou *slides* representativos das situações vivenciadas, tornando-se objetos. A decodificação, fase seguinte, é a reconstituição e análise da situação vivida, objetivada de forma crítica, em situação de comunicação e diálogo com os participantes do círculo; é uma conscientização das palavras (FREIRE, 1983).

Nesse método, não há professor, mas apenas um coordenador, que oferece as informações solicitadas pelo participante e propicia condições favoráveis à dinâmica de grupo, reduzindo sua intervenção direta no curso do diálogo (FREIRE, 1983).

Miranda e Barroso (2004), realizando uma revisão das principais obras e a produção mais significativa de Paulo Freire, apresentam seis pressupostos que Freire designava como idéias-força:

- Precedido a uma ação educativa, o educador deve fazer uma reflexão e análise do meio de vida do educando.
- Por meio da educação, o educando deve ser levado a uma tomada de consciência e a uma atitude crítica para a transformação da realidade.
- O homem tem a capacidade intrínseca de ser conhecedor de contextos exteriores ao seu e ter discernimento para relacionar-se com outros seres. Ao relacionar-se com outros seres, pertencentes a contextos exteriores, desafiadores, torna-o sujeito, capaz de modificar sua realidade.
- O homem, integrando-se aos contextos externos ao seu, é capaz de refletir e buscar respostas aos desafios que lhe foram apresentados, criando, assim, cultura.

- Fazedor da cultura e da história, o homem cria, recria e decide, numa constante formulação e reformulação de sua criação.
- A educação deve permitir ao homem ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história.

Das principais idéias-forças do legado de Freire, emergiram alguns conceitos, como a liberdade, a humanização, a conscientização, o diálogo, a cultura, a reflexão crítica e a problematização. Miranda e Barroso (2004) discutem alguns destes conceitos mais significativos para a enfermagem, como a problematização, o diálogo, a liberdade e a conscientização.

A problematização deve ser uma ação transformadora, partindo de situações já vivenciadas e implicando na reflexão sobre esta realidade de forma crítica, produzindo conhecimento e cultura, em um mundo e com o mundo (MIRANDA; BARROSO, 2004).

O diálogo é tido por Freire como uma necessidade própria do homem e por ser homem, de encontrar-se com outros, num processo de reflexão e ação orientada para a transformação e humanização do mundo. O diálogo é imprescindível para o conhecimento e é a essência deste, é um encontro numa tarefa na qual ambos (educador e educando) desvelam a realidade criticamente, conhecendo-a e recriando-a – produção do conhecimento (MIRANDA; BARROSO, 2004).

A liberdade é uma conquista, no qual o sujeito é o próprio responsável pela realidade de que faz. Liberdade é criar e propor o que e como aprender, pelas heranças já experienciadas, cria-se e recria-se o contexto vivenciado, dá resposta aos próprios desafios discernindo, transcendendo, lançando-se no domínio da história e no da cultura: não existe educação sem liberdade (MIRANDA; BARROSO, 2004).

A conscientização é a tomada de consciência pelo homem, que toma posse da sua realidade, aprendendo-a e criticando-a, e num processo de afastamento desta realidade, é agente de transformação desta e do mundo.

Miranda e Barroso (2004) selecionaram estes conceitos, considerados mais importantes para a Enfermagem, na busca de uma metodologia crítica e transformadora, entendendo que o diálogo é essencial para a existência da comunicação e da interação; somente um percurso problematizador levaria a uma atitude crítica e reflexiva, e, compreendendo o mundo e refletindo sobre ela, transforma-se a realidade a partir de uma ação consciente. A liberdade permeia todos estes conceitos, pois, não se cria ou aprende tolhida a liberdade do educando.

A proposta de educação pensada por Freire ultrapassa os limites de uma teoria, porquanto ela pode ser entendida como forma de compreender o mundo, refletir sobre ele, transformando a realidade a partir de uma ação consciente. O homem deve se integrar à realidade com capacidade para ajustar-se a ela e transformá-la, optando e criticando, sendo o sujeito desta e aprendendo temas e tarefas de sua época, co-existindo no dinamismo da história de sua sociedade.

O pensamento de Freire tem colaborado de forma significativa na construção de uma educação reflexiva na enfermagem, incorporando uma educação crítica e problematizadora, norteadas pelo diálogo com seus educandos; compreendendo o que é e para que serve a educação, indo de encontro à proposta pedagógica ainda hegemônica do monólogo, batendo de frente com aqueles conteúdos prontos e preestabelecidos. Entende quem é o aluno, que ser é esse que está no mundo e com o mundo, e como ele pode ser mais. Valoriza sua cultura, sua palavra, criando uma pedagogia cheia de existência e amor - a pedagogia da liberdade - instituindo uma vivência solidária, com relações sociais e humanas, buscando, com o

educando, consciência crítica por meio de um processo “práxico” (ação-reflexão-ação), ético e interdisciplinar (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Na assistência realizada pelo enfermeiro, há grande contribuição das idéias freireanas, onde junto ao seu cliente, também pode se considerar um aprendiz, no momento em que ele visualiza o cuidado também como atividade de Educação em Saúde, não se percebendo dono do cuidado, e não tendo uma atitude verticalizada no ato holístico de cuidar. Assim o enfermeiro poderá construir uma prática libertadora, crítica, valorizando o cliente (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Segundo Cyrino e Toralles-Pereira (2004), na educação problematizadora o conteúdo deve estar sempre se renovando e ampliando, inserido criticamente numa realidade em constante transformação, com todas as suas contradições. Desta forma, criam-se desafios cognitivos permanentes para aprendizes e facilitadores. A relação ação-reflexão-ação transformadora é o eixo básico de orientação do processo educativo. Busca-se interpretar a realidade voltando-se à criação de espaços contra-hegemônicos e contestatórios que possibilitem a crítica, algumas vezes radical, à realidade estudada.

Esta metodologia é uma das manifestações do construtivismo marcada pela dimensão política da educação, comprometida com uma visão crítica da relação educação e sociedade, voltada à transformação social, à conscientização de direitos e deveres do cidadão, mediante uma educação libertadora e emancipatória. É a metodologia mais propícia para encorajar aprendizes, em cada etapa de sua experiência de aprendizagem, a refletirem sobre a situação global de estudo de uma realidade concreta, com seus conflitos e contradições. A problematização volta-se com o objetivo de questionar o quanto determinada experiência muda a compreensão, a apreensão, as atitudes e o comportamento de cada membro do grupo, visando à consciência crítica, e não apenas à compreensão dos conceitos e mecanismos básicos da ciência (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

A problematização requer do facilitador uma mudança de atitude para o exercício de um trabalho reflexivo com o aprendiz e, frequentemente, coloca o facilitador diante de situações imprevistas, novas e desconhecidas, exigindo que facilitadores e aprendizes compartilhem de fato o processo de construção. Esta metodologia promove a ruptura com a forma tradicional de ensinar e aprender, estimulando a gestão participativa dos protagonistas da experiência e a reorganização da relação teoria e prática (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Na presente pesquisa, a problematização constituiu-se no método utilizado durante a intervenção educacional junto às mães de prematuros cujo impacto foi avaliado utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa.

A pesquisa quantitativa, que tem como principal influência do positivismo a utilização de termos matemáticos para a compreensão da realidade e a linguagem de variáveis para especificar atributos e qualidades do objeto de investigação, visa a eliminar fontes de propensões de todos os tipos e apresentar um linguagem observacional neutra, com precisão e objetividade. É adequada e instrumento poderoso e reconhecido quando há a necessidade de dados aglomerados ou indicadores sobre coletividades, porém restringe-se a realidade social ao que pode ser observado e quantificado apenas, além de procurar a generalização de eventos por ocorrerem numa mesma sociedade estudada (MINAYO, 2006).

Na pesquisa qualitativa, trabalha-se com dados que trazem para o interior da análise o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e os seus significados, a ordem e o conflito (MINAYO, 2006).

3.2 O cenário do estudo

O estudo foi realizado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), hospital-escola público, de grande

porte e de referência terciária para atendimento perinatal da regional de saúde de Ribeirão Preto-SP.

O HCFMRP-USP é campo de atuação de docentes da EERP-USP, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade.

Para atendimento ao recém-nascido, o hospital dispõe, atualmente, de 68 leitos neonatais, 20 na UTIN (7º andar), 28 na UCIN (8º andar) e 20 no alojamento conjunto (8º andar).

Em 2006, ocorreram 1.883 nascimentos no HCFMRP-USP (representando 18,8% do total de 10.023 nascimentos ocorridos em Ribeirão Preto), dentre os quais 392 (20,8%) eram pré-termo, assim distribuídos: três com idade inferior a 22 semanas, 28 com idade entre 22 a 27 semanas, 71 entre 28 a 31 semanas e 290 entre 32 a 36 semanas (SINASC, 2007). A elevada proporção de nascimentos pré-termo ocorridos neste hospital justifica-se por se constituir em centro regional de saúde, de referência terciária e quaternária na atenção perinatal e neonatal e de outras especialidades.

O estudo foi realizado na UCIN, situada no 8º andar do prédio da Unidade do Campus do HCFMRP-USP, a qual é dividida em duas áreas físicas, sendo uma enfermaria com seis leitos e outra maior, subdividida em três áreas com seis leitos cada.

Nessa unidade são realizadas reuniões com as mães de bebês hospitalizados (prematturos ou não) sob a coordenação da enfermeira e assistente social, com periodicidade quinzenal ou mensal, nas quais são explicadas algumas rotinas da unidade, como o horário de visitas para os pais e demais familiares, documentações necessárias para registro civil do recém-nascido, necessidade de apoio financeiro para transporte intermunicipal para visita da mãe ao filho, horário e disponibilidade de alimentação fornecida às mães pelo hospital.

Durante a permanência das mães na UCIN, a equipe de enfermagem orienta quanto aos cuidados ao prematturo, principalmente anterior à alta deste, com demonstração pela

enfermeira do banho e inserção das mães nos cuidados diários ao filho, como a administração de leite pela sonda ou copo, troca de fraldas, contato pele a pele e amamentação. As orientações relacionadas ao autocuidado com a mama puerperal e ordenha mamária são realizadas por funcionárias do banco de leite humano do hospital.

Demais orientações quanto ao seguimento do prematuro após a alta, prescrições de medicamentos, vitaminas e alimentação também são fornecidas às mães no momento em que deixam a unidade com os seus filhos.

3.3 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa 38 mães de prematuros internados na UCIN do HCFMRP-USP, as quais foram codificadas como m1, m2... m38. A escolha pelas mães, ao invés dos pais e/ou familiares, justificou-se pelo fato delas serem, historicamente, responsáveis pelo cuidado dos filhos e estarem mais presentes na unidade neonatal acompanhando seus filhos. Além disso, o horário das visitas dos familiares na unidade neonatal inviabilizou a participação deles nos grupos educativos que foram prioritariamente no período da manhã.

Os critérios de inclusão das mães no estudo foram: ter bebê nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação, estar com o filho internado na UCIN do durante a coleta de dados, não apresentar contra-indicação ao aleitamento materno, ter alfabetização que permita a leitura da cartilha educativa, verbalizada pela mãe, e aceitar participar de todas as etapas de desenvolvimento do estudo.

Além destas, participaram das atividades educativas outras sete mães que não atenderam aos critérios de inclusão no estudo.

3.4 Coleta de dados

O estudo foi realizado em três etapas, sendo a primeira diagnóstica (pré-teste) sobre o conhecimento materno, a segunda, incluindo grupos de Educação em Saúde e a terceira pós atividade educativa (pós-teste), as quais estão descritas a seguir.

3.4.1 Etapa diagnóstica: conhecimento materno inicial sobre os cuidados ao prematuro

Esta etapa considerada como pré-teste, teve como objetivo identificar o conhecimento das mães, anterior a participação nas atividades educativas, cujos dados foram coletados por meio de entrevista estruturada (Apêndice A), orientada por um roteiro (pré-teste).

A entrevista estruturada é uma técnica utilizada por meio de questionários aplicados diretamente pelo pesquisador ou indiretamente, construído na forma de roteiro fechado escrito (MINAYO, 2006). Pressupõe hipóteses e questões fechadas, em que o ponto de partida é as referências do autor (HULLEY et al., 2006).

Ao oferecer uma lista de respostas possíveis, as questões fechadas levam a repostas rápidas e fáceis, além de tornar mais fácil sua tabulação e análise. No entanto, conduzem os respondentes a certas direções, não permitindo a expressão de opinião própria e singular (HULLEY et al., 2006).

O instrumento utilizado consta de dados de identificação da participante e de um conjunto de afirmações elaboradas sobre temáticas relacionadas ao cuidado do prematuro visando à alta hospitalar, as quais foram lidas para cada participante, solicitando que estas respondessem se as afirmações estavam certas ou erradas.

As temáticas incluídas no roteiro referem-se aos conteúdos abordados na cartilha educativa desenvolvida por Fonseca e Scochi (2005).

Tal cartilha denominada “Cuidados com o bebê prematuro: orientação para família” constitui material didático-institucional desenvolvido e validado com a participação de mães, enfermeiras e auxiliares de enfermagem de uma unidade neonatal do hospital universitário de Ribeirão Preto, utilizando metodologia participativa. A cartilha é ilustrada, na forma de perguntas e respostas, e contém os temas que as participantes julgaram necessários para o preparo da mãe para a alta do seu filho prematuro, sendo que a versão original foi ampliada com a inclusão de alguns conteúdos sugeridos pelos usuários (FONSECA et al., 2004b), em sua segunda edição (FONSECA; SCOCHI, 2005).

Está disponibilizada *on-line* em vários sites, dentre eles o da EERP-USP (www.eerp.usp.br/gesca) e do Ministério da Saúde (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/Cartilha_cuidados_bebe_premat.pdf), foi impressa com distribuição gratuita, divulgada em revistas, jornais, emissoras de televisão e rádio; além de receber o Prêmio Saúde 2007 da Editora Abril, menção honrosa, por se destacar como iniciativa capaz de melhorar a saúde dos brasileiros.

O roteiro da entrevista contém 46 afirmações sobre os cuidados com o prematuro nos aspectos referentes à *Relacionamento Familiar* (3), *Alimentação* (18), *Higiene* (3), *Cuidados Diários* (14), *Cuidados Especiais* (5), *Apoio aos Familiares* (2) e *Gráfico de Crescimento* (1), conforme descrição que se segue.

Relativas ao *Relacionamento Familiar* foram três afirmações, duas delas sobre a manutenção de um relacionamento mais afetivo durante e após a alta hospitalar e uma sobre as visitas de familiares ou amigos após a alta hospitalar do prematuro.

O tema *Alimentação* incluiu 18 afirmações, sendo duas delas sobre a importância do leite materno para o prematuro e o mito “leite fraco”; quatro sobre a forma de realização da retirada ou ordenha de leite do peito; duas sobre a armazenagem e uso do leite ordenhado (congelamento e descongelamento); duas sobre a manutenção da produção do leite materno;

duas sobre a frequência e quantidade adequada da alimentação do bebê prematuro; uma sobre o uso da sonda; duas sobre o uso da mamadeira e uma do copinho; uma sobre a posição adequada do bebê após a mamada e outra sobre as formas de diminuir engasgos durante a mamada.

A respeito do tema *Higiene*, duas afirmações abordaram sobre os cuidados com as roupas do bebê (como lavar, passar e uso do amaciante ou do vinagre) e uma sobre a forma de realização do banho.

Sobre os *Cuidados Diários* continham 14 afirmações, sendo estas: três sobre o crescimento e desenvolvimento do prematuro, uma sobre os passeios com o bebê, quatro sobre o banho de sol (forma e horário de realização, importância de realização), uma sobre o transporte do prematuro em automóvel, uma sobre a principal causa de choro dos bebês, uma sobre o local adequado para colocar o bebê para dormir, duas sobre administração de medicamentos e vitaminas e uma sobre as características do prematuro relacionada a manutenção da temperatura.

O tema *Cuidados especiais* continha cinco afirmações, sendo uma relativa aos sinais que indicam que o bebê não está bem, uma sobre as medidas de auxílio na respiração do bebê, uma sobre o risco dos prematuros terem infecção, uma sobre a regurgitação e vômito, e outra sobre as medidas para diminuição das alterações de equilíbrio no bebê.

Com relação ao *Gráfico de Crescimento*, havia apenas uma questão; as duas afirmações restantes, referentes ao tema *Apoio aos Pais*, abordaram os sentimentos gerados pela hospitalização do prematuro e a amenização destes sentimentos mediante visitas ao bebê ainda durante a internação.

O maior número de questões sobre a alimentação e banho de sol, justifica-se por serem temas que as mães encontraram maiores dificuldades, no cuidado do filho prematuro, no

domicílio, conforme nossa vivência e resultados do estudo realizado (FERECINI; DUPAS, 2006).

As afirmações contidas no instrumento de coleta de dados foram lidas para cada mãe, pela entrevistadora, solicitando-se que respondessem se estavam certas ou erradas.

3.4.2 Etapa de implantação do Programa de Educação em Saúde

A segunda etapa consiste em um conjunto de atividades para viabilizar a construção de conhecimentos das participantes (mães) sobre os cuidados com o prematuro visando ao preparo para a alta hospitalar.

Assim, ao final do pré-teste, foi distribuído um exemplar da cartilha educativa “Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família”, para cada mãe proceder à leitura, levando-a ao domicílio. Neste primeiro contato com o conteúdo do material, foi incentivado que as participantes familiarizassem-se com este, despertando-se para dúvidas e outros assuntos, discutindo com a família e amigos. O tempo que as participantes levaram para a leitura variou de um a 38 dias, sendo que a média foi de 5,4 dias e a moda de 1 dia.

Seis mães permaneceram mais que 10 dias com a cartilha, devido a problemas pessoais que impossibilitaram a ida até o hospital (problemas de saúde individual ou de familiares, além de dificuldades financeiras para o transporte até o hospital).

Para o desenvolvimento da atividade educativa foi utilizada a educação problematizadora, fundamentada no referencial teórico de Paulo Freire. Esta educação, também chamada de conscientizadora, busca a inserção crítica e reflexiva do homem na realidade, a fim de que haja uma transformação social, a troca de experiências, o questionamento, a individualização e a humanização. Para isto, são utilizadas experiências cotidianas do aprendiz, em uma relação dialógica e participativa (FREIRE, 1999; 1983).

Utilizando como método a problematização, no presente estudo as atividades educativas foram realizadas em grupo, com a participação efetiva das participantes na construção dos seus conhecimentos.

Algumas técnicas da comunicação terapêutica também foram utilizadas durante as atividades educativas, com o objetivo de facilitar a formação de um trabalho de interação entre enfermeira-cliente, além de permitir e incentivar mutuamente todos os envolvidos pelo compartilhar de informações durante todo o período de relacionamento entre o enfermeiro-cliente (STEFANELLI, 1985; SUDEEN et al., 1994).

Dentre as técnicas da comunicação terapêutica descritas por Stefanelli (1985), utilizamos as seguintes:

- para auxiliar na descrição da experiência e expressão de pensamentos e sentimentos: *Permanecer em silêncio, Ouvir reflexivamente, Verbalizar aceitação, Verbalizar interesse, Repetir comentários feitos pelo cliente, Fazer pergunta, Fazer pergunta relativa aos dados comunicados, Introduzir problema relacionado, Devolver a pergunta feita, Usar frases descritivas, Manter o cliente no mesmo assunto, Permitir ao paciente que escolha o assunto;*
- para ajudar na clarificação da comunicação verbal: *Estimular comparações e Solicitar que esclareça termos incomuns;*
- para colaborar na validação da comunicação verbal: *Repetir a mensagem do cliente, Pedir ao paciente para repetir o que foi dito e Sumarizar o que foi dito na interação.*

Todas estas técnicas utilizadas estão sumarizadas no Apêndice C.

Foram realizadas 19 atividades educativas, iniciadas com a apresentação das participantes, pesquisadora e auxiliares de pesquisa. Logo em seguida, em 17 dos grupos educativos foi realizada uma técnica de relaxamento, que tinha por objetivo promover nas

participantes um alívio de tensões, melhorar a inserção no grupo além do refletir a respeito do principal sonho em que estas estavam vivenciando naquele momento.

O relaxamento é um ato de aprofundamento interno, trazendo à superfície as capacidades que são inerentes ao ser humano, como a capacidade do sucesso, da criatividade e da beleza, o bem estar e a verdade. Em algumas escolas, clínicas ou equipes, o relaxamento é usado como fonte de abertura à criatividade, à expressão fluente de idéias, ao auxílio de processos de cura, desenvolvendo a saúde, o bem estar e a harmonia (SOUZA, 1997).

Após o relaxamento, foram trabalhados participativamente os conteúdos abordados na cartilha “Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família”, bem como outros levantados pelas participantes, visando à alta hospitalar do filho prematuro.

Cabe assinalar que esta cartilha educativa utilizada foi desenvolvida com a preocupação de ser guiada pelo referencial pedagógico da problematização, isto é, colocando às participantes situações do cotidiano, em que elas levantam hipóteses e escolhem alternativas que julgam mais adequadas aos problemas apresentados.

Ao final das atividades educativas, as mães foram estimuladas a expressarem suas opiniões sobre a cartilha como estratégia de ensino-aprendizagem e suas vivências nos grupos educativos.

Os grupos de Educação em Saúde foram coordenados pela enfermeira-pesquisadora, que estimulou a participação das mães nas discussões e a troca de experiências visando à construção de conhecimentos sobre os cuidados com o prematuro.

Do total de 38 participantes, 18 participaram de uma reunião educativa e 20 participaram de duas, as quais foram suficientes para a discussão de todos os temas da cartilha e outros trazidos pelas participantes.

Todas as atividades educativas foram filmadas, a fim de que houvesse uma maior captação de dados que poderiam não ser obtidos por meio de outros métodos como a

entrevista ou a aplicação de questionários. Além da fala e escrita, outros elementos que servem como subsídios para a posterior interpretação na pesquisa qualitativa, também devem ser apreendidos, como o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a sequência e a temporalidade com que ocorrem os eventos (PADGETT, 1998).

Pinheiro, Kakehashi e Angelo (2005) descrevem, a partir de experiências vivenciadas, vários aspectos da utilização da filmagem em estudos qualitativos. Esta utilização não pode ser simplificada a um aspecto puramente técnico de captação de imagens e sons, porém, implica num planejamento adequado em todas as etapas da pesquisa, para que haja uma melhor utilização dos dados colhidos, aprofundando as entrevistas a fim de conhecer melhor o universo do estudo.

A observação indireta é um método de coleta de dados que consiste em não só “olhar”, mas sim, um “olhar específico” sobre o fenômeno que se deseja conhecer. Para se constituir num instrumento válido e fidedigno, a observação precisa ser controlada e sistemática, além da necessidade de haver um planejamento cuidadoso do trabalho e uma preparação rigorosa do investigador (PADGETT, 1998).

O vídeo (filmagem) constitui-se em método de observação indireta de coleta de dados, e é indicado para o estudo de ações humanas complexas difíceis de serem integralmente captadas e descritas por um único observador. Objetiva oferecer ao estudo uma maior credibilidade, minimizando a possível seletividade do pesquisador. Há a possibilidade de rever várias vezes as imagens gravadas, direcionando a atenção do observador para aspectos que teriam passado despercebidos (PINHEIRO; KAKEHASHI; ANGELO, 2005).

Durante a observação participante, o vídeo também tem a função de auxiliar o pesquisador a desprender-se de seus valores, sentimentos e atitudes que podem conferir certa subjetividade ao seu olhar, influenciando as notas de campo (LATVALA; VUOKILA-OIKONEN; JANHONEN, 2000).

O material empírico obtido por meio das filmagens das atividades de Educação em Saúde visou atender ao primeiro e segundo objetivos específicos deste estudo.

O aprimoramento dos instrumentos e das técnicas de coleta de dados foi possibilitado pelo estudo piloto, realizado em março e abril de 2007, com a participação de seis mães de prematuros assistidos na UCIN.

3.4.3 Etapa pós atividade educativa: conhecimentos adquiridos sobre o cuidado ao prematuro

A terceira etapa consistiu na realização de outra entrevista estruturada orientada pelo roteiro (Apêndice A) utilizado na primeira etapa do estudo, após a participação das mães no Programa de Educação em Saúde (pós-teste). Esta entrevista foi realizada ao final da atividade educativa ou no dia seguinte, a depender da disponibilidade das participantes.

Os dados obtidos na primeira (pré-teste) e terceira (pós-teste) etapas referem-se ao conhecimento das mães sobre o cuidado com o filho prematuro, antes e após as atividades educativas, e são pertinentes ao terceiro objetivo específico do estudo.

3.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados utilizamos as abordagens quantitativa e qualitativa.

3.5.1 Análise quantitativa

Foi utilizada para dimensionar os conhecimentos adquiridos pelas mães tendo por base a comparação dos dados obtidos na primeira e terceira etapas do estudo.

As respostas às 46 afirmações contidas no roteiro de entrevista foram categorizadas em certas e erradas, sendo o conhecimento geral de cada participante classificado em insuficiente, regular, bom e ótimo ao apresentar quantidade total de respostas corretas nos seguintes intervalos: até 11, de 12 a 23, 24 a 35, 36 a 46, respectivamente. Tal categorização foi elaborada tendo por base o estudo de Fonseca, Scochi e Mello (2002) e Andrade (2004).

Após o processo de dupla digitação dos dados para aferição, em planilha Excel, os dados exportados para o *Ambiente Computacional “R”* para realização de testes estatísticos.

O “R” é uma linguagem e ambiente para computação estatística e elaboração de gráficos, muito abrangente e atual, de domínio público e código fonte aberto. Isto significa que é de acesso gratuito e que se pode personalizá-lo uma vez que é possível acessar as linhas de programação caso desejável. A página principal é <http://www.r-project.org>, localizada em Viena, Áustria.

O “R” foi inicialmente escrito por Ross Ihaka e Robert Gentleman no Departamento de Estatística da Universidade de Auckland em Auckland, New Zealand, no início da década de 1990. O sistema “R” consiste de uma linguagem orientada a objetos mais um ambiente gráfico, disponível como uma biblioteca compartilhada. Pode executar programas armazenados em arquivos, como o caso de arquivos com extensão “txt” também lidos pelo Tinn-R, muito utilizado como editor de comandos do R. O “R” pode ser compilado e executado em um grande número de plataformas: Unix, Linux, Macintosh, Windows, etc. Permite a interface com procedimentos escritos em C, C++, ou FORTRAN (TANDEL, 2007).

Possui um grande número de procedimentos estatísticos convencionais e outros mais específicos, bem como uma grande quantidade de funções para desenvolvimento de ambiente gráfico e criação de diversos tipos de apresentação de dados. Possui módulos ou pacotes que podem ser adicionados à versão “base” instalada no *download* inicial, disponíveis para uma variedade de propósitos específicos (TANDEL, 2007).

Para a realização da comparação entre as variáveis obtidas no estudo, os gráficos do tipo *box plot* foram confeccionados a partir do ambiente “R”. Os testes de significância realizados no ambiente “R” para estas variáveis foram:

- Teste de Wilcoxon: utilizado para a comparação de duas amostras, pareadas, de distribuição não-normal, e escala numérica ordinal, intervalar ou razão (BUSSAB; MORETTIN, 2006; VIEIRA, 2003).
- Teste de Kruskal-Wallis: utilizado para a comparação de três ou mais amostras, não pareadas, de distribuição não-normal e escala numérica ordinal, intervalar ou razão (BUSSAB; MORETTIN, 2006; VIEIRA, 2003).
- Teste de Mann-Whitney: utilizado para a comparação de duas amostras, não pareadas, de distribuição não-normal e escala numérica ordinal, intervalar ou razão (BUSSAB; MORETTIN, 2006; VIEIRA, 2003).

3.5.2 Análise qualitativa

A pesquisa qualitativa é adequada e importante ao estudo da experiência humana sobre saúde, e pode suprir o pesquisador de categorias descritivas, além de ter relevância direta para a prática de enfermagem, contribuindo para o conhecimento e compreensão de um processo de vida e fornecendo assim uma base para intervenção, subsídios para intervir na busca da melhoria da qualidade de vida (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Estudos descritivos garantem que o relato das análises permaneça relacionado com os dados primitivos obtidos, revelando processos de vida, que envolvem os sujeitos, cujo conhecimento aumenta a compreensão do pesquisador (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Os dados obtidos por meio dos grupos educativos foram devidamente organizados e sistematizados através de um estudo qualitativo e descritivo dos dados. Foi realizada análise temática, que melhor se adapta a estudos qualitativos, além de denotar a partir de alguns temas presentes no discurso, motivações, opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências dos participantes (MINAYO, 2006).

O “tema” está relacionado a uma afirmação a respeito de um determinado assunto, comportando um feixe de relações que pode ser graficamente apresentada por uma palavra, frase ou resumo. Esta análise, que trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas, consiste em descobrir numa comunicação “núcleos de sentido”, em que sua presença pode denotar valores de referência e modelos de comportamento no discurso, e sua frequência pode denotar o caráter do discurso (MINAYO, 2006).

Para a análise do material filmado, foram selecionados as imagens e os discursos mais relevantes, o que implica em escolhas e decisões baseadas no objetivo do estudo e no referencial teórico escolhido. A seleção e análise devem considerar tanto a parte de áudio como de vídeo. O verbal e o não-verbal devem ser analisados como partes de um único fenômeno (PINHEIRO; KAKEHASHI; ÁNGELO, 2005).

Para a transcrição do comportamento verbal das filmagens, contamos com três auxiliares de pesquisa. Todas as filmagens foram revistas pela pesquisadora, sendo obtidos todos os dados referentes à comunicação não-verbal das participantes.

Pinheiro, Kakehashi e Angelo (2005) também apontam a necessidade de que o pesquisador reveja o filme algumas vezes para posteriormente transcrevê-lo, e extrair as unidades de análise.

Para a análise do comportamento não-verbal, utilizamos os modelos não-verbais na comunicação interpessoal, descritos por Silva (1996) e aprimorados por Rocha e Silva (2000) segundo quadro que se segue:

Quadro 1 - Modelos não-verbais de comunicação interpessoal.

Não-verbal	USO EFICAZ*	USO INEFICAZ**
Contato dos olhos	Regular, médio	Ausente, desafiante
Expressão facial	Sorridente, mostrando seus sentimentos	Rosto voltado para o outro lado ou inexpressivo
Volume de voz	Claramente audível	Alto ou baixo
Ritmo de voz	Médio	Impaciente, hesitante, lento
Postura corporal	Voltada para pessoa	Lateral ou de costas
Roupas	Simples	Provocativas, extravagantes
Maneirismos	Sem maneirismos	Presentes, provocando distração
Distância interpessoal	Aproximação	Distanciamento
Uso do toque	Presente	Ausente
Disposição dos moveis	Usados para unir	Usados como barreira

*Uso eficaz/efetivo: comportamentos que encorajam a fala do outro porque demonstram aceitação e respeito;

**Uso ineficaz: comportamentos que provavelmente enfraquecem a conversação.

Fonte: ROCHA, E. M.; SILVA, M. J. P. Manifestações não-verbais do docente e do aluno de enfermagem em sala de aula. Comunicação como meio de promover a saúde, In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 7º. **Anais.....** Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.

3.6 Aspectos éticos

O estudo seguiu as normas e recomendações para a pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Assim, após autorização do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria do HCFMRP-USP e da Divisão de Enfermagem do hospital, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética do hospital, sendo aprovado (Anexo A).

Cada mãe do prematuro que, após contato prévio com a pesquisadora e informada sobre o objetivo do estudo, se manifestou interessada em fazer parte do estudo, assinou duas

vias do termo de consentimento (Apêndice B), recebendo uma delas. Para as mães adolescentes que se interessaram em participar do estudo, solicitamos também autorização dos pais ou responsáveis.

Solicitamos ainda, autorização para a filmagem dos grupos educativos. As outras mães ou familiares presentes na UCIN por ocasião da coleta de dados e que não atendiam os critérios de inclusão, também puderam participar desses grupos educativos filmados, mediante aceitação do convite feito pela pesquisadora. A cartilha também esteve à disposição delas, pois se constitui em material doado a enfermagem do serviço neonatal da instituição.

4 Resultados e Discussão

Os resultados foram organizados em quatro seções. Primeiramente, mostramos a caracterização dos sujeitos do estudo, apresentando os dados relativos às mães e a seus filhos prematuros. A seguir, na segunda seção, discorremos sobre o desenvolvimento do Programa de Educação em Saúde, abordando as atividades de apresentação, o relaxamento e a dinâmica de discussão sobre o cuidado ao prematuro. Na terceira seção, apresentamos os resultados relativos à percepção das mães sobre a vivência no Programa de Educação em Saúde. Na última seção, avaliamos quantitativamente a aquisição de conhecimentos cognitivos adquiridos pelas participantes a partir das atividades educativas, comparando as respostas delas no pré e pós-teste e o ganho relativo.

4.1 Caracterização dos sujeitos

4.1.1 Dados maternos

Participaram do estudo 38 mães (m1 a m38) com idade entre 13 e 39 anos. A média foi de 24,3 anos e o desvio-padrão igual a 6,9. A moda esteve na faixa etária de 20 a 34 anos (68,4%).

Figura 1 – Idade das mães participantes do Programa de Educação em Saúde.

Todas as participantes residiam no Estado de São Paulo, sendo a maioria na Regional de Saúde de Ribeirão Preto (92,8%), especialmente no município de Ribeirão Preto (47,5%), e a minoria na Regional de Saúde de Araraquara (2,6%) e de Franca (2,6%).

Tabela 1 - Município de residência das participantes do Programa de Educação em Saúde.

Regional de Saúde	Município de residência	nº	%
Ribeirão Preto - 3513	Ribeirão Preto	18	47,54
	Serrana	3	7,9
	Sertãozinho	3	7,9
	Pitangueiras	2	5,3
	Santa Rosa de Viterbo	2	5,3
	São Simão	2	5,3
	Batatais	1	2,6
	Brodowski	1	2,6
	Cajuru	1	2,6
	Jaboticabal	1	2,6
	Jardinópolis	1	2,6
	Pontal	1	2,6
Araraquara - 3503	Porto Ferreira	1	2,6
Franca - 3508	São Joaquim da Barra	1	2,6
Total		38	100,0

A grande demanda de mães de prematuros procedentes de outros municípios (52,6%) justifica-se pelo fato de o HCFMRP-USP constituir-se em centro de referência terciária para a atenção perinatal, atendendo clientela da regional de saúde de Ribeirão Preto e de outras regiões.

O nível de escolaridade das mães variou desde a primeira série do ensino fundamental até o ensino superior completo, predominando as mães que não completaram o ensino fundamental (31,6%) e com ensino médio completo (28,9%) ou incompleto (21,1%), conforme figura que se segue.

Figura 2 - Escolaridade das mães participantes do Programa de Educação em Saúde.

Com relação à ocupação, a grande maioria (68,6%) das participantes é do lar, seguida daquelas que trabalham como doméstica (7,9%) ou vendedora autônoma (5,3%); as demais se dividem nas seguintes profissões: lavradora, cabeleireira, secretária, comerciante, assistente administrativa de ensino, professora e farmacêutica.

Tabela 2 - Tipo de ocupação das mães participantes do Programa de Educação em Saúde.

Tipo de ocupação	nº	%
Do lar	26	68,6
Doméstica	3	7,9
Vendedora autônoma	2	5,3
Comerciante	1	2,6
Lavradora	1	2,6
Cabeleireira	1	2,6
Assistente administrativa de ensino	1	2,6
Secretária	1	2,6
Professora	1	2,6
Farmacêutica	1	2,6
Total	38	100,0

Quanto ao estado civil, predominou a união consensual (60,5%), seguida pelas mães casadas (21,1%) e solteiras (13,2%).

Figura 3 – Estado civil das mães participantes do Programa de Educação em Saúde.

O número de filhos, incluindo o atual, variou de um a cinco, predominando aquelas com um filho (42,1%) ou dois filhos (44,7%), sendo que, em quatro destas, o parto atual foi de gemelares. Portanto, 18 (47,4%) das participantes já tinham vivência no cuidado de filhos anteriores.

Figura 4 – Número de filhos das participantes do Programa de Educação em Saúde.

A grande maioria (81,6%) destas mães afirmou não ter experiência anterior com prematuros, e sete (18,4%) já cuidaram de prematuros, sendo que, para quatro (57,1%) destas, o bebê foi o filho anterior, duas (28,6%) foi o sobrinho e uma (14,3%), o irmão mais novo.

Com relação à participação das mães nos cuidados do(s) filho(s) atual(is), 28 (71,1%) cuidaram do prematuro na unidade neonatal e 11 (28,9%) ainda não haviam se envolvido nesses cuidados, porque o parto era recente ou sua permanência na unidade neonatal era reduzida.

Quanto ao tipo de participação, 27 (71,1%) mães realizaram a troca de fraldas do bebê, 16 (42,1%) fizeram o contato pele a pele (mãe-canguru), 14 (36,8%) estavam amamentando o filho, e 6 (15,8%) já haviam realizado o banho no bebê.

Tabela 3 - Cuidados realizados com o filho prematuro internado na unidade neonatal.

Cuidados	nº	%*
Troca de fraldas	27	71,1
Mãe-canguru	16	42,1
Amamentação	14	36,8
Banho	6	15,8
Nenhum	11	28,9

* % calculada tendo como referência o total de 38 mães.

Do total de participantes, 27 (71,1%) estavam realizando ordenha mamária para a manutenção da produção láctea, cujo leite (cru ou processado no banco de leite humano) era oferecido ao filho prematuro. As demais (28,9%) mães que não estavam realizando ordenha mamária, se deve ao fato do parto ser recente ou à falta de orientações adequadas para a manutenção da produção de leite, durante a internação do prematuro, enquanto este ainda não está sendo amamentado.

A partir destes dados, constatamos que há necessidade de maiores investimentos institucionais na orientação das mães sobre a ordenha mamária para a manutenção da produção adequada de leite materno, além da maior inserção delas no cuidado ao prematuro

ainda durante a sua internação, principalmente no que se refere ao contato pele a pele e alimentação.

Cabe lembrar que, desde dezembro de 2002, o hospital universitário de Ribeirão Preto-SP, visando ao incentivo do aleitamento materno, implantou algumas estratégias como o contato pele a pele precoce, método canguru, estímulo à permanência materna, grupos de apoio, entre outras, culminando com o recebimento do título de Hospital Amigo da Criança.

4.1.2 Dados relacionados ao bebê prematuro

Quatro participantes tiveram parto gemelar, totalizando 42 bebês prematuros, sendo que 23 (54,8%) são do sexo feminino e 19 (45,2%) são do sexo masculino.

A idade gestacional dos prematuros variou entre 24 semanas e 1 dia a 36 semanas; a média de idade gestacional foi de 31,3, e o desvio-padrão igual a 3. Predominaram nascimentos com 28 a 31 semanas de gestação (45,2%) e de 32 a 36 semanas (42,9%).

Figura 5 - Idade gestacional dos prematuros, filhos das participantes do Programa de Educação em Saúde.

O peso ao nascer dos prematuros variou de 670g a 2555g; a média foi de 1607,9g e desvio-padrão de 437,9g. A moda esteve no intervalo de 1500 a 2499g. Predominaram

nascimentos de baixo peso (61,9%), seguido por muito baixo peso (23,8%) e extremo baixo peso (11,9%).

No momento da entrevista, o tempo de permanência dos prematuros na UTIN variou de zero a 129 dias; a média foi de 14,9 dias e o desvio-padrão 25,3.

O tempo de permanência na UCIN variou de zero a 23 dias; a média foi de 5,4 dias e desvio-padrão 5,4.

A maioria dos prematuros apresentou, até o momento da primeira entrevista, diagnósticos clínicos de prematuridade (100%), a dificuldade respiratória precoce (95,2%), icterícia (59,2%) e persistência do canal arterial (26,2%).

Tabela 4 - Diagnósticos clínicos dos prematuros até o momento da primeira entrevista.

Diagnósticos Clínicos	nº	%*
Prematuridade	42	100,0
Dificuldade Respiratória Precoce	40	95,2
Icterícia	25	59,5
Persistência do Canal Arterial	11	26,2
Retinopatia da Prematuridade (I ao II)	5	11,9
Doença da Membrana Hialina (I ao IV)	4	9,5
Infecção Neonatal Precoce	3	7,1
Enterocolite Necrotizante	2	4,8
Erro Inato do Metabolismo	2	4,8
Hemorragia Peri-intraventricular (I ao II)	2	4,8
Hidrocefalia (Moderada)	2	4,8
Crise Convulsiva	1	2,4
Hipoglicemia	1	2,4
Sepse Tardia	1	2,4
Síndrome de Down	1	2,4

* % calculada tendo como referência o total de 42 prematuros.

Os prematuros foram submetidos às seguintes tecnologias de cuidado: 27 (64,3%) estavam em incubadora, 30 (71,4%) com pulso-oxímetro, 10 (23,8%) com monitor de apnéia e 6 (14,3%) com oxigenioterapia (“bigodinho de O₂”).

No que se refere à alimentação, 8 (19%) dos bebês cujas mães permaneciam internadas no alojamento conjunto estavam em aleitamento materno exclusivo, e, os demais, 34 (81 %), estavam recebendo o aleitamento materno misto.

Tabela 5 - Técnica de alimentação dos prematuros filhos das participantes do Programa de Educação em Saúde.

Técnica de alimentação	nº	%
Sonda orogástrica	23	54,8
Sonda orogástrica, copo e amamentação	16	38,1
Sonda orogástrica e copo	1	2,4
Copo e amamentação materna	1	2,4
Copo	1	2,4
Total	42	100

No momento da primeira entrevista, 23 (54,8%) bebês estavam recebendo a alimentação láctea apenas pela sonda orogástrica, 16 (38,1%) estavam sendo amamentados e também recebiam o complemento pelo copo e/ou pela sonda orogástrica, em caso de não-aceitação pelo copo, e um (2,4%) estava recebendo o leite por sonda e pelo copo. Apenas dois prematuros estavam sem a sonda orogástrica, sendo que um deles sugava no seio materno e recebia o complemento pelo copo, e outro recebia o leite só pelo copo.

4.2 O desenvolvimento das atividades de educação em saúde

4.2.1 Como se deu a realização das atividades educativas

A seguir, apresentamos a forma de condução das atividades educativas, utilizando a metodologia da problematização (FREIRE, 1983), auxiliada pelas técnicas da comunicação terapêutica (STEFANELLI, 1985) e identificação dos comportamentos não-verbais (ROCHA; SILVA, 2000).

Os grupos educativos foram divididos em três momentos: apresentação, relaxamento e a dinâmica de discussão sobre o cuidado ao prematuro.

Apresentação

A realização das atividades educativas se deu em duas salas diferentes, no 8º andar do HCFMRP-USP, sendo que uma delas proporcionava maior conforto para as participantes devido à presença de cadeiras almofadadas.

Anterior à chegada das mães, as cadeiras eram dispostas em círculo ou semicírculo, sem a presença de mesas no centro, e a câmera montada para a focalização do maior número de participantes possível.

Essa disposição dos móveis foi utilizada de maneira tal a proporcionar uma aproximação entre as participantes sem o estabelecimento de relações de subordinação entre as mães e a pesquisadora. Não havia a indicação pela pesquisadora às participantes dos locais onde estas deveriam se sentar, deixando-as livre para escolher.

Sendo assim, a distância entre as mães, exceto em duas das reuniões com 9 e 13 participantes, não foi maior que 125 centímetros, pela própria disposição dos móveis, o que representa o uso eficaz deste modelo não-verbal (distância interpessoal) para a comunicação, de forma a encorajar a fala do outro (ROCHA; SILVA, 2000).

Segundo Silva (1996), a distância interpessoal de no máximo 125 centímetros está no limite do alcance físico em relação ao outro, porém sem contato físico, a altura de voz utilizada é moderada, o calor corporal passa despercebido, e a detecção da expressão facial do outro é bastante nítida.

Distância maior que 125 centímetros, que foi o que ocorreu em duas das atividades, promoveu a maior presença de maneirismos, gestos que, quando presentes numa comunicação

interpessoal, podem causar distração ou enfraquecer a conversação. Como exemplos: brincar com uma caneta, passar a mão no cabelo ou olhar vago (ROCHA; SILVA, 2000).

Estes, de forma geral não apareceram nas demais atividades educativas, apenas em alguns momentos breves, não sendo percebidos comportamentos de ansiedade ao mesmo tempo.

Na maior parte das reuniões, uma mãe sentou-se ao lado da outra, por afinidade ou não, sem qualquer orientação da pesquisadora. Em duas reuniões, por motivo da filmagem, foi solicitado às participantes que trocassem de lugar, o que foi feito sem a demonstração de constrangimento.

Em duas reuniões com a presença de duas participantes cada, houve um distanciamento interpessoal entre as participantes. Nos dois casos, uma das participantes esperou para que a outra sentasse, e assim, escolheu a cadeira mais distante disposta na sala. Houve pouca troca de olhares entre estas participantes, no início da reunião, o que pode caracterizar uma estigmatização pelas características físicas das participantes em questão: presença de tatuagens e apresentação de penteado não usual.

De acordo com Silva (1996), o contato dos olhos pode ser descrito como um modelo não-verbal de comunicação interpessoal e alguns fatores podem influenciá-lo numa conversação, como a distância entre as pessoas (quanto mais distantes, maior a quantidade de olhares, já em um ambiente mais restrito, tendemos a olhar menos para o outro); as características físicas (diminuímos a quantidade de olhares, se temos alguém estigmatizado à nossa frente); as características pessoais (as mulheres olham e desviam mais o olhar do que os homens, pessimistas, deprimidos, indiferentes, confusos, envergonhados olham menos para as outras pessoas, assim como o olhar mais intenso indica pessoa segura de si, amável, sincera, que interage, ou seja, favorece o aprofundamento da relação); o tema (se o assunto interessa,

olhamos mais, quando o assunto é embaraçoso ou vergonhoso, olhamos menos); e o fator cultural (influencia o hábito de olhar mais ou menos).

A postura corporal adotada pelas mães foi voltada para as participantes da atividade educativa, mantendo-se desta forma até a finalização da atividade, o que, de acordo com Rocha e Silva (2000), pode ser classificado como uso eficaz deste modelo na comunicação interpessoal.

Este posicionamento das participantes foi facilitado pela disposição dos móveis, que não permitia a postura corporal de trás ou de costas (uso ineficaz deste modelo na comunicação interpessoal), o que enfraqueceria a conversação (ROCHA; SILVA, 2000).

A orientação utilizada pelas participantes foi frente a frente ou em paralelo, demonstrando parceria e construção de objetivos comuns, conforme aponta Silva (1993).

A filmagem das reuniões foi realizada pela própria pesquisadora com o auxílio de um tripé e por três auxiliares de pesquisa, principalmente quando a reunião tinha a presença de um maior número de pessoas.

Logo após a chegada das mães, era realizada uma apresentação da pesquisadora e auxiliares de pesquisa com as participantes. Muitas destas já haviam tido um contato anterior na UCIN ou na UTIN, mas não raro, não sabiam os nomes uma das outras, sendo denominadas pelo nome dos bebês (mãe de ...) quando o este já tinha seu nome no berço e quando não, elas se conheciam pela clínica, síndrome, tecnologia utilizada ou pelo estado dos seus filhos. Observamos isto no seguinte diálogo abaixo:

p: *“E vocês já se conhecem?”* (dirigindo atenção para m1 e m2, observando que m1 e m2 comentavam entre si sobre o tempo antes da reunião ser iniciada)

m1: *“A gente já se viu lá no berçário... O seu ficou bastante lá no sétimo (UTIN), não é? Nasceu com quanto de peso?”*

m2: *“O meu nasceu com 770g. Só que agora já tá mais grandinho...”*

A apresentação das participantes foi conduzida pela pesquisadora através de perguntas direcionadas às mães: “Conte um pouco sobre você para que ela (outra participante) a conheça melhor!”, “Falem o nome, quantos filhos tem, aonde mora...”. Esta atividade durou em média 3 a 5 minutos.

Em algumas vezes, as participantes acrescentavam na sua apresentação o motivo do nascimento pré-termo, o período de internação de seu bebê, ou o motivo pela qual desejavam estar na reunião em questão, o que podemos observar pela cena abaixo:

m5: *Meu nome é m5, estou aqui pra ter um aprendizado, saber como é que é, daqui a pouco ela vai de alta, né! Tem que saber como cuidar! (...)*

m6: *Meu nome é m6, e vim aqui pra saber como é que cuida de um bebê prematuro...*

Em reuniões cujo número de participantes era maior que quatro, a pesquisadora, após apresentar-se, indicava a continuidade das apresentações das mães, seguindo a ordem em que estas estavam sentadas. Em reuniões com um número menor de participantes (2 a 3), algumas destas sentiam-se envergonhadas para iniciar sua apresentação, após a apresentação da pesquisadora. Os comportamentos não-verbais apresentados nessas situações eram: rubor da face, abaixamento dos olhos, mudança de foco do olhar e observação através dos cílios, tais manifestações são confirmadas por Silva (1996) como sugestivas de vergonha ou falta de coragem para participar de um diálogo/discussão.

Quando da presença dessas manifestações por algumas das mães, rapidamente alguma outra se manifestava para continuar a discussão. Isto pode ser observado pela seguinte cena:

p: *Eu gostaria que vocês se apresentassem, falassem um pouquinho sobre vocês... (...). Quer se apresentar m2?*

m2: *abaixa a cabeça e aponta para m5.*

m5: *Então eu começo...*

A partir da segunda reunião com as mesmas participantes, a apresentação não era realizada, muitas vezes iniciando-se uma discussão no grupo por uma dúvida que alguma participante trazia para a reunião ou por algum acontecimento novo que havia ocorrido com o prematuro.

m17: *A minha (bebê prematuro) tá bem! Nossa! Nessa semana ela ganhou quase 100 g de sábado para cá... ela tava com 1155 g e ela agora tá com 1250g!*

m16: *A minha ganhou 65g em 2 dias!*

Relaxamento

Nas duas primeiras reuniões educativas realizadas, observamos que as participantes colocavam-se na cadeira de forma tensa, com mãos e pernas cruzadas e objetos sobre a perna, como bolsa ou óculos. A partir desta sinalização, as atividades educativas começaram a ser realizadas, utilizando uma técnica de relaxamento.

Iniciávamos o relaxamento explicando a atividade a ser realizada para as mães: “Vou pedir a vocês que fechem os olhos, vou apagar a luz e colocar uma música para vocês relaxarem, tudo bem?”

Uma música lenta era colocada e com um ritmo de voz lento e volume de voz baixo, a pesquisadora pedia para que as participantes, sentadas em cadeiras, comessem a relaxar, com movimentos corporais lentos, cabeça, pescoço, braços e pernas. Logo em seguida, era pedido para que elas imaginassem um lugar onde gostariam de estar naquele momento e o principal sonho da vida delas.

Em apenas uma das reuniões cujas participantes informaram estar com sono, solicitamos que o relaxamento fosse realizado em pé.

Ao final da atividade de relaxamento, as luzes eram acesas e perguntávamos às participantes o que haviam achado daquela atividade e se gostariam de contar o sonho de vida imaginado.

O tempo médio desta atividade foi de três a seis minutos, e durante esta, apenas duas mães não conseguiram fechar os olhos, porém, relataram ter gostado do relaxamento:

m8: Ah! Foi bom! Eu não fechei os olhos, mais só a música só, você já relaxa! A música é um toque bem suave, cê põem na cabeça só aquele toque, cê já relaxa! (...) Eu não consigo fechar os olhos!

Esta atividade promoveu, conforme aponta Souza (1997), a descontração, o alívio das tensões e a melhor inserção das participantes nas atividades educativas, com freqüente expressão de sentimentos após a atividade.

O sentimento de tristeza apareceu em duas reuniões, representado pelo choro de duas mães (m4 e m13), ao término da atividade. Estas participantes, quando questionadas se gostariam de expressar ou dividir com o grupo seus sentimentos, permaneceram em silêncio.

Em uma dessas reuniões, em que m13 estava chorando, ao perceber o silêncio como resposta ao questionamento feito pela pesquisadora, esta sugeriu que as mães levantassem e dessem as mãos, o que as participantes o fizeram prontamente. Nesse momento, duas das participantes, olhando para m13, disseram também com lágrimas nos olhos:

m14: Hoje, eu estou no céu perto de tudo que eu passei! Faz quatro meses que ela (bebê) está aqui! Quatro meses dentro da CTI! Agora, com ela aqui (UCIN), eu tô no céu! Dependendo de um pouquinho de oxigênio para ela se recuperar!

m15: “Oh... o que eu posso falar pra você de experiência própria... Calma! Segurança pra passar pro seus filhos! Porque se eles não sentirem segurança, eles não engordam, eles não ficam bem...”

A partir dessas falas, notamos o apoio entre as mães pelo relato de vivência de situações semelhantes. O toque como modelo de comunicação não-verbal, com o objetivo de

acalmar m13 também foi utilizado, na forma de um abraço coletivo promovido pela pesquisadora, entre esta e as participantes.

No outro grupo, em que m4 estava presente e chorou durante a execução da música, a pesquisadora não sugeriu o abraço coletivo, devido ao distanciamento estabelecido pelas participantes desde o início da reunião.

O desejo de alta e recuperação dos prematuros foi apresentado como o principal sonho de todas as participantes. Observamos, nas falas, o desabafo das mães quanto ao desejo de alta para os seus filhos, ficando evidente também a mudança na dinâmica familiar que a hospitalização do bebê estava provocando. Relataram “dificuldade para relaxar” “estresse” e “saudades” dos outros filhos maiores ou do prematuro, quando não é possível viajar nos finais de semana devido à falta de transporte oferecido pela prefeitura da cidade em questão.

“Nossa, eu estava viajando! Não tava dentro daqui do hospital não! Eu tava na praia correndo com minhas meninas (prematuros)... Eu já imaginei eu com minha menina bem longe daqui...” m18

“Eu já tava lá fora... bem longe daqui... Tava em casa com ela boa! Mais se Deus quiser, eu vou rapidinho... agora já tô na reta final!” m16

“O meu sonho é tão pequeno, mas ele é enorme pra mim. Só penso em estar na minha casa com a minha filha. (...) É eu já 37 (dias) que já to aqui, unh? E não sei quando vamos embora. Eu queria levar minha filha. (...) Eu acho que é isso que todo mundo quer, ir pra casa!” m17

“Ah, eu fui pra um jardim com meu filho e meu marido brincando.” m28

“O que eu mais queria agora é que ele fosse pra casa, porque é difícil, né! Queria que ele fosse embora logo pra ficar toda a família reunida... Vem (para o hospital), volta, tem que deixar os meus outros em casa... (...) Olha... sei lá, mais é difícil! Que nem na minha casa, eu tenho o mais velho de 10 anos, uma menininha de 3 e outro de 2. E fica assim, na casa de um, na casa de outro, aí começa a chorar... querendo me ver... (...) A gente fica um dia sem ver (prematuro), fica com saudade... Que nem... eu venho ver minha menina todo dia, mas, no sábado, eu sempre quero ver minha menina, mais aí não venho e no domingo, parece assim, que fica faltando alguma coisa... Um pedacinho tá aqui e não pode vim buscar...” m5

“Eu não tô agüentando de saudade! Eu tenho outro de 3 anos em casa... (...) Que nem... eu tô aqui tudo, ele também (bebê prematuro), mas também tenho em casa o outro...” m6

“Sabe, que nem sábado e domingo, eu fico mais estressada e até brigo com meu marido! Eu desconto lá no meu marido! Aí eu vou no quarto, às vezes escuto um hino, aí vou limpar a casa... Ele me deixa quieta. Ele sabe que quando eu tô assim é melhor deixar eu quieta. (...) Por causa do neném... É porque eu não venho aqui. É que a prefeitura não traz, senão! Eu ia até trazer minha coberta pra dormir aqui!” m4

“... eu tenho que ir embora e deixar ele aqui! Eu fico pensando na segunda-feira (não tem ônibus para poder visitar o bebê)! (...) aí eu ficar aqui o dia inteiro... eu tenho meu outro filho lá, meu marido... tem serviço de casa!” m12

“Ah é, eu nem consigo dormir, eu durmo pela metade, quando to lá de final de semana to pensando “será que passou a noite bem, será que engordou, será que pego peso?” A gente só pensa nisso.” m31

A dinâmica de discussão sobre o cuidado ao prematuro

Embasadas pelo método de Paulo Freire e oferecendo sequência às atividades educativas, utilizamos algumas estratégias para facilitar a condução das atividades educativas, como a distribuição da cartilha para as participantes, distribuição de figuras e algumas técnicas da comunicação terapêutica descritas a seguir.

A cartilha educativa foi redistribuída a todas as mães logo após o relaxamento, para a possível consulta ou questionamento a partir desta. Perguntava às participantes sobre a leitura desta e seu manuseio.

Algumas delas admitiram não terem lido ou folheado o material, devido ao esquecimento, cansaço, à falta de tempo, podendo esta estar relacionada ao tempo destinado ao cuidado dos outros filhos. Observamos isto nas seguintes falas:

“Eu não peguei a minha, porque eu deixei ela aí (UCIN) e aí não consegui ler!” m11

“Eu já não tive nem tempo pra ler, porque eu vim de manhãzinha, aí chega em casa, tem que fazer as coisas!” m8

“Esqueci!” m10, m23 e m25

“Não li ainda, eu não tive tempo. Eu saí (da UCIN) assim... umas 5h30min, já estava super cansada nem peguei...” m38

“Eu também não consegui ler. Chego em casa tem os outros dois (filhos)!” m37

Apesar de não ter lido a cartilha, uma das participantes apontou, devido ao cuidado ao filho anterior, ter experiência no cuidado ao prematuro:

“Não... eu não consegui ler não... Mais eu tenho um pouco de experiência, porque é minha segunda prematura...” m19

Uma das participantes, aquela com menor escolaridade (dois anos), comentou que não havia conseguido ler a cartilha devido a sua dificuldade com a leitura.

“... não deu paciência pra ler, porque eu não sei direito! (...) Eu sinto uma emoção assim, porque eu tenho vontade de aprender! Porque se eu pedisse pra alguém ler pra mim, pra mim não tá ocupando as pessoas! Porque tem umas pessoas que são mais inteligentes. Por isso que eu digo, tem gente que é inteligente pra ajudar e outros que não!” m9

Apesar de apresentar dificuldade para a leitura, esta mãe, na segunda atividade educativa em que esteve presente, comentou que havia pedido a outras pessoas para que lessem para ela uma parte da cartilha para ela:

“Ah! A moça lá (cunhada), conseguiu ler essa página lá pra mim! Sobre o fumo... Sabe, porque a gente lá de casa fuma bastante... E também, ela leu a parte que fala que das visitas, que tem que lavar a mão... (...)” m9

A maioria das participantes leu apenas uma parte ou folheou a cartilha:

“Ah! Eu consegui ler um pouco, não consegui ler tudo não!” m2

“Eu não terminei ainda, mais tá faltando pouco!” m1

“Eu consegui ler bastante já! To lendo devagarzinho!” m3

“Eu só li um pedacinho, porque eu não tive tempo mesmo... Então, eu li bem pouquinho, e aqui no hospital!” m20

“O meu problema só, é que eu levei ela pra casa, aí, eu fico aqui no hospital, então não consegui ler tudo ainda...” m14

Dez participantes afirmaram ter lido toda a cartilha, sendo que três destas entregaram o material para os pais e parentes lerem também:

“Consegui ler, e deixei ela lá (em casa) pro meu marido ler.” m30

“Li, li todinha. Minha menina (filha mais velha) também leu. Ela tá bem craque também...” m17

“Eu já dei uma olhada, aliás, eu já li tudo. Achei muito interessante. Tira muita duvida que a gente tem. Também falei pro pai dele ver.” m27

Uma das participantes compara a cartilha com outros materiais recebidos anteriormente no hospital. É apontado por esta participante que a cartilha é um material explicativo, direcionado ao treinamento de habilidades para a alta do prematuro:

“Eu recebi uma cartilha aqui, quando eu entrei, mas acho que foi da psicóloga... Eu achei essa daqui muito mais explicativa... a outra era assim, muito superficial. (...) Acho que essa cartilha é bem direcionada para o berçário (UCIN). É uma coisa assim, que você vai de alta com o bebê prematuro. Achei tudo bem interessante... eu li tudo...” m7

As participantes que haviam lido ou folheado a cartilha educativa apresentavam as partes das quais haviam achado mais interessantes e que gostariam de comentá-las com o grupo, gerando assim temas sobre o cuidado com o prematuro para discussões grupais. Podemos verificar, nas falas a seguir, a geração de um tema sobre o cuidado com o prematuro, a partir da leitura deste material por uma das mães:

p: *E vocês conseguiram dar uma olhadinha na cartilha?*

m31: *Eu não sei onde eu parei, mas eu já li ela quase toda... Ah! Agora eu queria ver essa parte aqui... (procurando na cartilha)*

p: *Qual parte aqui (mostrando a cartilha) você quer saber?*

m31: *“É comum o sentimento de medo ou culpa dos pais de prematuros?”* (lendo a cartilha o tema Apoio aos Pais)

Quando no grupo não havia participantes que leram a cartilha, nenhum tema sobre o cuidado com o prematuro era gerado. Na cena a seguir, é demonstrado o diálogo entre a pesquisadora e m23 sobre a leitura da cartilha que ilustra a não-geração de temas quando o material não foi lido:

p: *E vocês conseguiram ler a cartilha?*

m23: *Nem li, até esqueci!*

p: *E você deu uma foleada...*

m23: *Balança a cabeça em sinal de afirmação.*

p: *Achou interessante, alguma parte que você gostaria de comentar?*

m23: *Balança a cabeça em sinal de negação.*

Quando, em uma mesma reunião, havia novos participantes e outros que estavam presentes em reuniões anteriores, incentivávamos o comentário sobre os temas discutidos nas reuniões anteriores. Nesse momento, muitas situações novas a respeito da condição do prematuro surgiam, trazendo para a discussão do tema a vivência de determinadas situações e trazendo a nova participante para a discussão, conforme aponta a cena que se segue.

p: *E... você lembra um pouquinho da reunião passada, sobre o que nós conversamos?*

m5: *Nós falamos sobre a amamentação... A minha (filha) já tá sugando! Ela já tá sugando um pouquinho!*

m6: *A minha também já tá! (nova participante).*

p: *E como tem sido para vocês a amamentação?*

m6: *A minha tá mais ou menos. Eu coloco ela um pouco, logo ela despenca a chorar, porque não sai quase leite!*

m5: *O meu tá com um pouco mais (leite) agora... (...) Tem que tirar, tirar, tirar, tirar. Eu tô fazendo isso de 2 em 2 horas. Quanto mais leite tira, mais leite tem. Tem que fazer bastante massagem também! Aí vai produzindo mais leite! Quanto mais tira, mais produz, né!*

A situação abaixo representa a utilização de uma das técnicas da comunicação terapêutica (Apêndice C) - *Sumarizar o que foi dito na interação*. Esta técnica também foi utilizada ao final de algumas interações ocorridas nas atividades educativas, levando às participantes ao repensar sobre os temas discutidos.

p: *E você lembra sobre o que nós conversamos ontem (para m17)?*

m17: *Ich! Nós falamos de tanta coisa... do banho, de como lavar as roupinhas, do passeio, dos cuidados que tem que ter quando aquele monte de gente chega em casa...*

p: *E você lembra sobre esses cuidados, m17?*

m17: *Ah! Tem que lavar a mão antes de pegar o nenê, não pode aquele monte de gente entrar tudo junto pra ver o nenê... deixar aquele ambiente tudo abafado... Porque nossa, a família do meu marido é muito grande! Aí, quando sai do hospital, todo mundo quer ver, e aí depois, quando cê tá precisando de ajuda, aí ninguém vai! (...)*

O objetivo de utilização desta técnica foi verificado neste estudo, que é levar o cliente ao pensar ativo sobre temas de maior interesse ou preocupação, encontrando alternativas para solucioná-los (STEFANELLI, 1985).

Dessa forma, de acordo com as concepções de Paulo Freire, verificamos, nos sujeitos envolvidos no processo educativo, a conscientização crítica, permitindo-lhe a análise de problemas, substituindo as explicações mágicas pela busca de princípios de causalidade autênticos, assumindo uma posição questionadora, fundamentada no diálogo (VILLA, 2006).

Não coube dessa forma, ao educador, a transmissão de conhecimentos a meros espectadores, depósitos do conhecimento, mas sim a tomada destes de seus verdadeiros problemas vivenciados e a expressão a sua maneira, e nesta interação tomando consciência dos problemas vividos pelo próprio grupo e da realidade concreta do dia-a-dia (OSÓRIO; FREIRE, 2003).

Quando haviam se esgotado as possibilidades de geração de temas, a partir da leitura da cartilha educativa, ou por experiências e dúvidas já vividas no cuidado com o prematuro, a condução do grupo pela pesquisadora foi permitida pela distribuição de figuras às participantes visando a estimular a fala delas sobre os cuidados com o prematuro, trazer à lembrança temas lidos na cartilha, a expressão de dúvidas sobre o cuidado e a revisão de temas já discutidos em reuniões anteriores.

Essas figuras, as mesmas contidas na cartilha (total de 28 figuras), ampliadas e recortadas eram distribuídas ou entregues aleatoriamente às participantes. A orientação oferecida pela pesquisadora às participantes é que encolhessem quantas figuras desejassem, a respeito do cuidado com o bebê prematuro, de acordo com o interesse de cada uma, para que esses fossem discutidos nas atividades educativas.

A escolha das figuras era realizada em aproximadamente dois minutos pelas participantes, havendo a troca de figuras entre as mesmas. Nos grupos maiores (9 a 13 pessoas), as figuras também eram entregues de forma aleatória, porém, a orientação oferecida às participantes era para que falassem sobre o que aquela figura recebida representava para ela, havendo possibilidade de troca das figuras entre as mães. Isto permitiu que todas as participantes, mesmo as mais tímidas, tivessem um momento para comentar sobre um cuidado com o prematuro, evitando a monopolização da reunião por aquelas mães mais desinibidas.

As figuras mais escolhidas pelas participantes foram aquelas relacionadas à alimentação do prematuro, principalmente quanto à amamentação e utilização do copo, forma de refrigeração do leite e técnica da ordenha.

Podemos verificar, a partir do diálogo entre as participantes, a escolha de uma figura, promovendo a geração de um tema para discussão no grupo:

m36: *“Aqui tem uma figura de remédio! (uma das figuras escolhidas) Não pode dar o remédio errado porque pode trazer sérios problemas se der remédio para uma criança...”*

m30: *“Remédio nenhum pode dar para um bebê sem o pediatra saber...”*

p: *“O que vocês acham sobre isso (para as demais participantes)?”*

m37: *“Acho que não pode dar remédio sem prescrição médica!”*

m38: *“Não sei, mas a gente sabe cuidar, mas o médico sabe o que é melhor para o bebê... Sabe o melhor.”*

O uso das figuras, somado à liberdade para questionamentos e expressão de sentimentos durante as interações em grupos, permitiu às participantes escolherem o assunto de interesse, fazendo com que esta interação fosse voltada à necessidade destas, o que representa a utilização de uma das técnicas da comunicação terapêutica: *Permitir que o paciente escolha o assunto.*

Stefanelli (1985) também descreve sobre a utilização desta técnica, trazendo ao cliente a responsabilidade de um elemento ativo na interação, oferecendo a este uma abertura para falar de sua área de maior preocupação, de seus sentimento e pensamentos.

Observamos também, nas atividades educativas, que uma participante troca conhecimentos e experiências com as outras, através do diálogo, ensinando e aprendendo sobre os cuidados com o prematuro:

m22: *“Acho também que a fumaça do cigarro causa irritações também no olho das crianças...”*

m24: *“Causa tudo, o cigarro, a fumaça! (...) Entope nariz, é horrível. (...)”*

m22: *“Minha família inteira fuma. (...) É, quando eu tava grávida meu tio fumava tanto perto de mim! Só que é chato fala, né?”*

m24: *“Só que assim, meu sogro fuma, só que vai lá pra fora, fecha até a porta, sabe? (...) É, tem gente que já tem uma noção, não precisa você... Sabe, né? Tem uns que não liga, mas tem uns que...”*

m23: *“Mas tem que falar! Porque se prejudica o bebê! Eu falo...”*

m22: *“Não... eu não vou deixar ninguém nem chegar perto da minha filha fumando...”*

m13: *“Então, mais a nenê é preguiçosa! Ela tá no berço, ela tá acordada! Põe ela perto de mim, ela começa a dormir! Aí, eu*

acho uma judiação o que a médica faz, sabe! (...) ela (profissional de saúde) fica assim: Acorda pra mama (cutucando), e não sei o que, e puxa o braço, e faz assim com a cabeça (vira a cabeça). Eu acho aquilo o fim sabe! Eu não falo nada. (...) Nossa dá uma agonia isso!”

m15: “Sabe o que cê pode fazer, que nem eu.. Eu passo a mão molhada no rostinho deles (...) de madrugada eu já até deixo um paninho molhadinho, e fico passando neles, pra eles acordarem... porque senão! (...) Eu faço assim, o que os outros que tem experiência fazem, e eu acho que não tá fazendo o mal... eu também faço! Mas é duro que não pode deixar, sabe porque, o meu é preguiçoso, esse daqui (gemelar A). Tem uma preguiça que não acaba mais! Ich... mais a hora que tá dormindo, pode virar de ponta cabeça que não adianta..” m15

m13: “É... vou tentar fazer isso... Porque eu não sei...! Vou tentar acordar, mais assim, com jeito, com carinho...”

m19: “É até engraçado... Não sei, essa semana eu tô assim (demonstrando com as mãos a baixa produção de leite), mais acho que é ansiedade! Quando eu tô aqui, meu peito enche pra caramba! Quando eu vou pra casa...”

m18: “Se você fica estressada, ou ansiosa, é assim mesmo... Diminui mesmo a produção! Tem que procurar ficar mais calma, tirar mais vezes (realizar ordenha). Aí aumenta!”

m19: “É, eu sei, mas é tão difícil!”

De forma semelhante ao método de Paulo Freire, no desenvolvimento de círculos de cultura na alfabetização de adultos (OSÓRIO; FREIRE, 2003), procuramos incorporar a visão de mundo das mães ao processo educativo, não anulando esse conhecimento, mas partindo deste e articulando este conhecimento a outro (conhecimento das participantes e da pesquisadora), em um processo prático, no qual educando torna-se educador e este, por sua vez, torna-se educando.

Segundo Freire (1983), o ponto de partida para o trabalho no círculo de cultura, grupo de trabalho e de debate, se dá em assumir a liberdade e a crítica como modo de ser do homem, sendo que o aprendizado só se efetiva em um contexto livre e crítico das relações estabelecidas entre os educandos e entre estes e o educador. A liberdade e a crítica não devem

se limitar às relações entre o grupo, mas devem se apresentar na tomada de consciência de sua realidade social.

Barbosa, Teixeira e Pereira (2007) também ressaltam que não se deve desconsiderar a cultura anterior (diferente para cada comunidade específica) advinda de conhecimentos populares, sob o risco de não-adesão desejada ao programa sugerido a estas, havendo assim, a necessidade de se incorporar os elementos populares às consultas de enfermagem.

Trabalhando com a assistência de enfermagem no puerpério, os mesmos autores também destacam que a partir da valorização do conhecimento popular acerca do puerpério, amamentação e cuidados com o recém-nascido e lactente da clientela atendida, pode-se compreender as vivências das mulheres e entender os sentimentos contraditórios, os diferentes valores e os conhecimentos trazidos pelas mulheres, além de ampliar a autoconfiança de ambos os sujeitos do processo (população e profissionais de enfermagem), nos novos saberes produzidos nesta interação.

A crítica e a reflexão, dentro da perspectiva freireana na prática educativa da enfermeira, permitem aos sujeitos “não possuidores do conhecimento científico”, a transformação de saberes, ao mesmo tempo em que leva a uma apropriação do enfermeiro dos conhecimentos advindos do senso comum. O compartilhar do conhecimento científico com o saber popular, nos espaços de educação em saúde, permite a vinculação do saber científico com o mundo prático, mediado pela inserção dos sujeitos de forma ativa, crítica e questionadora (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Esta prática de educação em saúde pressupõe um espaço de escuta e a horizontalidade nas relações interpessoais, lembrando que não há um único saber verdadeiro, porém todos são inacabados, ou incompletos, e necessitam serem reformulados, e a partir disto, a relação dialética de que quem educa também é educado (ALVIM; FERREIRA, 2007).

No campo da saúde, isto se faz através do diálogo e fortalecimento dos seres humanos que interagem, fazendo destes agentes de suas próprias transformações: participantes de seu próprio cuidado, refletem, questionam, recusam, aceitam e o criticam (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Na prática de Boehs et al. (2007), no cuidado com plantas medicinais, utilizando a metodologia de Paulo Freire, percebeu-se o diálogo do conhecimento técnico-científico com as práticas populares tradicionais, o que possibilitou a real construção de saberes. A utilização das experiências pregressas da criação popular tradicional permitiu que estas adquirissem um novo significado, oferecendo à cultura um caráter dinâmico, em que sempre está emergindo algo novo. Desta forma, o profissional e o cliente se fortalecem como agentes que percebem e elaboram símbolos e significados, comunicam, negociam e interagem perspectivas educacionais, objetivando sua própria mudança e de sua realidade, diante das necessidades advindas do processo de educar em saúde.

Percebemos, neste estudo, que houve maior presença de mitos e dúvidas relacionadas à alimentação do prematuro, assim como a maior escolha de figuras relacionadas a este tema. Estas dúvidas referiram-se principalmente ao armazenamento do leite. O uso do copo, após a alta do prematuro, é um procedimento que gera medo entre as participantes. A futura necessidade de complementos à amamentação, como chás, água ou suco administrados principalmente em mamadeiras, foram percebidos entre as participantes.

“... o leite, pra você tirar, tem que ter um cuidado. Porque se você tirar e deixar num lugar difícil, e se derramar, ele vai secar, e aí não tem jeito mais! Porque o meu costume é mais assim, o costume de quem cuidou de mim, que tinha o cuidado pra não derramar (o leite). Não deixar em lugar seco, tirar em lugar molhado, pro leite não secar! Tem que deixar a volta (aréola) molhada pra não secar o leite. Agora se deixar cair em lugar seco que enche de formiga, seca! (...) Que nem eu vi a moça (funcionária da UCIN), escorrer o leite na pia, e aí diz que o leite seca, porque a água é muita, e aí o leite seca!” m9

“Eu acho assim, que acordar a criança pra mamar não! Acho que eles acordam se eles têm fome! Durante mais assim na madrugada eu falo,

porque durante o dia é bom seguir um horário, porque que nem hoje, eu fui terminar de dar mama, já tava quase na hora de dar de novo, e eles não tavam com fome, então, pra tá acordando! Parece que tava perturbando a criança, porque não tava com fome ainda, não tava dando o horário! Acho que eu tenho que seguir de 4 em 4 horas, ou de 3 em 3...Tem que ter horário” m15

“No copo dá medo de engasgar! E ainda mais eles (prematurados) que são molinho! (...) Tem que dar de golinho em golinho, né! (...) No copinho pode tomar se caso a mãe for sair, ter como dar o leite e não pegar na mamadeira... (...) Acho que não confunde com o bico do peito da mãe.....” m5

“Eu não sei, mas eu gostaria de esclarecer essa dúvida... Eu fiquei com medo, de tirar o leite e colocar um em cima do outro... m33

“Ah! eu acho bom chazinho, vai ser uma coisa diferente, né? Mama, mama, coitada, só mamar! E se tiver cólica? Já tem um chazinho próprio pra isso, não tem?” m22

Estes resultados assemelham-se àqueles encontrados por Ferecini e Dupas (2006), que, analisando o cuidado domiciliar de mães de prematuros aos seus filhos, após alta da unidade neonatal, verificaram que as maiores dificuldades apresentadas pelas famílias estavam relacionadas à amamentação e ao banho de sol. As questões com uma problemática maior e muitas vezes respostas conflitantes foram relacionadas à necessidade de acordar o bebê prematuro para amamentá-lo, quanto tempo o leite ordenhado pode ficar na temperatura ambiente e na geladeira, a necessidade de complemento alimentar e o uso da mamadeira em casa. Não foi encontrado pelas pesquisadoras o uso do copinho, após a alta hospitalar, sendo substituído pela mamadeira quando o complemento alimentar estava prescrito pelo médico.

Dentro da concepção de Freire (1983) que todos os seres são sujeitos de sua ação, e que só existe saber na invenção, reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente do homem no mundo e com o mundo, buscamos que todas as mães emitissem suas opiniões acerca dos temas discutidos. Para isto, outras técnicas da comunicação terapêutica, descritas no Apêndice C foram utilizadas.

Verbalizar interesse e Fazer pergunta foram técnicas utilizadas com o objetivo de incentivar a participação de todas as mães presentes na reunião, chamando-as pelos nomes,

além de questionamentos feitos pela pesquisadora (“O que você acha sobre isso que a m18 falou, m19?”), quando a participante não houvesse emitido sua opinião sobre o assunto.

A técnica *Verbalizar interesse* demonstra ao cliente sua percepção e interesse pela enfermeira, trazendo para este uma individualidade, sem conotações como bom, mau, feio, certo ou errado, motivando-o a uma maior participação em relação interpessoal (STEFANELLI, 1985).

A mesma autora também descreve sobre a utilização da técnica *Fazer pergunta*, que deve ser de forma clara e de fácil compreensão, feitas uma de cada vez, permitindo ao cliente a elaboração da resposta. O uso indiscriminado desta técnica transmite uma mensagem ao cliente que este tem um papel unicamente passivo, de responder: apenas a enfermeira pergunta e seu papel é de ficar calado. Perguntas cujas respostas serão apenas sim ou não devem ser evitadas, pois não encorajam a verbalização das idéias (STEFANELLI, 1985).

Nos grupos maiores (9 e 13 pessoas), a utilização desta última técnica em temas polêmicos, como a utilização da mamadeira ou o oferecimento de complementos durante o período de amamentação, causou a discussão paralela entre as participantes, o que dificultou o entendimento entre as participantes e pesquisadora.

A técnica *Fazer pergunta* diretamente a uma participante, freqüentemente usada tanto em grupos pequenos como grandes, gerou algumas vezes o constrangimento de algumas participantes, sendo mais bem empregadas as técnicas *Devolver a pergunta feita* ou *Repetir comentários feitos pelo paciente*. Podemos representar o uso destas técnicas nas falas:

m17: *mostra a p sua figura escolhida.*

p: *Ah! Você escolheu esta... é um bebê com um relógio do lado...*

m17: *Porque é assim... eles ensinam que a hora de mamar é de 3 em 3 horas... Ai vamos supor, se você amamenta 12h e se dá 13h30 e a criança chorar... De fome?*

p: *Sua dúvida é se a criança chorar antes das 3 horas, o que pode ser feito? ... O que você acha?*

m17: Assim... acho que pode ser fome... vai depender do tanto que ele mamou né! (...)

A técnica *Devolver* a pergunta feita, que não necessariamente precisa ser realizada da mesma forma que foi dita pelo cliente, transmite a mensagem a este que o ponto de vista dele é o mais importante. A repetição de um comentário feito pelo paciente comunica a este que estamos atentos a sua fala. Esta técnica pode estimular o paciente a continuar falando sobre um assunto que havia interrompido. Esta repetição não deve ser mecânica e não precisa necessariamente ser também com as mesmas palavras utilizadas pelo paciente, porém o conteúdo da mensagem enviada deve ser o mesmo (STEFANELLI, 1985).

A técnica *Permanecer em silêncio* foi utilizada em vários momentos das reuniões, aguardando a participante completar sua linha de pensamento, com o objetivo de transmitir a mensagem de aceitação e valorização da fala deste. Por serem breves momentos de silêncio, não geraram qualquer tipo de demonstração de sentimentos como ansiedade ou vergonha pelas participantes.

Stefanelli (1985) aponta esses mesmos aspectos da utilização desta técnica, reforçando a necessidade de que a enfermeira tenha o discernimento de quando deve ou não permanecer em silêncio, sendo que a tolerância para este tempo em silêncio é muito variável de pessoa para pessoa. A enfermeira também deve transmitir sinais não-verbais neste momento de atenção e disponibilidade, se posicionando de forma adequada, não apresentando comportamentos não-verbais de ansiedade, impaciência, desinteresse, indiferença ou irritação.

Pela análise do comportamento das filmagens, não foram percebidas nas participantes sinais não-verbais de desinteresse ou ansiedade durante esses momentos.

Nos momentos em que as participantes comentavam sobre suas vivências, mesmo que estas não estivessem relacionadas ao tema em discussão, a técnica *Ouvir reflexivamente* e *Verbalizar aceitação* foi utilizada, a fim de promover na participante o respeito à sua

individualidade. Nestes momentos foi fundamental a percepção do comportamento verbal e não-verbal das participantes no grupo e da própria pesquisadora. Mantivemos o meneio positivo da cabeça enquanto observava nas demais participantes a atenção ao que estava sendo dito.

m12: *Por que é assim, minha cunhada tem uma menina pequena, eu tenho meu menino pequeno, e minha outra cunhada tem tudo com diferença de um ano, carriado, então, sabe, é uma bagunça na minha casa, eu fico tão irritada com eles! (...) Não tenho apetite, não tenho descanso porque minha cunhada não sai da minha casa, porque minha casa é nos fundos... (...) Minha cunhada fuma, eu fumo, meu marido fuma, mas eu já falei pra ele...*

Stefanelli (1985) também descreve sobre estes mesmos objetivos do uso destas duas técnicas. A autora considera que *Ouvir reflexivamente* é uma habilidade a ser desenvolvida tanto pela enfermeira como pelo paciente, e o sucesso do relacionamento entre estes depende principalmente do empenho que o enfermeiro tem em ouvir terapeuticamente. *Verbalizar aceitação* é importante numa interação para que o cliente sinta-se livre e aceito para verbalizar, sem que haja pela enfermeira demonstração de reprovação do comportamento, mas sim sua compreensão. A comunicação não-verbal ao utilizar estas duas técnicas deve ser coerente com a manifestação verbal.

A fim de retomar o foco da reunião, a técnica *Manter o cliente no mesmo assunto* associada à técnica *Fazer pergunta relativa aos dados comunicados* foram utilizadas após o uso da técnica anterior. A exemplo disso, a partir da cena acima citada, retomamos o assunto da seguinte forma:

p: *Então, a m12 falou sobre uma coisa muito importante, que é o fumo próximo ao bebê. Quais os cuidados então que devemos ter então sobre o fumo e o bebê prematuro?*

Stefanelli (1985) também descreve o uso da técnica *Manter o cliente no mesmo assunto* com o objetivo de manter o cliente em um diálogo coerente, com sequência lógica, ajudando-o a retornar ao assunto. *Fazer pergunta relativa aos dados comunicados* tende levar o cliente a refletir sobre a sua reação a uma determinada ação a ser tomada, melhorar sua comunicação verbal e avaliar suas reais condições do momento.

A técnica *Ouvir reflexivamente* também foi utilizada em vários outros momentos, com o objetivo de também mostrar a aceitação da participante em sua individualidade. Ao usar esta técnica, estivemos atentas principalmente aos seus comportamentos não-verbais, a fim de que não houvesse a emissão de sinais de desinteresse ou indiferença. A exemplo disto, quando eram discutidos alguns mitos na realização dos cuidados com o prematuro:

m9: (...) *o leite, pra você tirar, tem que ter um cuidado. Porque se você tirar e deixar num lugar difícil, e se derramar, ele vai secar, e aí não tem jeito mais!*

p: *Meneio positivo com a cabeça* (o que pode ser interpretado como: entendo... Estou escutando...)

m9: *Porque o meu costume é mais assim, o costume de quem cuidou de mim, que tinha o cuidado pra não derramar (o leite). Não deixar em lugar seco, tirar em lugar molhado, pro leite não secar! (...)*

Assim, a partir da educação, pensada por Paulo Freire, procuramos desenvolver nas participantes a reflexão da realidade e sua transformação, valorizando estas, seus valores, saberes e problemas. A educação, além de ser em ato político, é um ato de conhecimento, ato criador. O diálogo é o desconstruir, com o objetivo de revelar o sujeito, transformando o Oculto em Culto, empoderando-o social e politicamente (BOEHS et al., 2007).

A crítica e a reflexão, dentro da perspectiva freireana na prática educativa da enfermeira, permitem aos sujeitos “não possuidores do conhecimento científico”, a transformação de saberes, ao mesmo tempo em que leva a uma apropriação do enfermeiro dos conhecimentos advindos do senso comum. O compartilhar do conhecimento científico com o

saber popular, nos espaços de educação em saúde, permite a vinculação do saber científico com o mundo prático, mediado pela inserção dos sujeitos de forma ativa, crítica e questionadora (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Para a discussão de alguns temas, foram utilizadas as técnicas *Estimular comparações* e *Introduzir problema relacionado*. A exemplo disto, temos o tema “vitaminas”, técnicas estas utilizadas com o objetivo de ajudar as participantes a descobrirem as semelhanças e diferenças entre o oferecimento de vitaminas para o bebê e para o adulto:

m17: *Como deve dar vitamina pra o bebê? Ele é tão pequeno!*

p: *Alguém sabe?*

m23: *Acho que ...* (Não completa a frase)

p: *Vocês já tomaram sulfato ferroso ?*

m22: *Já... com suco de laranja!*

m23: *A enfermeira falou para mim eu tomar quando tiver comendo, almoçando jantando, tomar... para ajudar a fazer digestão!*

p: *Então, ou vocês tomam com suco, ou durante a refeição... E para o bebê? Vocês acham que é a mesma coisa ou é diferente?*

Estas duas técnicas foram utilizadas de acordo com Stefanelli (1985) que destaca que, *Estimular comparações* estimula o cliente a descobrir semelhanças e diferenças entre as situações por ele vivenciadas, e assim avaliar a influência das pessoas e do ambiente nas suas experiências, renovar a confiança em si mesmo e chegar ao porquê do problema vivenciado; e *Introduzir problema relacionado* estimula a reflexão do cliente sobre a sua reação a uma determinada ação a ser tomada, melhora sua comunicação verbal e avalia suas reais condições do momento.

A técnica *Solicitar que esclareça termos incomuns* só foi utilizada em uma das reuniões:

m9: *Acho que o dedo é igual o pipo. A hora que vai dormir, tem que tirar o dedo e o pipo da boca.*

p: *O que significa pipo para você?*

m9: *Aquele bico que a criança fica na boca...*

p: *A chupeta?*

m9: *É! (...)*

De acordo com Stefanelli (1985), o uso de termos incomuns, ou de difícil compreensão, ou até mesmo um neologismo (palavra estranha ao vocabulário do idioma) usado pelo cliente pode levar a várias interpretações diferentes. A enfermeira, neste caso, deve pedir o esclarecimento destes termos ou frases usadas, através do significado que o cliente confere a estes. Isto tende a ajudar o paciente a reformular pensamentos, descrever percepções e esclarecer dúvidas.

Ao final das falas maternas a respeito de um determinado tema, sempre reafirmávamos e oferecíamos explicações sobre a prática ou cuidado mais adequado ao prematuro a ser realizado pelas participantes, através do uso de *frases descritivas*, com termos e vocabulário simples, além de *repetir a mensagem das participantes* a fim de que houvesse uma checagem da compreensão obtida pela pesquisadora e validação da mensagem recebida.

Usar frases descritivas e Repetir a mensagem do cliente são duas técnicas da comunicação terapêutica descritas no Apêndice C, em que, na primeira, em sua utilização, deve ser empregada uma linguagem clara, concisa e acessível ao cliente, num tom de voz neutro, cuja aplicação deve ser dada em situações de orientações ou explicações a serem oferecidas para o cliente, como na Educação em Saúde. A segunda técnica auxilia na checagem da compreensão obtida pela enfermeira, sendo uma validação da significação da mensagem recebida que deve ocorrer por meio de observação e discussão (STEFANELLI, 1985).

Sobre a utilização de técnicas da comunicação terapêutica empregadas por enfermeiros, Oliveira et al. (2005), com o objetivo de verificar o significado da comunicação

em enfermagem, realizaram entrevistas com pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva de uma instituição pública de João Pessoa.

Nesse estudo, foi encontrada a utilização das seguintes técnicas: usar terapeuticamente o silêncio, ouvir reflexivamente, verbalizar aceitação e o uso terapêutico do humor. A partir desses resultados, as pesquisadoras apontaram que as técnicas da comunicação terapêutica foram meios empregados para promover o relacionamento terapêutico, necessário para uma assistência de enfermagem de boa qualidade, ao permitir a identificação das necessidades dos pacientes (OLIVEIRA et al., 2005).

Silva (1996) destaca que as ações profissionais devem levar em conta a importância dos processos comunicativos, como a escrita, a fala, expressões faciais e a audição; cabendo ao profissional da saúde decifrar e perceber os significados das mensagens que o cliente envia, para que se estabeleça uma comunicação efetiva ou competente, auxiliando a este a conceituar, enfrentar e buscar alternativas de resolução de seus problemas, além de visualizar sua participação na experiência.

Esta comunicação efetiva ou competente pressupõe conhecimentos básicos de comunicação e consciência do verbal e não-verbal nas interações; resulta em relações pessoais e profissionais mais significativas, maior autoconsciência e aceitação das diferenças do outro; além de permitir a percepção de fatores que influenciam nesta, como a motivação, presença de emoções, expectativas, estereótipos, experiências anteriores, entre outros (BRAGA, 2004).

Nesse contexto, a comunicação terapêutica facilita a formação de um trabalho de interação entre enfermeira-cliente, além de permitir e incentivar mutuamente todos os envolvidos ou o compartilhar de informações durante todo o período de relacionamento entre o enfermeiro-cliente (SUDEEN et al., 1994).

Em contraste com a comunicação terapêutica, a comunicação desenvolvida de forma não terapêutica prejudica a formação das relações interpessoais, não permitindo que o cliente

torne-se um parceiro mútuo em uma relação, relegando ao cliente um papel de um objeto, apenas um recipiente passivo do cuidado de enfermagem (SUDEEN et al., 1994).

O uso de técnicas na comunicação terapêutica não garante uma comunicação terapêutica efetiva, pois, devido a inúmeros fatores envolvidos nas relações humanas, é impossível dizer que um método em particular ou procedimento garante um relacionamento padrão para todos os indivíduos. Dessa forma, todos os fatores que afetam os relacionamentos devem ser considerados (SUDEEN et al., 1994).

Sabendo que a comunicação não se constitui apenas na palavra verbalizada, e que o reconhecimento da comunicação não-verbal pode auxiliar ao profissional da saúde na percepção mais precisa de sentimentos, dúvidas e dificuldades de verbalização do cliente, identificamos alguns comportamentos verbais, modelos estes não-verbais de comunicação de acordo com Rocha e Silva (2000).

Estes comportamentos não-verbais podem ser utilizados de forma eficaz, quando encorajam a fala do outro, pela demonstração de aceitação e respeito; e de forma ineficaz, quando enfraquecem a comunicação interpessoal (SILVA, 1996).

Durante toda a discussão sobre os cuidados com os prematuros, nas reuniões, as participantes, de forma geral, mantiveram contato dos olhos, umas com as outras e com a pesquisadora. A atenção era normalmente direcionada ao falante, com olhares, forma eficaz da utilização do contato dos olhos numa comunicação interpessoal (SILVA, 1996).

Destacamos que mães que demonstravam estar envergonhadas olhavam mais para as demais participantes e pesquisadora e expressavam menos suas opiniões.

De acordo com Silva (1996), o olhar normalmente é mais intenso quando: se está fisicamente longe do outro, se fala de temas impessoais, não há mais nada para olhar, se está interessado nas relações do interlocutor, se possui *status* mais baixo que o interlocutor, se quer dominar ou influir, se pertence a uma cultura que enfatiza o olhar, se é extrovertido, se

tem necessidade de associação, se é mais ouvinte do que falante, se tem mais habilidade de percepção.

Durante a condução das atividades educativas, não foram percebidas grandes diferenças em quantidade de olhares para a pesquisadora e entre os participantes, o que demonstra uma relação interpessoal na qual não havia relação de dominação da pesquisadora para as participantes.

Na maior parte do tempo, as participantes mantiveram uma expressão facial sorridente mostrando seus sentimentos, o que, segundo Rocha e Silva, (2000) é eficaz para uma comunicação interpessoal. Em apenas alguns momentos, foi observado o rosto das participantes como inexpressivo (não demonstrando sentimentos).

O rosto, segundo Silva (1993), é a zona de maior consciência das pessoas, com maior frequência de tentativas de controle. Caso conheçamos um rosto anteriormente, podemos reconhecer mais facilmente uma emoção. As pessoas podem tornar menos intenso, neutralizar ou disfarçar um sentimento. Para a decodificação adequada de uma emoção, é importante considerar o contexto em que ela ocorre para verificar se há ou não concordância com os demais sinais corporais.

Nas atividades educativas as emoções foram percebidas entre as participantes observando-se a alteração de comportamento destas, possibilitada pelo uso da filmagem.

Os sentimentos demonstrados pelas participantes durante as interações foram decodificados de acordo com Silva (1996) que descreve algumas emoções que podem ser decodificadas com base na divisão da face em três áreas (testa, olhos, boca), sendo estas: *alegria* (pálpebras levantadas, sorriso, olhar brilhante, levantamento da bochecha com fechamento do olho e levantamento da boca), *raiva* (testa enrugada verticalmente pela junção das sobrancelhas, olhos fechados e tensos ou abertos e firmes, boca tensa, mandíbula cerrada, pupila contraída), *nojo* (lábio superior levantado com acompanhamento ou não do lábio

inferior, sobrancelha acentuada), *medo* (testa levantada com rugas horizontais, pálpebras fechando rapidamente ou abrindo-se excessivamente, rigidez, lábios finos e tensos com boca aberta ou não), *tristeza* (comissura labial voltada para baixo, sobrancelha oblíqua, olhar cabisbaixo, choro), *surpresa* (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas), *desprezo* (lábio superior com um dos cantos levantados, olhar de cima para baixo), *ansiedade* (suor na região frontal, palidez, rugas na fronte, mordiscar lábios ou cutícula), *dor/incômodo* (olhos fechados, rugas na testa, lábios comprimidos, rigidez facial, comissura labial voltada para baixo, suor frio, choro), *dúvida* (lábios em bico, inclinação lateral da cabeça, sobrancelhas erguidas), *vergonha* (rubor na face, abaixar os olhos, mudança do foco do olhar, leve protusão da língua, observação através dos cílios).

O sentimento de alegria foi muito demonstrado pelas participantes durante as reuniões. Sentimentos como dúvida, vergonha, raiva, nojo, medo e desprezo também apareceram, porém de forma menos freqüente, ao serem discutidos temas específicos, relativos principalmente ao relacionamento familiar. A surpresa ocorreu freqüentemente quando o tema em questão era desconhecido pelas participantes.

O sentimento de tristeza também foi muito observado nas participantes, principalmente durante a discussão de temas relativos ao relacionamento familiar, apoio aos familiares e condição de saúde atual do prematuro.

A demonstração de sentimentos foi menos percebida nos grupos maiores (9 e 13 mães), percebendo-se o rosto voltado para outro lado ou inexpressivo quando algumas participantes em especial estavam falando.

O volume e ritmo de voz utilizados na maior parte do tempo foram de forma eficaz, de acordo com o que descreve Rocha e Silva (2000), sendo o volume claramente audível durante a reunião e o ritmo médio.

Porém, destaca Silva (1996) que os seres humanos têm a capacidade de modular conscientemente a voz, de modo até a contradizer a mensagem verbal emitida. Com relação a isto, não foram percebidas, pela análise das filmagens, a contradição entre os comportamentos verbais e não-verbais.

O que falamos é informativo, porém, é o paraverbal que dá emoção às informações. Em um dia de maior retração, por exemplo, o falante pode ser mais linear na demonstração da emoção, enquanto que o ouvinte torna-se mais superficial ou mais desatento à apreensão da emoção. Pessoas que verbalizam menos em relação às outras, freqüentemente utilizam o paraverbal para substituir o verbal, quando lhes é feita alguma pergunta (SILVA, 1996).

Participantes mais tímidas apresentavam durante as atividades educativas um volume de voz mais baixo, além de comportamentos paraverbais: meneio negativo com a cabeça quando queria dizer não, e o positivo quando queriam dizer sim, a dúvida representada pelo erguer das sobrancelhas e dos ombros, com mãos levantadas, além de frases como: “É!”, “Não sei” e “Sei lá”.

Durante as interações, o ritmo e volume de voz alteraram-se, tornando-se mais rápido e mais alto quando o tema discutido gerava ansiedade entre as participantes. Isto se deu principalmente na discussão de assuntos relacionados ao relacionamento familiar.

Houve grande presença de gestos ilustradores e reguladores da fala, como o meneio positivo da cabeça, movimentos com as mãos e movimentos dos olhos em direção à pessoa, que foi utilizado tanto pelas participantes quanto pela pesquisadora. Estes gestos permitiram o reforço e a ilustração da fala.

Segundo Silva (1996), os gestos ilustradores são por imitação, podendo acompanhar a fala, enfatizando a palavra ou frase como se desenhasssem a ação descrita. Os gestos reguladores são aqueles que regulam e mantêm a comunicação entre duas ou mais pessoas. Sugerem ao emissor que continue, repita, elabore, dê oportunidade ao outro de falar. O

menção positiva da cabeça reforça a continuidade da fala do outro; o movimento dos olhos na direção da pessoa reforça a fala, e o desvio inibe. Também existe uma tendência involuntária dos movimentos corporais seguirem a pontuação da frase.

O uso do toque, além de estar presente em uma das reuniões em que sugerimos um abraço coletivo, também se fez presente ao final de todas as atividades educativas, quando as participantes despediram-se da pesquisadora.

Tocar alguém também pode ser visto como um sinal de poder, pois esta é uma invasão do seu espaço pessoal, ou como uma falta de deferência para com o outro, dependendo de onde e como ocorre (SILVA, 1993).

Culturalmente, estão incorporados e normatizados comportamentos como apertar as mãos ao se despedir, por exemplo. Toda cultura e contexto têm um código próprio sobre a proximidade aceitável entre duas pessoas. A violação de alguma destas regras culturalmente definidas pode prejudicar uma tentativa de comunicação, levando a interpretações errôneas. Deste modo é necessário estar atento aos sinais não-verbais que demonstram consentimento ou não desta pessoa, como sua expressão facial, rigidez muscular ou direção do olhar (SILVA, 1993).

O toque é um dos modelos na comunicação interpessoal, sendo de forma eficaz quando presente, e ineficaz quando ausente (SILVA, 1996). Nas atividades educativas, de forma geral, o toque esteve pouco presente, sendo utilizado quando os comportamentos não-verbais transmitiam a aceitação deste.

Não podemos deixar de considerar que a atividade foi realizada em grupo, o que pode também justificar a menor ocorrência do toque, sendo este muito mais comum quando a interação se faz entre duas pessoas apenas (STEFANELLI, 1993).

De forma geral, observamos a utilização dos modelos não-verbais de comunicação interpessoal de forma eficaz ou efetiva entre participantes e entre participantes e pesquisadora,

muitos deles coerentes com os comportamentos verbais emitidos pelas mesmas participantes e pesquisadora.

Silva et al. (2000), identificando os conhecimentos sobre a importância da linguagem corporal de um grupo de enfermeiras pós-graduandas, encontraram que a linguagem corporal foi valorizada pelo grupo como uma forma complexa de interação interpessoal da qual temos pouca consciência, ocorrendo por vezes à margem do nosso controle. Tem por função expressar sentimentos, emoções e transmitir mensagens, cujos significados são influenciados pelo contexto. O conhecimento da linguagem corporal pode ampliar a percepção do profissional de enfermagem e é mais um instrumento para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Da mesma forma como apontado por Silva et al. (2000), verificamos que foi de fundamental importância a identificação dos comportamentos não-verbais para a condução das atividades educativas de forma participativa, direcionando-nos para a forma com que deveriam ser conduzidas as atividades e a utilização de técnicas da comunicação terapêutica.

Ao final das atividades educativas, perguntávamos às participantes o que haviam achado sobre a participação no grupo, o que refletiu a preocupação destas de que outras mães, com filhos prematuros ou não, participassem também das atividades, visando ao preparo mais adequado para a alta do filhos.

“Nossa senhora! Ta ótimo, parabéns, parabéns, se todo hospital tivesse isso aí!” m34

“Eu acho que foi bom. É muito bom! Acho que deveria ser feito na CTI também... que explicasse as coisas para mães que estão na CTI...” m7

“Mais foi muito dez! muito dez mesmo! Foi ótimo! Precisa ter pras outras mães também (do alojamento conjunto)! Ich! Agora vou chegar e contar tudo que eu já sei!” m15

“Acho que a reunião foi muito boa... Eu lembrei de algumas coisas que eu fiz com a minha outra menina que foi prematura, mas acho que é principalmente mais importante pra quem nunca teve filho, mesmo pra aqueles que não são prematuros. (...) tá tudo bom.” m19

4.2.2 Percepção das mães sobre a vivência no Programa de Educação em Saúde

Todas as participantes do estudo consideraram importante a vivência no Programa de Educação em Saúde. Apreendemos, por meio das falas das mães, quatro núcleos temáticos: o aprendizado proporcionado pelo Programa de Educação em Saúde, a criação de possibilidades de socializar o conhecimento com a família, o Programa de Educação em Saúde como espaço para descontração e escuta e desenvolvendo o vínculo com outras mães e enfermeira.

O aprendizado proporcionado pelo Programa de Educação em Saúde

Fonseca, Scochi e Mello (2002) referem que para atender às necessidades de aprendizagem do adulto, é importante usar estratégias de ensino que aproveitem ao máximo as experiências anteriores destes, dando ênfase à sua participação e ao envolvimento ativo.

A aprendizagem da clientela em saúde é despertada pelo interesse frente a situações novas e estimuladoras. As experiências e descobertas estimulam o interesse no processo ensino-aprendizagem, e o facilitador neste contexto é o gerador de situações estimuladoras e eficazes (FONSECA; SCOCHI, 2000).

As mães destacam que o Programa de Educação em Saúde apresenta-se como espaço para o aprendizado, favorecendo a elucidação das dúvidas, contribuindo para o desenvolvimento do cuidado do filho, tanto no hospital como no domicílio:

“É bom que muita coisa que a gente não sabia, a gente aprende! Que nem, eu só tive 3 filhos no hospital, e esse nasceu um pouco diferente, então a gente aprende mais! Gostei sim!” m9

“Nossa... eu gostei! Esclarece bastante! Foi tudo bom... A gente conversa e aprende muita coisa!” m13

“Também gostei, ajudo a esclarecer bastante coisa que eu não sabia, pra mim foi bom.” m32

“Que nem... quando eu cheguei no CTI, eu não podia pôr a mão nela... e não tinha nada que me ajudasse a entender, daí aqui eu aprendi. (...) aí, a Cartilha, essa é bem explicativa... ajuda bastante, a reunião também.....” m7

“Ah... eu achei muito boa... (...) Acho que a gente tira bastante dúvida, aprende mais coisa... (...) Tem muita coisa que a gente não sabe, conversa e aprende aqui...” m1

“É.. foi bom... “Ah... é bom né... que a gente não sabe nada, ainda mais filho prematuro. Aqui a gente começa a aprender e discutir um pouco” m2

“Ah! Eu gostei bastante... eu gostei mais de saber como fazer os cuidados com o bebê, de como tirar o leite (ordenha)... Gostei bastante! Que nem, a gente tem os outros (filhos), mais é diferente! Eles são mais pequenininho, tem que tomar mais cuidado... Gostei de como fazer depois que ele mama, como fazer certinho!” m5

“É muito bom, nossa, como a gente aprende! Cê viu que eu lembrava de tudo da reunião passada?” m6

“Bom, tudo foi bom! Foi bom demais! Ótimo! (...) Eu gostei porque a gente aprende como pode tá fazendo em casa, mesmo cuidar dele aqui... A gente fica mais segura... Eu gostei muito... é importante essas reuniões... a gente aprende bastante...” m4

Nesse processo de aprendizado participativo, há espaço para as mães expressarem suas dúvidas com liberdade, sem medo e sem vergonha, conforme mostram os relatos:

“Eu também gostei, tiro tudo minhas dúvidas que eu tinha, que eu nunca tive filho assim, e eu gostei da reunião (...) Todo mundo fala. Gostei, adorei!” m36

“Nossa, gostei bastante... a gente pode perguntar bastante coisa que tem dúvida assim... a gente não sabe se tá fazendo certo... Gostei da parte dos remedinhos também...” m12

“Eu gostei bastante... aprendi muito. É, eu gostei de tudo, tirou todas as minhas dúvidas... (...) m20

“A gente discute bastante as coisas, sem vergonha! Aprende mais!” m11

“É eu gostei do grupo bastante, tiro muita dúvida que a gente fica sem jeito de perguntar, gostei muito.” m33

“Porque, na verdade, tem psicólogo lá, mais, você se sente muito mais a vontade com as mães do que com os médicos, pra falar o que você tá sentindo. Porque assim, para os médicos, isso daqui é um ciclo. Porque todos os dias eles passam visitas para os bebês. Porque pra eles, eles passam dando notícia pra um, pra outro, então, é um ciclo. Pra eles, é o cotidiano. Eles não podem tomar aquilo lá pra eles.” m7

Tal aspecto também é apontado nos estudos de Fonseca et al. (2000) e Frederico, Fonseca e Nicodemo (2000), depreendendo que nas atividades de educação em saúde, as mães se apresentaram mais abertas a expor suas dúvidas e o que tinham apreendido. Constataram que as mães mais tímidas, frente aos relatos de experiências de outras participantes, se sentiram à vontade para se colocarem também, abordando suas dúvidas e expondo os medos que sentiam vergonha de exteriorizar.

As entrevistas apontaram, ainda, que o Programa ao incluir a distribuição da cartilha, constituiu-se em um direcionador do cuidado ao prematuro, demonstrando a importância não somente de discutir os cuidados, mas de se ter um material didático que possa ser lido/consultado quando uma dúvida específica surgir:

“Às vezes a gente não sabe como lidar, pelo fato de ele ser prematuro, que nem o bebê de tempo não vai ser a mesma coisa, às vezes não é assim. A gente tem que ter mais cuidado, às vezes tem que fazer coisa que nem necessita tanto pra um que já é de tempo! (...) Mas aqui (cartilha), fala que não é para pôr o bebê, como é que é... numa redoma de vidro!” m12

“Que nem na minha cabeça, não tava que elas eram prematuras! Aí você foi lá (p1), e eu comecei a ler a cartilha, aí eu comecei a entender, nossa, elas nasceram antes do tempo! Então, minha mãe veio aí, perguntou tá tudo bem? Eu falei tá! Agora, a hora que receber alta, tá tudo bem, mais é prematuro! Aí foi ontem que caiu minha ficha! Foi onde abriu minha cabeça, porque eu tinha esquecido que elas tinham nascido antes do tempo, que elas eram prematuras! Aí, foi onde eu comecei a ficar desesperada, vou ler mais em casa!” m13

“Ah ... hoje fizeram isso (relactação) com uma bebezinho que tava lá... (...) Eu vi na cartilha. Estimula a produção!” m17

“É a que põe a sondinha no copinho e no peito (relactação). Eu vi no livrinho.” m29

“Eu nunca vi não, mas vi (relactação) na cartilha. Eu vi no livrinho!” m31

“É, aqui (cartilha) também fala do banho do bebê! Eu tava curiosa, e aqui até ensina você dá banho! Primeiro cê tem que pegar tudo, tudinho antes, primeiro lava a cabecinha, depois o olhinho, depois que você vai tirar a roupa pra dar o banho no corpinho! Embrulha ele todo depois e troca!” m12

“Sabão de coco, né? Esse eu li. (...) Quanto menos amaciante... Até colocar um pouquinho de vinagre, né? Que fala na cartilha. (...) Eu não sabia disso, aprendi na cartilha.” m20

“Eu achei muito interessante sobre o vinagre! Eu li aqui (cartilha), eu não sabia! Pra mim deixava cheiro! (...) ... e tem que lavar a roupa com um sabão neutro... (...) Eu uso sabonete pra lavar as roupinhas! m14

“...acho que necessita agasalhar sim, porque eles tem dificuldade de manter a temperatura, foi o que eu li aqui (cartilha)!” m12

“E a hora que o sol tiver bem gostosinho, tira toda a roupa dele, põe ele lá no sol... aí eu tenho que saber quantos minutos ele tem que ficar! Isso eu não perguntei ainda! (...) É... eu não sei se eu li, mais acho que tá no livro (cartilha) em casa eu leio direito. Pode pôr quando tá assadinho o bumbumzinho... A pele fica mais forte...” m3

Esses resultados são semelhantes aos estudos de Brown (1986) e de Fonseca et al. (2004) que evidenciaram, nas falas, a necessidade das mães por um material escrito que possa ser levado para o domicílio.

A criação de possibilidades de socializar o conhecimento com a família

As mães citam que o Programa de Educação em Saúde é importante não apenas para seu aprendizado, mas também da família, enfatizando a relevância de um material escrito que a instrumentalize na abordagem de alguns temas, como o fumo na presença do bebê, número excessivo de visitas e a lavagem das mãos para pegá-lo:

“A família é difícil, porque tem coisa que você fala que, entra por aqui (ouvido) e sai por aqui (outro ouvido)! (...) Acho que pra lá tem que ser por escrito! Daí a cartilha ajudou muito” m12

“Aqui também (cartilha) fala, é só você lê, você acha, que por exemplo, se alguém vai visitar, por exemplo, chega um monte de pessoas, pra você limitar a quantidade de pessoas e o tempo que vai ficar, pra que não fique cansativo nem para o bebê, nem pra mãe, porque a gente também precisa de descanso! (...) Também, às vezes você quer descansar, e fica aquele monte de gente, pedir pra retornar outro dia! É só mostrar a cartilha, que tá escrito” m12

“Quando eu sai, eu nem vou avisar ninguém que vai ter alta, porque se avisa é um monte. Eles vão chamar a gente de chata, mais você vai vê, se eu conheço bem minha família... (...) Tem que lava as mãos ,

né? Não ficar beijando o rostinho. Quando eles chegarem vou deixar o livrinho (Cartilha) aberto lá em cima...” m29

“Nas primeiras semanas eu já estou avisando que não é pra ir ninguém. Não se chegar bastante gente, eu vou pedir pra... Não deixar ficar pegando, né? Porque por enquanto tem poucas semanas. (...) Se for pegar, lavar as mãos, passa aquele alquinho!” m28

“É necessário lavar a mão, porque a gente não sabe onde a pessoa pôs a mão. É onde pega bactérias, infecção.” m24

“Tem que também lavar a mão sempre antes de pegar o bebê! (...) É vem da rua às vezes, vai pegar a criança... (...) Tem que pedir para lavar a mão também (visita)! (...) Ainda mais nossos bebês que são prematuros! (...) Ah! Eu acho que tem que explicar pra visita! Que o bebê é prematuro... (...) E se for também alguém, não deixar ficar muito em cima do bebê... não em lugar abafado, sempre de pouquinho e fumar só pra fora...” m1

“É complicado, pedir pra visita lavar a mão! (...) É, às vezes é melhor pedir do que ficar... Ou senão, passar o álcool! É... se quiser pegar o bebê... Tem que lavar as mãos, porque pode (bebê) pegar infecção! A pessoa tem que entender! (...) Assim, quando chegar em casa, eu já nem vou falar pra muita gente, que é pra não ter ninguém em casa... Vou falar aos poucos pra não ir todo mundo de uma vez...” m2

“Vou ter bastante (visitas)! (...) Eu acho que pode receber, mais controlado! (...) Acho que principalmente ter cuidado com a higiene. Higiene das mãos quando for pegar o bebe... (...) Acho que passar o álcool também...” m4

“Eu vou passar, saindo daqui, vou passa comprar álcool gel, por num tubinho de maionese. Vou falar assim, oh, você lava mão e passa o álcool gel aí! Acho que pelo menos o álcool gel eu vou fazer passar! (...) Mas vem da rua, e aí... (...) Eu acho que é constrangedor, dependendo da pessoa que chega em casa, cê falar, oh, vai pro banheiro lavar a mão... (...) Acho que você vê que a pessoa tá limpinha, acho que nesses casos, é melhor pedir para passar o álcool! Eu acho que em casa... eu não vou deixar pegar! Sô sincera... não vou deixar pegar tão cedo!” m15

“É, mais eu acho meio difícil cê falar pro povo, oh, você lava a mão aí! (...) Acho que porque é prematuro precisa de mais cuidado, mas também... Eu acho que pra você pegar um nenê, tem que ter uma consciência! (...) Porque todos os médicos antes de sair daqui vai falar pra nós que tem que lavar a mão. Aqui eles falam que até antes de dar banho no bebê tem que lavar a mão! Imagina uma pessoa estranha que vai chegar em casa pra pegar o bebê... Tem que lavar a mão! É... muito chato você falar isso..É, cê tem que que saber que não é porque o nenê recebeu alta é que você pode fazer isso ou aquilo... (...) Eu já falei que eu não quero um monte de gente (visitas) de jeito nenhum!.” m13

A família tem hábitos e valores próprios e, ao se deparar com o cuidado ao prematuro, enfrenta problemas culturais e relacionados à falta de orientação, necessitando muitas vezes de ajuda profissional. O cotidiano da família é afetado pela presença do bebê e pode ser alterado em alguns aspectos, como abandonar hábitos de vida não saudáveis como o tabagismo, ao menos dentro do domicílio.

À medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo as dificuldades de ter que assumir o cuidado cotidiano de um filho que necessitará, muitas vezes, de cuidados especiais a longo prazo, além dos aspectos relacionados às condições socioculturais (SCOCHI, 2000).

Na nossa sociedade, à família cabe o cuidado à criança, cabendo-lhes oportunidades de estimulação adequada, relacionamento e aprendizado, além de outras. As famílias podem desenvolver tais competências desde que recebam o apoio de que necessitam. As redes sociais têm o papel de engajar as famílias em processos de aprendizado e aquisição de habilidades para cuidarem de suas crianças em casa, de forma a promover o desenvolvimento nas áreas física, emocional, social e cognitiva (UNICEF, 2001). A enfermagem, ao permanecer maior tempo em contato com o bebê e família depara-se frequentemente com essa problemática, tornando-se necessária a organização de novas estratégias de intervenção como os grupos de apoio (SCOCHI, 2000).

A abordagem do cuidado desenvolvimental e individualizado ao prematuro inclui tais aspectos ao incluir como um de seus componentes o cuidado centrado na família (BYERS, 2003; AITA; SNIDER, 2003).

Além disso, um dos princípios norteadores do cuidado na saúde da criança da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2005) é a participação da família na atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem

e intervenções necessárias, entendidas como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e humanização da assistência.

Tanto as mães de bebês prematuros participantes do Programa de Educação em Saúde quanto a pesquisadora perceberam a necessidade da presença da família nas atividades educativas, vislumbrando a inserção desta e não apenas das mães, pensando na troca de experiência, no aprendizado, nas possíveis mudanças de atitudes, dentre outros. Todavia, nesta investigação não foi possível incluir os demais membros da família nos grupos educativo, conforme justificado anteriormente, o que deverá ser ampliado em investigações futuras.

Fonseca (2002) relata que a tendência está em encorajar a alta precoce do prematuro e em decorrência dos avanços tecnológicos e com isso, o aumento da sobrevivência, estes bebês, não raro, recebem alta dependente de algum tipo de tecnologia. Assim, tem-se delegado à família cuidados cada vez mais complexos, o que requer a inserção destes na assistência hospitalar e o seu preparo efetivo para esta tarefa. Em seu estudo foram encontrados poucos trabalhos que pesquisaram a aprendizagem ou as necessidades de aprendizagem da família de prematuros.

O Programa de Educação em Saúde como espaço para descontração e escuta

Segundo as participantes, o Programa permitiu às mães um espaço para descontração e relaxamento.

“Eu gostei (...) o relaxamento também foi muito bom... você fica com problema aqui (hospital) e lá (em casa), aí você vai sentindo assim, que vai soltando (coloca a mão nos braços e na coluna), vai relaxando... Tô mais leve! Os problemas aqui (reunião educativa) eles ficam mais distante!” m5

“Nossa, eu estava viajando! Não tava dentro daqui do hospital não! Com o relaxamento eu imaginei que tava na praia correndo com

minhas meninas (prematuras)... Eu já imaginei eu com minha menina bem longe daqui...” m18

“Eu já tava lá fora... bem longe daqui... Tava em casa com ela boa! Mais se Deus quiser, eu vou rapidinho... agora já tô na reta final!” m16

“Gostei da musiquinha. Gostei... e a próxima reunião? Porque a gente, só lá no quarto, eu fico ali passando pela janela, eu fico olhando assim...” m20

“(...) Gostei da musiquinha... que leva a gente tão longe!” m17

“Ah eu acho que foi maravilhoso... (...) Aí vai almoçar com a cabeça leve. É porque tem dia que a comida nem desce...” m31

“Bom! É importante sim! (...) Ajuda, distrai, né?” m27

“Foi ótimo! Ajuda bastante, porque... distrai a cabeça!” m29

“A gente chega de manhã fica feliz, a gente vem na reunião e fica mais feliz ainda.” m28

“O meu sonho é tão pequeno, mas ele é enorme pra mim. Só penso em estar na minha casa com a minha filha. (...) É eu já 37 (dias) que já to aqui, unh? E não sei quando vamos embora. Eu queria levar minha filha. (...) Eu acho que é isso que todo mundo quer, ir pra casa!” m17

Semelhante ao nosso estudo foi a constatação de Fonseca et al. (2000) de que as mães nas atividades educativas ficaram mais descontraídas. Relataram que as atividades foram desenvolvidas de maneira descontraída e criativa, utilizando recursos não usuais dessa prática, como os materiais educacionais e estimulando a participação efetiva das mães e dos profissionais; antes as orientações ministradas eram monótonas, desestimulantes e repetitivas.

As atividades do grupo de apoio às mães acompanhantes de seus filhos prematuros de um hospital de Recife-PE oportunizaram o brincar e o sorrir, sendo o hospital percebido pelas mães como espaço para o riso e a descontração, fazendo-as desligarem por alguns momentos das dificuldades vivenciadas, dos sentimentos de culpa, ao compartilharem momentos alegres e descontraídos (VASCONCELOS, 2004).

Compreendendo a problemática do nascimento e da hospitalização do prematuro para a família, em especial para as mães, acreditamos que a escuta é parte essencial nas atividades educativas, pensando na possibilidade de amenizar o sofrimento das mães. Assim, o Programa

de Educação em Saúde constituiu-se em mais um espaço para as mães conversarem, serem escutadas e desabafarem.

Algumas participantes destacaram a importância do Programa pelo benefício da companhia, das conversas, dos momentos de escuta, pontuando a necessidade de conversarem e serem ouvidas por alguém que não os familiares, devido aos problemas vivenciados por estes.

“... meu marido, eu não converso mais por causa dos problemas dele. Aqui eu converso.” m29

“Foi bom para conversar um pouco!” m16

“Foi ótimo! Ajuda bastante! Porque a gente conversa, relaxa.” m28

“Ah, o grupo ajuda. (...) Porque às vezes a gente vai conversa com o marido e nem faz tanta ajuda, porque ele fica nervoso e te deixa nervosa. Ai então eu prefiro, tem hora, nem conversa, eu fico na minha. Ela (pesquisadora) fica nos ouvindo... A gente desabafa bastante aqui.” m31

“Ai! (Respira profundamente) Alívio! Como é bom alguém que dá explicação pra gente com educação! A gente pega até amor!” m3

O nascimento e a hospitalização do bebê prematuro causam modificações importantes na família, o que fragiliza seus membros (VASCONCELOS, 2004), podendo dificultar no estabelecimento do diálogo entre as mães e seus familiares.

No estudo de Vanconcelos (2004), as mães inicialmente demonstraram constrangimento ao falarem de si e de seus sentimentos, mas foram adquirindo confiança no grupo, permitindo o desabafo, a expressão de sentimentos e pensamentos. Estratégias como a escuta podem e devem ser acessadas pelos profissionais na prática clínica, durante as atividades com mães.

Desenvolvendo o vínculo afetivo com outras mães e com a equipe

Na interação propiciada pelo Programa de Educação em Saúde, as mães compartilham da companhia umas das outras e da pesquisadora, desenvolvendo o vínculo afetivo:

“Foi proveitosa também! Hoje eu já fiquei feliz logo cedo porque meu filho foi pro bercinho, e agora à tarde, eu fiquei feliz por estar com todas vocês!” m30

“Foi muito bom a companhia de vocês (...) Amanhã vai ter de novo? Porque por mim eu aproveitava, aí pronto, vai anoitecer e nós aqui (eram 14 horas)...” m17

(...) Qualquer coisa, se tiver dúvida, eu te procuro, viu? Você vai ter que agüentar nós. (...) m28

Pessini et al. (2003) trazem em seu trabalho o desafio de atender ao sentido mais humano das mães acompanhantes de seus filhos hospitalizados, criando vínculos através do diálogo e dos interesses em comum, na busca da humanização do cuidado.

No estudo de Vasconcelos (2004) as mães que participaram de um grupo de apoio foram estabelecendo vínculos afetivos tanto entre si como com os profissionais de saúde, que perduraram até após a alta da criança, constatadas nos retornos às consultas ambulatoriais de seguimento.

Para Barbosa e Ikezawa (1998) e Barbosa (1999), com o nascimento e hospitalização do prematuro é construída a tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem; estes vão se conhecendo, prestando cuidado, interagindo e, finalmente, se envolvendo de forma tão evidente que estabelecem vínculos afetivos que continuam após a alta hospitalar da criança.

Cabe destacar que o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços de saúde constitui-se em um dos princípios e modos de operar da política pública de saúde nacional configurado nas diretrizes do HumanizaSUS (BRASIL, 2004).

Assim, os resultados deste e de outros estudos de intervenção têm apontado possibilidades de construção de uma assistência mais humanizada com o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a clientela rumo à construção do HumanizaSUS.

4.3 A aquisição de conhecimentos possibilitada pela participação no Programa de Educação em Saúde

4.3.1 Os conhecimentos adquiridos pelas participantes: análises estatísticas descritivas

Na fase diagnóstica (pré-teste), levantamos o conhecimento inicial das mães sobre os cuidados com o prematuro, o qual foi comparado com aquele obtido após a participação delas no Programa de Educação em Saúde (pós-teste).

As 38 participantes responderam às 46 afirmações, lidas pela pesquisadora, se estavam corretas ou erradas, cujas pontuações de acertos no pré e pós-teste e respectivo ganho (pós-teste – pré-teste) estão apresentadas na tabela que se segue.

Tabela 6 – Pontuação de acertos obtidos pelas mães no pré e pós-teste e ganho médio

Pontuação	Mínimo	1º Quartil	Mediana	Média	3º Quartil	Máximo	sd*
Pré-teste	18,00	24,25	29,50	28,97	33,75	39,00	5,39
Pós-teste	39,00	43,00	44,00	44,11	46,00	46,00	1,84
Ganho**	5,00	11,00	15,50	15,13	19,75	23,00	5,01

*sd: desvio-padrão

**ganho médio: (pontuação no pós-teste) – (pontuação no pré-teste)

No pré-teste, a pontuação de acertos obtidos pelas mães variou de 18 a 39; a média de acertos foi de 28,97 e o desvio-padrão de 5,39; a mediana foi 29,50. No pós-teste, a pontuação mínima de acertos foi 39 e a máxima 46, o que significa acertar todas as questões; a média de acertos foi de 44 questões com desvio-padrão de 1,84. Também nos três quartis, a pontuação de acertos foi maior no pós-teste. O ganho médio variou de 5 a 23; a média foi 5,13 questões certas e o desvio-padrão 5,01.

A figura que se segue mostra a porcentagem de acertos no pré-teste e o respectivo ganho obtido pelas 38 mães a partir da participação no Programa de Educação em Saúde.

Figura 6 - Porcentagem de acertos no pré-teste e do ganho obtido pelas participantes.

No pré-teste, a participante com maior porcentagem de acertos foi m35, com 84,8%, enquanto a m21 acertou 39,1% das questões. Inversamente, a maior porcentagem de ganho foi encontrada na participante m21, enquanto a menor foi na m35, representando ganhos de 50% e 10,9% respectivamente, em relação ao pré-teste. Cabe informar que m35 tem 21 anos, um filho (premature), possui ensino médio completo, trabalha como secretária, reside em Porto Ferreira e não realizou cuidados com o prematuro anterior ao pré-teste, pois seu parto havia sido recente. Por outro lado, m21 tem 16 anos, também tem um filho (premature), possui ensino fundamental incompleto, é do lar, reside em Ribeirão Preto e não realizou cuidados com o prematuro anterior ao pré-teste.

A porcentagem de acertos no pós-teste é representada pelo somatório das porcentagens de acertos no pré-teste com o ganho. As participantes m3, m5, m13, m16, m17, m18, m23, m26, m27 e m28 acertaram todas as questões no pós-teste. A menor porcentagem de acertos no pós-teste foi obtida por m34, com 84,8% de acertos, seguida pela m25 que acertou 86,9% das questões afirmativas. Estas mães apresentaram o seguinte perfil: m34 tem 39 anos, ensino fundamental incompleto, é do lar, tem três filhos, é viúva, reside em Pitangueiras e havia realizado três cuidados diferentes com o seu filho prematuro (troca de fraldas, amamentação e

contato pele a pele) e ordenha mamária; m25 tem 13 anos, ensino fundamental incompleto, é do lar, reside em Cajuru, tem um filho (premature) e havia realizado três cuidados diferentes com ele (troca de fraldas, amamentação e contato pele a pele) e ordenha mamária.

Devido à grande diversidade da pontuação obtida no pré-teste relacionada ao conhecimento de cada mãe sobre os cuidados do prematuro, é importante verificar o ganho relativo, isto é, a porcentagem de acertos após a participação no programa educativo em relação à pontuação obtida no pré-teste (tabela 7).

Tabela 7 - Ganho relativo (%) obtido pelas participantes entre o pré e pós-teste.

	Mínimo	1º Quartil	Mediana	Média	3º Quartil	Máximo	sd*
Ganho relativo**	12,80	32,92	51,65	57,26	81,17	127,80	28,7

*sd: desvio padrão

**Ganho relativo (%) = (Ganho / Pontuação no pré-teste) X 100

O ganho relativo mínimo foi de 12,8% e o máximo de 127,8%; a média foi de 57,26% com desvio-padrão de 28,72. Nos 1º e 3º quartis, os ganhos relativos foram de 32,92% e 81,17%, respectivamente, a mediana foi 51,65%.

Com base no método utilizado para a classificação do conhecimento das mães sobre os cuidados do prematuro, construímos a tabela a seguir, para comparação do desempenho delas antes e após a participação no Programa de Educação em Saúde.

Verificamos, no pré-teste, que nenhuma mãe apresentou conhecimento insuficiente, 5 (13,2%) apresentaram conhecimento regular, 29 (76,3%), bom e 4 (10,5%), ótimo. O impacto positivo do programa educativo na aquisição de conhecimentos sobre o cuidado com o prematuro é evidenciado ao se constatar que todas as mães (100%) apresentaram conhecimento ótimo no pós-teste.

Tabela 8 – Conhecimento das mães sobre os cuidados com o prematuro antes (pré-teste) e após (pós-teste) a participação no Programa de Educação em Saúde.

Conhecimento	Pré-teste		Pós-teste	
	nº	%	nº	%
Insuficiente	0	0,0	0	0,0
Regular	5	13,2	0	0,0
Bom	29	76,3	0	0,0
Ótimo	4	10,5	38	100,0
Total	38	100,0	38	100,0

A análise estatística do ganho (nota pós-teste – nota pré-teste), a partir da realização do Teste de Wilcoxon, mostrou diferença altamente significativa ($p=0,00000007836$) no desempenho das mães no pós-teste em relação ao pré-teste, o que confirma o impacto positivo do Programa de Educação em Saúde na aquisição de conhecimentos cognitivos das participantes.

Resultados positivos de atividades educativas também foram encontrados em outros estudos.

Fonseca, Scochi e Mello (2002) realizaram estudo com o objetivo de verificar a aquisição de conhecimento de mães nas atividades de educação em saúde, mediada pela utilização de um jogo educativo sobre o aleitamento materno e os cuidados básicos com o recém-nascido, no qual as atividades educativas foram realizadas em grupo e coordenadas pela enfermeira. Utilizando metodologia semelhante àquela do presente estudo, os autores constataram que 16,7% das mães apresentaram conhecimento prévio classificado como ótimo aumentando para 77,8%, após a participação na atividade educativa. Concluíram que a estratégia de grupo e uso de materiais educativos foram facilitadores da troca de experiências, constituindo-se em estratégia adequada para a aquisição de conhecimento.

Andrade (2004) também descreveu resultados positivos após uma intervenção com a utilização de um jogo educativo sobre doenças respiratórias em menores de cinco anos, para a aplicação em atividades de educação em saúde com agentes comunitários de saúde. Após a intervenção, houve aumento na proporção de respostas certas dos agentes comunitários de saúde relacionadas às doenças respiratórias infantis, passando de uma média de 59,5% de acertos no pré-teste para 79,3% no pós-teste. Predominou no pré-teste o conhecimento classificado como bom (77,2%) e no pós-teste o conhecimento ótimo (67,3%). A metodologia utilizada permitiu uma maior participação e interação entre os jogadores, favorecendo o desenvolvimento da aprendizagem a partir de suas experiências prévias, envolvendo aspectos lúdicos. O jogo educativo mostrou-se eficaz como processo metodológico a ser utilizado em atividades de educação permanente com agentes comunitários de saúde.

Toscani et al. (2007), a partir do desenvolvimento de um jogo de tabuleiro para ensinar hábitos de saúde que promovem a prevenção de parasitoses intestinais, testaram este em 98 escolares entre 7 e 13 anos. Foram utilizados questionários iguais no pré-teste pós-teste, contendo oito afirmações que deveriam ser classificados como sendo, ou não, hábitos saudáveis. Os acertos no pós-teste foram significativamente maiores aos do pré-teste, indicando assim que as crianças que realizaram o jogo apresentaram um acréscimo estatisticamente (Teste de Wilcoxon) significativo ($p < 0,001$) no conhecimento que possuíam acerca dos hábitos de saúde que previnem parasitoses intestinais.

Destacamos, no presente estudo, o fato de incluirmos outras estratégias educativas como a distribuição da cartilha e os grupos de discussão, enquanto, que nas pesquisas anteriores, foi utilizado apenas o jogo educativo durante a atividade educativa.

A necessidade de a mãe ter um material impresso, na forma de brochura, sobre os cuidados com os bebês prematuros, que pudesse ser levado do hospital para casa, é apontada por Brown (1986).

Doak et al. (1996) também afirmaram que é muito importante que haja uma melhor distribuição e acesso de materiais sobre o cuidado, não apenas destinado a profissionais da saúde, mas também, para o público, contendo um menor nível de complexidade.

Salamanca et al. (2004), abordando sobre o manual de autocuidado em hemodiálises validado, apontam que o material deve ser utilizado como um guia para enfermeiros na educação para o autocuidado, e que a informação na forma escrita não pode ser o único meio para educar o paciente. Há a necessidade de combinar a instrução verbal com a escrita para melhorar a compreensão e aderência do paciente ao plano de cuidados. O impresso é o mesmo para todos os pacientes, porém, a comunicação verbal pode cumprir o papel de completar todos os conteúdos de forma mais consistente, de acordo com o nível de compreensão e experiências anteriores do paciente.

As considerações feitas pelos autores são pertinentes para justificar nossa opção por combinar o uso da cartilha educativa com as atividades de orientações grupais, ampliando para além da instrução verbal, pois utilizamos como método pedagógico a educação problematizadora, fundamentada no referencial teórico de Paulo Freire.

Neste último aspecto, Rodrigues e Boog (2006), Araújo (2005), Figueiredo (2006) e Cabrera-Pivaral et al. (2004) também comprovaram que a metodologia da problematização de Paulo Freire é eficaz em atividades de educação em saúde, possibilitando a aquisição de conhecimentos da clientela, contrapondo-se à educação em saúde desenvolvida de forma vertical, o que pode ser verificado no estudo de Cintra et al. (1998).

Rodrigues e Boog (2006), em atividades educativas visando a mudanças no comportamento alimentar de adolescentes. Dentre os resultados positivos encontrados,

destacam-se o fato de ter promovido o resgate da história de vida dos participantes, seus determinantes sociais, políticos e culturais, bem como proporcionaram a ampliação da compreensão das práticas próprias do comportamento alimentar dos adolescentes, possibilitando-lhes a reflexão e busca de estratégias para pequenas mudanças no seu cotidiano, modificando, assim, seu estilo de vida e a qualidade de sua alimentação.

Araújo (2005), desenvolvendo um programa educativo relacionado à Hanseníase com o seu portador, mediado pela metodologia da pesquisa-ação e baseado no referencial teórico da educação conscientizadora de Paulo Freire, obteve como resultados o desencadeamento da tomada de consciência e o desenvolvimento de capacidades e habilidades para o autocuidado. A avaliação do processo de conscientização permitiu a comprovação de mudanças de um sujeito passivo em ativo e reflexivo, multiplicador de informações e transformador de sua realidade, respeitando seu contexto cultural.

Figueiredo (2006), buscando identificar mudanças ocorridas com um grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica a partir de atividades educativas de promoção da saúde desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, por meio de ações de conscientização e problematização, desenvolveu um programa educativo com a equipe multiprofissional implementando estratégias interdisciplinares e desenvolvendo atividades educativas com o grupo de portadores de hipertensão arterial sistêmica, fundamentadas na pedagogia da problematização. Os resultados revelaram que a equipe multiprofissional assimilou teoricamente as características de um trabalho interdisciplinar, gerando reciprocidade, troca de conhecimentos e enriquecimento mútuo. As repercussões ao final dos trabalhos com os portadores de hipertensão arterial sistêmica indicaram o alcance dos objetivos de socialização e debate de informações sobre saúde e estilo de vida, reforço de auto-estima e ampliação dos contatos e da rede social, além do empoderamento para o autocuidado e, principalmente, as reivindicações em relação à melhoria da qualidade de vida individual e da comunidade.

Em estudo quase-experimental com distribuição aleatória, Cabrera-Pivaral et al. (2004) constataram que a intervenção educativa participativa contribuiu com a redução do índice de massa corporal dos diabéticos obesos do tipo 2.

Diferentemente dos estudos anteriores, Cintra et al. (1998) não encontraram melhora significativa nos conhecimentos cognitivos dos 50 portadores de glaucoma entrevistados, concluindo que o programa de educação à saúde foi insuficiente para a apreensão de todo o seu conteúdo orientado. As justificativas apresentadas pelos autores referem-se ao tipo de processo ensino-aprendizagem, desenvolvido de forma vertical, que não atendia à necessidade de informação dos glaucomatosos e à dificuldade deles de compreensão decorrente do baixo nível de escolaridade, cultural e de fatores psicossociais relacionados à doença e às condições de vida.

Além disso, ressaltamos as diferenças metodológicas entre os estudos, pois os autores realizaram entrevista orientada por um questionário seguida de reunião educativa, mas a outra entrevista foi realizada 2,7 meses após a intervenção, em média, portanto em intervalo maior que as demais investigações.

4.3.2 Os temas aprendidos no Programa Educativo

Interessadas em particularizar a análise do conhecimento acerca dos temas trabalhados no programa educativo, apresentamos os resultados que se seguem.

Todas as participantes acertaram as questões de número 8 (*Relacionamento familiar*), 9 (*Alimentação*) e 31 (*Cuidados diários*), sendo que estas se referem, respectivamente, especificamente a manutenção de um relacionamento mais afetivo durante a hospitalização e à importância do aleitamento materno e estímulo para o desenvolvimento do prematuro.

Tabela 9 – Distribuição de acertos e ganho relativo obtidos pelas participantes no pré e pós-teste em cada tema discutido no Programa de Educação em Saúde.

Questão	Tema	Pré-teste		Pós-teste		Ganho acertos relativo* (%)
		nº	%	nº	%	
1	Apoio aos pais	28	73,7	35	92,1	25,0
2	Alimentação	21	55,3	28	73,7	33,3
3	Cuidados diários	3	7,9	28	73,7	833,3
4	Alimentação	23	60,5	38	100,0	65,2
5	Alimentação	28	73,7	38	100,0	35,7
6	Cuidados diários	7	18,4	37	97,4	428,6
7	Alimentação	25	65,8	38	100,0	52,0
8	Alimentação	38	100,0	38	100,0	0,0
9	Alimentação	38	100,0	38	100,0	0,0
10	Cuidados diários	30	78,9	38	100,0	26,7
11	Alimentação	36	94,7	38	100,0	5,6
12	Relacionamento familiar	21	55,3	35	92,1	66,7
13	Alimentação	30	78,9	38	100,0	26,7
14	Cuidados especiais	37	97,4	38	100,0	2,7
15	Relacionamento familiar	11	28,9	30	78,9	172,7
16	Alimentação	17	44,7	31	81,6	82,4
17	Higiene	8	21,1	29	76,3	262,5
18	Alimentação	23	60,5	38	100,0	65,2
19	Alimentação	27	71,1	37	97,4	37,0
20	Cuidados diários	21	55,3	38	100,0	81,0
21	Alimentação	26	68,4	37	97,4	42,3
22	Cuidados diários	25	65,8	38	100,0	52,0
23	Cuidados diários	30	78,9	38	100,0	26,7
24	Cuidados diários	31	81,6	38	100,0	22,6
25	Alimentação	11	28,9	32	84,2	190,9
26	Cuidados diários	32	84,2	38	100,0	18,8
27	Gráfico de crescimento	20	52,6	37	97,4	85,0
28	Alimentação	29	76,3	38	100,0	31,0
29	Higiene	37	97,4	38	100,0	2,7
30	Alimentação	8	21,1	38	100,0	375,0
31	Cuidados diários	38	100,0	38	100,0	0,0
32	Higiene	7	18,4	32	84,2	357,1
33	Alimentação	16	42,1	37	97,4	131,3
34	Apoio aos pais	27	71,1	37	97,4	37,0
35	Cuidados diários	22	57,9	38	100,0	72,7
36	Alimentação	30	78,9	38	100,0	26,7
37	Cuidados diários	9	23,7	35	92,1	288,9
38	Cuidados especiais	30	78,9	38	100,0	26,7
39	Cuidados diários	12	31,6	37	97,4	208,3
40	Alimentação	21	55,3	38	100,0	81,0
41	Cuidados diários	31	81,6	38	100,0	22,6
42	Alimentação	37	97,4	38	100,0	2,7
43	Cuidados diários	26	68,4	38	100,0	46,2
44	Cuidados especiais	33	86,8	38	100,0	15,2
45	Cuidados especiais	11	28,9	38	100,0	245,5
46	Cuidados especiais	30	78,9	38	100,0	26,7

* Ganho acertos relativo (%) = (ganho acertos / nº acertos no pré-teste) X 100

A questão 3 relacionada aos *Cuidados diários*, mais especificamente sobre a vestimenta adequada ao prematuro, teve o menor número de acertos no pré-teste (3 participantes, 7,9%).

No pós-teste, as questões com maior número de acertos (38 participantes, 100%) foram as de número 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 20, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45 e 46. Destas questões, 12 têm como tema a *Alimentação*, nove os *Cuidados diários*, seis sobre *Cuidados especiais*, uma sobre *Higiene* e uma o *Relacionamento familiar*.

As questões com menor número de acertos (28 participantes, 73,7%) no pós-teste foram as de número 2 e 3, tendo como temáticas a *Alimentação* (utilização da bomba tira-leite para a realização da ordenha) e os *Cuidados diários* (vestimenta adequada ao prematuro).

Com relação ao ganho relativo, a questão 3 foi a que teve maior proporção de aprendizado pelas mães pois o número de acertos era muito reduzido no pré-teste. As questões sem ganho relativo foram as de número 8 (*Relacionamento familiar*), 9 (*Alimentação*) e 31 (*Cuidados diários*), pois todas as participantes acertaram estas questões tanto no pré-teste quanto no pós-teste.

4.3.3 O conhecimento segundo variáveis maternas e do prematuro

Constatado o aumento significativo no conhecimento cognitivo das mães, a partir da participação no Programa de Educação em Saúde, interessa-nos verificar a influência de determinadas variáveis relacionadas à mãe (idade, escolaridade, número de filhos, estado civil, ocupação, procedência, cuidados anteriores prestados ao filho e experiência anterior com prematuro, número de filhos), ao filho prematuro (tempo de permanência em UTIN e UCIN) e as estratégias educativas (tempo de permanência com a cartilha, número e duração das reuniões e número de participantes).

Permanência do prematuro em UTIN e o conhecimento materno no pré-teste

O tempo de permanência dos prematuros na UTIN foi agrupado nos seguintes intervalos: menor ou igual a 10 dias, 11 a 30 dias, 31 a 60, 61 a 90, e 91 a 120 dias. Para as quatro mães de gemelares, a permanência deles na UTIN esteve no primeiro intervalo citado, portanto, cada dupla de bebê foi computada uma única vez.

Para o grupo de participantes cujo(s) bebê(s) permaneceram 10 ou menos dias na UTIN, o mínimo de acertos no pré-teste foi de 20 questões, máximo de 39, e mediana de 30,0.

O grupo de participantes cujos bebês permaneceram 11 a 30 dias nesta unidade, obtiveram um mínimo de 18 e máximo de 37 questões certas; a mediana foi 28,0. O mínimo, máximo e a mediana foram 21, 26 e 26, respectivamente, entre as mães cuja permanência dos filhos na UTIN foi de 31 a 60 dias.

Nos dois últimos grupos de 61 a 90 e de 91 a 120 dias, as participantes acertaram 35 e 33 questões, respectivamente.

Figura 7 - Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré-teste de acordo com a permanência em dias do filho na UTIN.

Entre as mães cujos filhos permaneceram até 60 dias na UTIN, houve uma tendência decrescente na mediana de acertos com o aumento de dias de permanência do bebê na UTIN. Diferentemente, a permanência acima de 60 dias repercutiu no maior número de respostas certas no pré-teste.

Constatamos pela figura 7 que as mães com maior número de respostas certas no pré-teste são aquelas cujo tempo de permanência na UTIN é menor que 10 dias. Não foi realizada tal comparação no pós-teste, porque alguns prematuros retornaram à UTIN após a coleta de dados no pré-teste, o que inviabiliza comparações ao alterar tal experiência materna.

O teste de Kruskal-Wallis foi realizado para a comparação do tempo de permanência na UTIN com o conhecimento materno no pré-teste, porém, para a realização destes, foram realizadas algumas alterações na distribuição dos dados, sendo agrupados os três últimos períodos de permanência na UTIN (31 a 60, 61 a 90, e 91 a 120 dias), formando o período maior ou igual a 31 dias.

Assim, apesar das diferenças descritas anteriormente, estas não foram estatisticamente significantes ($p=0,9337$), comprovando que o número de respostas certas no pré-teste não diferiu significativamente, segundo o tempo de permanência do prematuro na UTIN.

Discutimos tal item juntamente com o que se segue.

Permanência do prematuro em UCIN e o conhecimento materno no pré-teste

Os dias de permanência dos prematuros na UCIN foram agrupados nos seguintes intervalos: menor ou igual a 5 dias, 6 a 10 dias, 11 a 20 e igual ou maior que 21 dias.

Considerando que os quatro bebês gemelares encontravam-se na mesma faixa de permanência na UCIN (menor ou igual a 5 dias), incluímos na comparação dos dados apenas um bebê por mãe, portanto, manteve-se o total de 38, nos dados relativos aos prematuros.

Sendo assim, no grupo que permaneceu 5 dias ou menos na UCIN, tivemos 25 mães, nos grupos cuja permanência foi de 6 a 10 dias e 11 a 20 dias seis mães cada, e no grupo com permanência igual ou maior que 21 dias, apenas uma mãe.

Figura 8 - Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré-teste, de acordo com a permanência em dias do filho na UCIN.

Para as mães cujos prematuros permaneceram 5 dias ou menos na UCIN, o mínimo de acertos das mães no pré-teste foi igual a 20 e o máximo 39; a mediana foi igual a 30. O grupo cuja permanência dos bebês foi de 6 a 10 dias, o mínimo de acertos foi 18, máximo 37 e a mediana 31,5.

No grupo com permanência de 11 a 20 dias, o mínimo de acertos das mães no pré-teste foi igual a 24, máximo 35 e mediana 28,5. Com permanência maior ou igual a 21 dias, representado apenas por um prematuro, a mãe obteve 26 acertos.

A partir de 6 dias de permanência do prematuro na UCIN, houve uma tendência decrescente na mediana de acertos.

No entanto, ao agrupar os dois últimos períodos de permanência em UCIN (maior ou igual a 11 dias), o teste de Kruskal-Wallis mostrou que não houve diferença estatística

significante ($p=0,9597$), o tempo de permanência do prematuro em cuidado intensivo não influenciou no conhecimento materno no pré-teste.

Tal análise comparativa não foi realizada no pós-teste, porque o tempo de permanência do prematuro na UCIN só foi coletado na primeira entrevista com a mãe.

Durante a permanência do prematuro na UTIN e UCIN, a mãe teria oportunidades de interagir com o filho e com a equipe de saúde, aprendendo sobre os cuidados com ele. Todavia, entre as entrevistadas o conhecimento cognitivo não diferiu significativamente, segundo a permanência do prematuro em cuidados intensivo e intermediário.

Scochi et al. (2003) assinalam a importância da equipe de saúde incentivar e facilitar a permanência da mãe e família nas unidades neonatais, visto que o nascimento pré-termo altera todo o contexto familiar, e o contato precoce dos pais com o prematuro é fundamental para o desenvolvimento do vínculo e apego e favorecer a adaptação destes em unidades neonatais.

As autoras apontam algumas estratégias, como o livre acesso e a permanência dos pais na unidade, incentivando-os para um contato físico e cuidado ao bebê precocemente; a implantação e estruturação de grupos e redes de apoio aos pais e familiares, em todos os estágios da evolução clínica do bebê, com a cooperação de equipes multiprofissionais e a tomada de decisão compartilhada sobre a assistência ao prematuro.

Cuidados anteriores prestados ao prematuro e o conhecimento materno no pré-teste

No pré-teste, 11 das 38 participantes do estudo afirmaram não ter realizado cuidados com o filho prematuro durante a internação dele na UCIN e UTIN. Uma das participantes afirmou já ter realizado dois tipos de cuidado, 15 participantes realizaram três tipos de cuidados, 10, quatro cuidados e uma, cinco cuidados. Nenhuma das participantes afirmou ter realizado um único cuidado.

Buscamos analisar a relação entre o número de respostas certas no pré-teste e o número de cuidados realizados pelas mães com os bebês, conforme apresentado na figura que se segue.

Figura 9 - Box plot do número de cuidados realizados anterior ao pré-teste e o número de questões certas respondidas pelas mães no pré-teste.

As participantes que não realizaram cuidados com o filho prematuro, até o momento do pré-teste, obtiveram o número mínimo 18 e máximo de 39 acertos; a mediana foi 27.

A mãe que realizou dois tipos de cuidados com o prematuro, durante a internação, acertou 22 questões enquanto aquela que realizou cinco cuidados com o bebê acertou 34 questões no pré-teste.

As mães que realizaram três tipos de cuidados com o prematuro, obtiveram no pré-teste o mínimo, máximo e a mediana de acertos iguais a 24, 37 e 28,6, respectivamente. Aquelas que realizaram quatro tipos de cuidados obtiveram o mínimo de acertos de 20 (valor atípico ou destoante dos resultados obtidos por este grupo), máximo de 37 e mediana 34,7.

Excluindo-se os grupos que realizaram dois e cinco cuidados com o bebê (baixa representatividade com apenas uma participante), verificamos uma tendência crescente de respostas corretas com o aumento do número de cuidados realizados pelas mães aos filhos no

pré-teste. Este resultado também é evidenciado no 1º e 3º quartis, havendo um estreitamento destas conforme o aumento do número de cuidados realizados pelas mães, evidenciando também um aumento da mediana de acertos.

Para a realização do teste de Kruskal-Wallis, foram feitas alterações nos intervalos dos números de cuidados realizados ao filho prematuro: nenhum cuidado, de dois a três e de quatro a cinco cuidados anteriores ao pré-teste. Constatamos que o conhecimento materno não diferiu significativamente ($p=0,0551$), segundo o número de cuidados prestados ao filho hospitalizado, todavia, o resultado do teste está próximo ao nível de significância, sendo que as mães com maior vivência no cuidado ao prematuro hospitalizado apresentaram número maior de respostas certas no pré-teste.

A partir desses resultados, apontamos para a necessidade de incentivo ao contato e interação precoce entre mãe e filho, propiciando o contato pele-a-pele e a prestação de alguns cuidados básicos higiênicos e alimentares, dependendo da condição clínica do recém-nascido. A orientação e estímulo à ordenha de leite materno também devem ser realizados com o objetivo de favorecer a manutenção da amamentação materna (SCOCHI et al., 2003).

Estas ações, entre outras, favorecem o estabelecimento do vínculo e apego mãe-filho e família, observando-se maior interação da família com o bebê, em especial da mãe, e maior interesse no aprendizado de seus cuidados, além da satisfação manifestada pela assistência recebida (SCOCHI et al., 2003).

Neste sentido, Reichert, Lins e Collet (2007) também destacam a necessidade de flexibilização de horários de visitas aos pais e familiares do prematuro, fundamentais para o envolvimento destes com a equipe de saúde e a promoção do apego com a criança.

Estes momentos entre os familiares e os prematuros são oportunidades que a enfermagem tem para a prestação de informações quanto ao quadro clínico, funcionamento do

setor, equipamentos e principalmente, a inserção destes no cuidado ao prematuro (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Os períodos de interação da família com o prematuro podem ser desperdiçados se não houver algum profissional devidamente treinado, para orientar e facilitar na formação e/ou manutenção do vínculo. Além disso, é importante o envolvimento dos pais em procedimentos necessários a evolução do filho, minimizando condutas agressivas e estressantes ao prematuro (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A comparação entre cuidados realizados e a pontuação obtida no pós-teste não foi realizada porque esta variável só foi computada no momento da realização da primeira entrevista.

Número de filhos anteriores e o conhecimento materno

Do total de participantes da amostra, 24 não tinham filhos vivos anterior ao nascimento do(s) bebê(s) prematuro(s), sendo que quatro delas tiveram a última gestação de gemelares; nove mães tiveram um filho anterior; duas tiveram dois filhos; uma teve três filhos e duas tiveram quatro filhos anteriores.

A figura a seguir apresenta o número de questões corretas respondidas pelas mães no pré e pós-teste de acordo com o número de filhos anteriores e o ganho relativo.

Figura 10 - Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós-teste e o ganho relativo, de acordo com o número de filhos anteriores ao prematuro.

No pré-teste, entre as mães sem filhos anteriores, o mínimo de acertos foi 18, o máximo 39 e mediana de 32,0 acertos no pré-teste; mães com um filho anterior obtiveram 23, 31 e 27, respectivamente.

Participantes com dois filhos anteriores obtiveram acerto mínimo de 25 questões no pré-teste e máximo de 29; a mediana foi 27. A participante com três filhos anteriores acertou 24 questões.

As mães com quatro filhos anteriores obtiveram, no pré-teste, o mínimo de 21 acertos, máximo de 24 e mediana de 22,5.

No pós-teste, aquelas que não tiveram filhos anteriores acertaram o mínimo de 40 questões, máximo de 46 e mediana de 45,0. Mães com um filho anterior obtiveram o mesmo máximo e mínimo do grupo anterior (valores atípicos ou destoantes dos demais resultados obtidos por este grupo), porém a mediana foi 44,0 (5 mães acertaram 44 questões).

As mães com dois filhos anteriores obtiveram o mínimo, máximo e a mediana de 39, 43 e 41 acertos, respectivamente. A única participante com três filhos anteriores obteve 46 acertos no pós-teste.

Aquelas com quatro filhos anteriores acertaram o mínimo de acertos de 43 e máximo de 46 questões; mediana foi de 44,5.

A mediana do ganho relativo das participantes sem filho anterior foi 40,6%. Entre aquelas com um filho anterior, dois, três e quatro filhos anteriores, as medianas dos ganhos relativos foram de 69,2%; 53,3%; 91,7% e 98,3%, respectivamente.

As mães que obtiveram melhores resultados no pré-teste foram aquelas sem filhos anteriores, com pontuações de acertos mais elevadas nos 1º e 3º quartis e na mediana. O menor aproveitamento no pré-teste foi entre aquelas com três e quatro filhos anteriores, no entanto, o grupo com três filhos anteriores é representado por apenas uma participante.

No pré-teste, verificamos que há uma tendência decrescente de acerto das questões com o aumento do número de filhos anteriores ao prematuro.

No pós-teste, houve um nivelamento no resultado dos grupos, além de uma maior homogeneidade de resultados (maior concentração de resultados entre 1º e 3º quartil).

As mães que obtiveram pior aproveitamento no pós-teste foram aquelas com dois filhos anteriores, com maior concentração de participantes que acertaram menor número de questões. Os demais grupos obtiveram resultados próximos, porém, o grupo mais homogêneo foram as participantes com um filho anterior. Todos os grupos obtiveram pelo menos uma mãe que atingiu o máximo de 46 acertos no pós-teste.

Os grupos com maior ganho relativo foram aqueles cujas mães tiveram três e quatro filhos anteriores, devido ao seu menor aproveitamento no pré-teste e maior nivelamento de todos os grupos no pós-teste.

Os grupos de mães sem filho anterior e com dois filhos anteriores obtiveram ganhos relativos semelhantes e menores do que aquelas com um filho anterior.

O teste de Kruskal-Wallis foi realizado para a comparação do número de filhos anteriores com o conhecimento no pré e pós-teste e ganho relativo. Para tal foram realizadas alterações nos intervalos, conforme se segue: nenhum filho anterior, um a dois filhos anteriores e três a quatro filhos anteriores. A diferença entre os três grupos foi estatisticamente significativa ($p=0,0199$) no pré-teste (quanto maior o número de filhos menor o conhecimento materno) e não significativa no pós-teste ($p=0,4350$) e ganho relativo ($p=0,0655$).

Para contextualizar esses resultados, nos remetemos à própria fala das mães ao relatarem que a experiência anterior com outros filhos, pouco ou nada auxiliou no desenvolvimento de cuidados ao prematuro, apontando as diferenças entre o prematuro e o bebê a termo.

“Que nem, eu tenho outros filhos mais não nasceram prematuros, e ele (bebê) é muito pequeninho, então, agente tem aquele receio, parece que vai quebrar no meio!” m5

“Olha, que nem eu, tive cinco, os outros tudo achei mais legal pra cuidar, mas essa aí (prematuro) eu já tenho um pouco mais de medo de pegar nela, medo de já tar machucando! O meu medo é mais assim, de tirar ela daqui e levar ela pra casa! Eu não tenho assim a esperança de ter ela diretamente comigo!” m9

Experiência anterior com prematuros e o conhecimento materno no pré e pós-teste e ganho relativo

Do total de 38 participantes, 31 afirmaram não ter experiência anterior com prematuros, e sete já tiveram esta experiência, cuidando de um irmão mais novo, sobrinho ou filho anterior.

A figura a seguir apresenta a distribuição dos acertos no pré e pós-teste e ganho relativo, de acordo com a experiência anterior das mães com prematuros.

Figura 11 - Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós-teste, e ganho relativo, de acordo com a experiência anterior com prematuros.

No pré-teste, as participantes sem experiência anterior obtiveram o mínimo de 18 e máximo de 39 questões certas; a mediana foi 30,0. Entre as mães com experiência anterior com prematuros, o mínimo de acertos no pré-teste foi 21, máximo de 37 e mediana de 28,0.

No pós-teste, o mínimo, máximo e a mediana atingidos pelas mães sem experiência anterior foram de 39 (valor atípico ou destoante dos resultados obtidos pelas demais participantes deste grupo), 46 e 44, respectivamente. Entre aquelas com experiência anterior, tais parâmetros foram 43, 46 e 44,0, respectivamente.

A mediana do ganho relativo foi 50,0% para as participantes sem experiência e 57,1% entre aquelas com experiência.

O melhor aproveitamento no pré-teste foi entre as mães sem experiência anterior com prematuros, com mínimo, máximo e mediana maiores do que aquelas que tiveram essa experiência.

No pós-teste, os dois grupos obtiveram resultados próximos e mais homogêneos do que no pré-teste.

Como esperado, devido ao menor número de acertos no pré-teste, as mães que tiveram experiência anterior com prematuros obtiveram maior ganho relativo (mínimo e mediana mais elevadas e maior concentração de resultados mais elevados no 3º quartil) em relação às aquelas sem experiência.

Todas essas diferenças entre os grupos com ou sem experiência anterior com prematuros não foram estatisticamente (Teste de Mann-Whitney) significantes, no pré ($p=0,5970$), pós-teste ($p=0,4397$) e ganho relativo ($p=0,3966$).

Idade das mães e o conhecimento no pré e pós-teste e ganho relativo

A idade materna foi agrupada em quatro intervalos: menor ou igual a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 34 anos e maior ou igual a 35 anos. Estas faixas etárias foram criadas desta forma de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC, 2007).

Com idade menor ou igual a 14 anos havia duas participantes, na faixa de 15 a 19 anos, sete participantes, de 20 a 34 anos, 26 participantes, e com 35 ou mais anos, três participantes.

Figura 12 - Box plot da idade com o número de acertos das mães no pré e pós-teste e o ganho relativo.

Entre as mães com idade menor ou igual a 14 anos, o mínimo de acertos obtidos no pré-teste foi de 20, máximo de 26 e mediana de 23. Na faixa seguinte, de 15 a 19 anos, o mínimo de questões certas foi de 18, (valor atípico ou destoante dos demais obtidos pelos participantes nesta faixa de idade), máximo de 37 e mediana de 32,0.

As participantes com 20 a 34 anos obtiveram no pré-teste o mínimo de questões corretas de 21, máximo de 39 e mediana de 29,0. O menor número de acertos encontrados na faixa de igual ou maior de 35, foi de 26 e maior de 37; a mediana foi 29,0.

No pós-teste, o mínimo de acertos obtidos pelas mães menores ou iguais a 14 anos foi de 40, máximo de 44 e mediana de 42, parâmetros esses menores do que aqueles obtidos por aquelas com 15 a 19 anos, sendo de 41, 46 e 46,0, respectivamente. O mínimo de acertos no pós-teste pelo grupo de 20 a 34 anos foi de 20, máximo de 46 e mediana de 44,0. Na última faixa etária, mães com 35 anos ou mais, o mínimo de acertos foi igual a 39, máximo de 44 e mediana de 43.

O maior ganho relativo ocorreu entre mães menores ou iguais a 14 anos, 84,6%, seguida por aquelas com 20 a 34 anos de idade, 55,2%. Os menores ganhos relativos ocorreram entre as mães com 15 a 19 anos e 35 anos ou mais cujas medianas foram 40,6% e 34,5%, respectivamente.

O melhor desempenho no pré-teste foi encontrado entre as mães com 15 a 19 anos de idade, com 1º e 3º quartis e mediana de acertos maiores do que nas demais faixas etárias. O desempenho obtido pelas mães com 14 anos ou menos de idade foi o pior em relação às mães das demais faixas etárias.

A mediana de acertos das mães com idade de 20 a 34 anos foi semelhante àquelas maiores ou iguais a 35 anos, porém esse último grupo de mães obteve resultados mais homogêneos no pré-teste.

No pós-teste, apesar das pequenas diferenças, em todas as faixas etárias, as mães obtiveram número de acertos mais homogêneos do que no pré-teste (diferenças entre 1º e 3º quartis, mínimo e máximo menores).

O ganho relativo maior ocorreu entre as mães com 14 anos ou menos, devido a menores quantidades de acertos no pré-teste, e maior homogeneidade de todas as faixas no pós-teste. Menores ganhos relativos foram encontrados entre as mães de 15 a 19 anos e maiores ou iguais a 35 anos, porém, nesta última faixa etária o ganho foi menos homogêneo e com número de acertos máximo maior do que aquelas de 15 a 19 anos.

As mães com maior variabilidade no ganho relativo foram aquelas de 20 a 34 anos, seguindo a mesma característica das pontuações obtidas no pré-teste.

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para a comparação da idade materna e o conhecimento no pré e pós-teste e ganho relativo. Para tal, foram feitas alterações nas faixas etárias agrupando-se as participantes das duas primeiras e as duas últimas faixas etárias, formando dois grupos: até 19 anos (nove participantes) e maior ou igual a 20 anos (29 participantes). Não foram encontradas diferenças significativas entre a idade da mãe e o conhecimento no pré-teste ($p=0,7306$), pós-teste ($p=0,4811$) e ganho relativo ($p=1$).

Estado civil e o conhecimento materno no pré e pós-teste

Do total de participantes, oito eram casadas, uma divorciada, cinco solteiras, 23 em união consensual (solteiras com relação estável e morando juntas aos seus companheiros) e uma viúva.

A figura que se segue, apresenta a relação entre o estado civil das participantes e o número de acertos e também o ganho relativo.

Figura 13 - Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós-teste, com o ganho relativo, de acordo com o estado civil.

As participantes casadas obtiveram um número de acertos no pré-teste mínimo de 24, máximo de 35, e a mediana foi 28,0 no pré-teste. A participante divorciada obteve um número de acertos igual a 31, e a viúva, 29.

As solteiras obtiveram o mínimo, máximo e a mediana iguais a 20, 37 e 33,0, respectivamente. O menor número de acertos no pré-teste das mães em união consensual foi 18, os quais, por sua vez, obtiveram maior número de acertos, 39; a mediana foi 28,0.

No pós-teste, o mínimo, máximo e a mediana das participantes casadas foram 43, 46 e 45,0, respectivamente. A participante divorciada acertou 44 questões, e a viúva, 39.

Ainda no pós-teste, as solteiras obtiveram o mínimo de 40 questões certas, o máximo de 46 e a mediana de 44,0. Naquelas mães em união consensual, tais parâmetros foram de 40, 46 e 44,0 acertos, respectivamente.

A mediana do ganho relativo foi de 56,3% para as casadas, 41,9% para a divorciada, 34,5% para a viúva, 39,4% para as solteiras e 57,1% para as participantes em união consensual.

O maior desempenho (mínimo, mediana e máximo) no pós-teste foi obtido pelas participantes casadas. As solteiras e em união consensual tiveram um desempenho semelhante no pós-teste, no entanto, as participantes em união consensual obtiveram, no geral, menores quantidades de acertos do que as solteiras. A divorciada obteve mediana no pós-teste semelhante às solteiras e àquelas em união consensual, porém a viúva obteve o menor número de acertos de todas as participantes no pós-teste. Todos os grupos obtiveram pontuações mais homogêneas (menor diferença entre 1º e 3º quartis), no pós-teste.

Com relação ao ganho relativo, o maior foi entre as participantes em união consensual. As solteiras obtiveram um ganho relativo pouco menor que as casadas, devido à pontuação no pré-teste ter sido maior.

O teste de Kruskal-Wallis foi realizado para a comparação do estado civil com o conhecimento materno no pré, pós-teste e ganho relativo. Para a realização destes, foram feitas algumas alterações na distribuição dos dados, juntando-se as solteiras com a divorciada e a viúva. As diferenças encontradas entre o estado civil e o conhecimento materno no pré ($p=0,7976$), pós-teste ($p=0,3024$) e ganho relativo ($p=0,6475$) não foram estatisticamente significativas.

Apesar de não encontrarmos diferença significativa no conhecimento das participantes em relação à idade e ao estado civil das mães, destaca-se que ser solteira e adolescente são apontados como fatores de risco, constituindo-se em grupos sociais vulneráveis, e portanto, necessitam de intervenções preventivas e de educação em saúde sistematizadas, especialmente direcionadas para adolescentes (menores de 19 anos) (BRASIL, 2006; RIOS; VIEIRA, 2007).

Escolaridade e conhecimento materno no pré e pós-teste e ganho relativo

A escolaridade das participantes foi agrupada em um a três anos de estudo, de quatro a sete anos, de oito a 11 anos e maior que 12 anos. Estes intervalos foram criados de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC, 2007).

Para tal consideramos os anos de estudo, excluindo-se possíveis repetências, de acordo com o ensino público ou privado do Brasil, sendo nove anos para o ensino fundamental (pré e 1ª a 8ª séries), três anos para o ensino médio (1ª a 3ª séries) e dois a quatro anos para o ensino superior.

Apenas uma das mães estudou de um a três anos, 11 de quatro a sete anos, 11 de oito a 11 anos, e 15 com mais de 12 anos de escolaridade.

A única participante com um a três anos de escolaridade obteve no pré-teste 21 acertos de um total de 46. Aquelas com quatro a sete, o mínimo de acertos no pré-teste foi de 23 questões, máximo de 34 (valor atípico ou destoante dos demais participantes incluídos na mesma faixa), e mediana de 25,0.

Figura 14 - Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães com ganho relativo, de acordo com a escolaridade.

As mães com oito a 11 anos de escolaridade obtiveram o mínimo de acertos no pré-teste de 23, o máximo de 37 e a mediana de 31,6. Naquelas com 12 anos ou mais de estudo, tais parâmetros foram de 22, 39 e 31,0, respectivamente.

No pós-teste, tanto o mínimo como o máximo e a mediana de acertos das mães com um a três anos foram de 43. Entre aquelas com quatro a sete anos de escolaridade, o mínimo foi de 39, o máximo de 46 questões certas e mediana de 44,0. Enquanto as mães com oito a 11 anos, tais parâmetros foram de 42, 46 e 45,0 respectivamente. Com mais de 12 anos de estudo, o mínimo de acertos foi de 40, máximo de 46 e mediana de 44,0.

Para o ganho relativo, a mediana maior foi entre as mães com um a três anos de escolaridade, atingindo 104,8%, seguida por aquelas com quatro a sete anos de estudo, 76,0%, maior de 12 anos 41,9% e, com oito a 11 anos de estudo, 40,6%.

As mães com melhor aproveitamento no pré-teste foram aquelas com oito a 11 anos de estudo, apresentando o mínimo, máximo e mediana de acertos maiores do que nas demais faixas de escolaridade. Aquelas com 12 anos ou mais de estudo obtiveram a maior nota no pré-teste, porém, houve menor homogeneidade nas notas (maior diferença entre 1º e 3º quartil). Verificamos, contudo, um aumento no número de acertos com o aumento da escolaridade.

O melhor aproveitamento no pós-teste também ocorreu entre as mães com oito a 11 anos de escolaridade, porém, em todas as faixas, os desempenhos foram mais homogêneos. O menor aproveitamento no pós-teste foi obtido pela mãe com um a três anos de escolaridade, mas o ganho relativo foi maior.

O teste de Kruskal-Wallis foi realizado para a comparação do conhecimento materno no pré, pós-teste e ganho relativo e a escolaridade, reagrupando-a os dois primeiros intervalos, formando a nova faixa, igual ou menor que sete anos de estudo. As diferenças encontradas

foram estatisticamente significativas no pré-teste ($p= 0,0099$) e no ganho relativo ($p=0,0137$), porém não no pós-teste ($p=0,5924$).

As mães com maior escolaridade apresentaram desempenho ou número de respostas corretas significativamente maior do que aquelas com menor escolaridade, no pré-teste, e de maneira inversa o ganho relativo foi maior naquelas com menor escolaridade.

Verificamos, assim, que a escolaridade exerceu importante influência nos conhecimentos das mães sobre o cuidado com o prematuro no pré-teste, porém com a obtenção de pontuações semelhantes entre estas no pós-teste, decorrente do ganho relativo, tem-se que o Programa de Educação em Saúde conseguiu minimizar seu efeito nesses conhecimentos.

Resultados semelhantes relacionados ao nível de escolaridade também foram encontrados por Susin et al. (2000), cujo objetivo foi avaliar o conhecimento das mães em aleitamento materno antes e após orientação fornecida no período pós-parto e sua relação com a prevalência de amamentação. No ensaio-clínico com 405 mães de crianças normais nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entre julho e dezembro de 1994, o procedimento de intervenção consistiu de um vídeo abordando tópicos básicos sobre aleitamento materno, de um folheto explicativo e da livre discussão após o vídeo. As primeiras 208 mães constituíram o grupo controle e as restantes 197, o grupo experimental. Todas as mães responderam a um questionário de identificação e a um teste de conhecimentos prévios sobre aleitamento materno na maternidade. As mães dos dois grupos foram acompanhadas por intermédio de visitas domiciliares ao final do primeiro, do segundo, do quarto e do sexto mês ou até a interrupção da amamentação, se fosse o caso. Ao final do primeiro mês, as mães foram submetidas ao mesmo teste de conhecimentos aplicado logo após o parto. A técnica de regressão logística foi utilizada para avaliar a associação entre o conhecimento da mãe em aleitamento materno e a prevalência da amamentação.

Os autores constataram que a escolaridade acima de oito anos foi a única variável que permaneceu significativamente associada a um maior conhecimento sobre aleitamento materno, nos dois momentos (pré e pós-teste). Apesar da escolaridade exercer influência importante nos conhecimentos das mães em aleitamento materno, a intervenção conseguiu diminuir o efeito dessa variável nesses conhecimentos, mostrando que é possível, com orientação, minimizar a desvantagem das mulheres menos escolarizadas com relação aos conhecimentos em aleitamento materno.

No presente estudo, o Programa de Educação em Saúde também conseguiu anular o efeito da escolaridade materna sobre o conhecimento cognitivo das mães sobre cuidados aos prematuros, pois no pós-teste não encontramos diferença significativa estatisticamente, já que o número de acertos foi semelhante e todas as mães tiveram conhecimentos classificados como ótimo, conforme apresentado anteriormente.

Procedência das mães e o conhecimento materno no pré-teste e pós-teste e ganho relativo

Do total de participantes do estudo, 18 moravam no município de Ribeirão Preto e as outras 18 em municípios relativamente próximos.

Figura 15 - Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós-teste, com o ganho relativo, de acordo com a procedência.

No pré-teste, o mínimo de acertos de não residentes em Ribeirão Preto foi 20, máximo de 39, e mediana de acertos de 27,0, enquanto nas demais, tais parâmetros foram 18, 37 e 31,0, respectivamente.

No pós-teste, a mediana de acertos para não residentes em Ribeirão Preto foi de 44,0, máximo de 46 e mínimo de 39 (valor atípico ou destoante do valor obtido pelos demais participantes deste grupo). Para as residentes neste município, o mínimo foi de 41, máximo de 46 e mediana de 44,5 questões certas.

A mediana do ganho relativo para aquelas não residentes em Ribeirão Preto foi 63,2% e 43,6% para as residentes no município.

No pré-teste a mediana e o número de acertos das participantes entre o 1º e 3º quartis foram melhores no grupo que reside em Ribeirão Preto, porém, o número máximo de acertos e o mínimo foram melhores naquelas que residiam em outros municípios; este último grupo obteve no pré-teste resultados mais homogêneos.

Com relação ao ganho relativo, as mães não residentes em Ribeirão Preto obtiveram mínimo e máximo menores, e mediana maior que o grupo residente nesta cidade, porém no primeiro grupo as medidas quartílicas do ganho relativo foram maiores. Isto se deu pelo maior número de participantes que obtiveram menor número de acertos no pré-teste e maior homogeneidade no pós-teste.

O teste de Mann-Whitney foi realizado para a comparação do local de procedência das mães e o conhecimento materno no pré, pós-teste e ganho relativo, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos ($p=0,3481$, $p=0,9045$, e $0,4297$, respectivamente).

Ocupação das mães e o conhecimento materno no pré e pós-teste e ganho relativo

Com relação à ocupação das mães, 12 têm uma profissão e trabalham com ou sem vínculo empregatício, e as 26 restantes são do lar.

Figura 16 - Box plot do número de questões certas respondidas pelas mães no pré e pós-teste, com o ganho relativo, de acordo com a ocupação das mães.

As mães que não trabalhavam fora de casa obtiveram um mínimo de acertos no pré-teste de 18 questões, o máximo de 37 e a mediana de 27,0, enquanto que naquelas que trabalham fora de casa, estes valores foram maiores representados por 21, 39 e 31,5, respectivamente. Isto também ocorreu no 1º e 3º quartis.

No pós-teste, todas essas medidas foram mais homogêneas com maior semelhança entre os dois grupos. Portanto, a mediana do ganho relativo foi maior entre as mães que não trabalham fora de casa, 63,2%, do que naquelas que trabalham fora de casa, 36,0%.

Os resultados do Teste de Mann-Whitney mostraram que no pré-teste as diferenças não foram estatisticamente significantes ($p=0,0547$), embora esteja próximo do nível de significância estabelecido; no pós-teste, as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significativas ($p=0,6062$) e o ganho relativo foi significativamente ($p=0,0460$) maior naquelas que não trabalham fora de casa, em comparação ao outro grupo. Esta diferença no ganho relativo se deve ao menor número de acertos das mães do lar no pré-teste, o que reforça a proximidade do resultado do teste estatístico com o nível de significância nesta etapa inicial.

Tempo de permanência com a cartilha educativa anterior à realização das reuniões educativas e ganho relativo

O número em dias que as mães permaneceram com a cartilha educativa, até o dia da primeira reunião educativa, variou de um a 38 dias, período esse dividido nos seguintes intervalos: menor ou igual a dois dias, três a sete dias, oito a 14 dias e maior ou igual a 15 dias.

No primeiro intervalo, encontraram-se 22 participantes, de 3 a 7 dias, sete participantes, de oito a 14 dias, seis participantes, e com 15 dias ou mais, três participantes.

Figura 17 - Box plot do ganho relativo de conhecimento materno, de acordo com o tempo de permanência com a cartilha educativa.

As mães que permaneceram até dois dias com a cartilha apresentaram ganho relativo mínimo de 12,8% e máximo de 104,8%; a mediana foi 43,6%. Entre as participantes que permaneceram de três a sete dias com a cartilha, tais proporções foram de 25,7%, 50,0% e 47,1%, respectivamente. Na faixa seguinte, oito a 14 dias, as mães obtiveram mínimo e máximo de 24,3% e 87,5%, respectivamente; a mediana foi 52,3%.

As mães que permaneceram 15 ou mais dias com a cartilha educativa, obtiveram ganho relativo mínimo de 83,3%, máximo de 127,8% e mediana de 100,0%.

A mediana do ganho relativo de conhecimento das participantes foi maior quanto maior o período em que elas permaneceram com a cartilha educativa, mas a variabilidade de desempenho materno foi maior nos grupos que permaneceram até dois dias com o material educativo e de oito a 14 dias. Todavia, o resultado do Teste de Kruskal-Wallis mostrou que tais diferenças não foram estatisticamente significantes ($p=0,0939$).

Cabe como ressalva nesta análise o fato de algumas participantes terem relatado a falta de tempo para a leitura da cartilha educativa, mas outra mãe leu o material em menos de um dia. Tais aspectos reforçam os resultados descritos anteriormente sobre a importância do uso de mais de uma estratégia educativa em programas de educação em saúde.

Freire (2001) tece algumas considerações sobre a leitura, apontando que “ler” não é simplesmente um entretenimento ou exercício de memorização mecânica de alguns trechos do texto, mas sim uma operação gratificante, porém inteligente, difícil e exigente. A leitura autêntica só ocorre quando se assume diante do texto uma curiosidade crítica e cria-se a compreensão do lido.

O autor também aponta para a necessidade de estímulo à leitura já desde o início da alfabetização do indivíduo, tornando a leitura um ato prazeroso e não uma obrigação amarga a ser cumprida. Desta forma haveria no país índices melhores da qualidade da educação. A utilização da leitura está diretamente relacionada ao desenvolvimento econômico das sociedades. Mas, discordando de uma interpretação mecanicista, na qual se espera por alteração das condições econômicas para intervir na problemática da leitura e escrita, bem como da visão idealista que considera que a solução esteja apenas na conscientização, Freire (2001, p.268) acredita que a relação entre consciência e mundo é dialética e “a leitura crítica dos textos e do mundo tem que ver com a sua mudança em processo”.

Número de reuniões educativas e o conhecimento materno

Do total de 38 mães, 18 participaram de apenas uma reunião educativa, e 20, de duas reuniões. Cabe assinalar que tais quantidades de reuniões foram suficientes para as participantes discutirem os temas relativos aos cuidados com o prematuro abordados na cartilha, bem como as outras dúvidas trazidas por elas no grupo educativo, ocasião em que optamos por realizar o pós-teste, pois algumas mães estavam com a alta hospitalar do

prematureo programada. Por outro lado, seis mães continuaram participando dos grupos educativos após a realização do pós-teste.

Figura 18 - Box plot do ganho relativo das mães, de acordo com o número de reuniões educativas freqüentadas.

Entre aquelas mães que participaram de apenas uma reunião educativa, o ganho relativo mínimo foi de 12,8% e o máximo, 100%; a mediana foi 43,6%.

As mães que participaram de duas reuniões educativas obtiveram um ganho relativo mínimo de 24,3% e máximo de 127,8%; a mediana foi 63,2%.

O aproveitamento, em ganho relativo, foi maior entre as mães que participaram de duas reuniões educativas, obtendo pontuações mínima, máxima e quartílicas de acertos maiores do que aquelas que participaram de uma única reunião. No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente (Teste de Mann-Whitney) significantes ($p=0,2479$).

Tempo total médio de reuniões e conhecimento materno

O tempo total médio de reuniões, em minutos, foi calculado a partir do valor absoluto de tempo total de reunião para aquelas mães que participaram de apenas uma reunião, e pela média de tempo para as mães que freqüentaram duas reuniões educativas.

O tempo total médio de reuniões foi dividido nos seguintes intervalos: de 40 a 60 minutos, 61 a 90 minutos e maior ou igual a 91 minutos.

Figura 19 - Box plot do ganho relativo de acordo com a duração total em minutos das reuniões educativas.

Entre as mães que participaram de reunião(ões) com duração de 40 a 60 minutos, o ganho relativo mínimo de acertos foi 35,3% e máximo, de 91,7%; a mediana foi 80,6%.

Naquelas cuja duração média foi de 61 a 90 minutos, o ganho relativo mínimo foi 24,3%, máximo, 127,8% e mediana, igual a 66,2%. As mães que participaram de reuniões educativas com duração maior ou igual a 91 minutos, tais proporções foram 12,8%, 72% e 36,8%, respectivamente.

A figura deixa evidente que as medianas e os 1º e 3º quartis reduziram com o aumento da duração média da(s) reunião(ões) educativa(s) freqüentadas pelas mães. Comprovamos pelo teste de Kruskal-Wallis que esta diferença foi significativa estatisticamente para o ganho relativo ($p=0,0084$), havendo maior ganho relativo de conhecimento entre as mães que participaram de atividade educativa com menor duração, em especial de 40 a 60 minutos.

Número de participantes nas reuniões educativas e o conhecimento materno

Cabe lembrar que, em algumas reuniões educativas, havia mães que não faziam parte da amostra deste estudo, porém foram contadas como participantes porque tinham contribuição ativa na construção de conhecimentos do grupo devido ao método educativo utilizado.

O número de participantes nos grupos educativos foi dividido nos seguintes intervalos: duas a três, quatro a seis, sete a nove e dez a 13 participantes. Para as mães que freqüentaram duas reuniões educativas, calculamos a média de participantes.

Figura 20 - Box plot do ganho relativo de acordo com o número médio de pessoas presentes nas reuniões.

Entre as mães que freqüentaram reunião educativa com duas a três participantes, o ganho relativo mínimo obtido por elas foi 25,7%, máximo de 127,8%, e mediana de 76,4%. No grupo com quatro a seis participantes, tais proporções foram de 24,3%, 82,6% e 41,8%, respectivamente.

Mães cujos grupos contaram com sete e nove participantes obtiveram ganho relativo mínimo, máximo e mediano de 24,3%, 100%, e 33,5%, respectivamente. No último grupo com dez a 13 participantes, o ganho relativo mínimo de ganho relativo foi 12,8%, máximo de 72%, e a mediana 31,8%.

A figura mostra uma tendência de redução na mediana e 1º quartil de ganho relativo do conhecimento materno com o aumento do número de participantes nos grupos educativos, sendo que esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,0198$) pelo teste de Kruskal-Wallis, ou seja, o ganho relativo é inversamente proporcional ao número de participantes nas reuniões.

Tais dados podem ser contextualizados pelo fato de a duração média dos grupos educativos por participante não ter ultrapassado 120 minutos, portanto o aproveitamento das mães foi melhor nos grupos educativos com menor número de mães, o que possibilitaria a participação ativa delas no processo ensino-aprendizagem utilizando o método da problematização.

Com relação ao número de reuniões educativas, tempo total médio e o número de participantes nestas, alguns estudos trazem algumas considerações relevantes à realização das dinâmicas educativas.

Aschidamini e Saupe (2004), Iervolino e Pelicioni (2001) e Soares, Reale e Brites (2000), utilizando grupos focais como estratégias metodológicas qualitativas, apontam que as atividades educativas devem ser realizadas com uma a duas horas de duração (com duração típica de uma hora e meia) para que o cansaço dos participantes e as condições

desconfortáveis não venham a interferir nos objetivos da discussão, prejudicando os resultados. O total de participantes deve oscilar entre um mínimo de seis e um máximo de doze pessoas, recomendando-se, no entanto, que não se ultrapasse o total de oito participantes. Em relação ao número de encontros, esse deve variar de acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa, podendo ser alterado após análise conjunta do grupo.

6 Conclusão

..

Depreendemos a partir da participação de mães de prematuros no Programa de Educação em Saúde mediado pelo uso da cartilha educativa “Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família” e pela utilização da metodologia da problematização, o que se segue:

- ✓ O programa educativo implantado contribuiu com a melhoria da assistência de enfermagem na UCIN do hospital universitário, dirigida ao preparo das mães para a alta dos prematuros, inovando as ações a partir da inclusão de grupos educativos utilizando o método da problematização, dinâmicas de apresentação das participantes e relaxamento, técnicas da comunicação terapêutica, além da distribuição de material didático-instrucional impresso.
- ✓ As mães demonstraram satisfação em participar do Programa, atribuindo à vivência os seguintes significados: o aprendizado proporcionado pelo programa de educação em saúde, a criação de possibilidades de socializar o conhecimento com a família, o Programa de Educação em Saúde como espaço para descontração e escuta e desenvolvendo o vínculo afetivo com outras mães e com a equipe.
- ✓ O Programa teve impacto positivo na aquisição de conhecimentos cognitivos maternos sobre os cuidados com o prematuro, confirmado qualitativamente por meio das falas das participantes e quantitativamente a partir de estatística descritiva.
- ✓ Antes da inserção no programa educativo, pré-teste, predominou o conhecimento materno classificado como bom (76,3%) passando para ótimo (100%) no pós-teste, após participação no Programa. O ganho de

conhecimento, dimensionado pelo número de repostas corretas no pré-teste em relação ao pós-teste, foi altamente significante ($p=0,00000007836$).

- ✓ A questão do instrumento com menor número de acertos no pré e pós-teste refere-se à vestimenta adequada ao prematuro.
- ✓ Das variáveis analisadas relacionadas à mãe (idade, escolaridade, número de filhos, estado civil, ocupação, procedência, cuidados anteriores prestados ao filho e experiência anterior com prematuro, número de filhos), ao filho prematuro (tempo de permanência em UTIN e UCIN) e às estratégias educativas (tempo de permanência com a cartilha, número e duração das reuniões e número de participantes), apenas o número de filhos ($p=0,0199$) e a escolaridade ($p=0,0099$) influenciaram significativamente o conhecimento cognitivo materno, na análise comparativa no pré-teste. O número de repostas certas no pré-teste foi significativamente maior entre aquelas com menos filhos anteriores ao prematuro e com maior escolaridade. Os acertos em relação aos cuidados anteriores prestados ao filho prematuro ($p=0,0551$) e ocupação das mães ($p=0,0547$) estiveram próximo do nível de significância, sendo que acertaram mais no pré-teste, as mães que prestaram mais cuidados ao filho e que têm ocupação remunerada. No pós-teste, o efeito destas variáveis foi anulado, pois em todas as comparações feitas não houve diferença estatisticamente significante ($p>0,05$), havendo aquisição de conhecimentos por todas as participantes do Programa de Educação em Saúde.
- ✓ O aprendizado materno dimensionado pelo ganho relativo em acertos foi significativamente maior entre as mães com menor escolaridade ($p=0,0137$), do lar ($p=0,0460$) e que participaram dos grupos educativos com menor tempo duração ($p=0,0084$) e quantidade de participantes ($p=0,0198$).

Concluímos, portanto, que o Programa de Educação em Saúde foi efetivo no aprendizado cognitivo das mães sobre os cuidados ao prematuro visando à alta hospitalar.

As limitações do presente estudo referem-se ao número de participantes e a não inclusão de outros membros da família no programa educativo.

Neste último aspecto, cabe assinalar que o Programa de Educação em Saúde, embora válido, deve ser ampliado em consonância com o cuidado centrado na família, fortalecendo a filosofia do cuidado desenvolvimental e humanizado em unidades neonatais e a continuidade da assistência.

Assim, recomendamos que programas educativos voltados para a família do prematuro possam ser implantados em outras unidades neonatais do Brasil, utilizando metodologias ativas de aprendizagem, técnicas de comunicação terapêutica e materiais instrucionais, transformando e contribuindo com a construção de uma assistência de qualidade, integral, criativa e participativa. E que estes programas estejam inseridos num projeto maior, com ações que abarquem a família desde o período gestacional e em todo o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. **Normas y recomendaciones para la atencion del recién nacido en hospitales:** a termino e prematuro. Evanston, 1957. p. 70-1.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-9, abr./jun. 2007.

ANDRADE, R. D. **Desenvolvimento e utilização de jogo educativo sobre a prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de cinco anos para a capacitação dos agentes comunitários de saúde.** 2004. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ARAUJO, B. F. et al . Newborn mortality study in the neonatal intensive care unit of Caxias do Sul General Hospital, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292005000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 julho 2006.

ARAÚJO, R. R. D. F. **Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase.** 2005. 144f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ARAVENA, V. E. J.; FIERRO, E. H. Nivel de estres de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepcion, **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 8, n. 1, p. 31-6, 2002.

AITA, M.; SNIDER, L. The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 41, n. 3, p. 223-32, Feb. 2003.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa – um ensaio teórico. **Cogitare enferm.**, v. 9, n. 1, p. 9-14, jan./jun. 2004.

BARBOSA, M. A. R. S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Dialogue between nurses and mothers during the mother-child binomial consultantion. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 226-9, Apr./June 2007.

BARBOSA, V.L. **O vínculo afetivo na UTI Neonatal:** uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem. 1999. 166f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

BARBOSA, V.L.; IKEZAWA, M.K. UTI Neonatal: viver intensamente a busca da harmonia e do equilíbrio. **II Encontro Catarinense de Psicoprofilaxia Obstétrica**, Florianópolis, 1998. (mimeografia). Mesa Redonda: UTI Neonatal: as vivências da família e da equipe.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, abr./jun. 2007.

BYERS, J. Components of developmental care and the evidence for their use en the NICU. **Maternal Child Nurs.**, v. 28, n. 3, p. 174-80, 2003.

BRAGA, E. M. **Competência em comunicação**: uma ponte entre o aprendizado e ensino na enfermagem. 2004 174 f.). Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BRASIL. **Resolução 196/96**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.069** de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990a.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Constituição do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: LEX, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília. 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Educação para a Saúde. **Educação para a saúde**: plano estratégico. Brasília. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 80f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006. **Uma análise da desigualdade em saúde**. 2006.

BROWN, Y. Learning projects of mothers of preterm and low birth weight infants. **Nurs. Papers/Perspect Nurs.**, v. 3, p. 5-16, 1986.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 457-67, abr./jun. 2004.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. 5.ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

CABRERA-PIVARAL, C. E.; GONZALEZ-PEREZ, G.; VEGA-LOPEZ, M.G.; ELVA-DOLORES, A.M. Impact of participatory education on body mass index and blood glucose in obese type-2 diabetics. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 275-81, jan./feb. 2004.

CINTRA, F. A.; COSTA, V. P.; TONUSSI, J. A. G.; JOSÉ, N. K. Avaliação de programa educativo para portadores de glaucoma. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 172-7, abr. 1998.

COSTA, N. R. **Estado, educação e saúde**: a higiene da vida cotidiana. Campinas: Cortez, 1987. p. 27. (Cadernos do CEDES – Centros de estudos, educação e sociedade).

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-8, mai./jun. 2004.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1996.

FERECINI, G. M.; DUPAS, G. Cuidado domiciliar a bebês prematuros: utilização de um jogo educativo. In: I ENCONTRO NURSING NA SAÚDE DA MULHER DA CRIANÇA, 9, 2006, São Paulo. **Anais eletrônicos**. Universidade Anhembi Morumbi, 2006.

FIGUEIREDO, J. S. **Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade**. 2006. 331f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FONSECA, L. M. M. **Cuidados com o bebê prematuro**: cartilha educativa para orientação materna. Ribeirão Preto, 2002. 151p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro**: orientações para a família. 2.ed. Ribeirão Preto: FIERP, 2005. 64 p.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Inovando a assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho em alojamento conjunto neonatal através da criação de um jogo educativo. **Rev. latino-am. Enfermagem** v.8, n.5, p.106-08, 2000.

FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S.; BIS, C.E.F.; SERRA, S.O.A. Utilizando a criatividade na educação em saúde em alojamento conjunto neonatal: opinião de puérperas sobre o uso de um jogo educativo. **Rev. Bras. Enf.**, v. 53, n. 2, p.301-10, 2000.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 166-71, mar./abr. 2002.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; LEITE, A. M.; KOKUDAY, M. L. P.; CAETANO, L. C. Jogo educativo para mães de bebês prematuros: a criatividade na educação em saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8, 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000005200200020053&lng=pt&nrm=abn>. Acesso em: 13 set. 2005.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; ROCHA, S. M. M.; LEITE, A. M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, jan./fev. 2004a.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; LEITE, A. M.; VASCONCELOS, M. G. L.; CASTRAL, T. C. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro: aceitação dos usuários. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA, 18; REUNIÃO DE ENFERMAGEM NEONATAL, 15, 2004, São Paulo. **Programa**, 2004b. p. 280-1.

FREDERICO, P.; FONSECA, L. M. M.; NICODEMO, A. M. C. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. **Rev. latino-am. Enfermagem** v. 8, n. 4, p. 38-44, 2000.

FREIRE, P. Carta de Paulo Freire aos professores. **Estud. Avançados USP**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 259-68, mai./ago.2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 26.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-76, mai./jun. 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 224 p.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. HEARST, N.; NEWMAN, T.D. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 374 p.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun, 2001.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M.; BARBEIRA, C. B. S. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil - 1998-2001. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 436-43, jul./ago. 2003.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. Assistência aos pais. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia** (Care of high-risk neonate). Trad. por Raymundo M. Gesteira. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 139-55.

LASBY, K.; NEWTON, S.; PLATEN, A. V. A new frontier: neonatal transitional care. **Can. Nurse**, Ottawa, v. 100, n. 8, p.19-23, Oct. 2004.

LATVALA, E.; VUOKILA-OIKONEN, P.; JANHONEN, S. Videotaped recording as a method of participant observation in psychiatric nursing research. **J. Adv. Nurs.**, v. 31, n. 5, p. 1252-7, May 2000.

LUMLEY, J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, Bristol, v. 110, p. 3-7, 2003. Suppl. 20.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 125-37.

MAGALHÃES, L. M.; BARBOSA, V. M.; PAIXÃO, M. L.; FIGUEIREDO, E. M.; GONTIJO, A. P. B. Acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos de alto risco:

características da população atendida e incidência de seqüelas funcionais. **Rev. Paul. Pediatria**, v. 16, n. 4, p. 191-6, 1998.

MEDEIROS, S. M. **Formas de conhecimento em saúde**: confrontos e viabilização em uma prática de educação em saúde. 1995. Dissertação (Mestrado) - Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2006.

MIRANDA, K. C. L., BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação em enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-5, jul./ago. 2004.

OLIVEIRA, P. S.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, A. T.; FERREIRA FILHA, M. O. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 7, n. 1, p. 54-63, 2005.

OSÓRIO, A. R.; FREIRE, M. Paulo Freire. In: CARBONELL, J.; MURAD, F. **Pedagogias do século XX**. São Paulo: Artmed, 2003. Cap. 10, p. 135-43.

PADGETT, D. K. **Qualitative methods in social work research**: challenges and rewards. London: Sage, 1998. p. 45-87.

PESSINI, L.; PEREIRA, L.; ZAHER, V. L.; SILVA, M. J. P. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 203-18, abr./jun., 2003.

PINHEIRO, E. M.; KAKEHASHI, T. Y.; ANGELO, M. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 717-22, set./out. 2005.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. R: a language and environment for statistical computing versão 2.6.0: R foundation For Statistical Computing, 2007 Disponível em: <http://www.r-project.org/>. Acesso em: 23 novembro 2007.

REICHERT, A. P. S., LINS, R. N. P., COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 200-13, 2007.

RIBEIRO, P. J.; AGUIAR, L. A. K.; TOLEDO, C. F.; BARROS, S. M. O.; BORGES, D. R. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 415-21, jun. 2004.

RIOS, C. T. F. VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-86, 2007.

ROCHA, E. M.; SILVA, M. J. P. Manifestações não-verbais do docente e do aluno de enfermagem em sala de aula. Comunicação como meio de promover a saúde, In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 7º. **Anais.....** Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.

RODRIGUES, E. M.; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 923-31, mai. 2006.

ROSSATO-ABEDE, L. M.; ANGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 48-54, jan. 2002.

ROSSEL, C. K.; CARRENO, T.; MALDONADO, M. E. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. **Rev. Chil. Pediatr.**, Santiago, v. 73, n. 1, p.15-21, Ene. 2002.

SALAMANCA, M. I. C.; CASTRO, E. E. P.; MUÑOZ, E. C.; MANTULIZ, M. C. A.; KONG, M. S. P.; REBOLLEDO, M.; ALDUNATE, P. L. C. Evaluación de la calidad de un manual de autocuidado para pacientes en Hemodiálisis Crónica. **Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.**, Santiago, v. 7, n. 2, p. 119-25, Ene. 2004.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem.** 2000. 245 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C. G. S.; KOKUDAY, M. L. P.; RIUL, M. J. S.; ROSSANEZ, L. S. S.; FONSECA, L. M. M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-43, jul./ago. 2003.

SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F.; MELO, L. L.; GAÍVA, M. A. M. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 495-503, out./dez. 1999.

STOKOWSKI, L.A. **Stemming the rising tide of prematurity.** National Association of Neonatal Nurses (NANN) 2003. In: Highlights of the National Association of Neonatal Nurses (NANN) 2003 Annual Conference. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/465021> Acesso em: 10 outubro 2006.

SILVA, M. J. P. **Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros**. 1993. 108 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 1.ed. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, L. M. G.; BRASIL, V. V.; GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; SAVONITTI, B. H. R. A.; SILVA, M. J. P. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-8, ago. 2000.

SINASC. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Ministério da Saúde, Brasil; 2007 (disponível em www.datasus.gov.br).

SOARES, C. B.; REALE, D.; BRITES, C. M. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 3, p. 317-22, set., 2000.

SOUZA, C. G. H. **Relaxamento, saúde, beleza e criatividade**. 1.ed. São Paulo: Paulus, 1997.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo, Robe, 1993.

STEFANELLI, M.C. **Ensino de técnicas da comunicação terapêutica**. 1985. 176f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

SUDEEN, S. J.; STUART, G. W.; RANKIN, E. A. D.; COHEN, S. A. **Nurse-Cliente Interaction: implementing the nursing process**. 5.ed., St. Louis: Mosby, 1994.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C.; MACIEL, M.; BENJAMIN, A. C. W.; MACHADO, D. B.; BARCARO, M.; DRAGHETTI, V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Rev. Chil. Pediatr.**, Santiago, v. 71, n. 5, set. 2000. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000500017&lng=es&nrm=isso. Acesso em: 3 ago. 2007.

TANDEL, M. C. F. F. Introdução ao ambiente computacional estatístico “R”. Disponível em: <http://demac.rc.unesp.br/conceicao/cursor/rindex.html>. Acesso em: 11 out. 2007.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 103 p.

TOSCANI, N. V.; SANTOS, A. J. D. S.; SILVA, L. L. M.; TONIAL, C. T.; CHAZAN, M.; WIEBBELLING, A. M. P.; MEZZARI, A. Development and analysis of an educational game for children aiming prevention of parasitological diseases. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 22, p. 281-94, mai./ago. 2007.

TORRES, G. V.; ENDERS, B. C. Atividades educativas na prevenção da aids em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 71-7, abr. 1999.

UNICEF. Situação da infância brasileira. 2001. Desenvolvimento infantil: os seis primeiros anos de vida. Brasília: **Fundo das Nações Unidade para a Infância**; 2001.

URSULA, S. **Preterm birth as a social disease**. In: Medscape Ob/Gyn & Women's Health v. 9, n. 2, Mai./Jun. 2004. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/481732>. Acesso em: 2 ago. 2005.

VASCONCELOS, M. G. L. **Implantação de um grupo de apoio às mães acompanhantes em um hospital amigo da criança na cidade de Recife-PE**. 2004. 146f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VIEIRA, S. **Bio-estatística: tópicos avançados** (Testes não-paramétricos, tabelas de contingência e análise de regressão). 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

VILLA, E. Educação em saúde: a prática no cotidiano do trabalho do profissional. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C.(Org.). **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. v. 1, Cap. 4, p. 43-51.

YORK, J.; DEVOE, M. Health issues in survivors of prematurity. **South Med. J.**, v. 95, n. 9, p. 969-76, 2002.

ZWILLICH, T. Nation ignores preterm birth risks. **Web MD Health News**, v. 13, n. 13, Jul. 2006. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/540850>. Acesso em: 16 ago. 2006.

Apêndice A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Data.....

A – Identificação**Da mãe:**

Nome: Código:

Idade: Escolaridade:

Profissão: Nº de filhos:

Estado civil: () mora com o companheiro

Procedência: () Ribeirão Preto () Outra:

Experiência anterior com prematuros: () Não () Sim

Já foi orientada pela enfermagem para a realização de algum cuidado com o bebê?

() Não () Sim, qual?

Já realizou algum cuidado com o bebê?

() Não () Sim, qual?.....

Do RN:

Data de nascimento: __/__/____ Sexo: F () M () Peso ao nascer: _____g

IG: __s__d Idade pós-natal: __s__d

Dados relacionados à internação:

Prévia: UCIN () Tempo _____

Atual: Unidade de Cuidado Intermediário () Data admissão __/__/____ Tempo ____ dias

Diagnósticos: _____

Condição atual: Incubadora () Berço comum () Monitor de apnéia () POx ()

Oxigênio terapia () Especifique:

Estomia () () Especifique:

Alimentação: Seio materno () SOG () Gastrostomia () Copo () Mamadeira ()

Aleitamento materno exclusivo () predominante () Misto ()

B – Com base nos seus conhecimentos acerca dos cuidados com o bebê prematuro, responda se estão certas ou erradas as questões abaixo:

- 1- Há muitos sentimentos que envolvem o nascimento do bebê prematuro, causando estresse psicológico nos familiares. Certo () Errado ()
- 2- A melhor forma de retirar o leite do peito (ordenha) é utilizando uma bomba tira-leite. Certo () Errado ()
- 3- É importante que o bebê fique com as pernas e braços bem presos e bem enrolados no cueiro/cobertor/manta, para que o bebê não sinta frio e não se sinta desprotegido. Certo () Errado ()
- 4- Se o bebê estiver dormindo há quatro horas, não é necessário acordá-lo, pois o sono alimenta e o bebê está sentindo-se bem. Certo () Errado ()
- 5- A mãe deve evitar tirar o leite em casa para que ao vir no hospital tenha bastante leite para amamentar o filho prematuro. Certo () Errado ()
- 6- O banho de sol por uma hora no bumbum ajuda a pele do bebê a ficar mais resistente e trata a assadura. Certo () Errado ()
- 7- Deve-se fornecer o complemento alimentar para o bebê em mamadeira, pois esta é a melhor forma de garantir que ele mamou todo o conteúdo de leite. Certo () Errado ()
- 8- Para manter um relacionamento mais afetivo da mãe/família com o bebê prematuro durante a hospitalização, devem visitá-lo sempre que puder, tocá-lo, falar com ele, fazer mãe-canguru e cuidar dele. Certo () Errado ()
- 9- O leite materno é importante para o bebê prematuro, pois além de protegê-lo contra infecções, desnutrição e alergias, é uma oportunidade para estabelecer os vínculos afetivos. Certo () Errado ()
- 10- Um bom local para passear com o bebê é a praça, que é bem arejada e o bebê pode ainda tomar sol. Certo () Errado ()
- 11- O bebê prematuro à medida que fica mais maduro, ganha peso e está em boas condições, pode ser alimentado sem sonda. Certo () Errado ()
- 12- Quando o bebê prematuro for para casa, o relacionamento com ele será mais difícil porque estarei insegura para cuidar dele, portanto devo pedir que alguém mais experiente cuide dele por mim até eu perder o medo. Certo () Errado ()
- 13- Deve-se oferecer o leite materno em mamadeira para o bebê não precisar se esforçar muito para sugar e assim não perder peso. Certo () Errado ()
- 14- Alguns sinais que indicam que o prematuro não está bem são: falta de apetite, convulsões, vômitos frequentes, tremores e febre. Certo () Errado ()
- 15- O bebê prematuro não deve receber visitas, pois estas podem trazer inúmeras doenças e assim contaminá-lo. Certo () Errado ()
- 16- O choro e mamadas muito frequentes podem ser sinais de um leite materno fraco. Certo () Errado ()
- 17- Não se deve perder tempo falando com o bebê durante o banho, pois ele sente muito frio e o banho tem que ser muito rápido. Certo () Errado ()

- 18- A melhor forma de descongelar o leite materno armazenado para o prematuro é fervê-lo.
Certo () Errado ()
- 19- Enquanto o bebê estiver mamando por sonda, não é necessário estimular a mama por meio de ordenha para a manutenção da produção do leite materno, já que isso é um processo natural. Certo () Errado ()
- 20- Não se deve tirar a roupa do bebê durante o banho de sol, porque o prematuro sente muito frio e com a roupa o sol faz o mesmo efeito. Certo () Errado ()
- 21- A frequência com que o bebê prematuro deve ser alimentado e a quantidade adequada depende de cada bebê. Quando ele está saciado/satisfeito solta o peito e deve-se amamenta-lo sempre que ele quiser. Certo () Errado ()
- 22- No caso de bebês pequenos, as conchinhas ou cadeirinhas são as melhores opções para transportá-los no carro. Certo () Errado ()
- 23- Uma das causas mais comuns de choro é fome. Certo () Errado ()
- 24- O bebê prematuro responde menos a estímulos, precisando que o adulto se esforce mais para estimulá-lo. Certo () Errado ()
- 25- Na ordenha manual de leite, não se deve desprezar os primeiros jatos, pois este é rico em proteínas e ajudará no crescimento do bebê. Certo () Errado ()
- 26- O bebê deve dormir na cama dos pais, pois assim, ele fica mais próximo da mãe nos horários de mamada. Certo () Errado ()
- 27- É desnecessário acompanhar o crescimento do prematuro pelo gráfico, pois a mãe sabe se ele está bem ou se precisa de seguimento médico. Certo () Errado ()
- 28- Até que o bebê possa mamar só no peito, é aconselhável alimentá-lo por meio do uso do copinho. Certo () Errado ()
- 29- É importante que as roupas do bebê sejam secadas ao sol e sempre passadas a ferro para eliminar possíveis micróbios que ali estavam. Certo () Errado ()
- 30- O leite materno ordenhado não deve ser congelado por mais de cinco dias, pois pode causar infecção no bebê prematuro. Certo () Errado ()
- 31- O estímulo para o desenvolvimento do bebê prematuro pode ser dado com um ambiente alegre e colorido, conversando com o bebê e cantando. Certo () Errado ()
- 32- Não se deve colocar um pouco de vinagre no último enxágüe da roupinha do bebê porque fica cheirando azedo e só o amaciante é recomendado. Certo () Errado ()
- 33- Se o leite ordenhado separar-se em duas partes, uma líquida e outra mais grossa, não deve ser oferecido ao bebê, pois está azedo. Certo () Errado ()
- 34- Os sentimentos causados pelo nascimento de um filho prematuro podem ser amenizados se a mãe ver menos o seu bebê na unidade neonatal. Certo () Errado ()
- 35- O banho de sol pode ser realizado em qualquer horário do dia, desde que se tome o cuidado de proteger o rostinho do prematuro e não deixá-lo exposto ao sol por mais de vinte minutos. Certo () Errado ()
- 36- Pensar no bebê, respirar profundamente e soltar o ar imaginando que o leite está saindo, ajuda no sucesso da ordenha. Certo () Errado ()
- 37- Se o bebê prematuro estiver com as mãos e pés arroxeados (cianóticos) isto significa que está com dificuldade respiratória. Certo () Errado ()

- 38- Aumentar a umidade do ambiente em que o prematuro dorme ajuda ele respirar melhor quando está muito quente. Certo () Errado ()
- 39- O sulfato ferroso que o bebê toma para prevenir anemia é melhor aproveitado pelo organismo se administrado com leite materno ou de vaca. Certo () Errado ()
- 40- Após a mamada, o bebê prematuro deve ser colocado para arrotar, e arrotando ou não, quando for para o berço, deve ficar deitado em qualquer posição para não ficar acostumado no colo. Certo () Errado ()
- 41- O banho de sol no bebê ajuda no aproveitamento da vitamina D, que auxilia no aproveitamento do cálcio e, conseqüentemente, no crescimento adequado dos ossos. Certo () Errado ()
- 42- Alimentar o bebê prematuro sem pressa, parando e ajudando-o a arrotar ajuda a diminuir os engasgos. Certo () Errado ()
- 43- Não há risco em a mãe administrar medicamentos ao bebê por conta própria, pois ela conhece bem o filho. Certo () Errado ()
- 44- Nos primeiros meses de vida, os bebês prematuros têm defesas diminuídas contra infecções, pois têm pele fina e imaturidade de vários outros sistemas. Certo () Errado ()
- 45- Regurgitação e vômito são as mesmas coisas. Certo () Errado ()
- 46- É possível prevenir as alterações de equilíbrio no bebê tendo cuidado de não exagerar os movimentos de colo, balanceio e não levantar bruscamente o bebê. Certo () Errado ()

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Nome da Pesquisa: Aprendendo e ensinando sobre os cuidados com o bebê prematuro: a vivência de mães em grupos de Educação em Saúde.

Pesquisador Responsável: Geovana Magalhães Ferecini – COREN nº 01050/06, aluna do mestrado em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, orientada pela Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi.

Informações sobre a pesquisa: A pesquisa tem como objetivo avaliar a implantação de grupos de Educação em Saúde com o uso de uma cartilha educativa visando à construção de conhecimentos das mães sobre os cuidados com o filho prematuro.

As mães que aceitarem participar do estudo receberão uma cartilha educativa sobre os cuidados com o bebê prematuro e participarão de, no mínimo, três reuniões grupais para orientações e trocas de experiências sobre estes cuidados, com duração de uma até uma hora e meia. Antes e depois destas atividades, cada participante será entrevistado pela pesquisadora para responder um questionário.

O resultado do estudo ajudará na melhoria da assistência às mães de bebês prematuros visando ao preparo para a alta hospitalar.

Assim convidamos você, mãe do bebê prematuro, a participar deste estudo. Pedimos também, sua autorização para filmar os grupos de orientações.

Pesquisador Responsável

Eu, _____ R.G. _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa.

1) A garantia de receber todos os esclarecimentos durante todo o período da pesquisa, podendo retirar o consentimento em qualquer momento, se assim desejar. O contato com a pesquisadora poderá ser feito a qualquer momento, pelo telefone: (16) 39663105 ou endereço: Rua Maracajú, 1491, apto 48, Ribeirão Preto – SP, CEP 14050-230.

2) A segurança plena de que não serei identificada, e que todo o material resultante será usado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a qualquer momento.

3) Está assegurado que a pesquisa não acarretará prejuízos e desconfortos a mim ou a outras pessoas.

4) A segurança de que não terei qualquer tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como esta pesquisa não causará riscos à saúde e nem constrangimentos.

5) A garantia de que toda e qualquer responsabilidade durante a pesquisa é dos pesquisadores, bem como fica assegurado que haverá divulgação dos resultados em eventos e revistas científicas em que a mesma seja aceita.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Apêndice C

Técnicas da Comunicação Terapêutica		Descrição
Tipos	Descrição da experiência e expressão de pensamentos e sentimentos	<p>É a utilização terapêutica do silêncio para promover o estímulo do cliente a expressar-se, com o objetivo de transmitir a mensagem de aceitação e valorização deste, que tende a sentir-se seguro e confiante.</p> <p>É a concentração e o pensar reflexivo do conteúdo exposto pelo cliente, sem qualquer tipo de julgamento, com o objetivo de transmitir a mensagem de aceitação e respeito da individualidade do cliente.</p> <p>É a compreensão do que está sendo verbalizado pelo cliente, sem a demonstração de aceitação ou reprovação do comportamento deste.</p> <p>É a demonstração de percepção do cliente assim como o que este faz, trazendo uma individualidade a este, sem qualquer conotação de julgamento, motivando-o a uma maior participação em relação interpessoal.</p> <p>É a demonstração do enfermeiro de atenção a fala do cliente, pela repetição da mensagem transmitida por este, utilizando as mesmas palavras ou não, com o objetivo de estimular a continuidade ao assunto que havia sido interrompido.</p> <p>É a realização de perguntas para o cliente, de forma clara e de fácil compreensão, feitas uma de cada vez, permitindo ao cliente a elaboração da resposta.</p> <p>É a realização de perguntas ao cliente com o objetivo de levá-lo a refletir sobre sua reação a uma determinada ação a ser tomada, melhorar sua comunicação verbal e avaliar suas reais condições do momento.</p> <p>É a colocação de um problema semelhante ao cliente, com o objetivo de levá-lo a reflexão sobre a sua reação a uma determinada ação a ser tomada, melhorar sua comunicação verbal e avaliar suas reais condições do momento.</p> <p>Técnica utilizada com o objetivo de transmitir a mensagem que o ponto de vista dele é o mais importante.</p> <p>É utilizada em situações de orientações ou explicações a serem dadas para o cliente, com uso de uma linguagem clara, concisa e acessível ao cliente, num tom de voz neutro. Não devem ser usados termos técnicos, jargões ou vocabulário rebuscado.</p>
	Manter o cliente no mesmo assunto	Técnica utilizada para manter o cliente em um diálogo coerente, com sequência lógica, ajudando-o a retomar ao assunto, usando frases como: Diga algo mais sobre esse fato, ou Descreva este fato pra mim.
	Permitir ao paciente que escolha o assunto	Traz à interação a ênfase nas necessidades do cliente, tomando-o um elemento ativo na interação, oferecendo a este uma abertura para falar de sua área de maior preocupação, de seus sentimento e pensamentos.
	Estimular comparações	Estimula o cliente a descobrir semelhanças e diferenças entre as situações por ele vivenciadas, e assim avaliar a influência das pessoas e do ambiente nas suas experiências, renovar a confiança em si mesmo, chegar ao porque do problema vivenciado.
	Solicitar que esclareça termos incomuns	A enfermeira deve pedir ao paciente o esclarecimento de termos incomuns, de difícil compreensão, ou até mesmo um neologismo, que podem levar a várias interpretações diferentes, com o objetivo de ajudar o cliente a reformular pensamentos, descrever percepções e esclarecer dúvidas.
	Validação da comunicação verbal	<p>É uma validação da significação da mensagem recebida do cliente, que deve ocorrer por meio de observação e discussão.</p> <p>Permite ao cliente a reconsideração do conteúdo dito, fazendo correções a este. Deve-se observar se as mensagens obtidas tem a mesma significação para enfermeira e cliente.</p> <p>É uma síntese ou resumo do que foi tratado naquela intervenção, sendo uma forma de validação deste conteúdo tratado. O objetivo da sua utilização é levar o cliente a pensar ativamente sobre áreas de maior preocupação, e consequentemente, a encontrar seus objetivos, percebendo alternativas para solucionar seus problemas e traçar um plano de ação.</p>

Fuente: STEFANELLI, M.C. *Ensino de técnicas da comunicação terapêutica*. 1985. 176f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

ANEXO A

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 25 de abril de 2007

Ofício nº 1363/2007
CEP/MGV

Prezada Senhora,

O projeto de pesquisa intitulado: **"APRENDENDO E ENSINANDO SOBRE OS CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO: A VIVÊNCIA DE MÃES EM GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 245ª Reunião Ordinária realizada em 23/04/2007, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2987/2007. **Lembramos que devem ser encaminhados a este CEP relatórios semestrais e relatório final da pesquisa.**

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
GEOVANA MAGALHÃES FERECINI
PROFª. DRª. CARMEN GRACINDA SILVAN SCOCHI(Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP