

Construção do objeto
de estudo

2.1 A INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO À CRIANÇA

Os anos entre 1750 a 1830 são decisivos na evolução da Saúde Pública; então se lançaram as fundações do movimento sanitário do século XIX, pleno de conseqüências para o nosso tempo (ROSEN, 1994).

Na atmosfera intelectual e emocional e suas atitudes, nasceram os movimentos culturais e econômicos conhecidos como Iluminismo¹ e Revolução Industrial². As situações criadas por esses movimentos forneceram a sementeira para a germinação de novas idéias e tendências revolucionárias da Saúde Pública no século XIX (ROSEN, 1994).

Essenciais para o pensamento e a ação do Iluminismo eram a aceitação do supremo valor social da inteligência e, em conseqüência, a crença na grande utilidade da razão para o progresso social. O fundamento teórico da confiança oitocentista na capacidade da razão humana adveio do marcante *Ensaio Acerca do Entendimento Humano*, de John Locke³, com sua negação das idéias inatas. Se a mente devia tudo ao ambiente, as sensações do mundo externo, a conformação da mente e a expressão prática desse processo, na Educação, tornavam-se matérias de significado profundo. A inteligência social só poderia se efetivar se houvesse uma opinião pública informada. Caracterizou o período, portanto, um ávido impulso de fazer os resultados da ciência e da Medicina alcançar o público. Assim, envidaram-se esforços para esclarecer o povo em assuntos de saúde e higiene (ROSEN, 1994).

¹ Iluminismo (1750-1875).

² As mudanças industriais, durante a última metade do século XVIII, se revelaram rápidas e revolucionárias. A esse movimento se designou de Revolução Industrial (ROSEN, 1994).

³ John Locke (1632-1704). Filósofo e ensaísta inglês, teórico da revolução liberal inglesa (ROSEN, 1994).

O século XVIII foi um momento de transformações fundamentais internamente à medicina: a revolução hospitalar propiciando a aproximação da cirurgia e da medicina internista, o advento da medicina liberal como a nova forma de organização social das práticas médicas e a extensão do campo de normatização da Medicina. Seria no bojo destas transformações que se verificaria a arrancada tanto da Pediatria quanto da Obstetrícia “científicas” (MARQUES, 1978).

O objeto primeiro da atenção dos médicos, a “criança pobre e doente”, passa a merecer cuidados institucionais especiais.

No decorrer das duas primeiras décadas deste século, a atenção pré-natal desenvolveu-se muito na França, Inglaterra e Estados Unidos, crescendo o pensamento médico que aproximava a saúde materna e a da criança, culminando com a concepção de binômio mãe-filho, sintetizada na saúde materno-infantil dentro do Movimento de Proteção à Maternidade e Infância (MARQUES, 1978; 1982). Cabe assinalar que a questão demográfica que contextualizou a evolução desse movimento foi diferente entre nações, a depender do grau de desenvolvimento socioeconômico de cada país. Nos países industrializados o declínio populacional apresentava a necessidade de evitar mortes precoces; nos países de industrialização atrasada o crescimento excessivo gerava a necessidade de controle médico da saúde infantil (SCOCHI, 2000).

Filósofos franceses, como Diderot⁴ no Iluminismo (1750), enfatizaram a importância da educação para o aperfeiçoamento do homem e da mortalidade infantil para o crescimento ou declínio da população (ROSEN, 1994).

Neste período, na Inglaterra⁵, a mortalidade infantil era espantosamente alta, em especial entre os filhos dos pobres, ocorrendo

⁴ Denis Diderot (1713-84). Filósofo e crítico francês. Editor da *Encyclopédie* (ROSEN, 1994).

⁵ Por volta de 1750, em algumas freguesias de Londres a mortalidade de crianças variava entre oitenta e noventa por cento, sendo a dos menores de um ano ainda mais alta. Sendo a ilegitimidade comum, muitos

um sério e temível “desperdício de vidas”. Assim, na Inglaterra e em outros países, nasceu um movimento de reforma contra os fatores e condições responsáveis pelas mortes de crianças (ROSEN, 1994).

Em 1769, Johns Hanway assegurou um decreto que tornava compulsório às freguesias de Londres enviar crianças ao campo, para serem amamentadas (ROSEN, 1994).

Um despertar semelhante da consciência pública ocorreu no continente. Viam-se as crianças como vítimas de cuidados impróprios e se exigiam medidas higiênicas mais racionais (ROSEN, 1994).

Na França foram publicados livros mostrando serem muitos padecimentos e deformidades infantis, conseqüências de manejo errado, defendendo a exigência de uma criação física correta das crianças (ROSEN, 1994).

Superior a todos os argumentos médicos, porém, se revelou *Émile*, a novela educacional de Jean-Jacques Rousseau, publicada em 1762; sua influência se estendeu para muito além das fronteiras da França. O decreto sancionado pela Convenção Nacional Francesa, de 28 de junho a 8 de julho de 1793, relativo ao bem-estar e à saúde de crianças e de mulheres grávidas, representa a culminância desse processo (ROSEN, 1994).

A inclinação a promover o bem-estar de crianças é também evidente na Alemanha. Nesse país, a tendência era a de se conseguir reformas através da ação administrativa. Ao mesmo tempo, não se negligenciava a educação em saúde (ROSEN, 1994).

Para ROSEN (1994), o impulso didático do Iluminismo se consubstanciou em um esforço para esclarecer o povo em matéria de saúde e higiene. Esse movimento de **educação em saúde** tinha amplitude internacional e, embora se adaptasse às circunstâncias locais, suas características eram similares em todos os países – em

bebês indesejados morriam, por negligência, ou assassinados ou eram abandonados. Mas mesmo quando criados pelos pais, as crianças pobres enfrentavam muitos riscos. (ROSEN, 1994, p.118).

toda parte, o mesmo apelo à razão e a crença no progresso e na capacidade de aperfeiçoamento do homem. Ilustrativo dos muitos livros e panfletos escritos para favorecer a Educação em Saúde são *Avis au Peuple sur la Santé*⁶, de S.A. Tissot, editado em 1762 e *Gesundheitskatechismus*, de B.C. Faust, publicado em 1794, ambos traduzidos em diversas línguas.

A análise feita por MARQUES (1978) acerca de várias obras surgidas no século XVIII, revela a tendência própria da ilustração presente na medicina em transformação: o ideal de saúde buscado pelos médicos ilustrados os fazem escrever não apenas para outros médicos, mas aos pais, às mães e às próprias crianças, quando claramente, se configura um combate contra os “preconceitos” tradicionais. A natureza das idéias contidas nos primeiros folhetos dedicados à “ilustrar o público” sobre os problemas do manuseio do parto e da criança pequena revela um forte sentimento de repulsa para com as práticas populares prevalentes naqueles tempos; os médicos condenavam a prática das parteiras, aias, nutrizes, mães, etc, responsáveis até então pela transmissão desta sabedoria, de geração a geração, e possuidoras das habilidades técnicas para o atendimento de tais problemas.

Tratava-se de trazer para dentro do saber médico e, portanto, para o controle do novo poder médico, intervenções que até então estavam fora dos seus domínios, não sem antes denunciar publicamente, as práticas populares, caracterizando-as como um trabalho inferior e de risco para mulheres e crianças.

No século XVIII não emergira a Pediatria como especialidade médica propriamente dita, mas antes, como proposta de assistência social. Ainda não se constituía uma Pediatria tecnicamente diferenciada e, na verdade, a criança doente era um fato secundário:

⁶ Conselhos ao Povo sobre a Saúde (ROSEN, 1994).

A equiparação entre a infância e a doença produziu grande confusão na consideração da criança doente: esfumaram-se assim em seus contornos os campos da prevenção (pedagogia, cuidados diversos e terapia) e com isso o equilíbrio das pessoas que devem ocupar-se das crianças doentes e deficientes. Assim, a mãe, a ama e o pedagogo foram durante muito tempo, mais que o próprio médico, o ponto central da atenção (SEIDLER, 1976, p. 206).

No século XVIII, houve uma arrancada da Pediatria e da Obstetrícia como novas especialidades médicas. A questão populacional novamente, ao final do século XIX, seria o elemento impulsionador do movimento de proteção à infância. A contínua apropriação de práticas de saúde “extra-médicas” seguiria seu percurso e, por volta de 1890, o espaço de intervenção da medicina atuaria nas consciências, procurando fazer cada vez mais aceitas as regras de exercício de cada um dos cuidados que os bebês necessitavam. A estas propostas, Caron e Pinard se encarregariam de denominar Puericultura (MARQUES, 1982).

No final do século passado, Louis Pasteur, químico e biólogo francês, descobriu a bactéria, sendo então cognominado “Pai da bacteriologia”⁷. A partir de suas descobertas, muitas doenças passaram a ser explicadas pela Microbiologia.

As idéias de Higiene se difundiram amplamente. O veículo mais importante da difusão das medidas higiênicas nesse período, foi a Puericultura. Através dela, se tentou viabilizar a domesticação das mães “selvagens” para a higiene da criança, da mãe e do lar. Essas normas e regras da Puericultura – parte de um projeto mais amplo, o de dominação das classes trabalhadoras pelas classes dominantes –,

⁷ Era bacteriológica (1875-1950) (ROSEN, 1994).

agora legitimadas pela Ciência, foram amplamente difundidas (MELO, 1984).

BOLTANSKI (1969), revendo as primeiras obras de divulgação da Puericultura, demonstrou como as mesmas se propunham a regular o comportamento das mulheres no seio do lar, buscando uma verdadeira transformação de atitudes, uma mutação, traduzindo os anseios de uma verdadeira ideologia reformadora. Este projeto de “regular a vida”, não nasceu como tal para todas as mulheres, mas dirigiu-se fundamentalmente, às classes populares.

Neste sentido, a transformação que deve ocorrer também é a das atitudes, dos comportamentos; trata-se de persuadir os membros das classes populares a modificar o seu estilo de vida, projeto este que se justifica mantendo no horizonte a perspectiva de uma melhor saúde como veículo da promoção social do pobre.

No início do século XIX, foram publicados nos Estados Unidos, vários periódicos relativos à educação em saúde, sendo o primeiro o *Arquivo Médico e Agrário*⁸ de 1806, editado por Daniel Adams. Aconselhava sobre higiene pessoal e sobre assuntos de agricultura e teve vida curta. Em 1830, um grupo de médicos publicou o *Jornal de Saúde*, que saiu de circulação depois de quatro anos, e, em sua maior parte, tratava de higiene pessoal (ROSEN, 1994). Além dessas publicações, houve a edição de numerosos guias médicos para o lar. Entre os mais populares, esteve o *Medicina Doméstica* ou o *Médico da Família*⁹, de William Buchan, em 1769, passando por várias edições.

A despeito da seriedade da convicção, da devoção humanitária e do entusiasmo milenário destes apóstolos da saúde, só em pequeno grau esse empreendimento podia alcançar êxito. Primeiro, porque a difusão do conhecimento em saúde não se ocupava, e ainda não se podia ocupar, da massa trabalhadora, na cidade e no campo. A análise

⁸ The Medical and Agricultural Register (ROSEN, 1994).

⁹ Domestic Medicine or the Family Physician (ROSEN, 1994).

do contexto social do Iluminismo o revela como um movimento de classe média. Em sua maior parte, os advogados da educação em saúde se dirigiam às classes alta e média, não a camponeses e artesãos. O humanitarismo iluminista tendia, em geral, a subestimar fatores econômicos subjacentes. Em Manchester, por exemplo, Ferriar aconselhava os pobres a evitar viver em porões úmidos, esquecendo-se de que a maioria dificilmente poderia permitir-se algo melhor. Atravessam o tecido intelectual do Iluminismo fios utópicos. A filosofia da História estava encharcada e dominada pela idéia de progresso. Considerava-se a História da Humanidade, uma ascensão ininterrupta da barbárie à civilização. Assim, era inteiramente aceitável e lógico considerar as idéias racionais do presente como realidades do futuro. Se juntarmos ao senso da inevitabilidade do progresso a esperança de salvação humana baseada em uma revolução na moralidade social, e o desejo de persuadir os outros da necessidade e da racionalidade dessa mudança, começaremos a entender a grande ênfase na educação em saúde e higiene; era como se simplesmente, demonstrar a maneira de mudar as condições viesse a se mostrar suficiente para melhorá-las. Esses esforços iniciais, porém, ajudaram a preparar o caminho para as campanhas de saúde de meados e do final do século XIX. De fato, na área de Educação em Saúde não há, virtualmente, nenhuma ruptura de continuidade até o presente (ROSEN, 1994).

BOLTANSKI (1969) apresentou de forma notável o espírito que presidiu a difusão sistemática das regras da Puericultura Moderna nos anos ao redor de 1900, analisando algumas das incontáveis obras publicadas naquela época, particularmente na França. Tratava-se de um espírito revelador de um projeto disciplinador-regulador da vida privada, isto é, das condutas individuais na intimidade do lar.

Para o mesmo autor, serão os princípios da medicina que tratarão de introduzir, no final do século passado e princípio do atual, a Puericultura e a Higiene da infância como arte cientificamente fundamentada junto às mulheres das classes laboriosas. A revolução pasteuriana vai dar à Puericultura e a Higiene, um corpo teórico em torno do qual se cristalizarão as suas regras.

O tom da linguagem médica passou do conselho à ordem, não se permitindo que a mãe escolha entre métodos diversos, já não se tomava a natureza como guia, antes o que se procurava era contrariá-la; uma oposição era a marca registrada do pensamento médico: de um lado, a natureza, a tradição, e do outro, a razão, a técnica, o comportamento moderno (MARQUES, 1982).

BOLTANSKI (1969) salienta que, embora os cuidados para com os bebês sempre tivessem exigido das mães o domínio de práticas e saberes científicos, seria somente nos anos ao redor de 1890, na França, que tais atividades passariam a constituir, através da Puericultura, um saber autônomo e organizado, assentado em princípios fundamentais e formando um corpo coerente de conhecimentos teóricos e de regras práticas ditadas pelos médicos.

As obras de vulgarização da Puericultura procuravam ensinar às mães, a maneira adequada de realizar cada um dos atos que a criação de um bebê exigia. O menor gesto deveria ser racionalizado, padronizado, decomposto, porque a partir de 1885-1890, passaria a existir uma única maneira legítima de realizá-lo: aquela adequada à regra ditada pela Medicina (MARQUES, 1978).

Era preciso divulgar o hábito de vida sóbria, reservada, que tem no lar o seu último reduto; era preciso reconduzir o destino da barbárie para o interior da família. E a mulher, sendo dócil, deveria ser o alvo primeiro, deveria se tornar uma educadora do lar, uma missionária do projeto civilizador que partia da Escola. Ela deveria se

transformar em porta-voz, dentro da sua classe social, dos valores superiores que desencadeariam um processo de mobilidade social, de corações e espíritos, dos demais membros. Assim, o esforço para racionalizar as condutas maternas iniciar-se-ia através do ensino da Economia Doméstica e da Puericultura (MARQUES, 1978).

O século XIX, constituiu-se o momento de arrancada do Movimento de Proteção à Maternidade e à Infância, caracterizado pelo atendimento médico e assistência social sistematizados para o lactente que via em separado a saúde da mãe e da criança, ou que buscava a proteção do lactente através da sua mãe e que iria, paulatinamente, efetuar uma aproximação entre as duas saúdes, desenvolvendo a concepção de binômio mãe-filho, ultrapassando-a, remetendo-a à família e, finalmente, à concepção de família na comunidade. Nessa seqüência evolutiva, passou-se cada vez mais de uma idéia de proteção passivamente, fornecida ao indivíduo pela sociedade ou pelo Estado para concepção de educação para a saúde (health education) como o grande elemento transformador dos indivíduos em participantes responsáveis pela sua própria saúde. Ao conceito de proteção seguiu-se o de bem-estar familiar (family welfare), que exprime um ideal buscado de ser melhor individualmente, para alcançar a própria promoção social através da educação (MARQUES, 1978; 1982).

O cenário político e social europeu modificou-se profundamente, com os movimentos ocorridos nos séculos XVIII e XIX: a queda do absolutismo na França, com a revolução de 1789; o incremento do sistema fabril, com a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra, que acelerou o processo de urbanização e a proletarização da população, trazendo como conseqüências a pauperização, insalubridade e o aumento das doenças infecto-contagiosas; a consolidação do Estado como o responsável pela solução dos problemas médico-sociais, com o advento do capitalismo industrial. Houve transformações na vida

familiar com a incorporação da mulher e da criança no processo produtivo direto, alterando o processo de acasalamento conjugal e aumentando o número de menores abandonados e os índices de mortalidade infantil (MELO, 1983). A evolução da fertilidade marital na Europa Ocidental, assumiu importância devido à questão populacional, tornando alarmante, o declínio das taxas de natalidade, nas últimas décadas do século XIX, nos países industrializados. O excedente de nascimentos sobre as mortes tornou-se desprezível. As estatísticas vitais da Inglaterra, França e Alemanha geraram preocupações, no final do século passado, com o perigo de despovoamento nas nações onde as bases da economia capitalista mundial se edificaram (MARQUES, 1978; 1982).

A proteção da comunidade contra doenças transmissíveis e o saneamento do ambiente foram, e continuam a ser, aspectos importantes da Saúde Pública. E a ação comunitária ao longo dessas linhas, originárias do Movimento de Reforma Sanitária e das descobertas bacteriológicas, levou a um declínio importante da taxa bruta de mortalidade, na primeira década do século XX. Novas situações, no entanto, ampliaram os horizontes dos sanitaristas e dirigiram sua atenção para novas tarefas. Alguns mais críticos, não ficaram inteiramente satisfeitos com o que viram. Evidenciou-se, por exemplo, que o saneamento de áreas urbanas, embora de grande valor, tinha pouca utilidade diante dos problemas de bem-estar de mães e crianças, da tuberculose, ou de uma série de outras dificuldades das classes mais pobres. Quanto mais se investigava as classes mais pobres, mais insatisfatória se revelava sua situação sanitária e social. Embora a mortalidade infantil tivesse caído, as condições de saúde das crianças que iam à escola e à pré-escola se mostravam muito ruins (ROSEN, 1994).

Males semelhantes estavam presentes nas grandes cidades industrializadas. Os cinquenta anos seguintes presenciaram um crescimento tremendo e desenfreado, da indústria e de comunidades urbanas congestionadas. Expansão industrial, crescimento urbano e uma nova onda de imigração coincidiram para criar áreas congestionadas, nas quais milhares de pessoas se amontoavam em moradias inacreditavelmente inadequadas, sem algumas das mais elementares exigências da vida civilizada. Pobreza, desnutrição, doença e vício se difundiam (ROSEN, 1994).

Durante a maior parte do século XIX se acreditava que o aumento da produção, resultante dos avanços industriais, iria banir a escassez. Assim, eliminar-se-ia a pobreza e reduzir-se-ia o sofrimento ao máximo. A realidade inescapável, na virada do século, de serem a pobreza, as doenças, o vício e o sofrimento, fenômenos urbanos em larga escala, e segundo a consciência crescente, sintomas de uma moléstia social de raízes mais fundas, tornou impossível sustentar a confiança nessa crença (ROSEN, 1994).

O Estado, na Inglaterra e nos Estados Unidos, de tempos em tempo, intervinha em assuntos da saúde e do bem-estar a comunidades. No entanto, só ao final do século XIX, e no início do atual, essa atitude se transformou em teoria e programa de ação social. Os reformadores concebiam o Estado como um instrumento indispensável para se alcançar os objetivos sociais almejados; essa concepção, no entanto, não excluía a participação de cidadãos independentes. Nos Estados Unidos, e em outros países, a orientação desse movimento de reforma era empírica e pragmática e se confiava no que a ação social consciente podia realizar. Nos Estados Unidos, não existia um sistema de idéias rígido, inteiramente aceito. O movimento era amplo, tendo como eixo a preocupação com problemas de bem-estar social (ROSEN, 1994).

A preocupação com todas as fases da vida infantil, segundo ROSEN (1994), se mostrou uma característica eminente do movimento por melhorias sociais. Nos países industrializados da Europa ocidental e dos Estados Unidos, esse esforço pelo bem-estar da criança começou a se fazer notar na passagem do século. A ênfase residia na higiene geral para a prevenção de doenças, o aperfeiçoamento da dieta e oferecimento de cuidados pré-natais.

Pouco depois de 1870, em certos países da Europa ocidental, Inglaterra e nos Estados Unidos, um decréscimo no número de nascimentos se manifestou. Evidenciou-se uma inaptidão dos jovens aos serviços militares. Uma nação pretendia ter homens saudáveis e aptos para servir a suas forças armadas. Não por acaso, iniciava-se a ação para reduzir a mortalidade infantil. Estudiosos reconheciam ser possível evitar uma grande parcela dessa mortalidade e sabiam serem suas causas, a desnutrição, a ignorância dos pais, o alimento contaminado, além de outros fatores, atribuídos, por inteiro ou em parte, à pobreza (ROSEN, 1994).

Tendo muitas ramificações, o problema precisava ser atacado de frentes distintas: por meio da provisão de leite puro, da instrução da mãe quanto à maneira de alimentar e de cuidar da criança, de uma legislação que regulamentasse o trabalho de mulheres grávidas e da criação de instituições onde se pudessem deixar os bebês quando as mães fossem trabalhar. Muitas das atividades para a diminuição da mortalidade infantil eram, em essência, elementos de um programa de Educação em Saúde. Em 1907, se reconheceu essa realidade, com a inauguração de uma escola para mães nutrizas. No mesmo ano, abriu-se uma clínica para crianças saídas do hospital (ROSEN, 1994).

Ensinar as mães a cuidar de seus bebês, criar clínicas apropriadas a essa função e prover leite puro, eram os três elementos básicos dos serviços de saúde da criança (ROSEN, 1994).

O estabelecimento, em 1908, de uma Divisão de Higiene Infantil, no Departamento de Saúde, da Cidade de Nova York, é um marco na história do movimento pela saúde da criança. Um dos primeiros feitos da Divisão residiu em utilizar a distribuição do leite como meio de entrar em contato com as mães e lhes ensinar a cuidar da criança (ROSEN, 1994).

Antes de se inventar o termo Educação em Saúde, já se empregava a educação como instrumento fundamental na campanha para salvar vidas infantis.

Com relação as práticas de atenção a criança doente, a Pediatria, especialidade da Medicina, surgiu no século XIX. Hospitais infantis foram construídos primeiro na Europa e posteriormente nos Estados Unidos. Antes o foco da atenção era a doença e não o doente, passando-se a considerar a criança como um ser com especificidades, principalmente por volta da metade do século XIX, quando já se tinha iniciado na Alemanha, uma tendência de especialização em doenças infantis. Destaca-se a atuação de Abraham Jacobi, que vindo da Alemanha para os Estados Unidos, colaborou no estabelecimento da Pediatria enquanto especialidade e na fundação da American Pediatric Society, em 1888. Com a mudança de postura frente à infância, na qual a criança deixou de ser considerada como um adulto em miniatura, a Pediatria foi se consolidando como campo de saber autônomo da Medicina, surgindo, nas escolas médicas, departamentos nesta área, com programas próprios de pesquisa (WAECHTER & BLAKE, 1979).

O contexto da conformação do movimento relacionado ao declínio da mortalidade infantil, foi a expansão e conquista do mundo pelo capital, com declínio do poderio econômico inglês e a valorização do fato demográfico, traduzido na elevada mortalidade infantil. A questão populacional, caracterizada pelas estatísticas de natalidade

indicando o suprimento inviável de jovens, em poucas décadas, e pelas taxas de mortalidade infantil sinalizando tendência de aumento, apesar da redução da mortalidade geral, impulsionou o medo diante do perigo de despovoamento tanto na Inglaterra como nas principais nações européias (MARQUES, 1978; 1982).

Na França, cenário de relevantes acontecimentos para a proteção materno-infantil, a redução mortalidade infantil chamava a atenção para o grande número de óbitos entre as crianças menores (MARQUES, 1978; 1982).

Para enfrentar essa problemática, restava aos países, prevenir mortes precoces, destacando-se aí, as diarreias como uma das principais causas. Assim, a alimentação se constituiu no eixo, em torno do qual, se construiu uma reorientação do saber e das práticas assistenciais em direção à Puericultura e ao pré-natal, visando a supervisão sistemática, precoce, contínua e periódica de gestantes e lactentes (MARQUES, 1978; 1982).

Com a instituição da enfermagem moderna, a enfermeira começou a ser incluída no atendimento à gestante, à puérpera e ao neonato, dentro da concepção de educação para a saúde e assistência social. O cuidado era principalmente domiciliar, pois o hospital ainda não se constituía em instrumento terapêutico para parturientes e crianças. A preocupação com o neonato, visava a preservação de sua saúde e a prevenção de doenças através de cuidados com o ambiente, higiene, alimentação e da profilaxia de acidentes (SCOCHI et al., 1996).

Durante a organização e institucionalização da assistência à criança, três movimentos importantes das práticas em saúde vinham se constituindo, a saber: a medicina social, principalmente no espaço urbano (século XVIII), a transformação do hospital em instrumento da prática médica clínica (século XVIII) e a Puericultura (século XIX),

incorporada à prática médica, socializando a assistência preventiva à criança (ROCHA, 1990).

A partir de Pasteur (1822-1895), aos poucos foram sendo criados dispensários especiais para doenças específicas, para as quais haviam tratamento. Para as que não tinham tratamento, passou-se a educar para a prevenção (MELO, 1984).

Se, num primeiro momento, a questão da Higiene, com o advento da Era Pasteuriana, foi colocada em termos de uma missão civilizadora, essa missão foi além de higienizar o meio, passando pelas trocas sociais e humanas.

Apesar de não existir ainda o termo Educação em Saúde, a Educação era tida como instrumento fundamental da missão civilizadora. A Educação, nesta época, passava por transformações.

A higienização do mundo foi seguida do processo de cientificação. Ao invés de uma missão civilizadora, emergiu uma cruzada educadora, em que a escola passou a ser o local para preparar cidadãos aptos para a vida e para o exercício da democracia.

Surgiu assim, preocupação com o educar para a vida e para a saúde.

O movimento sanitarista, mais científico e técnico que o movimento higienista, foi introduzido no Brasil nos anos 20, juntamente com o movimento pela Nova Escola ou Escola-novismo.

O movimento conhecido por Escola-novismo¹⁰, tendo como um dos teóricos mais importantes, Dewey¹¹, trouxe em sua proposta, uma

¹⁰ Movimento de oposição à escola tradicional, onde a preocupação com a qualidade de ensino e a necessidade de sua expansão levaram à introdução dos princípios da Escola Nova. O movimento escolanovista, ao fazer a crítica à escola tradicional, repensa a educação e a implementa em algumas escolas experimentais, já que aquela não consegue assegurar a hegemonia burguesa e atender às suas exigências de progresso econômico e político (VEIGA, 1991).

¹¹ John Dewey (1859-1952) - divulgador do pragmatismo norte-americano, desenvolveu sua filosofia pragmatista com grande ênfase na ciência e educação. Teoria filosófica que tem como realidade única o útil. Em pedagogia é o método de ensino que confere maior valor à prática do que à teoria. Os pragmáticos concebem a educação como um processo vivo, que permite ao homem reagir de maneira adequada perante as mais variadas situações. Os pragmáticos adotam a filosofia de que tanto o conhecimento como a prática são

escola para a vida, influenciando no que se denominou, posteriormente, de Educação para a Saúde (MELO, 1984).

A Primeira Guerra Mundial criaria as condições favoráveis ao desenvolvimento da Educação para a Saúde (Health Education, termo proposto pela primeira vez em 1919) ou Educação Sanitária como *especialidade* da Saúde Pública. Este desenvolvimento, foi decorrência das mudanças ocorridas no campo da saúde da criança. Assim, a criação em 1918, da Child Health Organization of América, representava o definitivo reconhecimento da potencialidade da promoção da saúde através da educação (ROSEN, 1994).

Em todos os países economicamente desenvolvidos, como nos Estados Unidos, a Educação para a Saúde seria, paulatinamente, incorporada como uma função dos organismos oficiais de saúde e, ainda hoje, representa o elemento essencial nas propostas de ações de saúde pública ou de medicina preventiva, conservando muito daquela ideologia que a originou: basicamente, refere-se a uma proposta de modificação do comportamento humano em busca de uma mobilidade social, de corações e espíritos, dos membros das classes populares (MARQUES, 1982).

McCleary, médico inglês, em 1935, aponta importantes fatos precursores deste Movimento de Proteção à Maternidade e à Infância. A criação de Hospitais Maternidades e particularmente, o trabalho pioneiro do Foundling Hospital na Inglaterra (século XVIII); a existência de poucos, porém eloqüentes propagandistas desejosos de divulgar o conhecimento dos métodos que acreditavam deverem ser adotados para a bem sucedida criação de bebês (MARQUES, 1978; 1982).

meios de ação. Por esse motivo, pode-se dizer que o critério de verdade adotado por eles é o da utilidade prática, no momento em que identifica o verdadeiro ao útil (GANDINI, 1980).

Manciaux¹² se referiu à respeito da evolução e tendências da Proteção Materno-Infantil assim:

...Surgida no início do século XX nos países em vias de industrialização, mas com aspecto muito fragmentado, sem concepção de conjunto, a proteção materno-infantil (PMI) progrediu rapidamente com o despertar da consciência social que lhe forneceu sua justificação teórica e com o progresso da higiene e da medicina preventiva, que lhe ofereceram seus meios de ação. É sobretudo após a Segunda Guerra Mundial que a PMI ganha terreno, agora nos países desenvolvidos, onde ela tornou-se uma doutrina de saúde das mães e das crianças, freqüentemente respaldada por uma legislação particular e, nos países em vias de desenvolvimento, onde as cooperações técnicas de todos os níveis aplicaram, as vezes sem discernimento, este corpo de doutrinas elaborado nas nações industrializadas, com, evidentemente, um certo número de reveses compreensíveis. Mas apesar de algumas experiências infelizes e na verdade, muito limitadas, a PMI pode reivindicar reais sucessos, e uma parte importante, embora difícil de precisar na melhoria progressiva da saúde das mães e das crianças na maior parte dos países do mundo... (MANCIAUX, 1969, p.10).

Tanto no cenário internacional, como no Brasil, haviam movimentos e a busca de novas propostas para a atenção à saúde da criança.

Repensar a atenção à saúde da criança buscando novos caminhos, imediatamente remete-nos a pensar no que têm sido as propostas e práticas nesta área. E logo nos vem um aspecto marcante dos programas dirigidos à criança, desde o início do século. Trata-se da

¹² M. Manciaux, então funcionário regional para Higiene da Maternidade e da Infância do Escritório para a Europa da Organização Mundial da Saúde.

missão educativa que se pretendeu dar à atenção à saúde da criança, baseada na ideologia reformista, tendo como referencial tecnológico, as orientações propostas pela Puericultura. É importante rever as ações na área da saúde da criança à luz de um quadro mais geral das idéias e movimentos que sustentaram e direcionaram a organização dos serviços e das práticas de saúde ao longo da história sanitária do Brasil e, mais especificamente, de São Paulo (SUCUPIRA, 1998).

Na história sanitária brasileira, a atenção à criança, tradicionalmente, ocupou um espaço privilegiado, em função dos altos coeficientes de mortalidade infantil e, em parte, como consequência da importação das idéias européias da doutrina da Puericultura, que enfatizavam a necessidade de educar as camadas populares imersas na ignorância, numa vida insalubre e, por isso mesmo, portadoras de inúmeras doenças (NOVAES, 1979).

Na área da criança, pode-se perceber claramente, as influências desta política. Tanto as iniciativas do Estado quanto as da sociedade civil, vão estar marcadas pela mesma preocupação. O teor do discurso da Puericultura se fundamentava na necessidade de impor regras de vida para os grupos sociais que estavam em risco e que colocavam em risco a população. A premissa de que a precária situação de saúde era decorrente das más condições de vida da população, vistas como produto da ignorância e da decadência moral, constituía a base para a difusão da Puericultura como instrumento de domesticação e civilização. As primeiras propostas na área de atenção à saúde da criança, embasadas no ideário da Puericultura, visavam a normatizar todos os aspectos que dizem respeito à melhor forma de se cuidar das crianças, para a obtenção de uma saúde perfeita. A mãe aparecia como o elemento estabilizador, principal agente para a transmissão de valores adequados para a formação de futuros cidadãos saudáveis (BOLTANSKI, 1974).

A partir da reforma sanitária do estado de São Paulo, em 1925, sob o comando de Paula Souza, a educação sanitária passou a ser o instrumento de trabalho privilegiado. A função educativa proposta para os centros de saúde, pode ser apreendida, em toda a sua dimensão ideológica, nas propostas de atenção à criança. É mantida a mesma missão de domesticação das classes populares através da Educação em Saúde, mas agora, na tentativa de fugir do tom moralista das iniciativas anteriores, introduzem-se conceitos científicos importados da revolução pasteuriana, que serviam como fundamentação às ações de higiene. Mantém-se a atividade das campanhas nos programas de vacinação. A consulta pediátrica, que tinha então a finalidade precípua da avaliação higiênica, toma-se o momento privilegiado para as orientações de saúde. As atividades no centro de saúde eram dirigidas às crianças sadias, aceitando-se como exceção apenas aquelas desnutridas (MERHY, 1997a).

O modelo tecnológico da saúde pública que caracteriza esta fase, é marcado pela transformação das práticas sanitárias em práticas médico-sanitárias. Segundo MERHY (1997a), como base do modelo tecnológico, evidenciou-se a noção de que o processo saúde-doença era um fenômeno coletivo de saúde, portanto, uma questão de saúde pública, mas determinado, em última análise, pelas questões próprias das pessoas, dos indivíduos. Neste sentido, as práticas sanitárias fundamentam-se na concepção de que é através da formação de uma consciência sanitária construída a partir de processos educacionais (no caso específico, da aprendizagem de higiene do meio ambiente e do indivíduo) que poderão ser modificadas as condições de vida dos indivíduos.

As mudanças no discurso puericultor e na função da Puericultura acompanham estas transformações do modelo tecnológico. As práticas sanitárias, na sua função de inspeção, incorporam o exame médico das

amas-de-leite e dos lactentes filhos de indigentes. Amplia-se a inspeção médica escolar e as ações de profilaxia das doenças transmissíveis, através do exame dos alunos e da equipe da escola, reforçando-se, ainda, no interior da escola, a função educativa em saúde.

Durante os anos 50 e 60, o cenário é marcado pela dicotomia entre a assistência médica e a saúde pública, observando-se o crescimento da medicina previdenciária, caracterizada por um processo de mercantilização da assistência médica, passando as práticas sanitárias a ocupar um lugar bastante secundário na política de saúde vigente (SUCUPIRA, 1998).

Até 1969 a Secretaria da Saúde do Estado constituía-se de um aglomerado de órgãos especializados, geralmente criados para atender a uma doença ou grupo de doenças, diretamente ligados ao Secretário de Estado, dispondo, cada um deles, de unidades de atendimento em todo o Estado. Entre estes órgãos, o Departamento Estadual da Criança (DEC) estendia-se pela capital e interior como uma densa rede de Postos de Puericultura. Esta estrutura, conforme ROCHA (1987) explicita em seu livro sobre Puericultura e Enfermagem, tinha como inconvenientes a falta de coordenação entre as diferentes atividades, o baixo rendimento dos serviços em relação aos recursos aplicados, o desconforto do público que se dirigia a locais diferentes conforme a necessidade de atendimento e a inexistência de uma visão global dos problemas de saúde do Estado, dificultando o estabelecimento racional de prioridades.

A higiene materna e da criança, um dos itens da programação básica em saúde, é desenvolvida nas unidades básicas de saúde. A orientação fica a cargo da enfermeira e/ou educadora em saúde pública, podendo ser feita não mais individualmente, mas a grupos de mães.

O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada ocorre, mais especificamente entre 68 e 72, quando temos um intenso crescimento econômico, com acelerado desenvolvimento industrial; as cidades crescem desordenadamente devido, principalmente, à migração interna, e pela primeira vez, na década, a população urbana supera a rural. O Estado sente-se pressionado por esse contingente populacional ampliando a cobertura previdenciária. O privilégio da prática curativa ocorre em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo (ROCHA,1987).

Na organização do serviço, predominou o serviço de enfermagem com múltiplas categorias ocupacionais, hierarquizadas, cabendo ao enfermeiro as tarefas de administração e supervisão e aos visitantes, atendentes e demais auxiliares, as assistenciais e de educação sanitária, incluindo a Puericultura.

ROCHA (1987) discorre esta questão de forma clara e precisa, nos remetendo à “visão diacrônica” da assistência de enfermagem em Puericultura, destacando três momentos distintos:

O primeiro, compreendido no período entre 1925 e 1940, quando os Educadores Sanitários a realizam nos Centros de Saúde... Paula-Souza, encarregado de preparar recursos humanos para o Serviço Sanitário, considerou mais fácil aproveitar que os professores primários excedentes, completando sua formação no Instituto de Higiene, a aguardar a criação de uma escola de enfermagem... O segundo momento histórico da assistência de enfermagem em puericultura está inserido entre 1940 e 1970. Reflexos da depressão econômica e a Segunda Guerra Mundial. Com o aumento populacional, a medicina previdenciária expande-se... sendo, a puericultura colocada em segundo plano... O papel educativo das unidades sanitárias

praticamente esteve ausente durante este período. As escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem se proliferam, direcionando seus currículos para a assistência curativa. Para a prática de enfermagem em puericultura foi um período de retrocesso... Finalmente, um terceiro momento iniciado na década de 70 e perdurando até a atualidade... Desemprego, aumento da dívida externa, aumento do operariado... Política de extensão de cobertura às populações Rurais e marginalizadas permanecendo hegemônica a assistência médica curativa. Implanta-se o Programa de Assistência à Criança, entre outros... embasado em um corpo conceitual que se traduz por normas e regras a serem preceituadas às mães (p.81, 82 e 83).

Nos anos 70, em São Paulo, propõe-se um novo modelo tecnológico, caracterizado pela ampliação e diversificação da assistência médica individual, a partir da Secretaria Estadual de Saúde, através da programação. Esta política de extensão de cobertura dos serviços de saúde constituiu uma das respostas encontradas pelo Estado brasileiro para enfrentar a grave crise econômica da metade da década de 70, visando a manter a estabilidade do regime. O que caracteriza a programação neste novo modelo tecnológico, do ponto de vista administrativo, é a centralização normativa e a criação de um sistema de informação, com a introdução da assistência médica individual na rede de centros de saúde subordinada à idéia de ação programática, na qual aquela aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo (NEMES, 1990).

Em São Paulo, o Programa de Assistência à Criança correspondeu à formalização do Programa Materno-Infantil (PMI) do governo federal; nos centros de saúde, substituindo o antigo Programa da Criança. O PMI constituiu a proposta doutrinária e de intervenção

na saúde materno-infantil nas instituições de saúde no Brasil, na década de 70. Seu projeto pedagógico expressou-se através da proposta normatizadora no campo das práticas institucionais enquanto sua estratégia de ação continha alternativas pretendiam a extensão da cobertura dos cuidados médicos como meio de aumentar seu campo de ação normativa no interior da sociedade brasileira (SUCUPIRA, 1982). Do ponto de vista da proposta pedagógica, não foge aos princípios da Puericultura, mas o projeto educativo ganha agora uma nova racionalidade na organização programática, através da sistematização do atendimento, onde o agendamento dos controles passa a ser fundamental. O PMI propunha um esquema de visitas mensais de Puericultura, onde se alternavam consultas médicas e atendimento de enfermagem, numa perspectiva de racionalização e extensão da cobertura da assistência. Instala-se uma rotina na qual as mães, para receberem o leite - instituído com o objetivo de intervir no quadro nutricional da população infantil -, têm de cumprir rigorosamente todas as obrigações impostas pelo programa: comparecimento regular às consultas médicas e aos atendimentos de enfermagem e esquema de vacinação em dia.

Em 1975, foi formulado, o PMI, com recursos especiais através do II Plano Nacional de Desenvolvimento, a ser implantado nos Estados e Territórios da Federação, sob assistência técnica e financeira da Coordenadoria de Proteção Materno-Infantil, do Ministério da Saúde:

Considerado em seu sentido mais amplo, o grupo materno-infantil (mulher em idade fértil, gestante, parturiente, criança e adolescente) abrange cerca de 70% da população total do País. A importância biológica e sócio-econômica do grupo em pauta, levou o Ministério da Saúde a destacá-lo como de prioridade para efeito das ações integradas de

saúde e interesse coletivo (BRASIL. MS., 1975, p. 49).

Aos objetivos do Programa Materno-Infantil, geralmente referentes a redução nas taxas de morbi-mortalidade, interessa, estrategicamente falando, quantificá-los em metas de cobertura especificadas, de início, a grupos de alto risco o que possibilitará com o tempo a extensão da cobertura. Torna-se desejável que um mínimo de cuidados sejam colocados à disposição da população total (atenção primária) para permitir a identificação (detecção) dos casos de maior risco (MARQUES, 1978).

Entre as propostas do PMI, MARQUES (1982) salienta aquela referente à *ação educativa* em matéria de nutrição, prevenção e tratamento de infecções mais freqüentes, valorização da amamentação materna e atividades de planejamento familiar. A assistência à criança e ao adolescente deverá ter as mesmas características de precocidade, continuidade e periodicidade, também salientando-se o seu papel como veículo para transmissão de conhecimento. Além disto, o atendimento, deverá ter um *sentido educacional*, basicamente voltado para prevenção de eventos negativos (doenças, desmame, número excessivo de filhos para quem dispõe de poucos recursos financeiros, desestruturação familiar, etc).

O PMI traz no bojo de suas proposições tanto uma intenção educacional claramente explicitada, na forma de tarefas e ações educacionais voltadas para a clientela dos serviços de saúde, como também uma intenção de mudança da maneira de atuação dos agentes de saúde, sejam estes indivíduos ou instituições. A este nível tem também um sentido educacional ao pretender promover uma mudança de atitudes.

O PMI, fundamentalmente, apresenta um projeto de educação sanitária, isto é, tem um sentido educacional voltado para a sua população alvo.

Uma ênfase, cada vez maior, vem sendo dada aos aspectos preventivos, especialmente no que se refere à mudança do estilo de vida.

As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde enfatizam a importância das ações de promoção e de proteção, além daquelas propriamente ditas de recuperação.

A promoção da saúde é identificada como um novo paradigma mundial para a saúde. É caracterizada como o processo de capacitação das comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde; salienta a importância da participação ativa das pessoas no controle dos fatores determinantes de sua saúde, na modificação das condições sanitárias e na maneira de viver (BRASIL, 1996).

Em 1976, o Informe Lalonde (então Ministro da Saúde do Canadá) cunha o conceito de “campos da saúde”, insistindo que a saúde depende de fatores biológicos, ambientais (incluindo ambientes físicos, econômicos e sociais), comportamentais e aqueles próprios do sistema de saúde.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde¹³, realizada em Alma Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, com objetivos, entre outros, de promover o conceito de cuidados primários de saúde em todos os países e formular recomendações para o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde recomenda que a educação no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos meios para a sua prevenção e controle. Sendo importante o

¹³ Organizada e co-patrocinada pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para infância (OMS, 1979).

papel que o setor educação tem a desempenhar no desenvolvimento e na operação dos cuidados primários de saúde. O ensino comunitário ajuda o povo a fazer uma idéia de seus problemas de saúde, de suas possíveis soluções e do custo de diferentes opções. Por meio do sistema educacional é possível preparar e distribuir material didático. Associações de pais e mestres podem assumir, no âmbito escolar e comunitário, certas responsabilidades vinculadas aos cuidados primários de saúde, tais como programas de saneamento, campanhas de saúde e de alimentação ou cursos de nutrição e primeiros socorros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1979).

Dez anos após o Informe de Lalonde, realizou-se também no Canadá a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que conclui com a Carta de Ottawa e lançou um movimento que desde então vem sendo denominado de promoção da saúde. Nesta conferência são estabelecidas as bases conceituais da promoção da saúde, sendo seguida pelas Conferências de Adelaide (1988), Sundsväl (1991) e Jakarta (1997), além da Conferência de Santafé de Bogotá (1992), que tratou do tema pela primeira vez na América Latina (BUSS, 1998).

A Carta de Ottawa (BUSS, 1998), elege a *Educação para a Saúde* e as políticas públicas fundamentadas no conceito de promoção de saúde, como pontos centrais para a consolidação prática voltada para a melhoria da saúde das populações. A Educação em Saúde é assinalada como um instrumento da promoção da saúde dirigida mais a grupos, organizações e comunidade do que para indivíduos e está centrada em conseguir mudanças no meio ambiente físico, social, econômico, político e cultural.

A 4ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Jakarta, Indonésia, de 21 a 25 de julho de 1997, com o patrocínio da OMS e do governo deste país; um acontecimento

histórico por haver sido a primeira do gênero a ser realizada em país em desenvolvimento e em contar com a participação do setor privado. De forma similar a Declaração de Jakarta, fruto desta Conferência, surgiu conceitos inovadores que se projetam em futuros ciclos. Esta Declaração se instala na comunidade mundial para adaptar determinadas estratégias chaves encaminhadas a favorecer atividades para a promoção da saúde no âmbito internacional, reiterando que, destas atividades renderam frutos desenhados unicamente que se embasam em um comum esforço por parte de todos os setores sociais, especialmente do setor privado e da própria população que se busca servir. Qualquer intervenção preventiva resultará em abundantes benefícios para todos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 1998).

Em um diagnóstico das práticas de educação em saúde feito pelo Ministério da Saúde¹⁴, a partir de documentos governamentais disponíveis, são apontadas as seguintes características:

VERTICALIDADE - A educação em saúde tem sido exercida de cima para baixo numa ação de transmissão unilateral do conhecimento, onde uma parte o detém e a outra o recebe passivamente.

DESCONTINUIDADE - Os programas são interrompidos e cancelados sem explicação, circunstância essa que cria insatisfação e perda de confiança da população com relação as intenções transformadoras do Estado.

BIOLOGISMO - Tem predominado o enfoque biologista, individual, privilegiando-se o tratamento médico, com ênfase no aspecto curativo, em detrimento do enfoque bio-psicossocial, coletivo e preventivo, sem

¹⁴ Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Educação para a participação em saúde. Diretrizes Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a. p. 8 e 9.

relação com a ecologia e o saneamento ambiental.

DESARTICULAÇÃO DE SABERES - Não se tem promovido um diálogo entre o saber popular e o saber científico, que dê origem a um conhecimento integrado, que estimule a participação e fortaleça o compromisso. Pelo contrário, tem-se privilegiado a medicina alopática e marginalizado a medicina alternativa de caráter popular.

CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS - A educação, muitas vezes, tem sido entendida como campanha publicitária que massifica informações sem estabelecer canais de retorno e sem avaliar sua eficácia em termos de mensagem e compreensão.

NÃO PARTICIPAÇÃO - Os programas e projetos de saúde, em geral, não estão inscritos no plano de desenvolvimento local e tem sido realizados à margem da população organizada e sem a sua participação.

O verticalismo na direção dos programas e o desconhecimento da contribuição popular tem excluído o processo de participação e organização das comunidades ao redor das necessidades de saúde. Em face disso, a ação do Estado é percebida como estranha à comunidade, gerando dependência e passividade, fazendo com que as populações não se apropriem dos programas e não se comprometam com eles.

ENFOQUE MECANICISTA - As ações de saúde tem sido direcionadas para a melhoria das condições biofísicas do sujeito, sem incidir em seu nível de consciência. Esse enfoque mecanicista da saúde pode produzir mudança na aparência do sujeito mas não em sua consciência.

*AUSÊNCIA DE UNIDADE CONCEITUAL - Não existe um marco conceitual que unifique e fundamente as ações da educação em saúde em todo o sistema. Cada um percebe a educação em saúde a partir de sua própria ótica, gerando equívocos em torno dos conceitos **INFORMAÇÃO, PROMOÇÃO,***

*COMUNICAÇÃO, DIVULGAÇÃO, os quais
geralmente são assimilados como EDUCAÇÃO.*

Do exposto, depreende-se que a atuação em saúde com essas características não é passível de gerar transformações e, portanto, não proporciona mudanças na qualidade de vida.

O momento exige um novo pensar a Educação e a Saúde, não mais como uma educação sanitarizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado em que se atingisse depois de educado!). É preciso recuperar a dimensão da Educação e da Saúde/Doença e estabelecer as articulações entre esses dois movimentos (organizados e não organizados) sociais (MEDEIROS, 1995).

A Educação em Saúde (ou educação e saúde) é um conjunto de técnicas, métodos, conhecimento teórico e prática político/social, que fundamenta e orienta 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 credices” da população. Nesta perspectiva a questão da saúde se resolveria pela educação em saúde. Este 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, p.27)

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.

Nesta concepção, a questão da higiene e cuidados básicos de saúde são de responsabilidade exclusiva do indivíduo e sua família, aceitando-se que através da **educação** deles poder-se-ia mudar comportamentos de risco e obter saúde, concepção que descontextualiza os determinantes sociais do processo saúde-doença. Portanto, sendo as pessoas submetidas a 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**. São portanto, historicamente determinadas e socialmente construídas. Neste 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. Nesta 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.

A educação em saúde na nossa compreensão é essencialmente a educação para a cidadania em saúde, que é a educação para a

participação política, numa sociedade de visível antagonismo entre as classes sociais.

Seguindo-se a linha clara destes antagonismos, inclusive na assistência médica individual/coletiva, criança sadia/doente, preventivo/curativo, SUCUPIRA (1998) alude que na assistência médica individual, as consultas destinavam-se às ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, determinando, assim, um padrão de consumo destes serviços. O centro de saúde era identificado como um lugar de criança sadia. O reconhecimento deste tipo instituição como carente de recursos para a resolução das doenças, por prestar um atendimento com baixa densidade tecnológica, dirigia a clientela doente para os serviços cuja prática, pautada no caráter estritamente curativo, aparecia como capaz de resolver os problemas de saúde, o que se toma verdade, quando se pensa no alívio imediato do sofrimento, trazido como uma queixa de doença. É importante chamar a atenção para este aspecto, no qual a dicotomia entre os atendimentos à criança doente e à criança sadia, muitas vezes realizados em lugares ou horários diferentes na mesma instituição, expressava a reafirmação do modelo médico-sanitário com atendimento de cunho mais educativo, que negava a realidade dos sofrimentos mobilizadores de grande parte das necessidades de saúde transformadas em demandas aos serviços. Para a clientela este tipo de oferta de serviços aparecia como irracional: “quando não precisava, tinha consulta marcada, quando ficava doente, não tinha vaga”, aparente irracionalidade, pois, na verdade, havia um objetivo definido, qual seja, o de selecionar uma clientela sadia, capaz de se adequar às rotinas e procedimentos previstos no programa, para que assim se realizasse o projeto educativo, normatizador (SUCUPIRA, 1982).

Do ponto de vista da clientela, os centros de saúde eram procurados não por sua proposta educativa, mas em função dos

benefícios que oferecia: leite, vacinas e consultas. Com a afirmação do modelo médico-assistencial nas unidades básicas de saúde, a proposta educativa suplantada pela necessidade de dar resposta à demanda explícita de atendimento médico (SUCUPIRA, 1982).

A limitação da atenção à saúde aos menores de cinco anos permaneceu até as décadas mais recentes, tanto nos programas do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde, quanto nos cursos de medicina, onde os aspectos referentes ao crescimento e desenvolvimento são valorizados apenas para os primeiros anos de vida. Até hoje, muitos prontuários dos hospitais universitários, na avaliação do desenvolvimento, têm campos específicos onde se registram as idades em que a criança sentou, andou, falou, controlou os esfíncteres e só. O pediatra forma-se, na maioria das vezes, sem saber a propedêutica do escolar e do adolescente (SUCUPIRA, 1998).

Ao longo desses anos, as relações na área da saúde da criança, dos níveis federal e estadual com os municípios, foram marcadas pelos programas que regulamentavam as ações que deveriam ser desenvolvidas nos níveis regionais e locais. Os programas verticalizados e impostos desde o nível federal ou estadual, para execução pelos municípios na área da criança, caracterizaram-se por ter sua existência no plano do discurso, sem que houvesse uma real necessidade de sua concretização como uma prática. Quando, porventura, lograram sob algum aspecto assumir a forma de uma prática, já haviam sofrido alterações suficientes para que sua implantação não implicasse mudanças profundas no modo de funcionamento dos serviços de saúde municipais, salvo algumas ações específicas, como as campanhas de vacinação que aconteciam à margem da sistematização do programa da criança, constata-se pouco impacto desses programas nas condições de saúde da criança brasileira (SUCUPIRA, 1998).

No caso da atenção à saúde da criança, fica bem evidente o modo como os usuários tornam-se dependentes dos serviços, no qual as mães se sentem incapazes de tomar condutas para lidar com seus filhos já que devem assumir sua “ignorância” frente ao saber oficial, único que pode fornecer as orientações e tratamentos adequados. Assim, está desautorizado o saber das mães, construído a partir do instinto materno e do conhecimento adquirido do saber tradicional passado através de gerações, este último saber entendido como um conhecimento produzido na interface do conhecimento científico com o saber popular (SUCUPIRA, 1998).

Quanto ao perfil epidemiológico, houve uma considerável mudança no padrão de morbimortalidade na infância e adolescência. A redução dos coeficientes de mortalidade infantil, em decorrência, principalmente, da diminuição dos óbitos por doenças infecto-contagiosas, foi observada em diferentes escalas em todo o país. Este fato colocou em evidência processos mórbidos que passaram a constituir novos problemas/necessidades de saúde. Hoje, em muitas cidades, observa-se a constituição de uma nova morbidade, que requer dos serviços de saúde estratégias diversificadas de intervenção que não se reduzem ao modelo de atendimento do tipo queixa-procedimento. Em outros locais, entretanto, verifica-se a coexistência de um perfil de morbimortalidade nos moldes mais tradicionais, juntamente com uma gama de problemas/necessidades de saúde típicas de sociedades mais desenvolvidas. Além de fatores relacionados ao desenvolvimento tecnológico, que possibilitaram a redução da mortalidade pelas causas tradicionais, sem que houvesse uma melhora efetiva nas condições de vida, a globalização da sociedade tem gerado novas necessidades de saúde, antes restritas às sociedades mais desenvolvidas (SUCUPIRA, 1998).

Observa-se um deslocamento dos principais vértices do perfil de

mortalidade nesta população, assumindo destaque a mortalidade no período neonatal e na adolescência, nesta última devido principalmente às mortes por causas externas: homicídios e acidentes. Enquanto nas sociedades menos desenvolvidas o resíduo de mortes neonatais se deve ao fato de não se dispor, ainda, de tecnologia adequada para tais casos, no nosso meio o padrão de mortalidade neonatal caracteriza-se pela produção de óbitos que refletem a falência da assistência pré-natal e da organização dos serviços neonatais. Exemplo disso são as sucessivas epidemias de mortes de bebês em berçários (SUCUPIRA, 1998).

Muito se tem falado sobre a conceituação da saúde como produto da qualidade de vida, o que, conseqüentemente, implicaria entender que a produção da saúde depende das condições de moradia, transporte, educação, trabalho, lazer, cultura, meio ambiente, enfim, do acesso igualitário aos bens produzidos na sociedade. Apesar disso, as ações dirigidas à saúde continuam restritas ao setor saúde, numa concepção biologicista e organicista, marcada pelo modelo medicalizante e, portanto, de pouca eficácia. Esta aparente incoerência na atuação dos setores governamentais reflete determinações políticas coerentes com o modelo neoliberal privatista, cuja análise mais aprofundada vem sendo feita exaustivamente pelos teóricos na área da saúde coletiva (CAMPOS, 1991 e MERHY, 1997a; 1997b).

Quanto à questão da mortalidade neonatal, podemos fazer um exercício para compreensão do problema, visualizando até onde pode ir a atuação do setor saúde e, conseqüentemente, entender o quanto são limitados os resultados quando não se envolvem outros setores da sociedade.

Os altos coeficientes de mortalidade neonatal no município de São Paulo, em 1991, mobilizaram a assessoria de saúde da criança da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo a estudar a questão, no

sentido de elaborar um projeto de intervenção na morbimortalidade neonatal. Foi então criado um grupo de trabalho, com representantes de todos os berçários municipais, reconhecendo-se que estes neonatologistas, por serem responsáveis pelo trabalho em suas unidades, além de dominarem as questões técnicas, estariam familiarizados com os problemas estruturais e operacionais de cada unidade. Durante quatro meses, esse grupo trabalhou em uma proposta que foi implantada à medida que as decisões eram tomadas, de modo que, quando foi elaborado o documento final, muitas das propostas de intervenção já estavam implantadas e produzindo resultados (SUCUPIRA et al., 1991).

Na construção do documento, verificou-se que uma questão básica inicial referia-se à organização da rede de berçários municipais públicos, caracterizada, fundamentalmente, por prestar uma assistência desarticulada, sem um mínimo de uniformidade na organização das unidades, o que dificultava a integração entre os serviços, e, ainda, sem que os profissionais envolvidos vislumbrassem objetivos e metas definidas. Foi preciso, então, reorganizar o conjunto dos serviços de neonatologia, padronizando os tipos de atendimento fornecidos em cada setor dos berçários, de modo a promover maior racionalidade dos recursos alocados nas diferentes unidades e permitir uma linguagem comum que facilitasse a articulação entre os serviços (SUCUPIRA, 1998).

Neste projeto, destacou-se o berçário do Hospital Tide Setúbal, na periferia do município, com um índice de mortalidade neonatal de 22 por mil nascidos vivos. A partir de um trabalho de reestruturação interna e de mobilização e reciclagem de todos os profissionais, incluindo os não-universitários, esse índice foi reduzido para 11 por mil nascidos vivos (EDUARDO et al., 1992).

Na experiência de implantação e acompanhamento desse projeto,

ficou patente a falta de integração como desenvolvimento do trabalho de melhoria das condições de assistência à gestante e ao parto, realizado na mesma secretaria. Além disso, a falta de divulgação para a população da hierarquização e regionalização do atendimento em função das disponibilidades de recursos e incorporação tecnológica fez com que o trabalho tivesse pouca repercussão educativa, no sentido de reorientar a demanda. Uma análise mais imediata dos problemas enfrentados aponta para a estrutura da secretaria, organizada em programas independentes, onde as pressões para obter o apoio dos níveis centrais e dos distritos, visando à execução de suas propostas, muitas vezes geravam climas de competição entre os programas. Na medida em que o projeto não partiu de uma necessidade sentida pelos níveis locais e foi uma proposta de uma assessoria, embora sua definição tenha sido um processo democrático e descentralizado, sua operacionalização não chegou a envolver efetivamente a gerência dos distritos onde os berçários se situavam, caminhando em função do entusiasmo dos técnicos que constatavam as melhorias nas condições de trabalho e o impacto na morbimortalidade, a cada mudança que era implantada (SUCUPIRA, 1998).

Em uma reflexão acerca da forma como esse projeto poderia ter sido diferente, devemos questionar o modelo de funcionamento da administração municipal e o da SMS, em particular. Numa perspectiva intersetorial, a definição pelo nível de gerência local, para a redução da morbimortalidade neonatal, como uma intervenção a ser assumida por todas as áreas da administração municipal, com a participação dos setores organizados da sociedade civil e da população, teria, com certeza, um alcance maior de resultados. Isto, principalmente, na continuidade do processo, pois, ao se criar uma consciência coletiva de que cada cidadão é responsável pelas melhorias alcançadas, se estaria favorecendo o surgimento, na população, de movimentos de

resistência pela continuidade de projetos que obtivessem sucesso, independentemente da gestão política que assumisse a direção local ou do município. A participação da Secretaria da Educação no projeto, explicando e incentivando um posicionamento ativo dos usuários frente ao atendimento pré-natal, contribuiria para formar cidadãos capazes de exigir seu direito à saúde, exemplificado aqui no acesso a um pré-natal de qualidade e com garantia de assistência ao parto. A utilização de mídia para divulgação de como funcionam os serviços de saúde e quais os direitos e deveres do cidadão em relação à saúde contribui para ampliar o alcance das propostas educativas, na área da saúde (SUCUPIRA, 1998).

Neste exemplo fica evidente a necessidade da intersetoridade e da reorientação dos serviços de saúde, privilegiando as ações de promoção da saúde. É preciso haver mudança no modelo médico-hegemônico, com revitalização das ações de saúde pública, tendo a unidade básica de saúde como espaço estratégico de enfrentamento dos problemas/necessidades de saúde, com recursos tecnológicos para operar tanto no plano individual, para aliviar os sofrimentos que expressam as necessidades sentidas de saúde, quanto no plano coletivo, para intervir nos fatores determinantes dos problemas nos indivíduos e nas populações, a partir de estratégias que articulem as intervenções nos diferentes setores da sociedade (SUCUPIRA, 1998).

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, 1990a; 1990b).

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 à qualidade e compromisso com a vida e não, simplesmente, à 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 (BRASIL, 1992b).

A Educação para a Participação em Saúde concebe o homem como sujeito principal, responsável por sua realidade; suas necessidades de saúde são solucionadas a partir de uma ação consciente e participante.

Assim, em uma perspectiva participativa, a Educação em Saúde, deve comprometer-se 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 em problemas de saúde pública, no Brasil e em diversos países.

2.2 A ASSISTÊNCIA AO PREMATURO E A ORIENTAÇÃO DAS MÃES PARA O CUIDADO DO FILHO

A atuação à saúde dos bebês pré-termo¹⁵ passou por grandes transformações através dos tempos, de uma assistência centrada na recuperação do corpo anátomo-fisiológico tendo como finalidade a redução da mortalidade, face ao risco de despovoamento, transformou-se para uma assistência mais integral e humanizada com ênfase no processo saúde-doença-cuidado tendo como finalidade o crescimento e desenvolvimento da criança e a qualidade de vida; o paradigma biotecnológico é substituído pelo holismo (SCOCHI, 2000).

Se antes a mãe era excluída da assistência em berçário de risco, agora ela passa a ser também sujeito, uma aliada, no processo de assistência, sendo permitida sua maior permanência junto ao filho prematuro e participação no cuidado dele.

À medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo suas necessidades no processo de vivenciar o nascimento prematuro, os sentimentos de ter um filho com riscos de danos e morte, as dificuldades de ter que assumir o cuidado cotidiano de um filho que necessitará de cuidados especiais a longo prazo, além dos aspectos relacionados às condições sócio-culturais (SCOCHI, 2000).

A enfermagem ao permanecer maior tempo em contato com o bebê e família depara-se freqüentemente com essa problemática, tornando-se necessário a organização de novas estratégias de intervenção como os grupos de apoio, sendo importante a participação de outros profissionais da área de saúde (SCOCHI, 2000).

O treinamento da mãe para o cuidado domiciliar do bebê se dá durante toda a internação do prematuro, procurando-se desenvolver

¹⁵ A Organização Mundial da Saúde (OMS) define recém-nascido pré-termo, aquele nascido com menos de 37 semanas de gestação (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1961).

habilidades e a aquisição de conhecimentos específicos para esse cuidado.

Hoje, já é possível a alta de bebês de alto risco dependentes de algumas tecnologias como terapêutica medicamentosa, alimentação entérica, traqueostomia, oxigenioterapia ou com monitor de apnéia, cujos pais devem receber orientação especial e referência para serviços de seguimento (BERNBAUN et al., 1989; AHMANN & LIERMAN, 1992).

BERNBAUN et al. (1989), descrevendo a problemática da prematuridade nos Estados Unidos, relata que a sobrevivência de crianças prematuras e de baixo peso tem aumentado muito em decorrência dos avanços tecnológicos na assistência neonatal. No entanto, pouco progresso foi feito no sentido de reduzir a incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer. Destas crianças, parcela significativa integra o grupo de crianças com problemas neurológicos e de desenvolvimento, designadas por autores, como HOSTLER (1991), como crianças com necessidades especiais.

Como resultado de gestação curta, crianças pré-termo têm comportamento imaturo, que é sutil e não comunicam suas necessidades claramente. As mães podem ter dificuldades ao interpretar o significado destes comportamentos e podem não dispor de conhecimento para prover estímulo apropriado à idade, que complementem as capacidades de desenvolvimento da criança. Frequentemente, as crianças pré-termo têm dificuldades na interação social com seus cuidadores. Estas têm reflexos neurológicos fracos, choram menos, respondem pobremente à estímulos audiovisuais e apresentam períodos desorganizados de sono e vigília, podendo dormir por períodos mais longos e ter menor estimulação quando despertas (KANG et al., 1995).

Segundo LIPSI et al. (1991), uma intervenção dirigida à criança de alto risco requer completa compreensão do desenvolvimento normal e técnicas de intervenção apropriadas. O conhecimento fisiopatológico, familiaridade com equipamentos (monitores, oxigênio, sondas, etc.), compreensão dos sinais de angústia e habilidade para diferenciar o normal do anormal é essencial.

Dependência de tecnologia médica envolve muitos desafios ao desenvolvimento normal da criança; quando acrescida da longa permanência em hospitais pode interferir na interação pais-criança e nas experiências sensório-motoras da criança. Equipamentos podem interferir na exploração do ambiente pela criança e no desenvolvimento de independência. A necessidade de intervenção médica freqüente desafia o senso de controle e domínio do ambiente da criança (AHMANN & LIERMAN, 1992).

A enfermeira está freqüentemente na melhor posição para ajudar a família na coordenação do cuidado da criança de alto risco. Entender a condição clínica da criança dependente de tecnologia assegura que a enfermeira e família possam planejar melhores oportunidades ao seu desenvolvimento (AHMANN & LIERMAN (1992).

Para HOSTLER (1991), crianças com necessidades especiais são aquelas que possuem doenças crônicas, deficiências físicas e distúrbios de desenvolvimento, estimadas em 10 a 15% da população americana com menos de 21 anos de idade. Por outro lado, suas necessidades de saúde são tão complexas que o próprio sistema se sente inapropriado para atendê-las. O maior risco a que estão expostas essas crianças é de apresentarem padrão de crescimento anormal, doenças pulmonares crônicas, deficiências motoras, visuais, auditivas, da linguagem, aprendizado e socioemocionais, dentre outras, o que expressa a necessidade do seguimento sistematizado a longo prazo. Assim, a alta hospitalar não é sinônimo de resolução dos problemas

destas crianças, reforçando a importância do acompanhamento interdisciplinar contínuo com vistas à detecção de problemas e intervenção precoce (SCOCHI, 2000).

Preocupados com esta situação, profissionais responsáveis pela assistência à criança propõem novas abordagens, numa tentativa de minimizarem as conseqüências decorrentes da hospitalização da mesma. Neste sentido, vários autores destacam a importância e a necessidade da **alta planejada da criança**.

O momento ideal para a alta da criança nascida prematura e de baixo peso tem sido objeto de inúmeras discussões, principalmente em função da alta morbidade destas crianças após a saída da unidade neonatal (BERG & SALISBURY, 1971; FANAROFF et al., 1972; DAVIES et al., 1979).

Profissionais da saúde, considerando as múltiplas conseqüências da hospitalização sobre a criança, têm advogado em favor da alta precoce. Outra justificativa aplicável, especialmente às instituições hospitalares de países em desenvolvimento, é a que diz respeito à superlotação dos hospitais. Neste caso, a alta precoce favoreceria o maior aproveitamento do leito hospitalar (GONZALEZ & PEROZO, 1987; MARRA et al., 1989).

A California Association of Neonatologists e o Committee of the Fetus of Newborn of the American Academy of Pediatrics traçam indicadores e critérios de estabilidade para a alta hospitalar de crianças prematuras, enfatizando que como qualquer diretriz, estes critérios podem não representar os indicadores exclusivos para todas as crianças em todas as situações e ambientes, devendo-se individualizar cada criança, família e situação social antes da alta. É essencial para uma transição próspera do ambiente da UTIN para casa, o planejamento, inclusive do envolvimento dos provedores do cuidado domiciliar. Os indicadores e critérios de estabilidade para a alta

hospitalar de crianças prematuras são divididas em: *exigências físicas gerais* – a criança deve estar clinicamente estável, sem doença aguda ou fisiologicamente estável se apresentar doença crônica; manter a temperatura corporal em berço comum, por pelo menos 24 horas; estar sendo alimentada por via oral, com ganho de peso progressivo; estar livre da apnea ou episódios de bradicardia; e, *exigências sociais* – deve incluir um plano escrito aprovado para a saúde da criança no domicílio, incluindo quem contatar se a criança ficar doente, uma lista de médicos de atendimento primário, medicamentos, e responsabilidades específicas da enfermeira e dos pais, incluindo planos de seguimento; não devem receber alta crianças em processo de abandono por seus pais até que se tenha um responsável disponível e treinado; se os pais não podem aprender o cuidado complexo de uma criança e executá-lo adequadamente, e se este não está disponível em outra fonte, a criança deve ficar hospitalizada até tais arranjos serem feitos; deve ser enviado cópia do plano de seguimento, medicamentos, agendamentos e tratamento aos pais, ao serviço primário que assumirá a criança e manter cópia no quadro da UTIN (RADDISH & MERRITT, 1998).

SEGRE et al. (1986) analisam, em uma instituição pública do município de São Paulo - SP, os efeitos das modificações de critério para a alta de recém-nascido de baixo peso. Na década de 70, a alta ocorria quando a criança atingisse 2.300g e era acompanhada no Programa de Assistência Domiciliar (PAD), até completar 12 meses de vida. Os objetivos principais do programa eram: acompanhar e controlar o estado de saúde destas crianças, durante o seu primeiro ano de vida; proceder a vacinação completa; reservar o retorno ao hospital somente a casos de real necessidade e antecipar a alta da unidade neonatal. Foram inscritos, na década de 70, em média, no programa, 205 crianças por ano, tendo sido reinternadas cerca de 20% dos

assistidos no programa. Destas, 90% correspondiam a problemas clínicos e 10% cirúrgicos. Houve cobertura de vacinação para DPT, de 99,4% das crianças; anti-varíola, de 98,2% e anti-sarampo, de 93%.

No período de 1980 a 1984, nessa mesma instituição, o PAD foi suspenso, por razões de filosofia administrativa. Perdeu-se, então, toda possibilidade de controle ambulatorial e nenhuma avaliação pode ser realizada, a não ser aquela referente ao tempo de permanência na unidade neonatal. Não se podendo dispor de controle evolutivo, não foi introduzida qualquer alteração em relação à alta mais precoce, na ausência de um controle posterior. Contudo, a partir de 1984, nova mudança administrativa permitiu o retorno do Programa. Os critérios de alta foram reavaliados e esta passou a ser dada quando os recém-nascidos atingissem 2.000g, com controle posterior da equipe multiprofissional. Foram matriculados, no ano de 1984, 100% dos recém-nascidos de baixo peso, tendo-se obtido uma cobertura vacinal de 100% para DPT e anti-sarampo. Houve 16% de reinternações, sendo que 11,5% por problemas cirúrgicos e 88,5% por problemas clínicos.

Assim, para as autoras, a alta hospitalar precoce ao recém-nascido prematuro deve estar condicionada a um Programa de Assistência Domiciliar efetivo, a cargo de uma equipe multiprofissional, por ser um programa altamente benéfico para a população assistida e reduzir os custos hospitalares.

BERG & SALISBURY (1971) evidenciam a tentativa de não condicionar a alta do bebê prematuro e baixo peso ao critério ponderal. Assim, em estudo realizado no Beth Israel Hospital (EUA), durante o período de dois anos (1967 a 1969), 167 bebês com maturidade fisiológica e cujos pais apresentavam habilidades no cuidado receberam alta 12 dias antes do previsto. Nenhum dos 167 bebês do estudo havia morrido dois meses após a alta; somente uma criança apresentou pneumonia, duas foram hospitalizadas novamente

devido à hérnia inguinal e duas outras crianças não ganharam peso suficiente no pós-alta, não se podendo afirmar se estas teriam tido melhor crescimento se internadas por tempo maior. As mães expressaram' prazer e satisfação, apesar de apreensão em ter o bebê em casa "tão cedo"; apenas duas mães expressaram cansaço excessivo e que não queriam levar o bebê para casa mais cedo do que o esperado. O pessoal do berçário mostrou satisfação e, em virtude do número diminuído de crianças que requerem somente cuidados rotineiros, teria condições de dar mais atenção e cuidados às crianças que necessitassem de assistência mais complexa. Além disso, as enfermeiras gostaram de instruir os pais e lhes oferecer encorajamento no cuidado dos seus pequenos bebês. As razões para redução do tempo de hospitalização foram o favorecimento da relação precoce mãe-filho; a casa, não o berçário do hospital, seguramente é o lugar mais natural e mais conveniente para se estabelecer a relação mãe-filho; a redução do risco de infecção hospitalar e a economia de gastos hospitalares. A hospitalização prolongada é considerada preocupante e, em alguns casos, tem conseqüências desastrosas; primeiro, porque a privação materna afeta o crescimento e desenvolvimento da criança, comprometendo até a habilidade da mãe em cuidar desta; segundo, a distância por tempo prolongado é um dos maiores inimigos da amamentação; terceiro, os berçários estão freqüentemente superlotados, aumentando o perigo do bebê contrair infecção hospitalar; quarto, as implicações econômicas e a relação custo benefício devem ser consideradas.

Os critérios para a alta precoce do bebê prematuro devem estar atrelados à maturidade fisiológica e baseados nas habilidades dos pais, a saber: bebês com sinais vitais estáveis, em ar ambiente; as anormalidades devem ser sanadas ou tratadas, a ponto de estabilizá-las; alimentando-se através de mamadeira ou amamentado ao peito, a

mãe deve ter êxito ao alimentar o filho; os pais estão instruídos em todos os aspectos do cuidado da criança; os pais devem estar cientes da importância do acompanhamento em serviço de saúde, após a alta do filho (BERG & SALISBURY, 1971; McHAFFIE, 1990); a casa deve ser física e higienicamente adequada para receber o bebê; a mãe ou substituta deve saber de todos os cuidados que o bebê necessita (KENNER & LOTT, 1990).

Já é sabido os prejuízos da hospitalização para a criança e, nos últimos tempos, no Brasil, além do empenho dos profissionais da saúde em favor da presença do acompanhante na unidade de internação, na tentativa de minimizar os efeitos maléficos da hospitalização, a permanência da mãe ao lado da criança é um direito de cidadania, garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991).

Para HOSTLER (1991) o cuidado centrado na família é uma nova filosofia de cuidado que coloca a família, ao invés do hospital e da equipe médica, no centro de prestação de assistência. A autora afirma que a implementação desta forma de assistência requer mudança de atitude da família e dos profissionais da saúde tanto quanto exige reformulação da política e prática de saúde existentes. Dentro desta visão mais ampla da assistência hospitalar à criança, procuraremos focalizar, neste momento, a alta.

BAKER et al. (1989), BERNBAUN et al. (1989) e LADDEN (1990), ao discorrerem sobre a problemática da criança prematura, de baixo peso ao nascer e portadora de deficiência, que incluem o grupo de crianças com necessidades especiais, reforçam a importância do envolvimento da família e destacam o impacto que a alta destas crianças provoca nas mesmas, pois para muitas crianças não significa que sua recuperação está completa, mas sim que será apenas mudado o local de recuperação, do hospital para o domicílio. Isto, muitas vezes,

requer uma quantidade enorme de energia física e emocional dos pais que podem se sentir exaustos e isolados ao cuidarem dessa criança 24 horas por dia.

BERNBAUN et al. (1989) focalizam a criança que sai de alta com cuidados especiais e, às vezes, dependendo de algum tipo de tecnologia, como por exemplo oxigenoterapia, traqueostomia, dieta por gavagem, dentre outras. Relatam que, devido às suas necessidades de saúde, a criança torna-se o centro da família e as atividades do dia-a-dia são dificultadas. Na maioria das famílias, o cuidado desta criança pode provocar sérios problemas financeiros que, associados a outros fatores estressantes, geram discórdia conjugal, ciúme nos outros filhos, dentre outros. Descrevem a experiência da família no período pós-alta da criança em três estágios: o primeiro é de euforia e ocorre nas primeiras seis semanas, quando os pais se sentem super-felizes por terem o filho em casa; o segundo é representado pela falta de esperança e ocorre, em geral, entre seis semanas e seis meses após a alta, predominando a exaustão, e os pais começam a se conscientizar de que a criança é mais doente do que eles imaginavam; o estágio final é de aceitação, no qual os pais começam a integrar a assistência à criança e a complexidade do tratamento em suas vidas.

CENSULLO (1986) descreveu as emoções dos pais no momento da alta como contraditórias, variando entre a alegria, excitação, medo e insegurança, uma vez que, em casa, eles terão que assumir sozinhos os cuidados do filho. Neste sentido, a transição do bebê para o domicílio contribui na somatória do estresse familiar que se iniciou no nascimento da criança prematura.

Segundo LADDEN (1990) o aumento do estresse nos pais quando o bebê vem para a casa justifica-se por eles, muitas vezes, compararem à assistência que o filho vinha recebendo no hospital e se sentirem abandonados do apoio profissional após a alta.

BROOTEN et al. (1988) encontraram que as mães primíparas são mais ansiosas e menos confiantes em suas habilidades para cuidarem de seu bebê prematuro do que as múltíparas.

ARESON (1988) relata que o cuidado domiciliar do bebê de alto risco consome tempo, energia e recursos financeiros além de causar na família um isolamento social e emocional, intensificando o estresse pelo nascimento antes do termo.

GOODMAN & SOUVE (1985) entrevistaram 30 mães de prematuros e 30 mães de bebês a termo, identificando preocupações comuns em ambos os grupos, as quais incluíam alimentação, choro e sono, contudo, as mães de bebês a termo manifestaram níveis mais baixos de dificuldades em geral do que as mães de prematuros. Essas últimas tinham percepções mais negativas sobre o filho, como também acreditavam que o bebê não as viam como mãe e não sentiam que a criança lhes pertencia.

A literatura tem enfatizado a importância do preparo das mães para a alta hospitalar durante toda a hospitalização, reduzindo a ansiedade materna e aumentando a confiança delas no cuidado domiciliar do bebê de alto risco, facilitando a adaptação da família à criança após a alta hospitalar (CAGAN & MEIER, 1979; CONSOLVO, 1986; BROOTEN et al., 1988; EDWARDS, 1994; WIGGINS, 1994).

Tem sido sugerido, também, que algumas características físicas e comportamentais do prematuro, diferentes de um bebê a termo, dificultam a capacidade de adaptação com seus pais no ambiente domiciliar.

Entre as características do comportamento do prematuro que podem perdurar por meses na criança, dificultando seu relacionamento com os pais, destacam o sono e a capacidade de resposta a estímulos externos. O prematuro dorme mais do que o bebê a termo, diminuindo as oportunidades de interação entre mãe-filho e dificultando a

amamentação (BARNARD et al., 1984). Estes bebês são menos responsivos a estímulos, requerendo do adulto maiores esforços de estimulação, e ao apresentarem menores índices de respostas podem, muitas vezes, desestimular as mães (BECKWITH & COHEN, 1979).

STEELE (1987) afirma que o fato da mãe não poder desenvolver os cuidados básicos de seu filho, durante a hospitalização, e que o fato da equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) assumir funções maternas, pode levá-la a se sentir confusa sobre o que se espera dela neste período. Este aspecto foi confirmado por McLOUGHLIN (1995) e STEELE (1987) que afirmam que há necessidade das mães redefinirem seus papéis, utilizarem mecanismos de luta, sistema de apoio e tentativas de lidar com os intensos estressores internos situados que acompanham este evento. STEELE (1987) descreve os principais aspectos que as mães de prematuros devem resolver se estiverem dispostas a se adaptarem com sucesso a eles: lidar com a perda, superar as barreiras relacionadas à ligação e obter informações adequadas sobre as necessidades atuais e futuras do bebê.

WIGGINS (1994) destaca políticas e condutas adotadas na UTIN que facilitam a adaptação da mãe à criança, tais como a prestação de assistência não só dirigida ao corpo biológico do bebê, mas envolvendo-o enquanto um ser biopsicossocial, numa visão holística, entendendo a função da família, principalmente após a alta hospitalar, e então, desenvolvendo cuidados envolvendo a família no processo assistencial. Este tipo de atendimento relaciona-se ao apoio aos pais desde o nascimento do bebê, durante toda a hospitalização, inclusive na UTIN, e após a alta hospitalar, sendo demonstrado resultados bastante positivos na adaptação da família com o bebê de alto risco, após a alta hospitalar.

Já no início do século, 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 um certo número de mães abandonavam as crianças cujas necessidades elas não tiveram que atender, perdendo o interesse pelas crianças (KLAUS & KENNEL, 1995). Budin incentivava as mães a amamentarem e a participarem do cuidado dos seus filhos nos berçários que chefiava.

Reforçamos a importância do envolvimento da família no preparo da alta e, principalmente, na tomada de decisão. 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. Segundo BAKER et al. (1989) e MADEIRA (1994), é no momento da admissão que a primeira etapa do preparo da alta se inicia.

BAKER et al. (1989) falam sobre o plano de alta e ao discutirem suas etapas caracterizam-no como plano de ensino para a alta. Afirmam, ainda, que esse ensino é parte integrante do processo educativo, incluindo a orientação à família acerca do que necessita saber e compreender sobre o estado de saúde e necessidades do filho.

Para BAKER et al. (1989), o componente essencial de um plano pedagógico próspero é uma avaliação familiar precisa e completa. Esta avaliação examina primeiramente o grau de estresse específico da família e o sistema de apoio disponível. A habilidade de uma família para lidar com uma crise ou situação estressante é influenciada pelos apoios disponíveis. Os dados básicos da história social incluem informações sobre a residência da família, composição familiar, emprego dos pais, estabilidade familiar, conflitos entre eles, história prévia de gravidez, experiência neonatal ou problemas que podem ajudar no planejamento apropriado da alta.

O plano pedagógico descrito por BAKER et al. (1989) permite à equipe identificar os déficit de conhecimento de cada família em particular e planejar intervenções para corrigí-los. Os autores trazem duas listas de tópicos que devem ser lembrados no ensino de pais de bebês com algum risco, uma geral e outra específica.

Os tópicos pedagógicos gerais incluem: cuidados físicos como troca de fralda, amamentação, ganho ponderal, cuidados com circuncisão, imunização; segurança infantil envolvendo supervisão adequada, assentos de carro, aquisição de bonés infantis, armazenamento de medicações e produtos de limpeza, segurança elétrica, prevenção de odores irritantes em casa, como de tinta; ressuscitação cardio-pulmonar; assuntos sobre o desenvolvimento como idade corrigida, estimulação e posicionamento infantil; estado de saúde atual e seguimento, incluindo sinais indicativos de problemas de saúde urgentes, agendamento do seguimento; informações acerca da paternidade/maternidade como o enfrentamento do choro e irritabilidade, brinquedos, vestuário e móveis, ajustamento entre irmãos, importância do tempo pessoal, pausa no cuidado e existência de babá; números de telefones importantes como aqueles pertinentes a assistência primária, UTIN, emergência local, equipe de salvamento, controle de tóxicos e polícia. Nos tópicos pedagógicos específicos constam: processo doença/seqüela; habilidades na avaliação física envolvendo sinais vitais (temperatura, pulso e respiração), avaliação da cor, padrão respiratório, secreção, equilíbrio hídrico, estado neurológico, mudança de apetite e de comportamento; administração de medicamentos de acordo com horário, via e dosagem, omitindo ou repetindo uma dose, efeito desejável, indesejável e colateral; tratamento e procedimentos como fisioterapia respiratória, sucção, oxigenioterapia, cuidados com a traqueostomia, terapia de inalação, mecanismo ventilatório, cuidados com a colostomia, gavagem,

alimentação por gastrostomia; uso e manutenção de equipamentos através de resposta aos alarmes, preocupação com panes, limpeza e esterilização, mantendo registro, transportando os equipamentos; questão de segurança relativa ao uso de oxigênio, monitores, traqueostomia, armazenamento de medicações; números de telefones importantes como o da farmácia e da companhia de equipamentos médicos; seguimento envolvendo a avaliação do desenvolvimento, visão, audição e odontológica, fisioterapia, fonoaudiologia; orientação antecipatória sobre as necessidades emocionais e sociais da família, rehospitalizações, alternativas de cuidado domiciliar (BAKER et al., 1989).

Uma vez completa a avaliação familiar, o planejamento da equipe pode ser ajustado. A equipe determinará as necessidades de preparo da criança e família para o cuidado domiciliar. No planejamento da alta há a participação de uma equipe multiprofissional que, normalmente, inclui a enfermeira de cuidados primários, neonatologista, assistente social, terapeuta respiratório, terapeuta físico e profissionais do banco de leite, mas a enfermeira é o membro da equipe ideal para assumir o papel principal no planejamento da alta. Deve ser programada uma reunião na qual equipe e família clarificam as expectativas e desenvolvem um plano de ação. É imperativo que os pais sejam incluídos no planejamento e decisão no processo, facilitando o compromisso deles frente ao plano e, freqüentemente, aliviando a ansiedade deles associado à alta eminente (BAKER et al., 1989).

BAKER et al. (1989) abordam sobre a importância de ensinar um cuidador adicional para ajudar os pais. Estas pessoas podem ser os avós, parentes, amigos, irmãos mais velhos e babás. Ao assegurar um número adequado de pessoas preparadas, o apoio da família é maximizado e o potencial para isolamento desta é diminuído.

Para implementar o plano pedagógico, BAKER et al. (1989) acreditam que a equipe deve desenvolver estratégias pedagógicas que incluem material, impressos, audiovisual e demonstração. Para o desenvolvimento de habilidades técnicas deve-se ensinar o cálculo e preparo de medicações, alimentação por gavage, uso de equipamentos; os pais devem demonstrar o aprendizado executando a tarefa. Com a aproximação da alta, os pais devem assumir as responsabilidades pelo cuidado primário da criança. Algumas instituições têm “unidades de cuidado-por-pai” que ficam sob supervisão da enfermagem.

CALLERY & SMITH (1991), ao discutirem o papel dos pais e do enfermeiro na assistência à criança hospitalizada, dizem que existe uma expectativa de que os pais se tornem profundamente envolvidos no cuidado do filho hospitalizado.

Para BAKER (1989), LADDEN (1990), AHMANN & LIERMAN (1992) e MADEIRA (1994), o papel do preparo para a alta é atribuído ao enfermeiro, justificando que é ele quem está mais próximo da criança e da família e que possui uma visão mais ampla das necessidades de saúde da criança.

LADDEN (1990) alude, em seu estudo sobre o impacto do nascimento pré-termo na família, que a enfermeira de cuidados primários deve ensinar a família sobre medicamentos, terapia e horários de alimentação, equipamento e instrução sobre sinais de angústia respiratória do bebê, a fim de ajudar as rotinas familiares e permitir aos pais participarem no cuidado, o que minimiza o impacto na transição da criança em UTIN para o domicílio.

Estudos do final da década de setenta e oitenta, como os de DAVIES et al. (1979) e LEFEBVRE et al. (1982), mostram a tendência e os efeitos da alta precoce do bebê prematuro. LEFEBVRE et al. (1982) estudaram os efeitos da alta precoce, de crianças que saíram de alta hospitalar com aproximadamente 2.000g de peso. As 21 crianças

do estudo não possuíam problemas clínicos, o ganho ponderal era adequado, controlavam a temperatura corporal em ar ambiente, todas com aleitamento materno e a mãe estava treinada para receber o bebê em casa. A duração de hospitalização destas crianças foi reduzida em 11,6 dias. O resultado deste trabalho, que promoveu visitas domiciliares às crianças, é que a alta precoce pode ser encorajada, pois reduz os custos de cuidado intermediário em berçários neonatais, garantindo um número maior de pessoal para as crianças que requerem cuidado intensivo, bem como ajuda no favorecimento da relação mãe-filho. Concluindo, a alta precoce de crianças entre 2.000g (SD=100g), para um domicílio adequado, é segura, desde que elas tenham seguimento sistematizado.

DAVIES et al. (1979) também selecionaram, para estudo randomizado, 20 crianças de 33 semanas de gestação e de baixo peso de nascimento que tiveram alta da UTIN antes de atingir o peso tradicional para a alta de 2.000-2.500g, prática difundida na Inglaterra; 20 outras crianças tiveram alta quando estavam clinicamente bem, destes, 15 pesavam menos que 2.000g na alta. Os autores fizeram uma tentativa controlada para investigar a praticidade e a segurança da alta precoce dos prematuros. Anteciparam três possíveis complicações da alta mais cedo que o tradicional: problemas com a alimentação, resultando em menor ganho de peso e readmissão no hospital; ansiedade materna em cuidar de um bebê tão pequeno em casa e o aumento considerável dos atendimentos da enfermeira-visitadora em saúde. Nenhum destes problemas foi percebido. O ganho de peso foi satisfatório no pós-alta e nenhum deles foi readmitido no hospital. Quando as mães foram vistas com os bebês na clínica de seguimento, elas foram estimuladas a expressar as preocupações sobre a chegada precoce dos seus filhos em casa e não estavam mais preocupadas que quaisquer outras mães dos “bebês de alta

tradicional”. Também fazem referência de que enviando bebês saudáveis mais cedo para casa, permite à enfermagem mais tempo disponível ao cuidado de bebês doentes hospitalizados.

Estes estudos, enfatizam a visita domiciliar freqüente de enfermeiras, a adequação da casa para receber o bebê e o seguimento do bebê após a alta, todavia, não detalham o preparo da mãe no cuidado do filho.

A tendência está certamente em encorajar a alta precoce e em delegar aos pais cuidados cada vez mais complexos, o que requer a inserção destes na assistência hospitalar e o seu preparo efetivo para esta tarefa.

Foram encontrados poucos estudos que pesquisaram a aprendizagem ou as necessidades de aprendizagem de pais de prematuros, embora alguns autores fizeram alusão a estas necessidades.

BROWN (1986) examina os projetos destinados às mães de prematuros ou de crianças nascidas de baixo peso. Em seu estudo tendo como objetivos identificar e descrever características específicas de cada projeto de aprendizagem relacionado ao nascimento e ao cuidado destas crianças, entrevistaram 33 mulheres inglesas, entre 19 e 43 anos, que tinham dado à luz a crianças prematuras que estavam, na data da entrevista, entre seis e doze meses. Identificaram os tópicos dos 193 projetos de aprendizagem encontrados e agrupados, pela autora, em 10 categorias:

1 – *desenvolvimento infantil* – 26 projetos que incluíram as fases do desenvolvimento normal e marcos desenvolvimentais, desenvolvimento lento, desenvolvimento comportamental e intelectual, possibilidades de lesão cerebral, erupção de dentes e estímulo para melhorar o desenvolvimento;

2 – *mudanças no estilo de vida* – 23 projetos relacionados ao rearranjo de estilos de vida, envolvendo ajustamento do tempo, combinação entre trabalho e maternidade, escola e maternidade;

3 – *cuidado hospitalar da criança* – 23 projetos relacionados à icterícia, fototerapia, infusões endovenosas, uso de incubadora e ventilador, testes diagnósticos, alimentação por gavage, monitores, bradicardia e apnea, infecções e antibióticos e separação da criança;

4 – *aprendendo sobre si própria* – 21 projetos relacionados ao nascimento prematuro, sentimentos de culpa, significado de maternidade e ajustando-se rapidamente ao nascimento;

5 – *convivendo com a criança prematura em casa* – 21 projetos que incluíam aprendizagem sobre as características e hábitos de uma criança prematura (dormir, respirar, personalidade, etc), aprendendo o cuidado de um bebê pequeno, tratando a criança como um “sobrevivente” e não superprotegê-la;

6 – *cuidados básicos com a criança* – 19 projetos que incluíam aprender pela primeira vez ou revisar o cuidado da criança;

7 – *alimentação infantil* – 18 projetos na área de aprendizado, abordando sobre a ênfase das mães em aprender sobre o cuidado básico com a criança. Mães descreveram aprendizagem sobre amamentar, ganho de peso do bebê e problemas com a alimentação (bebê sonolento, sufocamento, inabilidade para sugar, regurgitação e alimentação freqüente);

8 – *relações familiares* – 18 projetos relacionados à rivalidade de irmão, disciplina, relações com o marido e controle de natalidade;

9 – *saúde da criança* – 15 projetos relacionados a preocupações que variam de problemas relativamente secundários como resfriados, alergias, febres e imunizações, para problemas como pneumonia, meningites e estenoses pulmonares. Outras preocupações incluíram

problemas oculares e de orelha, deformidade de pé, cólicas, diarreia, circuncisão e asma;

10 – *nascimento cesáreo* – 3 projetos não se ajustaram nas categorias anteriores. Estes projetos foram relacionados à procura de um novo médico e síndrome da morte súbita, entre outros.

Os recursos de aprendizagem foram categorizados como: profissional (em primeiro lugar aparecem as enfermeiras, depois doutores e nutricionistas) e não-profissional (amigos, marido, parentes); impressos (livros, jornais, folhetos e revistas); outros (filmes, televisão, o quadro de crianças hospitalizadas). A maioria das mães indicou algum tipo de obstáculo ao aprendizado que a autora categorizou-os como internos (ansiedade, medo, insegurança, raiva, frustração, e culpa) e externos (respostas insatisfatórias de profissionais, falta de alguém para conversar sobre o problema, inacessibilidade aos recursos impressos apropriados). Outros obstáculos incluíram recomendações incompatíveis relativas a alimentação da criança. Algumas mães expressaram dificuldade em entender a terminologia médica. A maioria das mães identificou aspectos positivos e benefícios dos projetos, como habilidade para entender as situações, habilidade para usar a aprendizagem imediatamente ou em situações futuras, confiança aumentada, satisfação interna, compartilhar a aprendizagem com o marido, família, amigos e outras mães de bebês prematuros. As mães identificaram como tópicos mais importantes do aprendizado, o auto-conhecimento, mudança de estilo de vida, cuidados com a criança e desenvolvimento infantil (BROWN, 1986).

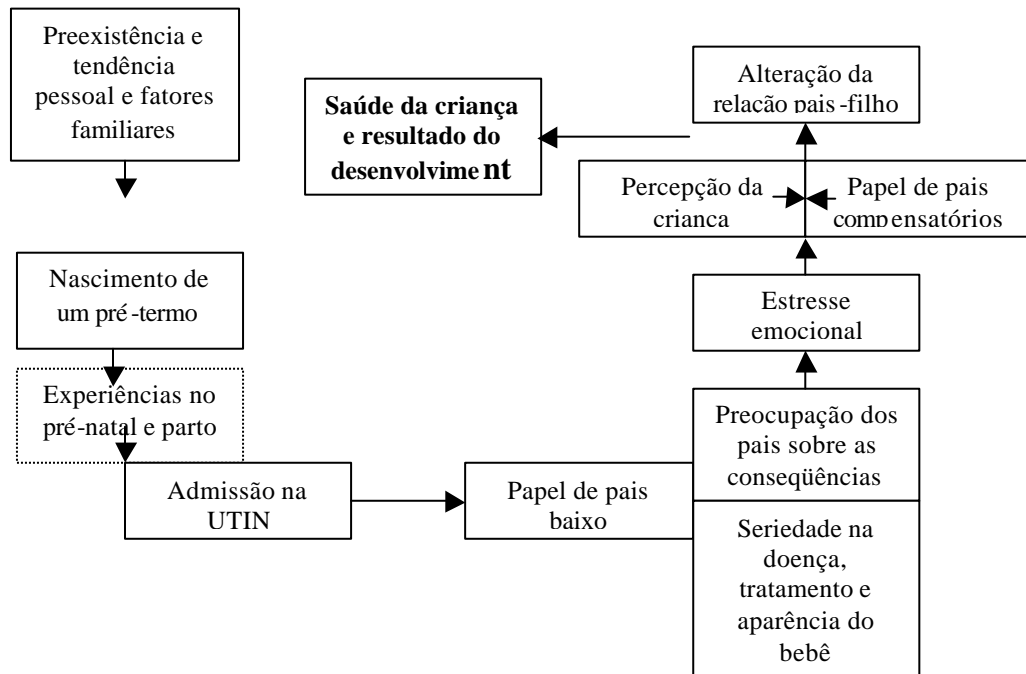
Para a autora, as enfermeiras devem estar atentas às necessidades de aprendizagem e ao potencial das mães de crianças prematuras e serem sensíveis aos fatores como prontidão em aprender e possíveis obstáculos ao aprendizado. Para executarem um projeto de

aprendizado adequado, as enfermeiras devem estar familiarizadas com os tópicos citados no estudo.

MILES & HOLDITCH-DAVIS (1997), no estudo sobre a influência de protocolos (*pathways*) para pais de crianças nascidas pré-termo, aludem para o fato de que estes se sentem freqüentemente aliviados e felizes com a alta da criança, mas também experimentam muitas vezes sentimentos de impotência e infelicidade ao assumirem a responsabilidade total pela criança prematura, pois não se sentiam preparados para assumir as responsabilidades de pais na alta. Os autores atribuem este despreparo à falta de informações e de preparo sobre o bebê prematuro, como alimentação, cólicas e ganho de peso, sobre infecção e outros problemas de saúde, como respiração ruidosa e reconhecimento de doenças, sobre cuidados, inclusive crescimento e desenvolvimento e sobre o comportamento do bebê, como choro e sono.

O *Mother-Infant Transaction Program or Vermont Infant Studies Project* é um programa que permite à mãe, apreciar as características de comportamento e temperamentais específicas do bebê prematuro, sensibilizando-a sobre as manifestações sugestivas do bebê, e lhe ensinando a responder adequadamente a estas sugestões. O projeto implantado por uma enfermeira neonatal incluía o preparo de pais para a alta do bebê prematuro. Os resultados apontam o aumento da autoconfiança materna, satisfação e melhora da percepção materna acerca do temperamento infantil. Com este programa de intervenção desenvolvido no hospital, incluindo a educação de pais de crianças prematuras, o grupo de intervenção teve melhor desenvolvimento mental e físico nos 24 primeiros meses de vida e melhorou a interação pais-filho (MILES & HOLDITCH-DAVIS, 1997).

A figura que se segue retrata o impacto do nascimento pré-termo sobre a família.



Fonte: Figura 1 – MILES, M.S.; HOLDITCH-DAVIS, D. Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Semin. Perinatol.*, v.21, n.3, p.254-66, 1997.

Baseada na sua pesquisa com pais de crianças prematuras, MILES & HOLDITCH-DAVIS (1997) apresentaram um modelo útil para intervenções clínicas com pais. Neste modelo, sugerem a preexistência de fatores pessoais e familiares simultâneos, como idade dos pais, relações de gênero, estado socioeconômico, situação de emprego, características de personalidade, configuração familiar, nível de apoio social e perda prévia de uma criança ou risco de perda quando uma criança nasce prematura. Alguns destes fatores, como angústia financeira ou a situação de emprego, podem ser agravados pela doença. Pais podem ver a criança pré-termo diferentemente de uma criança saudável nascida a termo. Pelas crianças terem

sobrevivido e/ou apresentarem possíveis seqüelas, os pais acreditam que estas são vulneráveis, tentando compensá-las não fixando limites apropriados para a idade e negando os problemas de saúde contínuos ou problemas de desenvolvimento.

Ainda segundo esses autores, é extremamente importante que os pais recebam ajuda no estabelecimento do papel de pais. Permitindo, assim, que estes sejam capazes de tomar decisões sobre o cuidado da criança e sintam que têm o controle. Isso pode ser promovido na UTIN incentivando os pais a alimentar o filho, banhá-lo, sendo extremamente útil para reforçar a importância do papel de pais. Eles precisam de muito apoio e informação sobre os cuidados do filho prematuro, como alimentação, eliminação, crescimento, necessidades especiais e sobre a prematuridade, além de informações sobre problemas de saúde aparentemente secundários, como infecções respiratórias que causam dificuldades respiratórias e hérnias que precisam de vigilância e eventual cirurgia, as quais afligem altamente os pais. Os pais devem ser orientados, ainda na UTIN, sobre relação de compensação, estímulo e excitação do prematuro, atenção, superproteção, disciplina e o impacto na família. O desenvolvimento do prematuro deveria fazer parte dos assuntos a serem tratados com os pais. Porém, é imperativo, para as autoras, que estes programas focalizem as necessidades das crianças e de seus pais. Tais intervenções para pais, durante a hospitalização do prematuro, são um desafio para os profissionais da saúde, especialmente neonatologistas, enfermeiras neonatais e assistentes sociais; as intervenções fazem a diferença no desenvolvimento e nos resultados de saúde da criança.

EDWARDS (1994) comenta a importância do papel da enfermagem e da assistente social no preparo das mães para a alta do bebê de alto risco, e que a elaboração de um plano de alta individualizado contemplando as necessidades especiais de cada

criança, inserida numa unidade familiar, com suas características e necessidades próprias, é a chave para o sucesso na adaptação da criança no pós-alta.

CROSSE (1957) observa que a educação da mãe sobre o cuidado do filho prematuro é de extrema importância e, em cada hospital, esse aspecto deve ser planejado adequadamente como parte essencial do trabalho. Quando possível, convém que a mãe permaneça muitos dias no hospital, antes da alta do filho, para que, com supervisão, adquira completa responsabilidade no cuidar dele.

KLAUS & KENNEL (1978) ressaltam a necessidade que a mãe de recém-nascido prematuro tem de ser encorajada a aceitar o filho e a aprender a cuidar dele. Ela precisa saber se ajustar às necessidades do prematuro e desenvolver habilidades para tratar dele.

Para WINNICOTT (1982) a qualidade da relação mãe-filho vai depender do nível de tensão e preocupação causados pelo medo da mãe em cuidar do seu bebê.

BEHRMAN et al. (1973) relatam que, com frequência, nos casos de recém-nascido de alto risco, a mãe recebe alta hospitalar algum tempo antes da criança. Neste caso, ela deve ter a oportunidade de voltar ao hospital periodicamente e de dar assistência ao filho prematuro. À enfermeira incumbe utilizar tal oportunidade para estimular a mãe no cuidado do filho.

Desde a década de 50, a ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (1957) aconselha a realização de reuniões educativas com os pais, antes e depois da alta da criança. A enfermagem deve indagar a mãe sobre as condições da casa, a capacidade da família para assistir eficazmente o bebê, se entre os familiares não há doença, se a casa dispõe dos equipamentos necessários ao cuidado do recém-nascido. Recomenda ainda que a mãe deve ser instruída quanto aos preparativos

para receber o filho e demonstrar, de forma prática, os diversos aspectos do seu cuidado.

Consideramos que o preparo para alta deve estar presente desde a internação do prematuro na unidade neonatal, a fim de que possibilite à mãe, a oportunidade de ter orientações e executar os procedimentos de cuidado sob supervisão de uma enfermeira. Concordamos com DUNHAM (1959), que afirma que a orientação à mãe de prematuro, sobre cuidados com o mesmo, deverá ser iniciada bem antes da alta hospitalar, incluindo a manutenção da lactância materna.

Todavia, isso nem sempre ocorre. Em um estudo, FELICIANO (1999) entrevistou no domicílio, 30 a 40 dias após a alta hospitalar do bebê, 27 mães de prematuros e baixo peso egressos de uma UTIN do município de São Carlos-SP, que tiveram alta hospitalar no período de maio a dezembro de 1996. A autora estuda a rede de apoio social utilizada por estas mães, verificando que 56,4% das entrevistadas mencionaram que as informações oferecidas a elas sobre o cuidado domiciliar do prematuro ocorreram no momento da alta hospitalar e 34,6% na última semana que antecede a alta. Constata ainda, a falta de ações sistemáticas dirigidas ao atendimento das necessidades afetivas da mãe decorrentes do nascimento prematuro e da internação do bebê na UTIN, como também a inexistência de práticas dirigidas ao encorajamento e envolvimento materno no contato pele-a-pele com o filho, nos cuidados básicos diretos com o bebê e no incentivo ao aleitamento materno, de modo a prepará-la, gradativamente, para a alta hospitalar da criança. Pondera que, sendo as orientações recebidas no hospital referentes ao preparo dos pais para o cuidado domiciliar do prematuro, gerais, sem uma padronização e geralmente, ocorrendo no momento da alta, ocasião em que há estresse na família e a mãe não se encontra apta a absorver novos aprendizados.

ZIEGEL & CRANLEY (1980) recomendam que os pais sejam animados a cuidar do seu bebê prematuro, progressivamente, e estimulados a manter contato direto com ele, para se capacitarem no cuidado cada vez melhor do filho. Sugerem que, antes da alta do prematuro, a mãe passe vários dias no hospital, dando assistência completa à criança.

HOWARD et al. (1966) enfatizam que a enfermeira deverá explicar às mães as diferenças que vão existir entre os cuidados que se dão ao bebê no berçário e em casa, mas lembrando sempre que os princípios são os mesmos. Acentuam, ainda, a importância da orientação às mães de bebês prematuros, com a finalidade de proporcionar confiança e segurança aos pais nos cuidados com o bebê. As mães devem assistir as demonstrações de cuidados e atender seus filhos, tantas vezes quantas forem necessárias, até que a enfermeira as julgue capacitadas para a incumbência.

Em um estudo realizado por BARBIERI (1981), em dois hospitais-escola e uma maternidade que atendem, na grande maioria, mulheres economicamente desfavorecidas do município de São Paulo-SP, entrevistou 368 mães de prematuros internados. Ao indagar sobre o conhecimento acerca das características físicas de bebês prematuros e dos cuidados que o prematuro deve receber no domicílio, verificou que 54,62% das entrevistadas declararam não saber como é um prematuro e 47,56% afirmaram que o prematuro necessita de cuidado igual ao recém-nascido normal. Das entrevistadas, 54,35% responderam não saber a maneira de amamentar o prematuro e 51,09% não sabiam se o prematuro tem maior facilidade para contrair doenças do que um recém-nascido a termo.

Neste mesmo estudo, apenas 36,95% demonstraram interesse em aprender a dar cuidados ao filho prematuro, dentre as quais 64,71%, apesar de terem pedido orientação ao pessoal de enfermagem, não

foram atendidas. As principais razões apresentadas pelas mães que não receberam qualquer tipo de orientação sobre o cuidado com o filho prematuro foram relacionadas ao pessoal (“falta de tempo dos funcionários” e “ausência de pessoal no berçário”), e à rotinas não-flexíveis (“orientação dada por ocasião da alta do prematuro”). As 63,05% mães que não se interessaram em adquirir conhecimentos sobre o prematuro e sobre os cuidados que ele necessita receber, justificaram tal atitude com as alegações: “sabe cuidar do prematuro” (34,48%); “não sabe a quem perguntar” (34,48%); “apresenta reação emocional” (51,73%).

Outro dado sobre o preparo da alta durante a hospitalização é a referência das mães de que 74,1% de todas as informações foram ministradas apenas de forma verbal, inclusive sobre o aleitamento materno e administração de mamadeiras; apenas 25,9% incluíram o ensino prático. Estas referências das mães vêm de um estudo realizado por FELICIANO (1999), citado anteriormente, ressaltando que pelas falas maternas, as orientações são normativas e genéricas para todas as mães, não havendo intervenções sistemáticas.

EDWARDS (1994) afirma que o ensino no momento da alta hospitalar para as mães de bebês nascidos de alto risco, raramente, tem sucesso devido aos altos índices de estresse neste momento e à falta de tempo dos pais para incorporarem novos ensinamentos.

Infelizmente, o ensinamento muitas vezes normativo e genérico, dado à mãe já no momento da alta, é o principal motivo das dificuldades e preocupações no cuidado domiciliar do bebê de alto risco.

As dificuldades verbalizadas pelas mães, para o cuidado do filho pré-termo no domicílio, no estudo de FELICIANO (1999), foram: *manuseio do bebê durante o banho, troca de roupas e fralda* (5 primíparas e 22 múltíparas), destacando que a maioria destas mães não

tivera a oportunidade de segurar ou desenvolver algum cuidado com o bebê, durante o período de internação hospitalar; *administração de mamadeira* (5 primíparas e 22 múltíparas); *dificuldade financeira do cuidado* (4 primíparas e 11 múltíparas), sendo citado os altos preços do leite artificial o que reforça o encorajamento ao máximo do aleitamento materno, orientando as mães na manutenção da lactação até que a criança possa sugar no peito; *problemas na adaptação da criança ao ambiente familiar* (5 primíparas e 8 múltíparas), sendo citado o choro excessivo do bebê e o fato dele estranhar as pessoas da casa.

Para EDWARDS (1994), a habilidade em alimentar o bebê prematuro deve ser exaustivamente ensinada durante a hospitalização, reforçando nos pais a capacidade de reconhecer problemas e distúrbios e a importância do monitoramento do peso e nutrição.

Em estudo descritivo, McKIM (1993) investigou as dificuldades de 56 mães de bebês prematuros, no domicílio, na primeira semana após a alta da UTIN, com vistas a utilizar estes dados para melhorar o ensino e o programa de apoio oferecido pelo hospital e por enfermeiras de saúde da comunidade. Os dados foram coletados através de entrevista feita às mães que passaram por uma clínica de seguimento perinatal entre abril e outubro de 1987, em Newfoundland, Canadá. Os resultados mostram que as mães do estudo acharam a primeira semana no domicílio com o bebê prematuro difícil, e atribuíram essa dificuldade às orientações que receberam ainda no hospital. Verbalizaram que as informações recebidas eram semelhantes às das mães de recém-nascidos saudáveis, mais especificamente que não receberam informações dirigidas às necessidades particulares de seus bebês. Desta forma, observa que o problema não era a quantidade de informação recebida pelas mães, mas sim o tipo específico que elas receberam. As mães expressaram preocupações sobre a respiração do

bebê, ganho de peso, comportamento, alimentação, não sabiam dar banho, nem a melhor forma de administrar o sulfato ferroso.

Estes dados nos remetem às várias problemáticas existentes nos berçários de bebês prematuros concernentes ao preparo da mãe para a alta hospitalar do seu filho.

Através de nossa inserção na unidade neonatal, percebemos as dificuldades e escassez de materiais didático-instrucionais dirigidos à clientela e que as atividades de orientação e treinamento das mães para a alta hospitalar de seus filhos eram individuais, não havendo troca de experiências, e muitas vezes normativas, sem utilização de nenhum material de apoio e criativo.

Sabemos das dificuldades e escassez de recursos (físicos, humanos, estruturais, de equipamentos e de materiais) que vivenciam grande parcela dos serviços de saúde. Por outro lado, não é possível ficarmos imobilizados até que mudanças macro-estruturais e sociais ocorram. Na prática cotidiana em berçário de prematuro, há espaço para o desenvolvimento de atividades educativas, visando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Preocupados com as estratégias e instrumentos passíveis de uso nas atividades de Educação em Saúde dirigidas às puérperas em alojamento conjunto neonatal, elaboramos como material didático-pedagógico, um jogo educativo contendo perguntas e respostas sobre o banho do recém-nascido a termo, cuidados com o períneo, banho de sol, cólica, choro, uso de chupeta, direitos da mãe que trabalha, curativo do coto umbilical, vestuário, monilíase oral, icterícia, tétano neonatal, teste do pezinho, cuidados com as mamas, traumas mamilares e a amamentação materna, desmistificando as temáticas que perpassam o período neonatal. Para a confecção do jogo, lançamos mãos de tecnologia simplificada, artesanal, manufatura barata e acessível. Consta de um tabuleiro colorido com percurso dividido em

26 caselas, tendo ponto de saída e de chegada dos jogadores; 50 cartas contendo perguntas sobre as temáticas citadas e, no verso, as respectivas respostas; dois dados e peões coloridos representando cada jogador ou dupla. O número mínimo de jogadores é 4 e o máximo 12, formando-se duplas caso o número de jogadores seja superior a 5. Na dinâmica, cada participante ou dupla retira uma carta e se acertar a questão, caminha no tabuleiro o número de casas correspondente à soma de pontos obtida no lançamento dos dados. Ganha o jogo aquela(s) que chegar(em) primeiro ao final do percurso. Estimula-se participação de outras mães para completar as respostas às questões formuladas (FONSECA & SCOCHI, 2000).

Posteriormente, realizamos estudo tendo como objetivos descrever a vivência do enfermeiro no desenvolvimento e utilização deste jogo educativo e identificar as opiniões das mães sobre essa vivência. Foi realizado em uma maternidade filantrópica do município de Ribeirão Preto-SP. Por tratar-se de um estudo descritivo, discorremos sobre nossa vivência na utilização desse jogo educativo como estratégia de Educação em Saúde e para a opinião das puérperas sobre essa vivência, a amostra constituiu-se de 30 participantes, em 3 grupos de atividades. Ao final de cada grupo educativo, as mães foram estimuladas a expressarem suas opiniões acerca do uso do jogo como estratégia de ensino-aprendizagem, as quais foram registradas em um diário de campo. Para a análise dos dados, utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Análise Temática. Apreendemos que o jogo educativo, enquanto nova estratégia para Educação em Saúde, contribuiu para ampliar o conhecimento das mães sobre a relevância do aleitamento materno, o auto-cuidado com as mama e os cuidados básicos com o recém-nascido. Houve troca de experiência entre as participantes e abertura para discussão de mitos e atitudes de risco para a saúde do bebê. O jogo educativo foi considerado pelas mães

como uma estratégia divertida e estimulante, deixando-as mais atentas e soltas, abertas a aprender e a ensinar. Essa experiência opoizou desenvolver a atividade de Educação em Saúde de maneira descontraída e criativa, utilizando recursos não usuais desta prática, estimulando a participação efetiva tanto das puérperas como dos profissionais de saúde (FONSECA et al., 2000).

A revisão da literatura sobre o impacto na família do nascimento prematuro e da hospitalização do bebê na UTIN revela que não só a criança, mas também, sua família têm necessidades especiais. Desta forma, é importante elaborar estratégias e instrumentos para dar conta das novas necessidades que se apresentam no trabalho dirigido a estas famílias, reintegrando a criança à família e incluindo a mãe, gradativamente, no cuidado da criança e na tomada de decisões ainda durante a hospitalização. Tais estratégias devem ser incorporadas em um plano de treinamento e preparo da mãe para a alta hospitalar da criança.

Acreditamos que os materiais didáticos dinamizam as atividades de Educação em Saúde, assim, sentimo-nos estimuladas e empenhadas em construí-los.

Detectamos uma carência dos materiais educativos em serviço, podendo por em risco a prática educativa, tornando-a monótona, desestimulante, repetitiva e desinteressante para o profissional e a clientela.

A área da Educação em Saúde vem propondo o desenvolvimento de estratégias e técnicas que estimulem a participação, troca de saberes e o desenvolvimento da consciência crítica, sempre com vistas à melhoria da qualidade de vida. Isso requer uma proposta pedagógica, concretizada pela adoção de uma didática que favoreça a participação da clientela, e que instrumentalize para uma participação responsável, criativa e produtiva.

Assim, nosso interesse é que, desde a construção de instrumentos, até a utilização, seja feita de forma participativa, envolvendo os profissionais que normalmente são responsáveis pelo treinamento materno bem como as próprias mães.

Abordamos a seguir, aspectos pertinentes ao processo ensino-aprendizagem para melhor fundamentar nossa proposta de desenvolver um material educativo de forma participativa.

2.3 O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Inicialmente, procuramos fazer uma aproximação à temática *Educação* e apresentar uma breve narrativa histórica sobre a Educação em Saúde e, finalmente apontamos para a necessidade de desenvolvimento de material educativo para a área de Enfermagem Neonatal, delimitando o nosso objeto de estudo.

A Educação em Saúde, não é delineada somente como prática pedagógica, mas considerada também como prática social que passou por transformações através dos tempos.

Como processo pedagógico, a Educação em Saúde concebe o homem como sujeito principal, responsável por sua realidade. Procura instrumentalizar as pessoas para a identificação dos problemas de saúde, a análise de suas causas e conseqüências em relação às suas práticas diárias. Como prática social, a Educação para a Saúde deve ser compreendida como processo de transformação, que leva os indivíduos a desenvolverem uma visão crítica acerca de suas condições, estimulando-os ao gerenciamento de seus recursos pessoais e institucionais e à adoção de soluções específicas, tanto individual como de comunidade (BRASIL, 1992b).

Para melhor compreensão deste processo pedagógico e social, algumas considerações devem ser feitas.

Para GOHN (1999), a Educação ganha importância na era da globalização porque o elevado grau de competitividade ampliou a demanda por conhecimentos e informação. Entretanto, a diferença entre hoje e ontem não é apenas quanto ao aumento da demanda, mas quanto à qualidade e ao tipo de educação a ser oferecida.

A autora coloca que o modelo de Educação atual é totalmente diferente do implantado no século XIX, pois está centrado nos indivíduos como atores sociais, e não apenas como

trabalhadores/produtores ou consumidores de bens e mercadorias. Aborda a Educação como promotora de mecanismos de inclusão social, que promove o acesso aos direitos de cidadania, o que alarga os domínios da Educação para além dos muros escolares e resgata alguns ideais, como, por exemplo, o de civilidade.

No ensino tradicional, como muitos dos ranços herdados da política educacional, ou de um país cuja prioridade não era formar cidadãos livres, conscientes e críticos, o objetivo consistia em preparar mão de obra para o mercado de trabalho, simplesmente, sem a mínima preocupação com a formação do homem como um todo.

A Educação em Saúde teve seu desenvolvimento intimamente ligado ao desenvolvimento do Setor de Saúde e a evolução das práticas pedagógicas, determinadas muitas vezes pelas conjunturas político-sociais.

Nesta perspectiva, o homem era considerado como inserido num mundo que irá conhecer através de informações que lhes serão fornecidas e que seriam as mais importantes, úteis e necessárias. É um receptor passivo, que repetirá informações recebidas.

Paulo Freire foi o introdutor de um enfoque renovador e de marcada constatação da influência sócio-política na educação e na pesquisa educativa dos países latino-americanos, a partir da década de 60. Sua proposição se contrapunha fortemente aos paradigmas predominantes nas ciências sociais, ou seja, a visão parcelada e unidimensional da realidade social, o abismo profundo entre teoria e prática nas ações investigativas, o domínio e resguardo da hegemonia para impedir a participação coletiva (SANTOS, 1996).

FIORI (1993) refere que Paulo Freire é um pensador comprometido com a vida: não pensa idéias, pensa a existência. É também educador: existenciar seu pensamento numa pedagogia em que

o esforço totalizador da práxis humana busca, na interioridade desta, retotalizar-se como prática da liberdade.

Na pedagogia de Paulo Freire, a visão de liberdade tem uma posição de relevo, é a matriz que atribui sentido a uma prática educativa que só pode alcançar efetividade e eficácia na medida da participação livre e crítica dos educandos.

GADOTTI (1991) afirma que o método Paulo Freire é mais uma teoria do conhecimento e uma filosofia da educação do que propriamente um método de ensino. Mas enfim, Paulo Freire ficou conhecido por seu método de alfabetização de adultos, quer se chame de método, filosofia ou teoria.

Seu pensamento nasceu de sua vivência, de seus trabalhos, de suas experiências, da pobreza e das injustiças sofridas pelas pessoas com as quais conviveu, no Nordeste brasileiro, onde, na década de 60, milhões de pessoas eram analfabetas. Acreditou ser preciso mudar o método de alfabetização para criar uma consciência política, em vez de domesticar, como vinha sendo feito.

Para GADOTTI (1991), Paulo Freire não é um intelectual acadêmico, distante da vida concreta, do cotidiano. É por isso que sua teoria e sua práxis são tão fortes, violentas, até carregadas de um sentimento existencial profundo, que exprime sua opção radical em ser a expressão dos oprimidos na busca da sua libertação, possibilitando assim, a mudança de uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais.

FIORI (1993) considera que as técnicas do método de alfabetização de Paulo Freire, embora em si valiosas, tomadas isoladamente não dizem nada do método.

Paulo Freire deixa claro nas suas concepções, que a prática da liberdade só encontrará adequada expressão numa pedagogia em que o

oprimido tenha condições de, reflexivamente, descobrir-se e conquistar-se como sujeito de sua própria destinação histórica.

Paulo Freire, em sua visão pedagógica, entende que para o homem, o mundo é uma realidade objetiva, independente dele, possível de ser conhecida. Ressalta, porém, que o homem é um ser aberto à realidade, o que o faz ser o ente de relações que é, e não só de contatos. Com características distintas dos outros seres, o homem é dotado de uma pluralidade de relações com o mundo quando, entre outros comportamentos, organiza-se, testa-se, age e discerne. Em discernimento, o homem descobre sua temporalidade e com a consciência desta, descobre sua historicidade. Como consequência disso, o homem acaba sendo ativo e eminentemente interferidor em sua realidade, sendo por isso capaz de modificá-la. Para se integrar ao seu contexto, porém, para criá-lo e recriá-lo, é preciso haver uma criticização de sua consciência que possibilite sua interação com o mundo (MENDES, 1993).

Como foi assinalado por Paulo Freire, aqueles comprometidos com sua pedagogia emancipadora devem promover um processo de conscientização que deve ser, ao mesmo tempo, um ato de criação capaz de gerar outros atos de criação, e um veículo educacional no qual as pessoas não sejam tratadas como seres passivos ou como meros objetos.

A base fundamental do trabalho educativo e de conscientização é o estabelecimento de uma relação íntima, dialética, com o contexto da sociedade onde se desenvolve este processo. A verdadeira conscientização não pode existir sem uma operação criadora sobre a realidade, ou seja, sem uma atividade de ação-reflexiva, constante e dinâmica.

Para se levar os homens ao nível de consciência crítica, ou seja, à conscientização, necessário se faz um trabalho pedagógico crítico,

por intermédio da educação dialogal e ativa, voltada para a responsabilidade social e política.

Partindo dessa premissa, a educação democrática se funda na crença de que o homem deve discutir os problemas e analisar a realidade do seu trabalho, do seu mundo, do seu país e do seu continente. Paulo Freire, a partir da década de 60, propõe um modelo de educação capaz de contribuir para a inserção do homem na sua realidade, baseado num método ativo, dialogal, crítico, problematizador e participante, utilizando o diálogo, como relação horizontal entre dois pólos.

Esta educação, chamada conscientizadora ou problematizadora, ao contrário da educação bancária, implica num constante ato de desvelamento da realidade, buscando a emersão das consciências, resultando na inserção crítica do homem na realidade. Tem como objetivos a transformação social, a troca de experiências, o questionamento, a individualização e a humanização (FREIRE, 1999).

O conteúdo da educação problematizadora são os problemas existentes nas experiências cotidianas do aprendiz, que, sistematizados e teorizados tendo em vista a relação dialógica e participativa, conduzem-no à reflexão e ação, havendo assim uma transformação da realidade.

Ao contrário, a educação chamada por Freire de *educação bancária*, sugere uma dicotomia homem-mundo. Homem simplesmente no mundo e não com o mundo e com os outros. E os homens, nesta visão, ao receberem o mundo que neles entra, já são seres passivos, cabendo à educação apassivá-los mais ainda adaptá-los ao mundo.

Neste sentido, a educação libertadora, a chamada *educação problematizadora*, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir conhecimentos e valores aos educandos, meros pacientes. *Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo,*

os homens se educam entre si, mediados pelo mundo (FREIRE, 1999, p.68).

Para FREIRE (1999) a prática bancária implica em uma espécie de anestesia, inibindo o poder criador dos educandos.

Tradicionalmente o educador é o mediador entre o educando e os modelos (pacote pedagógico). Os conteúdos e as informações têm de ser adquiridos e os modelos imitados. Não se acreditava na capacidade criativa, inovadora e construtiva do aluno, e que ele não ultrapassaria sua atitude primitiva. Por isso a necessidade da intervenção do educador (GADOTTI, 1994).

É nesse particular que são feitas as maiores críticas ao modelo tradicional de ensino, o ensino tecnicista.

GADOTTI (1994) afirma que, como não se preocupavam em saber como se aprende, o educador via-se obrigado a limitar ao fornecimento de receituários, levando o educando a adquirir informações transmitidas, o que lhe propiciava a formação de reações estereotipadas, de automatismos denominados hábitos.

Neste momento, para a Educação em Saúde, toda a ênfase foi dada à transmissão de informações sobre saúde, considerando-se que isto seria suficiente para que as pessoas adotassem as condutas recomendadas, não importando suas condições de vida e suas necessidades.

Claramente, a prática pedagógica adotada, consoante com a época, era a da Pedagogia da Transmissão (BORDENAVE, 1982), em que o profissional de saúde tinha o conhecimento e o passava para outro, que era mero e passivo receptor, na expectativa de que o comportamento preconizado fosse sempre o adotado. A linha era assistencialista e as pessoas procuravam sempre a autoridade para solucionar os seus problemas.

Ignoram-se as diferenças individuais, pois o ensino tradicional caracteriza-se por se ocupar mais com a variedade e quantidade de noções/conceitos/informações, do que com a formação do pensamento reflexivo.

Fazia-se urgência reciclar o campo educacional.

É sabido que todos os seres vivos aprendem por meio da interação com o ambiente. Todas as condutas se aprendem, e são aprendidas em um ambiente, e todos os ambientes têm capacidade de educar se soubermos percebê-los e nos relacionar com eles significativamente.

GADOTTI & GUTIÉRREZ (1999) tentam nos aproximar de um ambiente educativo, cenário de relações educativas, destacando quatro aspectos relacionais desse ambiente: fortalecer permanentemente as relações do cotidiano - aprendizagem do dia-a-dia; promover sempre relações abertas – estas tem que ser flexíveis, dinâmicas, repletas de sentido, relações que interroguem e questionem, modeladas na medida de cada circunstância; intensificar relações participativas – a participação se fundamenta na necessidade; alcançar e dar sentido às relações – cada um significa a si mesmo quando encontra e dá sentido ao que faz. No processo de se encontrar e dar sentido, o sujeito coletivo desempenha um papel primordial, no qual entra a criatividade, a incerteza, o entusiasmo e a entrega pessoal.

Se um ambiente pode ser um facilitador, por conseguinte, podemos afirmar que as técnicas pedagógicas também o são.

ARAÚJO (1991) afirma que toda técnica de ensino encarna os princípios pedagógicos, instrucionais, educacionais e políticos que a sustentam. É isso que possibilita torná-la concreta, não metafísica. Do contrário, ela seria apenas objeto de formalismos.

Ao buscarmos, na literatura, trabalhos educativos desenvolvidos com o referencial da educação conscientizadora, pudemos perceber

que, nos últimos anos, vários profissionais vêm utilizando essa abordagem pedagógica e têm demonstrado a efetividade do método.

Dentre esses estudos, destacam-se, na educação de pacientes, o de ZAGO (1990), realizado com pacientes laringectomizados no preparo da alta hospitalar; o de BENEDINI (1993), com pacientes ostomizados, enfocando a importância da visita domiciliar feita pelo enfermeiro o de RODRIGUES (1993) que relatou uma experiência educativa voltada para o autocuidado de idosas que tiveram queda; o de CESARINO (1995), que contribuiu para o conhecimento da atividade do enfermeiro com paciente renal crônico em tratamento hemodialítico; e o de SANTOS (1996) que também utilizou a pedagogia conscientizadora e através dos “círculos de discussão” da pesquisa-ação buscou contribuir para a melhoria da qualidade do ensino de Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico.

Existem, ainda, na área de educação ambiental, os trabalhos de MENDES (1993), que contribuiu para o conhecimento da atividade educativa do enfermeiro do trabalho, na prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais, junto aos trabalhadores de galerias de águas pluviais e o de TAKAYANAGUI (1993), que aborda o trabalho educativo do enfermeiro, utilizando o método da educação conscientizadora junto aos trabalhadores de saúde, com a intenção de desenvolver, uma consciência ecológica crítica nas questões específicas dos resíduos de saúde.

No desempenho de atividades educativas junto às mães em alojamento conjunto, já tivemos oportunidade de criar um jogo educativo abordando temas de interesse dessas mães para o aprendizado dos cuidados com o filho, com vistas a alta hospitalar, conforme citado anteriormente (FONSECA & SCOCHI, 2000; FONSECA et al., 2000).

Amparadas nos resultados positivos dos estudos realizados, consideramos pertinente a utilização da educação problematizadora no desenvolvimento do presente estudo.

Assim, o desafio que se coloca é a construção de material educativo para a orientação de mães sobre os cuidados com o filho prematuro, visando ao preparo da alta hospitalar, mas envolvendo os agentes do processo ensino-aprendizagem desde a sua concepção. Desta forma, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e mães serão participantes ativos nesse processo, instigando-os à reflexão e ação no desenvolvimento desse material didático-instrucional, como facilitador do preparo de mães para a alta do bebê prematuro, no contexto hospitalar.

Nesta perspectiva é que nos sentimos estimuladas em desenvolver, com esses sujeitos sociais envolvidos no processo ensino-aprendizagem, material didático-instrucional criativo para ser utilizado na educação em saúde de mães de bebês prematuros em berçários, com vistas ao preparo destas para a alta hospitalar do filho.

Vislumbramos a possibilidade de que este material educativo instrumentalize a enfermagem a construir com a mãe, conhecimentos acerca dos cuidados físicos com o prematuro, cuidados especiais no domicílio, alimentação, incentivo à amamentação e aspectos relevante inerentes ao crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro, num esforço para o preparo mais adequado da alta hospitalar, numa proposta não disciplinadora, mas que envolvesse a participação da clientela na construção de seus conhecimentos. Neste sentido temos como projeto a elaboração de material didático-instrucional para instrumentalizar a prática educativa do enfermeiro em berçário de bebês prematuros, tendo por base a tentativa de desenvolvermos juntos um material pedagógico, esperando que este facilite e dinamize o

preparo de alta junto às mães de bebês prematuros. Assim, cabe assinalar que

a finalidade de qualquer ação educativa deve ser a produção de novos conhecimentos que aumentem a consciência e a capacidade de iniciativa transformadora dos grupos com que trabalhamos, por isso mesmo, o estudo da realidade vivida pelo grupo e de sua percepção desta mesma realidade constitui o ponto de partida e a matéria-prima do processo educativo (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 1986, p.17).