



INTERVENÇÕES EDUCATIVAS EM UNIDADE NEONATAL E SEGUIMENTO AMBULATORIAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

EDUCATIONAL INTERVENTIONS IN NEONATAL UNIT AND CLINIC FOLLOW-UP: CONTRIBUTIONS TO CLINICAL NURSING CARE

INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN UNIDAD NEONATAL Y SWGUIMIENTO AMBULATORIO: CONTRIBUCIONES PARA EL CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMERÍA

Eysler Gonçalves Maia Brasil¹, Maria Veraci Oliveira Queiroz², Simone da Silveira Magalhães³

RESUMO

Objetivo: relatar sobre ações educativas que buscam orientar às mães sobre cuidados aos bebês de riscos, subsidiando a prática educativa dos enfermeiros. **Método:** estudo descritivo, tipo relato de experiência, obtido através de atividades desenvolvidas em rodas de conversas com 12 sujeitos participantes de dois grupos em novembro de 2011, no ambulatório e unidade neonatal. **Resultados:** das discussões, destacaram-se os temas: amamentação, dieta, transição alimentar, posição adequada para dormir, crescimento e desenvolvimento, cuidados básicos de higiene prestados aos bebês. As mães, que acompanhavam há mais tempo o filho, demonstraram conhecimento e “empoderamento” para cuidar deste, favorecendo, portanto, a troca de experiências. **Conclusão:** a atividade favoreceu uma reflexão acerca das possibilidades e de como fazer a prática educativa, promovendo ações de cuidados, intermediando o saber científico e popular, propiciando ao enfermeiro ocupar o espaço educativo como forma de cuidado clínico de enfermagem ao bebê de risco. **Descritores:** Educação em Saúde; Saúde da Criança; Mães; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to report about the educational actions to guide mothers about care for babies at risks, subsidizing the educational practice of nurses. **Method:** descriptive study, type case experience report, obtained by activities carried out in conversations with 12 participants in two groups in November 2011, in a clinic and neonatal unit. **Results:** from the discussions, the topics highlighted were: breastfeeding, diet, food transition, position for sleeping, growth and development, basic hygiene care provided to babies. Mothers who accompanied the longest the son demonstrated knowledge and “empowerment” to take care of it, encouraging exchange of experiences. **Conclusion:** the activity favored a reflection about the possibilities and how to make the educational practice, promoting actions of healthcare, scientific and popular knowledge, allowing the nurse occupy the education space as a form of clinical nursing care to the baby at risk. **Descriptors:** Health Education; Child Health; Mothers; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: relatar sobre las acciones educativas que orienten a las madres sobre cuidados a los bebés en riesgo, subsidiando la práctica educativa de los enfermeros. **Método:** estudio descriptivo, tipo relato de experiencia obtenido por las actividades desarrolladas en ruedas de conversaciones con 12 participantes de dos grupos en noviembre de 2011, en el ambulatorio y unidad neonatal. **Resultados:** de las discusiones, se destacaron los temas: amamentamiento, dieta, transición alimentar, posición adecuada para dormir, crecimiento y desarrollo, cuidados básicos de higiene prestados a los bebés. Las madres que acompañaban con más tiempo el hijo demostraron conocimiento y “empoderamiento” para cuidar del mismo, favoreciendo intercambio de experiencias. **Conclusión:** la actividad favoreció una reflexión acerca de las posibilidades y de cómo hacer la práctica educativa, promoviendo acciones de cuidados, intermediando el saber científico y popular, propiciando al enfermero ocupar el espacio educativo como forma de cuidado clínico de enfermería al bebé de riesgo. **Descritores:** Educación en Salud; Salud del Niño; Madres; Cuidados de Enfermería.

¹Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: eysslerbrasil@ig.com.br; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: veraciog@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: sisimagalhaes@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A assistência aos bebês que nascem com riscos e comprometimentos de saúde tem representado um grande avanço com a incorporação de tecnologias nas áreas de terapia intensiva neonatal e pediátrica, possibilitando maior chance de sobrevivência e melhoria da qualidade de vida. Dentre estas crianças, estão aquelas que nascem prematuramente e/ou sofrem algum trauma ou agravos na fase perinatal, malformações congênitas ou outras doenças, anteriormente consideradas incompatíveis com a vida. Os avanços científicos e tecnológicos contribuíram para o aumento do número de crianças que sobrevivem a doenças catastróficas, como a distrofia muscular, ou lesões traumáticas, porém passando a exigir cuidados de saúde permanentes para a sua sobrevivência.¹⁻² Resultam, então, em um maior número de crianças que necessitam de cuidados complexos por longo prazo, ocorrência observada pela melhoria no cuidado.³

Quando se fala sobre a teoria da transição epidemiológica, a qual enfoca a complexa mudança nos padrões de saúde e doença e suas implicações demográficas, econômicas e sociais, se considera que as mudanças mais profundas nos padrões de doença e saúde ocorrem entre crianças e jovens, especialmente no grupo de 1 a 4 anos.⁴

O Brasil tem conseguido melhorar seus índices quanto à mortalidade infantil. Com o objetivo de tentar alcançar essa melhoria, o Ministério da Saúde Brasileiro lançou, em 2004, a agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, em que foram organizadas as principais diretrizes que deveriam ser seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à criança.

O acompanhamento do recém-nascido de risco é uma das linhas de cuidado prioritárias nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança e um dos compromissos das unidades básicas de saúde é a identificação do recém-nascido de risco assim que ele nasce. Como parte da Primeira Semana Saúde Integral, também, exaltada como atividade da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, encontra-se a tarefa de identificação da criança de risco ao nascer. As características para identificação são:

1) Residente em área de risco; baixo peso ao nascer (menor que 2.500g); 2) prematuros (menos de 37 semanas de idade gestacional); 3) asfixia grave (apgar menor que 7 no 5.^o

minuto de vida); 4) crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido; 5) orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido; 6) recém-nascido de mãe adolescente (menores de 18 anos); 7) recém-nascido de mãe com baixa instrução (menos de 8 anos de estudo) e história de morte de crianças menores de 5 anos na família.⁵

O documento do Ministério da Saúde enfatiza que “Os recém-nascidos de alto risco são aquelas crianças que, além do cuidado ofertado pela equipe de saúde da família e unidade básica de saúde, demandam atenção especializada e atendimento multiprofissional, como: neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outros”.^{5:63}

O bebê de risco demanda cuidado que se estende à família e aos cuidadores apoiados pelos profissionais de saúde, estes devem estar envolvidos no processo ensino-aprendizagem com vistas ao alcance dos objetivos: manter, recuperar e reabilitar a saúde da criança com necessidades especiais. No cuidado a estas crianças, os enfermeiros possuem oportunidades de desenvolver práticas educativas desde a unidade neonatal até o seguimento ambulatorial, seja hospitalar ou em unidades básicas, tendo proximidade com os pais/cuidadores, conhecendo a realidade desta clientela.

Quando se entende a educação em saúde como uma ação inerente à prática de todos os profissionais da área, esta deve ser contemplada pelos novos referenciais pedagógicos, a fim de atingir seus objetivos, integrando saberes diversificados a envolver a vigilância à saúde e ações de prevenção e reabilitação. Ressalta-se que todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial à sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.⁶⁻⁷

O Ministério da Saúde considera que “Educação em saúde se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde e de saneamento ambiental”.^{8:19}

Todo profissional de saúde torna-se educador nos espaços do cuidado, uma vez que são passíveis da realização de práticas

educativas, não sendo o espaço da atenção primária o único capaz de alocar esse tipo de ação dos profissionais. O hospital constitui-se também em um rico espaço para o desenvolvimento de ações envolvendo o processo ensino-aprendizagem para o cuidado como forma de promoção da autonomia do sujeito e como práticas dialógicas que permitam a transformação do próprio sujeito, da sua realidade e da sociedade que se constrói.

O ambiente hospitalar é um espaço de extrema importância para a realização de práticas educativas sob várias perspectivas, tanto com relação ao paciente quanto a sua família, por haver oportunidades diversas de se desenvolverem ações educativas com o intuito de promover o autocuidado, preparar o paciente para os procedimentos a serem realizados e esclarecê-lo acerca da adesão ao tratamento, principalmente, se considerarmos as doenças crônicas que necessitam de tratamentos em longo prazo que exigem do paciente e da sua família mudanças de atitudes para adequação às novas realidades.⁹

Faz-se necessário compreender que existem variadas visões em torno da educação em saúde. Dentre elas, destaca-se o fato de esta não se restringir a prevenção de doenças e agravos, mas ser essencialmente um processo que qualifica o indivíduo para o exercício da cidadania, investindo, assim, em melhora da qualidade de vida.

As ações educativas muitas vezes são realizadas intuitivamente, sem recorrer aos saberes pedagógicos formais, utilizando-se do senso pedagógico comum. É importante se utilizar de referenciais teóricos de outros campos de estudo para a formação de sujeitos imaginativos, sensíveis, reflexivos e, ao mesmo tempo, dotados de capacidade crítica e é necessário ter ciência de que educação em saúde é, antes de tudo, educação! Faz-se enquanto processo dialógico, formativo e transformativo, o qual necessita de um contato, com transmissão e aquisição de competências, de hábitos e valores e não apenas como reprodução do saber e da cultura mas também como uma produção de novos saberes e de novas expressões culturais.¹⁰

No processo educativo, abordagens tradicionais (educação bancária) e radicais de educar são confrontadas. A educação bancária, por sua vez, consiste em uma única margem de ação em que os educandos são entendidos como depósitos de conhecimento, para guardá-los e arquivá-los, enquanto que modelo radical envolve promoção da saúde, no qual ocorre a reflexão e a conscientização crítica sobre os aspectos da realidade,

originado no ideário de Paulo Freire, que se aproxima da metodologia preconizada pelas diretrizes da Política de Educação em Saúde.¹¹ Os profissionais de saúde reconhecem a coexistência das duas abordagens no seu modelo de educação em saúde e a maior reflexão dos profissionais refere-se à aproximação com a realidade do cliente, sem impor práticas, com a participação do cliente no cuidado de sua saúde.¹² E, ainda, considerando que, atividades grupais empoderam os usuários, facilitam a interação entre os atores e estimulam o usuário a usar seus próprios recursos contra a doença.¹³

Acredita-se que promover educação em saúde em rodas de conversas faz com que surjam situações reais vivenciadas pelos cuidadores que podem ser esclarecidas e aprendidas, facilitando, portanto, o cuidado ao bebê de risco. Assim, foi proposto relatar a experiência compartilhada entre profissionais e cuidadores com a finalidade de subsidiar a prática educativa do enfermeiro, que pode apropriar-se cada vez mais deste cuidado clínico, às vezes não explorado nos ambientes de atenção e cuidado a esta clientela especial. Nesta intenção, foi delineado como objetivo:

- Relatar sobre as temáticas que orientem ações educativas às mães sobre cuidados aos bebês de riscos, subsidiando a prática educativa dos enfermeiros.

METODO

Estudo descritivo, na forma de relato de experiências sobre intervenções educativas, realizadas na Unidade Neonatal e no Ambulatório de Seguimento para Prematuros de uma unidade hospitalar de alta complexidade da rede pública de saúde do estado do Ceará.

Os participantes dos grupos foram 12 mães e cuidadores dos bebês que estavam internados ou em seguimento na unidade hospitalar. A participação nos grupos foi espontânea e embora acontecesse frequentemente reunião com as mães na Unidade Neonatal, este relato referiu-se a um encontro programado por ocasião da comemoração do “dia do prematuro”, realizado em 17 de novembro de 2011. Em face do envolvimento de pesquisadoras que desenvolviam um projeto com esta clientela, houve a intenção e o delineamento prévio desta experiência de cunho científico para subsidiar a referida pesquisa.

As reuniões foram efetivadas, utilizando a roda de conversas, tendo como pressuposto o círculo de cultura descrito por Paulo Freire

que defende a importância da discussão como ponto capital para o aprendizado, pois segundo sua pedagogia a palavra jamais pode ser vista como um “dado”, mas sempre como um tema de debate para todos os participantes do círculo de cultura.¹⁴ Nesta atividade, foram abordadas questões que diziam respeito aos cuidados com os bebês de risco durante e após a internação. Os debates foram realizados pela manhã, respeitando a disponibilidade deles e a rotina das unidades.

No primeiro momento, as atividades educativas foram procedidas no ambulatório e efetivadas com planejamento prévio, realizando convite às mães e a outros acompanhantes (cuidadores). Também foi discutido com os profissionais do serviço (duas enfermeiras do setor) como seria a dinâmica utilizada na intervenção educativa. No segundo momento, as mães presentes na Unidade Neonatal foram convidadas a participarem da reunião que já acontecia semanalmente com os profissionais do setor (assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional, dentre outros que são convidados a participarem, conforme as demandas levantadas no grupo de mães). Os dois grupos receberam esclarecimentos sobre a intenção de promover debates, trocas de experiências em relação ao cuidado dos bebês de risco e, nesse momento, os facilitadores poderiam colaborar com as conversas, facilitando aprendizagens, esclarecendo dúvidas em relação aos cuidados com a criança, incluindo o cuidado domiciliar.

O planejamento das atividades e as conversas foram registrados em diário de campo pelo pesquisador e uma estudante de enfermagem (bolsista), incluída no projeto original que tinha como um dos objetivos descrever o cuidado clínico à mãe e ao recém-nascido em seguimento na unidade hospitalar. Como atividade preliminar de aproximação do campo e descoberta de intervenções mais adequadas a esta população, originou-se o relato de experiência sobre a prática educativa com as mães e os cuidadores de bebês de risco.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

♦ Descrição da experiência nas intervenções educativas

A prática educativa foi realizada em rodas de conversas nas antessalas das unidades escolhidas, com os participantes da intervenção educativa que ocorria na rotina das unidades, mas, propositalmente, no dia dedicado aos bebês prematuros, o que foi

bem oportuno para a sensibilização dos participantes, cuidadores e profissionais.

No ambulatório de seguimento, a roda de conversa com o público alvo teve a finalidade de discutir os temas propostos e planejados com a enfermeira e ocorreu no momento em que as mães/cuidadores aguardavam a realização de exames e consultas com o pediatra. Foi aplicada a técnica do repolho que apresentou questões elaboradas que suscitaram as primeiras participações. Os questionamentos envolviam amamentação e alimentação da criança, conforto e posição de dormir, situações de cuidados durante a internação e após a alta da criança, ressaltando o papel do cuidador no ambiente domiciliar.

Houve relatos de algumas dificuldades relativas à amamentação, iniciando por uma mãe que informava ter transtorno psiquiátrico, esta era acompanhada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e afirmou não conseguir amamentar à noite por causa da sonolência que sentia pelo uso de medicação destinada ao tratamento psiquiátrico. Ela estava acompanhada do esposo que se disponibilizava a ajudá-la durante a noite e foi esse ponto que se reforçou para auxiliá-la na amamentação. Também foi orientada quanto ao estímulo da sucção, já que relatava que seu leite estava “secando”. Assim, a conversa foi se estendendo para outras mães que se manifestavam, trazendo suas experiências ou tirando dúvidas; também surgiram na discussão verbalizações acerca do medo das mães em relação à possibilidade de que os filhos não resistissem à internação e morressem antes da alta. Esse foi um ponto apenas de escuta por parte dos profissionais, visto que todos ali acompanhavam os filhos egressos das internações na instituição.

Surgiram questões sobre a posição adequada de colocar o bebê para dormir em casa e não houve consenso em relação a isso. Muitos dos participantes tinham dúvidas, pois presenciaram o filho em posições diferentes durante a internação, o que gerou discussões entre os pais e acompanhantes, bem como esclarecimentos por parte das facilitadoras. Justificou-se a permanente vigilância do bebê enquanto ele estava no hospital para que se adotassem tais posições, o que não acontecia em casa, por isso a orientação de decúbito dorsal com cabeceira elevada é priorizada no domicílio. Salientou-se o cuidado maior com os bebês que possuíam o diagnóstico de refluxo gastroesofágico (RGE), para que estes não dormissem logo após a mamada e para que fossem posicionados em decúbito lateral

direito e depois esquerdo, de modo a facilitar o esvaziamento gástrico.

Emergiu ainda a dúvida quanto ao uso de rede para o bebê dormir, tendo sido esclarecidos os riscos que esse tipo de dormida poderia trazer, bem como as consequências de balançar o bebê após a mamada na rede para fazê-lo dormir. Também se debateu sobre a posição da troca de fraldas, especialmente nos prematuros, e sobre outras questões posturais que favorecessem a hemorragia intracraniana, muito comum entre esses bebês.

Durante as conversas, as mães mostraram suas inquietações quanto ao surgimento de alergias na criança de risco e suas causas, bem como sobre a transição alimentar e a introdução de novos alimentos na vida do bebê. Abordou-se a questão de se evitar o consumo de produtos industrializados e com corantes no início da vida dessas crianças, assim como o uso de alguns cosméticos que poderiam provocar processos alérgicos nos bebês. Aquelas mães que permaneciam amamentando foram incentivadas a continuar, assim, salientou-se a necessidade de avaliação contínua do peso.

Esse tema suscitou conversas quanto ao crescimento e desenvolvimento das crianças e ao uso de andajar na fase inicial de andar. Foram esclarecidos pontos importantes da avaliação e da participação da mãe ou cuidador nesta atividade, ressaltado o cartão da criança e outros assuntos relacionados para manter a saúde e o desenvolvimento. Enfatizou-se a importância de que cada fase do desenvolvimento vivida fosse estimulada adequadamente e que muitas destas informações encontravam-se no cartão da criança e orientadas na consulta de acompanhamento, as quais ajudavam a perceber a evolução das crianças. Nesse momento, aproveitou-se a oportunidade para destacar as questões das vacinas e a necessidade de manter os esquemas atualizados, pois o propósito era prevenir as doenças, portanto, uma responsabilidade dos profissionais e dos pais, enquanto que o governo tem a responsabilidade na provisão das vacinas, que atualmente são muitas, inclusive, para doenças que, até recentemente, somente existiam em ambulatórios particulares.

Encerrou-se a atividade no ambulatório quando os participantes não se pronunciavam, mesmo sendo incentivados a falarem. Para concluir a atividade com um tema tão presente na saúde infantil, reforçou-se a importância do aleitamento materno, ainda esclarecendo também questões emocionais

que poderiam estar relacionadas à manutenção prolongada deste, após dois anos de vida das crianças, pois foi um ponto questionado.

Na unidade neonatal, a atividade foi realizada com programação prévia, pois semanalmente ocorriam reuniões com as mães com abordagem geral, no entanto, em algumas ocasiões, aos profissionais era solicitado desenvolver uma atividade educativa junto a este grupo. Esta atividade que se descreveu, foi realizada após o lanche da manhã dos acompanhantes, que era distribuído após a ordenha do leite materno e do manuseio das nove horas com os bebês. A conversa inicial foi realizada informando que naquele dia era comemorado “o dia do prematuro”, um modo de sensibilizar e de aproximar o grupo para desenvolver a atividade.

Três das mães presentes na roda de conversas estavam com os bebês na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o restante na unidade de Médio Risco (BMR). Com este grupo, iniciou-se levantando questões a respeito de quem já havia amamentado seus bebês e como elas descreveriam essa experiência. Algumas ainda não haviam amamentado e muitas dúvidas surgiram quanto à ordenha e administração do leite com copinhos e chuquinhas (mamadeira indicada para algumas situações relacionadas ao processo de sucção e deglutição do bebê). Houve uma mãe que questionou sobre o palato do filho, o qual estava deformado devido ao longo tempo de uso da entubação orotraqueal (EOT) e da sonda orogástrica (SOG). A mãe foi esclarecida quanto a esta ocorrência, ressaltando-se o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar nesses casos, inclusive o da fonoaudiologia, que desenvolve ações de reabilitação.

Continuando a discussão sobre amamentação, despontaram dúvidas sobre a introdução de novos alimentos na dieta dos bebês. Uma mãe perguntou se os seis meses de idade, considerados para a introdução de novos alimentos, eram os seis meses de vida ou de idade corrigida. Esclareceu-se que no ambulatório de prematuros tudo era baseado na idade corrigida, mas que havia uma equipe multidisciplinar que realizava uma avaliação completa do crescimento e desenvolvimento desses bebês, antes de tomar qualquer nova conduta; também foram levantadas questões sobre a posição da dormida do bebê e considerações foram bem semelhantes àquelas realizadas no ambulatório. Nesse grupo, foi reforçada a posição mais segura

para o bebê dormir, baseado nas experiências e em estudos científicos.

Surgiram ainda questões sobre os cuidados básicos aos bebês como: dar banho, trocar fraldas, limpar ouvidos, umbigo, genitália e a roupa apropriada para uso nas crianças. Nesse momento, usou-se a experiência de uma mãe que acompanhava sua filha por aproximadamente um ano na unidade neonatal daquele hospital para que transmitisse aos demais o que ela já havia aprendido durante todo o tempo sobre esse tema. Ela falou sobre evitar o uso de lenços umedecidos, de hastes de algodão, de produtos cosméticos como perfume, talco e pomadas, mamadeira e ainda explicou suas orientações, demonstrando segurança e possibilidade de cuidar da filha. Esse foi um momento interessante que demonstrou o empoderamento do usuário, visto que essa mãe teve muitas oportunidades que favoreceram o aprendizado, devido ao tempo de permanência na unidade.

Houve ainda alguns relatos de vida sobre como cuidar dos seus filhos e uma mãe que contou sua história: gravidez múltipla (trigemelar), parto em via pública e alegria diante do único filho sobrevivente, depois de alguns meses, em alta hospitalar. Essa mãe também demonstrou segurança no cuidado ao filho no domicílio. Nesse grupo, havia um único pai, o qual foi parabenizado e verbalizou que estava pronto para cuidar do bebê em casa, visto que estava acompanhando-o há meses no hospital e, sempre que podia, prestava todos os cuidados ao filho, inclusive dando-lhe banho.

DISCUSSÃO

Tanto no ambulatório como na unidade neonatal, os participantes tiveram participação ativa na prática educativa, verbalizaram interesse e desejavam saber quando seria o próximo encontro. Essa demonstração foi ainda mais evidente na unidade neonatal, cujos acompanhantes mostraram-se integrados à equipe de saúde que cuida dos filhos. Também nesta unidade, onde se realizou a prática sem perguntas prévias, obteve-se maior riqueza durante as discussões em relação à quantidade de informações trocadas e à participação das mães e dos outros cuidadores.

Essa riqueza da atividade menos controlada é corroborada pelas diretrizes da educação em saúde do Ministério da Saúde: "(...) a prática educativa em saúde amplia-se, visto que ultrapassa uma mera relação de ensino/aprendizagem didatizada e assimétrica; (...) será sempre construída

tendo por referência situações de saúde de um grupo social ou de uma classe específica; supõe uma relação dialógica pautada na horizontalidade entre os seus sujeitos; recoloca-se como atribuição de todo o trabalhador de saúde. Isto porque não são as atividades formais de ensino que educam, mas sim, as relações mediante as quais, num processo de trabalho, transformamos a nossa consciência em uma nova consciência"^{8:10}.

O espaço e o momento utilizado na prática realizada na Unidade Neonatal mostraram-se mais favoráveis à participação das pessoas no grupo, pois era um espaço mais reservado, silencioso e com menos interferências, visto que no ambulatório, além das interrupções para a convocação dos bebês ao teste do pezinho e à consulta com o pediatra, somava-se a ansiedade dos acompanhantes devido a tais procedimentos. E tomando por base as rodas de conversa, a visão da liberdade é a matriz que atribui sentido a uma prática educativa que somente pode alcançar efetividade e eficácia na medida da participação livre e crítica dos educandos.¹⁴

O fato de as mães revelarem o medo de perder seus filhos evidenciou que a roda de conversa também é um momento de abordagem das questões maternas, não apenas àquelas relacionadas ao cuidado com o filho, mas ao cuidado consigo. Isso oportunizou a criação de grupos de apoio para as mães diante de suas necessidades.

Identificaram-se pelas rodas de conversa as principais abordagens dos grupos em relação aos cuidados com bebês de risco, as quais podem subsidiar a prática educativa do enfermeiro: amamentação, dieta e transição alimentar, posição de dormir, crescimento e desenvolvimento, bem como cuidados básicos de higiene. No entanto, também foram abordados cuidados especializados nas discussões e percebeu-se que as mães e os cuidadores poderiam desmitificar estes cuidados, possibilitando assumi-los no domicílio. As discussões permitiram, inclusive, a identificação de aptidões para os cuidados demonstrados pelos familiares. "É preciso convidar a família a sair da passividade diante das práticas dos profissionais de saúde, e desenvolver ações educativas que partam da realidade por ela vivida, em uma relação verdadeiramente dialógica".^{15:933}

Vale ressaltar que, os profissionais/cuidadores devem reconhecer as limitações e as possibilidades na melhoria da assistência às mães, assim como a necessidade de superação das dificuldades de forma gradual e contínua e, certamente, a capacitação dos profissionais é um ponto a ser

desenvolvido para que as posturas sejam modificadas.¹⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada demonstrou a necessidade de o enfermeiro ocupar os espaços educativos no ambiente hospitalar, que se mostrou propício ao desenvolvimento de intervenções de cunho educativo, favorecendo também a criação de vínculos da equipe de saúde com as mães e os outros cuidadores dos bebês. Constatou-se a importância da aproximação dos pesquisadores com as situações reais que devem ser pesquisadas por meio de interações com profissionais e usuários, para que juntos contribuam com a melhora do cuidado à criança, da saúde e da vida.

REFERÊNCIAS

1. Drucker LP. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2007 [cited 2013 Mar 10];12(5):1285-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/20.pdf>
2. Cunha SR, Cabral IE. A enfermagem e as condições de vida da criança dependente de tecnologia: um desafio para o ato educativo problematizador. Rev Sociedade Brasileira Enfermeiros Pediatras [Internet]. 2001 [cited 2013 Jun 11]; 1(1):71-9. Available from: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol1-n1/v.1_n.1-art1.pesq-a-enfermagem-e-as-condicoes-de-vida-da-crianca.
3. Góes FGB, Cabral IE. Crianças com necessidades especiais de saúde e suas demandas de cuidado. Rev pesqui cuid fundam (Online) [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 15]; 2(2):889-901. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/579/pdf_22
4. Omran A. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change, reprodución del original de 1971. Bulletin of the World Health Organization. 2001; 79(2):161-70.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. L'abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. Cad Saúde Pública [Internet]. 1994 [cited 2011 Jan 12];10(4):481-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
7. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.p.115-36.
8. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I; 2007.
9. Borges MCLA, Ponte KMA, Queiroz MVO, Rodrigues DP, Silva LMS da. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do enfermeiro. Rev de Pesq: cuidado é fundam Online [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 11];4(3):2592-97. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1523/pdf_597
10. Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em Saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG;2006.p.43-51.
11. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2007 [cited 2013 Mar 23]; 16(2):307-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf>
12. Silverio MR, Patricio ZM. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [cited 2012 Dec 28];12(1):239-46. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n1/23.pdf>
13. Matos E, Pires DEP de. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 18];18(2):338-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>
14. Freire P. Educação como prática da liberdade. 14. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
15. Góes FGB, Cava AML. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [cited 2011 Dec 01]; 11(4):932-41. Available from:

http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a19.pdf

16. Costa RF da, Queiroz MVO, Brasil EGM, Marques JF, Xavier EO. Assistência à mulher na fase perinatal: opinião de profissionais da saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Sep 11];7(5):4505-13. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3036/pdf_2798

Submissão: 27/09/2013

Aceito: 25/08/2014

Publicado: 15/02/2015

Correspondência

Eysler Gonçalves Maia Brasil
Universidade Estadual do Ceará
/ Mestrado Profissional em Saúde da Criança
e do Adolescente
Avenida Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi
CEP 60714-903 – Fortaleza (CE), Brazil