



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

MARIA ADELANE MONTEIRO DA SILVA

**ABORDAGEM GRUPAL PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE DE FAMÍLIAS
COM RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS**

**FORTALEZA
2009**

MARIA ADELANE MONTEIRO DA SILVA

ABORDAGEM GRUPAL PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE DE FAMÍLIAS
COM RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para
obtenção do título de Doutor.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em
Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro

Fortaleza-CE
2009

S---a Silva, Maria Adelane Monteiro da
Abordagem grupal para promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados / Maria Adelane Monteiro da Silva. –
177f.: Il.

MARIA ADELANE MONTEIRO DA SILVA

ABORDAGEM GRUPAL PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE DE FAMÍLIAS
COM RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para
obtenção do título de Doutor.

Defesa em: 07/05/2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro (Presidente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias (Membro Efetivo)
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Prof.^a Dr.^a Maristela Inês Osawa Chagas (Membro Efetivo)
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Prof.^a Dr.^a Ângela Maria Alves e Souza (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dr.^a Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dr.^a Mirna Albuquerque Frota (Membro Suplente)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Dedico este trabalho a Deus que me concedeu o presente maravilhoso de vivenciar a maternidade permitindo a sensibilidade necessária para a conclusão deste trabalho tão importante de minha vida.

Ao meu querido João Pedro que esteve literalmente comigo durante todos os momentos. Você foi a luz enviada por Deus para me conduzir nesse processo. A alegria mais sublime que inundou os meus dias.

Ao meu querido marido Jesuíta, com quem pude compartilhar minhas angústias e incertezas, e que esteve sempre presente mesmo quando a distância foi nossa companheira. Essa conquista é nossa!

Vocês (João Pedro e Jesuíta) constituíram fonte de força para prosseguir, tornando a jornada mais suave. Amo vocês! Que tenhamos tempo uns para os outros sempre...

Agradecimento especial

À professora Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso que me aceitou como sua orientanda e me fez acreditar que era possível. Pelo rico aprendizado que pude vivenciar ao seu lado, pelas lições de vida que pôde me proporcionar. Você foi e sempre será um exemplo de profissional e de pessoa.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela graça de ter concluído essa etapa, apesar de tantos obstáculos e dificuldades.

Às mães e pais brasileiros e portugueses, que aceitaram fazer parte do estudo, pela sua disponibilidade e abertura, pelo enriquecimento que foi compartilhar um pouco da vida de cada um. Sem a colaboração de vocês o estudo não poderia ser efetivado. Muito obrigada!

À minha família amada, que sempre me acolheu nas idas à Fortaleza, que mesmo distante, sempre foi meu exemplo de vida. Obrigada por tudo!

À minha querida irmã, Adriana Monteiro e seu esposo, por sempre estarem dispostos a me ajudar, sem medirem esforços. Vocês estiveram sempre ao meu lado. Não sei o que seria de mim sem vocês! Meu muito obrigada!

À professora Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro, que me aceitou como sua orientanda, mesmo na segunda etapa desse trabalho. Você continuou sendo uma inspiração sempre, transmitindo a segurança e tranquilidade necessária. Obrigada pela atenção, pelo carinho e amizade de sempre.

À professora Dr.^a Ângela Maria Alves e Souza, orientadora de coração e amiga, pela dedicação, paciência e pelo cuidado que sempre teve comigo e pelo desenvolvimento desse trabalho. Obrigada por sempre ter acreditado e me feito acreditar que tudo era possível. Você foi essencial nesse processo.

A professora Dr.^a Margarida Abreu, co-orientadora, que contribuiu com a realização do estudo em Portugal. Obrigada pela acolhida, pelo carinho e atenção. Você foi muito importante para que a experiência na cidade do Porto fosse proveitosa e ocorresse de forma tranquila.

Às professoras: Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias, Dr.^a Maristela Inês Osawa Chagas e Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes, por terem aceitado com carinho o convite para compor a banca examinadora de defesa desta tese e prestado grandes contribuições para o trabalho.

À amiga Simone Oliveira, pela pessoa linda que você é, pelo compartilhamento, pela escuta, pelo apoio, pelo que pude apreender estando ao seu lado. Não teria conseguido sem você. Sua presença foi essencial para essa conquista, pois você um exemplo de profissional, de mãe, de pessoa para mim. Que nossa amizade possa se fortalecer cada vez mais.

À amiga Andrea Carvalho, que se dispôs a me ajudar no processo de coleta dados. Obrigada pelos momentos de compartilhamento, pela amizade e pelo vínculo que tenho certeza que se estabeleceu entre nós.

Às auxiliares de enfermagem da Casa da Mamãe: Conceição, Rojelma, Eliane e, em especial, à Lúcia e a copeira Valdenora (Val), que colaboraram com a realização das sessões de grupo e também por aceitaram fazer parte desse estudo. Meu muito obrigada!

Ao grupo de mestrandas e doutorandas, com o qual dividi meus momentos, aprendi e cresci muito. Em especial, Simone, Socorrinha e Dani, com quem compartilhei muitos momentos. Obrigada pelo apoio nessa caminhada.

À Santa Casa de Misericórdia de Sobral, pela autorização necessária à realização da pesquisa, em especial, ao Pe. Edmilson Eugênio e à enfermeira mestre Regina Carvalho, pela compreensão e apoio.

À Escola de Enfermagem do Porto, à coordenação, ao corpo docente e funcionários, que me acolheram e a todos aqueles que facilitaram a realização do estudo em Portugal.

Ao Hospital de São João e à coordenação do serviço de neonatologia, por ter autorizado a realização do estudo em Portugal. A todas as enfermeiras e funcionários do serviço, em especial, enfermeira mestre Madalena Ramos, pela acolhida e atenção e pelas informações necessárias para a coleta dos dados.

À Sra. Constança e sua família, pela acolhida, pelo carinho e pelo cuidado que tiveram comigo durante a estadia na cidade do Porto. João Pedro e eu agradecemos. Nosso muito obrigado!

À CAPES, pela bolsa de doutorado concedida, bem como pelo financiamento do PDEE, que pôde enriquecer o estudo, contribuindo para o conhecimento da enfermagem. A experiência constituiu-se um aprendizado ímpar, favorecendo o meu crescimento e amadurecimento profissional e pessoal. Obrigada!

Enfim, meu muito obrigada a todos os amigos, colegas de profissão que incentivaram, apoiaram, pelas palavras amigas e pelo carinho que me fortaleceram nessa caminhada. Obrigada a todos.

RESUMO

Partindo dos pressupostos de que a promoção da saúde deve ser desenvolvida em todo e qualquer espaço e que a enfermagem deve empenhar-se em meios para prestar não somente o cuidado clínico, mas intervenções que promovam a saúde de indivíduos e grupos; este estudo teve como referência a seguinte tese: “a abordagem grupal constitui ferramenta eficaz que contribui para a promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados”. Portanto, estabeleceu-se como objetivo analisar a eficácia da abordagem grupal para a promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados. Descrevem-se as ações realizadas junto a familiares com recém-nascidos internados em um hospital de Portugal e ainda compara as necessidades e mecanismos de enfrentamento das famílias desse país com as das famílias brasileiras. Trata-se de um estudo qualitativo com fundamentação na abordagem metodológica de pesquisa-cuidado, realizado no período de julho de 2007 a setembro de 2008, em um hospital da cidade do Porto-Portugal e em um anexo de um hospital de Sobral-CE-Brasil. Os sujeitos do estudo corresponderam a dez mães e dois pais que acompanhavam seus filhos internados no hospital da cidade do Porto; dezesseis mães que estavam alojadas na Casa da Mamãe, em Sobral-CE e atenderam aos critérios de inclusão; e ainda três auxiliares de enfermagem que cuidavam dessas mães em período intermitente. Na primeira etapa do estudo, realizada em Portugal, utilizaram-se as técnicas de observação livre e entrevista semi-estruturada, seguindo roteiros previamente elaborados. Na segunda etapa, desenvolvida na Casa da Mamãe em Sobral-CE-Brasil, utilizou-se como referencial teórico-metodológico para o desenvolvimento da abordagem grupal, o modelo proposto por Loomis (1979), o qual aborda o processo grupal, de acordo com os seguintes descritores: objetivos, estrutura, processo e resultados do grupo. Estes foram organizados em fases (planejamento, intervenção e avaliação). O grupo formado teve como objetivo primário o oferecimento de apoio entre seus integrantes. Foram realizadas quatorze sessões, que compreendiam três momentos: *aquecimento*, *desenvolvimento* e *encerramento*. As informações referentes ao grupo foram registradas em diário de campo, os principais momentos fotografados e o conteúdo verbal das sessões gravado. Os resultados do grupo foram avaliados segundo a percepção do coordenador, do grupo e de pessoas externas, sendo que os resultados evidenciados puderam ainda ser validados por meio de visitas domiciliares às participantes. Percebeu-se que apesar de realidades socioeconômicas distintas, a experiência da hospitalização do filho recém-nascido se assemelha em muitos aspectos quando vivenciada pelos pais brasileiros e portugueses. A família desponta como uma das principais fontes de apoio. Vale ressaltar, que a estrutura familiar no Brasil, muitas vezes, apresenta-se fragilizada, dificultando o oferecimento de apoio. As ações realizadas no sentido da promoção da saúde dessas famílias precisam ser pautadas nas suas necessidades particulares, estarem organizadas e sistematizadas, a fim de que se revertam em uma política interna com o objetivo de reorientar o serviço na direção da promoção da saúde. Avaliou-se a abordagem grupal como positiva quando esta conseguiu atingir os objetivos a que se propôs. Embora se compreenda a abrangência das ações de promoção da saúde, tendo em vista o conceito ampliado de saúde, considera-se que a abordagem grupal pode se constituir uma estratégia de intervenção eficaz que pode garantir o mínimo que um indivíduo deveria receber para se ter condições de conduzir sua própria saúde e de sua família.

Palavras-chave: Recém-nascido. Hospitalização. Estrutura de grupo. Promoção da Saúde. Enfermagem.

GROUP APPROACH FOR HEALTH PROMOTION OF FAMILIES WITH HOSPITALIZED NEWLY BORN

Leaving of the presuppositions that the health promotion should be developed in whole and any space and that the nursing should insist in means to render not only the clinical care, but interventions that promote the individuals' health and groups; this study had as reference the following thesis: "the group approach is effective tool that contributes to the health promotion of families with hospitalized newborn". Therefore, settled as objective to analyze the effectiveness of the group approach for health promotion of families with hospitalized newborn. The actions accomplished to family with newly born interned in Portugal hospital are described and it still compares the needs and mechanisms of confront of the families of that country with the one of the Brazilian families. It is a qualitative study with methodological approach of research-care accomplished in the period of July from 2007 to September of 2008, in a hospital of the city of Porto-Portugal and in an enclosed of a hospital of Sobral-CE-Brazil. The subject of the study corresponded to ten mothers and two parents that accompanied your children interned at the hospital of the city of Porto; sixteen mothers that were at Casa da Mamãe, of Sobral-CE, and they assisted to the inclusion criteria; and still three nursing auxiliary that took care of those mothers in intermittent period. In the first stage of the study, accomplished in Portugal, the techniques of free observation were used and glimpses semi-structured, following routes previously elaborated. In the second stage, developed at Casa da Mamãe of Sobral-CE-Brazil it was used as theoretical-methodological referential for the development of the group approach, the model proposed by Loomis (1979), which approaches the group process, in agreement with the following describing: objectives, structures, process and results of the group. These were organized in phases (planning, intervention and evaluation). The formed group had as primary objective the support offer among your members. Fourteen sessions were accomplished, that understood three moments: heating, development and closing. The referring information to the group were registered in field diary, the principal moments photographed and the verbal content of the sessions recorded. The results of the group were appraised according to the coordinator's perception, of the group, of external people, and the results evidenced they could still be validated through home visits to the participants. It was noticed that in spite of different realities socio economics, the experience of the newborn son's hospitalization resembles each other in many aspects when experienced by the Brazilian and Portuguese families. The family blunts as one of the main sources of support. It is worth to point out that the family structure in Brazil, a lot of times, comes weak hindering the offering support. The actions accomplished in the sense of the health promotion of those families need to be ruled in your private needs, be organized and systematized, so that they are reverted in a politics it interns with the objective of reorienting the service in the direction of the health promotion. The group approach was evaluated as positive when this got to reach the objectives the one that it intended. Although the amplitude of the concept of health promotion is understood, tends in view the enlarged concept of health, the group approach is considered a effective intervention strategy that can to guarantee the minimum that a individual should receive to have conditions of leading your own health and health of your family.

Key-words: Newborn. Hospitalization. Structures Group. Health Promotion. Nursing.

LISTA DE FOTOS

1 - Atividade de Colagem	79
2 - Atividade “Desenho Livre”	80
3 - Técnica “Teia de Relações	81
4 - Atividade “Continue o Desenho”	83
5 - Técnica “Abraço Coletivo”	84
6 - Atividade “Desenho Grupal”	85
7- Espaço de “Escuta Aberta”	86
8- Demonstração da técnica de banho do bebê	88
9- Técnica “Roda da Alegria” – verbalização dos desejos	89
10- Atividade de Colagem	90
11- Momento de Oração	91
12- Atividade “Continue o Desenho”	92
13- Espaço de “Escuta Aberta”	93
14- Técnica “Avaliação Clínica”	94

LISTA DE FIGURAS

1 - Configuração do grupo na sessão I	97
2 - Configuração do grupo na sessão III	97
3 - Configuração do grupo na sessão IV	98
4 - Configuração do grupo na sessão V	98
5 - Configuração do grupo na sessão XI	99
6 - Configuração do grupo na sessão XII	99
7 - Configuração do grupo na sessão XIII	99
8 - Configuração do grupo na sessão XIV	99

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Problema e objeto de estudo	15
1.2	Justificativa e relevância	20
1.2.1	Justificativa para estudo em país desenvolvido	22
1.3	Objetivos	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	A promoção da saúde em instituições hospitalares	25
2.2	O cuidado de enfermagem à família com filho hospitalizado	28
2.3	Abordagem grupal como estratégia para a promoção da saúde	31
3	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	34
3.1	Referencial teórico metodológico.....	34
3.2	Caracterização do estudo/Abordagem	41
3.3	Contexto/local do estudo	41
3.4	Sujeitos do estudo	44
3.5	Procedimentos e instrumentos para coleta das informações	46
3.6	Interpretação e análise das informações	51
3.7	Aspectos éticos e legais da pesquisa	52
4	CONHECENDO AS PARTICIPANTES DO ESTUDO	54
4.1	Características socioeconômicas e demográficas dos sujeitos do estudo	54
4.2	Características obstétricas e neonatais dos sujeitos do estudo	57
5	NECESSIDADES E MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DAS FAMÍLIAS COM RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS	60
6	AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE FAMÍLIAS COM RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS	67
6.1	Rotinas e protocolos do serviço direcionados aos pais e familiares	67
6.2	Atividades direcionadas aos pais e familiares	69
6.3	Estratégias extra-muros desenvolvidas pelo hospital	71
7	PLANEJANDO O TRABALHO COM O GRUPO	73

8	DESENVOLVENDO A INTERVENÇÃO NO GRUPO	75
8.1	Estruturando o grupo	75
8.2	O Processo grupal	78
8.2.1	A interação dos membros do grupo	95
8.2.2	Expressão de fatores terapêutico	100
8.2.3	Desenvolvimento da coesão grupal	103
8.2.4	Funcionamento do grupo	109
8.2.5	Finalização do grupo	112
9	AVALIANDO OS RESULTADOS DO GRUPO	115
9.1	Impressões do coordenador quanto à efetividade do grupo	116
9.2	Os benefícios do grupo segundo a opinião dos participantes	120
9.3	Percepções de pessoas externas quanto aos efeitos do grupo	126
9.4	O grupo enquanto estratégia para a promoção da saúde	129
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
	REFERÊNCIAS	136
	APÊNDICES	144
	ANEXOS	176

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problema e objeto do estudo

A trajetória profissional e acadêmica da autora viabilizou a construção de reflexões sobre a prática de enfermagem, de modo particular no que diz respeito ao contexto da promoção da saúde do trinômio mãe-filho-família.

Entre as primeiras experiências como profissional está a participação em um projeto materno-infantil, permitindo desenvolver atividades junto às mulheres que vivenciam o processo da gestação, parto e puerpério. Esse projeto fazia parte de um Programa – objeto da Cooperação Técnica entre a Confederação das Misericórdias do Brasil e o Banco Interamericano de Desenvolvimento que foi implementado em cinco instituições do Brasil, que construiu um novo modelo-experiência de atenção à saúde da mãe e da criança. Um dos hospitais selecionados está localizado no município de Sobral-CE, onde o Programa teve início em 1998, com término em março de 2004, recebendo o nome de “Projeto Ver Nascer”.

A autora desempenhou a função de enfermeira assistencial no referido hospital, prestando cuidados às puérperas e recém-nascidos na unidade de alojamento conjunto. Nesse contexto, despertou-se o interesse e chamaram atenção aquelas mães cujas expectativas eram frustradas com relação ao bebê que, muitas vezes, era esperado e idealizado, mas, no entanto, necessitaria de hospitalização, evento causador de estresse e sofrimento à família. O fato de separar-se de seu próprio filho, muito esperado e que acabou de nascer, é um dos fatores que irão tornar essa experiência ainda mais difícil. De acordo com o Ministério da Saúde, separar a mãe de seu bebê de forma precoce é prejudicial, devendo ser criadas alternativas de atendimento que não ocasionem essa separação (BRASIL, 2002a).

Na tentativa de criar uma alternativa que minimizasse essa separação, o “Projeto Ver Nascer” em 2001 implantou a Casa da Mamã, local para abrigar puérperas residentes em outras localidades e cujos recém-nascidos (RN) necessitassem de hospitalização na unidade neonatal de cuidados intermediários (UCI), a qual não dispõe de estrutura física para que as mães permanecessem acompanhando seus filhos. Vale ressaltar que, no período anterior à instalação dessa Casa, as mães retornavam às suas residências e reviam seus filhos somente por ocasião de alguma visita.

Coordenar a Casa da Mamã possibilitou o estabelecimento de relações entre as puérperas lá alojadas e a autora, e o compartilhar de experiências que envolvem a hospitalização de um filho. O cuidado prestado às puérperas, muitas vezes, foi desenvolvido

por meio da abordagem grupal, e então, a partir daí, esse tipo de intervenção começou a ser utilizada pela pesquisadora na atenção à gestantes e puérperas, inclusive adolescentes, assim como nas atividades de ensino a alunos e profissionais de enfermagem. Ao conduzir um grupo de gestantes de alto-risco acompanhadas pelo “Projeto Ver Nascer”, foram produzidos estudos nessa área, o que culminou na monografia “Grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto” de Especialização em Enfermagem Obstétrica (MONTEIRO; TAVARES, 2002). Desta forma, a prática da abordagem grupal foi sendo vivenciada pela autora e fazendo parte de seu cotidiano profissional, permitindo o desenvolvimento de habilidades.

A aproximação com a temática no percorrer da trajetória profissional também permitiu a produção de trabalhos, os quais revelam além dos sentimentos e comportamentos durante o período de internação do recém-nascido, aspectos relacionados ao cuidado do bebê após a alta e às questões de cunho social, cultural e emocional. Estas questões são vivenciadas pelas famílias que experienciam a hospitalização de um filho (CARVALHO *et al.*, 2007; MARQUES *et al.*, 2005; MELO *et al.*, 2005a, 2005b; SOUSA *et al.*, 2005).

Por meio da elaboração da dissertação e de outros estudos durante o curso de Mestrado em Enfermagem percebeu-se como a distância da família causa às mães sentimentos de perda, podendo comprometer a adaptação da mesma à experiência de acompanhar o filho internado. Percebeu-se também que os membros da família não estão preparados para lidar com a situação, principalmente em relação à ausência dessa mãe no lar, interferindo no cuidado da criança hospitalizada e dos outros filhos (MONTEIRO; PINHEIRO; SOUZA, 2007). O que impulsionou a realização da dissertação foi a lacuna assistencial em relação às mães que acompanham seus filhos recém-nascidos internados, e, em consequência deste trabalho, foi identificada a necessidade de se estender o cuidado de enfermagem à família da puérpera. Concluiu-se que a experiência da hospitalização de um filho recém-nascido abrange aspectos relacionados à família da puérpera, considerados relevantes no planejamento de cuidados para a promoção da saúde do trinômio mãe-filho-família (MONTEIRO, 2005).

A partir da *Carta de Otawa*, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, no Canadá, a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Nesse documento são identificados cinco campos de ação: construção de políticas públicas saudáveis, criação de

ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002b).

Entende-se que a promoção da saúde está inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico. Esse processo de mudança no Brasil suscita a necessidade de novos olhares e ações voltadas às diversas áreas de atenção à saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito de instituições hospitalares.

De acordo com Buss (2000), a prática da promoção da saúde surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Em relação à promoção da saúde em instituições e serviços de saúde, constata-se a iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) que possui um Centro de Colaboradores para a promoção da saúde, formando uma rede internacional, nacional e regional de hospitais e serviços de saúde na Europa e em outros continentes. Este Centro tem como missão apoiar o desenvolvimento de hospitais e outras instituições de saúde para se tornarem *settings* promotores de saúde, provendo suporte técnico-científico e favorecendo a comunicação entre os hospitais que compõem a rede. Participam do Centro, a OMS (escritório europeu), Organizações não governamentais, associações e universidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2006a).

Como a Casa da Mamãe faz parte de uma instituição hospitalar, sofre também influência desse ambiente. De acordo com Dias (2005), o modelo profissional dominante nesse local diz respeito a um conjunto de aparato tecnológico e político legal, limitando o espaço da clínica à cura (no sentido convencional) ou reabilitação, distanciando-a de uma práxis efetivamente promotora da saúde. As relações hierárquicas de poder e as relações autoritárias entre profissionais de saúde e usuários dos serviços dificultam a construção de espaços de autonomia e a participação daqueles que buscam atenção à saúde. Estes espaços, uma vez constituídos, contribuem para efetivação de uma prática promotora de saúde. Essa realidade remete a reflexões acerca das ações de enfermagem desenvolvidas neste tipo de serviço no processo de promoção da saúde dos indivíduos, família e comunidades por ele assistidas, compreendendo que prestar cuidados curativos por si só já não basta.

Nessa direção, enfatiza-se o campo de atuação da promoção da saúde no que concerne à reorientação dos serviços de saúde que, segundo a *Carta de Otawa*, compreende

mudanças gradativas da instituição em direção à promoção da saúde, sem perder o seu papel de prover cuidados clínicos e de urgência. Para isso, as práticas desenvolvidas nesses locais precisam ser reorientadas no sentido de se tornarem condizentes com o que é proposto para se alcançar a promoção da saúde do indivíduo (BRASIL, 2002b).

Para Smeke (2002), o redirecionamento das práticas dos profissionais de saúde tem sido um desafio na implementação das estratégias de promoção da saúde. A formação desses profissionais propicia relações fundadas no modelo de cuidado biológico, centrado na doença e no tratamento que os limitam junto à pessoa, às famílias, aos grupos e comunidade. Jonhson (2000) relata que em alguns países em desenvolvimento têm sido implementadas políticas no intuito de orientar as instituições de saúde para a saúde da comunidade, educação continuada e capacitação comunitária, consoante com o que afirma Dias (2005, p. 22) ao considerar que “o hospital como parte integrante do sistema de saúde deve constituir-se como espaço comunitário”. O sentido comunitário para as mães e familiares com RN internado se converte para pessoas que estão vivenciando a mesma situação; ao acompanhar o filho, passam a conviver no mesmo espaço; possuem as mesmas condições socioeconômicas e durante o período da hospitalização do filho, estabelecem relações de ajuda e vínculos entre si que se prolongam mesmo após a alta (MONTEIRO; PINHEIRO; SOUZA, 2008).

Diante da necessidade de reorientação das práticas de cuidados à criança hospitalizada e à família, inseridas nesse paradigma de saúde, julga-se relevante investigar sobre a estratégia do grupo enquanto cuidado de enfermagem, pois se acredita que esta é desenvolvida a partir de ações que representam uma práxis voltada para o conceito positivo de saúde. O trabalho com grupos é identificado no contexto do Sistema Único de Saúde como uma prática que contribui com a superação do modelo biomédico (SANTOS *et al.*, 2006). Concorde-se com esta premissa à medida que se compreende o grupo como um espaço de livre expressão que pode favorecer os mecanismos necessários à mudança de comportamento, conseqüentemente, necessários à promoção da saúde. Assim, considera-se que a abordagem grupal pode se tratar de uma estratégia para trabalhar em direção à promoção da saúde, de modo particular de mães e familiares com recém-nascidos hospitalizados.

O desenvolvimento de habilidades corresponde a outro campo de ação da promoção da saúde para o qual a abordagem grupal pode se tratar de uma estratégia de operacionalização. Uma importante proposição presente neste campo está diretamente relacionada a ajudar o indivíduo no crescente controle sobre sua vida. Orienta-se que o desenvolvimento pessoal e social pode ser conquistado por meio de informação, educação

para a saúde e intensificação das habilidades vitais, capacitando as pessoas nas diversas fases da vida, o que possibilita a população exercer maior controle sobre sua própria saúde (BRASIL, 2002b).

Os grupos inseridos no contexto da promoção da saúde têm seus objetivos construídos de forma contínua em busca da potencialização das capacidades dos sujeitos, e mudanças de comportamentos e atitudes direcionadas ao desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis e desnecessários (SANTOS *et al.*, 2006). No espaço do grupo, o participante deve ser valorizado como pessoa humana e suas potencialidades ressaltadas e energizadas, a fim de ajudá-lo a superar suas limitações e obter reações para o enfrentamento de situações difíceis. A terapia promovida por meio de grupos tem sua base na utilização de linguagem única e familiar, da receptividade, do estímulo e do apoio dos organizadores, contribuindo para crescimento pessoal de seus integrantes (CAVALCANTI; FERNANDES; RODRIGUES, 2002).

Desta forma, entende-se que as vantagens em utilizar a intervenção grupal na busca da promoção da saúde de pacientes e familiares são muito mais do que a economia de tempo e energia ou a possibilidade de maior número de clientes assistidos. A vantagem primária está na composição do grupo por uma variedade de pessoas com problemas ou objetivos semelhantes, em que o fato de poder compartilharem preocupações comuns faz com que haja uma variedade de *feedback* que não seria possível individualmente (LOOMIS, 1979).

Diante do exposto, foram levantados os seguintes questionamentos: *Que ações para promoção da saúde são desenvolvidas em país europeu junto a familiares com recém-nascidos hospitalizados? As necessidades sentidas e mecanismos de enfrentamento das famílias de um país europeu que estão com filhos recém-nascidos internados são as mesmas das famílias brasileiras? Qual a viabilidade de atividade de promoção da saúde em ambientes hospitalares por meio da abordagem grupal? Quais os efeitos do cuidado de enfermagem por meio da abordagem grupal para a promoção da saúde das famílias com recém-nascido hospitalizado?*

Por conseguinte, durante o presente estudo, investigaram-se as experiências vivenciadas pelas famílias de um país do continente europeu e um do continente americano diante da hospitalização do filho recém-nascido, tendo em vista compreender as semelhanças e diferenças entre as duas realidades (Portugal e Brasil), assim como identificar ações desenvolvidas para a promoção da saúde dessas famílias. Prestaram-se cuidados utilizando abordagem grupal às famílias brasileiras com recém-nascidos hospitalizados durante o período da internação, entendendo-a como prática de enfermagem na direção da promoção da

saúde do trinômio mãe-filho-família, e realizou-se a avaliação dos resultados dos cuidados implementados, constituindo-se todo esse processo objeto desta investigação.

Partindo dos pressupostos de que a promoção da saúde deve ser desenvolvida em todo e qualquer espaço e que a enfermagem deve empenhar-se em meios para prestar não somente o cuidado clínico, mas intervenções que promovam saúde em suas múltiplas dimensões, de indivíduos e grupos; este estudo teve como referência a seguinte tese: “a abordagem grupal constitui ferramenta eficaz que contribui para a promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados”.

1.2 Justificativa e relevância

O elevado índice de morbidade e mortalidade neonatal tem incentivado a implementação de ações que se configuram como preventivas e curativas, dando-se ênfase à promoção da saúde no âmbito da saúde materno-infantil. Reconhece-se ainda que o momento atual exige transformações na dinâmica de trabalho, na interação serviço/profissional/cliente. Portanto, há necessidade de mudanças nas condutas profissionais, pois estas devem orientar-se não apenas ao tratamento das doenças, mas conduzir o cliente (criança e família) à tomada de decisões e atitudes que levam à qualidade de vida (QUEIROZ; JORGE, 2004).

No que diz respeito à mãe que se encontra com o filho recém-nascido hospitalizado, entende-se que essa situação pode representar uma experiência nova, exigindo da família esforços no processo de enfrentamento e adaptação. Para Rocha *et al.* (2004), essa clientela necessita de um cuidado capaz de estimulá-la positivamente frente às dificuldades, minimizando os problemas emocionais mais sérios e suas repercussões em sua vida social e interpessoal. Nesse contexto, se insere a abordagem grupal como estratégia de cuidado no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde do trinômio mãe-filho-família que vivencia o processo de hospitalização.

O desenvolvimento de dissertação de Mestrado, na qual se investigou, por meio da abordagem grupal, a vivência de puérperas que acompanhavam o filho recém-nascido hospitalizado, permitiu verificar que a literatura na área da enfermagem dispõe de trabalhos que relatam a experiência da utilização do grupo nas mais diversas situações (MONTEIRO, 2005). No entanto, poucos são os estudos que testam a aplicação de teorias na intervenção grupal desenvolvida por enfermeiros (ARNDT; HORODYNSKI, 2004; CALADINE, 1996; KELLEY, 1999; LEGO, 1998; STRICKLAND, 1996), de forma que esta seja avaliada quanto sua eficácia e eficiência, para que seja possível contribuir na construção de estratégias de

cuidado que favoreçam a promoção da saúde de grupos específicos: indivíduos, família e comunidade.

Segundo Buss (2003), os profissionais que têm interesse na promoção da saúde devem procurar o aperfeiçoamento dessas abordagens metodológicas e tecnológicas enquanto meios complementares às demais intervenções em saúde. Também é sabido que, entre os eixos de atuação da promoção da saúde e suas áreas prioritárias de trabalho, encontra-se a necessidade de pesquisar as ações que levam a este fim de modo a construir estratégias com crescente efetividade e eficácia (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

No campo da saúde, cada vez mais é reforçada a necessidade de permanente avaliação das intervenções realizadas. Há um crescimento da produção de novas tecnologias voltadas para o cuidado que passam a ser usadas nem sempre tendo a sua eficácia comprovada e, muitas vezes, gerando efeitos indesejáveis. A escassez de estudos nesse sentido, assim como as lacunas e limitações dos relatórios existentes dificultam que pesquisadores e agentes promotores de saúde possam generalizar os efeitos e comparar a utilidade das intervenções (DZEWALTOWSKI, 2004).

A partir do reconhecimento da intervenção grupal como prática eficaz na promoção da saúde e entendendo que estas ações possam acontecer em todos os níveis de cuidado, seja na atenção primária, secundária ou terciária, acredita-se que o desenvolvimento do cuidado de enfermagem por meio da abordagem grupal pode ser um grande aliado no que concerne à atenção à mãe que se encontra com o filho recém-nascido hospitalizado e seus familiares. Assim, além deste estudo se tratar de uma pesquisa inédita e o número de trabalhos com grupos nessa área ser reduzido, a presente investigação revelou uma nova alternativa de prestação de cuidados de enfermagem às mães e familiares que estão com seus bebês internados, que pode ser adotada pela equipe do serviço e mantida como uma ação contínua.

LoBiondo-Wood e Haber (2001) destacam a importância da realização de estudos sobre a prática do enfermeiro, pois uma das principais prioridades da pesquisa de enfermagem se configura em documentar resultados que proporcionem base para mudança ou confirmação da prática atual.

Desse modo, a presente pesquisa trata-se de um estudo relevante, tendo em vista os benefícios à clientela, pois na medida em que proporciona maior integração entre mães e família, estabelece também espaço onde os membros do grupo terão direito de expressar seus temores, angústias e dúvidas e onde serão desenvolvidos os cuidados necessários para o enfrentamento dessa fase, evidenciando-se o aprendizado interpessoal entre os participantes

do processo. Nesse sentido, entende-se que o grupo surge como estratégia de cuidado à família.

Espera-se, desta forma, contribuir com o processo de construção de uma assistência mais integral e humanizada, a partir do momento em que o estudo fomenta a reflexão e discussão entre os profissionais do serviço em estudo e familiares a cerca do cuidado desenvolvido. A experiência apresentada nesse trabalho poderá ser adotada como parte da rotina desses profissionais, beneficiando não somente aos participantes do estudo, mas às famílias de outros RNs que poderão ser internados.

Portanto, a relevância dessa investigação compreende ainda a contribuição para a área da saúde no que se refere ao direcionamento de políticas públicas e ao planejamento de assistência integral, com abordagem diferente da implementada individualmente, a qual segue um modelo biomédico e tradicional. Utilizando a abordagem de grupo, acredita-se que seja possível contribuir na promoção da saúde e qualidade de vida das famílias que passam pela experiência da hospitalização do filho recém-nascido.

1.2.1 Justificativa para estudo em país do continente europeu

Sabe-se que os países da América do Norte, em especial o Canadá, pioneiro nas ações de promoção da saúde, já têm uma trajetória no desenvolvimento de políticas e na reorientação dos serviços de saúde, fundamentados numa visão ampliada do conceito de saúde.

O Brasil, apesar de possuir um Sistema Único de Saúde que revela em sua filosofia os princípios recomendados nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (participação comunitária, autonomia, cidadania, entre outros), dispõe de serviços, principalmente instituições hospitalares, que continuam a desenvolver ações fundamentadas no tratamento da doença no seu caráter puramente biológico, e que, não obstante, ainda necessitam de aprimoramentos a fim de ampliar suas políticas para a promoção da saúde e qualidade de vida da população.

Com relação aos países da Europa, muito se tem feito no campo da saúde pública e na prevenção de agravos. No entanto, pouco se identificam políticas e ações que revelem claramente a reorientação dos serviços de saúde em direção à promoção da saúde. Porém, iniciativas de organizações não governamentais demonstram interesse em evoluir nesse aspecto, abordando inclusive a questão da promoção da saúde em instituições hospitalares,

como o Centro de Colaboradores da OMS para a promoção da Saúde em Hospitais e Serviços de Saúde (WHO, 2006a).

Os conceitos utilizados pelo Centro de Colaboradores da OMS são baseados em documentos como a Carta de Ottawa (1986), Declaração de Budapeste sobre Hospitais Promotores de Saúde (1991), Recomendações de Vienna sobre Hospitais Promotores de Saúde (1997), entre outros. De acordo com o Centro, as instituições promotoras de saúde devem consistir em: espaços saudáveis de cuidados de saúde, indo além do tratamento de doenças com a prevenção e a promoção da saúde positiva, aumentando a orientação ao paciente e empoderando-o para controlar os fatores que influenciam sua saúde; veículos de participação na comunidade; locais de trabalho saudáveis para os profissionais de saúde; organizações sustentáveis e saudáveis (WHO, 2006a, 2006b, 2009).

Destá forma, em virtude do continente europeu se constituir historicamente palco de grandes lutas da sociedade pela melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, das condições de saúde da população, sentiu-se a necessidade de conhecer de perto as ações de promoção da saúde nesta região, de modo particular no que concerne à promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados. A realização de um estudo comparativo permitirá a partir das conclusões do trabalho, refletir quanto à viabilidade da utilização da abordagem grupal no contexto hospitalar às famílias com recém-nascidos internados em outros países, dada as diferenças e semelhanças que poderão existir.

Diante do exposto, selecionou-se como local para estudo no exterior, Portugal, por ser um país de língua irmã, que faz parte da união européia e que vem melhorando significativamente a atenção à saúde da mãe e da criança, o que pode ser constatado por meio da redução dos indicadores de mortalidade materna, perinatal e infantil. A mortalidade infantil nesse país regrediu de 77,5 para 5 por mil nascidos-vivos nos últimos vinte anos. Evidencia-se a contínua redução na mortalidade materna e perinatal e a proposta do Governo é melhorar ainda mais esses indicadores (PORTUGAL, 2004, 2005).

Espera-se, com a presente pesquisa, contribuir para o direcionamento das ações de enfermagem voltadas para a promoção da saúde das famílias que vivenciam esta experiência, considerando suas diferentes realidades socioeconômicas e culturais.

1.3 Objetivos

Geral

- Analisar a eficácia da abordagem grupal para a promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados.

Específicos

- Identificar as ações para promoção da saúde desenvolvidas em um hospital de Portugal junto a familiares com recém-nascidos hospitalizados;
- Comparar as necessidades e os mecanismos de enfrentamento de famílias brasileiras e portuguesas que vivenciam a experiência de hospitalização do filho recém-nascido;
- Desenvolver abordagem grupal junto à famílias brasileiras com recém-nascidos hospitalizados;
- Avaliar a utilização da abordagem grupal, a partir do referencial de Loomis (1979), como estratégia para a promoção da saúde de famílias brasileiras com recém-nascidos hospitalizados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A promoção da saúde em instituições hospitalares

Acredita-se que hoje seja possível uma mudança de paradigma no que diz respeito à promoção da saúde em ambientes hospitalares onde a clínica e a técnica predominaram e ainda predominam até hoje. As necessidades atuais dos indivíduos suscitam que um novo olhar, uma nova postura, uma outra cultura sejam cultivadas no interior dos hospitais, tendo como objeto a saúde ao invés da doença.

Para Jonhson (2000), apesar de ainda ser reafirmado que instituições de saúde deveriam manter sua meta estabelecida há muito tempo, de ser centro para o cuidado de doenças, relegando a responsabilidade da promoção da saúde ao setor de saúde pública; também é sustentado que o hospital é parte importante da comunidade e que toda instituição, especialmente aquelas envolvidas com o serviço público, deve ser ativamente comprometida com o planejamento para a promoção da saúde.

Iniciativas como o projeto *Health Promotion Hospital* (HPH) desenvolvido pela rede internacional para a promoção da saúde em hospitais e serviços de saúde, podem facilitar mudanças nesses locais e produzir evidências para se alcançar a promoção da saúde, por meio do intercâmbio de experiências entre os hospitais participantes da rede. O projeto tem entre outros objetivos: mudar a cultura dos cuidados hospitalares, buscando a interdisciplinaridade e a participação dos usuários; promover a saúde dos profissionais que trabalham no hospital e a ligação do hospital com a comunidade (WHO, 2006a, 2009).

Cecílio (2006) considera o hospital um lugar estratégico de intervenção na perspectiva da reforma do sistema de saúde brasileiro, constituindo-se, no entanto, um território que não foi explorado no sentido da humanização e da defesa da vida. O autor afirma ainda que é possível pensar em promoção da saúde, em educação em saúde e em criação de vínculos no espaço hospitalar. Contudo, pondera que para isso ocorrer a prática no interior dos hospitais precisa ser repensada, assim como a relação médico/paciente, médico/equipe e sistema de saúde como um todo. É preciso introduzir a idéia de cliente, concebendo o usuário como legítimo portador de direitos e necessidades. O conceito de cliente deve ser construído a partir de uma ética de solidariedade e compromisso com a construção da cidadania.

Esse processo é dificultado pela supervalorização da dimensão biológica do processo saúde-doença que contribui para uma rotina mecanicista, a fragmentação da

assistência, a diminuição da eficácia das ações e a desumanização das práticas profissionais com abordagem do indivíduo como um objeto da equipe de saúde. Também a relação desigual permeada pelo autoritarismo e pela prepotência inibe qualquer indicação de autonomia, que levaria o paciente a ser tratado como sujeito em seu processo de recuperação e cura (ROLLO, 2006). Porém, o mesmo autor afirma em seu trabalho, no qual reflete sobre a realidade dos hospitais públicos, que é possível vivenciar novas experiências nesses locais e sugere uma série de estratégias que podem ser trabalhadas no sentido de construir um “novo hospital”.

Entre as estratégias sugeridas por Rollo (2006) destaca-se a criação de espaços coletivos nas unidades de trabalhos que garantam a discussão entre as figuras do ambiente hospitalar, com ênfase na escuta dos usuários. O autor julga que as equipes assistenciais podem desempenhar papel importante na vida do paciente e de sua família durante o período de internação. Com os espaços de conversações, por meio da arte, da fala, da escuta e da contínua interação; os medos, as falas ocultas, as cegueiras, as possibilidades, podem emergir, mediante relações horizontais de sujeito para sujeito, permeados por confiança, cooperação e responsabilidade. Os grupos de vivência, técnicas psicodramáticas, *roll-play* e reuniões são dispositivos que estão sendo usados para contribuir neste processo de produção de sujeitos-cidadãos preparados para enfrentar os seus problemas de saúde.

Para Cecílio (2006), o hospital não é, intrínseca nem inevitavelmente, um espaço só de práticas de cura e reabilitação. O “novo hospital” pode e deve ser um espaço de promoção da saúde, de defesa da vida e da cidadania, com suas equipes colaborando ativamente na formação de novas relações dentro do sistema de saúde.

Jonhson (2000) sugere como mudança para a institucionalização da promoção da saúde dentro do ambiente hospitalar, o desenvolvimento de uma abordagem mais sistemática que envolva a reorientação do sistema de valores destas instituições. Essa abordagem sistemática deve ser direcionada às necessidades do indivíduo, dos trabalhadores e da comunidade atendida. As atividades de promoção da saúde nesses locais devem educar e motivar o indivíduo a reduzir seus riscos, prevenir doenças e ajudar a maximizar seu potencial de saúde e bem-estar por meio de uma abordagem positiva de estilo de vida. As instituições hospitalares que participam do HPH visam tornar-se um espaço de cuidado de saúde saudável, oferecendo tratamento de qualidade, que busque o empoderamento dos pacientes para o controle dos fatores que influenciam sua saúde (WHO, 2006a, 2006b, 2009).

Freire (1999) considera que sem autonomia não há aprendizagem e que a falta de liberdade impede a elaboração do conhecimento. Então é preciso que estas pessoas tenham liberdade de expressar seus sentimentos, angústias, medos, contradições, crenças e opções

para que elas exercitem o processo de aprender. Campos (1997) refere que a formação de vínculo e o acolhimento da pessoa que busca atenção à saúde fazem parte de todo o esforço para que melhore sua capacidade de autonomia, entenda seu corpo, suas relações e, como consequência, amplie sua qualidade de vida.

Os programas de educação do paciente nesses espaços podem incluir o companheiro ou pais, e geralmente, abordam atividades sobre a doença e os seus efeitos na vida diária; preparam o paciente para diagnóstico e procedimentos e para a experiência de se hospitalizar, ajudam-no a conduzir sua doença depois da alta e incentiva as modificações do seu comportamento que promovam uma boa saúde e previna doenças (JONHSON, 2000).

Contudo, Rollo (2006) acrescenta que os médicos e enfermeiros necessitam ser capacitados para esta nova abordagem de pacientes e familiares. Segundo Jonhson (2000), pesquisas revelam que os profissionais de saúde que trabalham dentro das instituições hospitalares acreditam que não têm treinamento adequado para desempenhar atividades em promoção da saúde. Vale salientar que os mesmos são educados para pensar exclusivamente sobre cuidado de saúde relacionado à doença, particularmente doenças agudas. Eles não são educados para estratégias de promoção da saúde e sua atenção é direcionada ao tratamento e gerenciamento de doenças.

Conforme constata Jonhson (2000), outra dificuldade está relacionada à cultura complexa e repleta de burocracias das instituições de saúde. Refere ainda que as crenças a respeito da efetividade das intervenções para a promoção da saúde pode ser a principal barreira para a implementação de um programa com este propósito em ambientes institucionais, bem como a falta de tempo para o engajamento no trabalho necessário e de planejamento de um programa de promoção da saúde. Se o profissional não acredita na efetividade e não percebe a promoção da saúde como parte de sua função, ele terá dificuldade em implementar os programas.

Jonhson (2000) também reconhece que as condições de trabalho dentro das instituições de saúde não promovem a saúde de trabalhadores nem de pacientes e ressalta a importância das mesmas se preocuparem com a salubridade dos seus próprios funcionários. Traz como exemplos a experiência de programas de promoção da saúde desenvolvidos por instituições para seus próprios funcionários e para os de outras organizações. Geralmente esses programas têm como premissas o bem-estar do indivíduo dentro da comunidade, no local de trabalho e na instituição de saúde, dão ênfase à autoconsciência e à autoresponsabilidade e incluem temas como: nutrição, gerenciamento de stress, aptidão

física, desenvolvimento de habilidades interpessoais e problemas clínicos tais como: parar de fumar e controle de peso.

Diante do exposto, concorda-se com Dias (2005) quando considera que o fortalecimento de ações promotoras de saúde não se trata de um imperativo apenas da atenção básica como equivocadamente sempre se pensou. Partindo do pressuposto de que a pessoa com doença crônica pode ter uma vida saudável e compreendendo que a clínica não se constitui em um espaço antagônico à promoção da saúde, ao contrário, ela é parte deste contexto; conclui-se que a promoção da saúde não ocorre anterior à doença nem antecede à atenção primária, secundária ou terciária. Assim, a promoção da saúde configura-se em um enfoque que, transversalmente, está presente em todos os espaços de atenção à saúde, sendo viável e necessária também na atenção terciária.

Portanto, acredita-se que a promoção da saúde tanto seja possível quanto necessária em ambientes hospitalares, e que as ações desenvolvidas nesse sentido podem conduzir o indivíduo e sua família na busca de qualidade de vida. Logo, os profissionais que lidam nesses espaços de cuidado devem se preocupar com a promoção da saúde da clientela por eles assistida. A família que se encontra com o filho recém-nascido hospitalizado vivencia um momento de vulnerabilidade, constituindo-se em oportunidade para se repensar o cuidado a ela dispensado, devendo, desta forma, construir estratégias que otimizem o tempo de internação e que sejam eficazes na atenção a essas famílias.

2.2 O cuidado de enfermagem à família com o filho hospitalizado

A partir de uma visão integral e interdisciplinar, não é possível se referir à promoção da saúde do ser humano sem antes percebê-lo em seu contexto. O comportamento do homem e sua operatividade estão intimamente ligados a fatores de ordem socioeconômica e familiar que intervêm ou determinam, de forma positiva ou negativa, uma adaptação ativa à realidade, na qual o sujeito se compromete com o meio em uma relação criativa e modificadora. Como unidade básica de interação, a família aparece como instrumento socializador, em cujo âmbito o sujeito adquire sua identidade, sua posição individual dentro da rede interacional. A funcionalidade e a mobilidade de tal posição assinalarão o grau e a natureza de adaptação nesse contexto grupal, do qual cada sujeito é porta-voz (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

Adota-se neste estudo o conceito de família entendido por Boyd (1990) como um sistema social composto por dois ou mais indivíduos com forte compromisso emocional entre

si e que vivem no mesmo local. Esse conceito inclui uma variedade de elementos que envolvem aspectos da composição, estrutura, relações e inter-relações entre os membros da família.

A família funciona como uma unidade de saúde ou de doença, um espaço de alegria e sofrimento. Logo, a família pode ser a fonte mais importante de apoio para um membro isolado em crise ou, inversamente, um isolamento físico ou emocional de um membro pode provocar um grande estresse para a família como um todo. Desta forma, torna-se necessário o cuidado de enfermagem a esse grupo, cujos membros apesar de possuir suas características próprias, influenciam e são influenciados pelo ambiente familiar (CHAGAS; BARROSO, 2002; PINHEIRO; VARELA, 2002).

As mudanças ocorridas com a chegada de um novo membro exigem da família um processo de readaptação. Essa tarefa pode ser difícil em alguns casos, merecendo atenção e cuidado especiais (BRASIL, 2002a). A experiência da hospitalização do recém-nascido exigirá capacidade de enfrentamento e adaptação da família, pois as expectativas normais do casal em relação ao filho, muitas vezes esperado e idealizado, são frustradas quando este, ao nascer, necessita ser hospitalizado. Isso pode gerar situações de conflito, repercutindo na vida da mulher e de sua família.

A hospitalização de um filho recém-nascido pode ser considerada um acontecimento paranormativo, pois, segundo Boyd (1990), são eventos não naturais, mas que podem ser freqüentes no ciclo de vida da família. O período de enfrentamento desses acontecimentos se caracteriza por frustração e estresse que rompem a estabilidade da família. A avaliação dos sinais de perigo do sistema familiar e a intervenção da enfermeira durante esse período podem ajudar a família a retomar sua estabilidade, desempenhando adequadamente suas funções.

A hospitalização de um filho resulta em sofrimento para a mãe com repercussão na dinâmica familiar. As genitoras deixam de cuidar de si por dedicação à sua prole. Essa abdicação e as preocupações decorrentes da ausência desta no lar desencadeiam sinais evidentes de desgaste físico e psicológico (BOUSSO, 1999; SANTOS *et al.*, 2001).

Durante a internação de um bebê prematuro ou enfermo, os pais se deparam com sentimentos de medo e ansiedade ao ver o neonato submetido a vários procedimentos dolorosos (SOUSA *et al.*, 2001). Já Gorski (2001) revelou, em seu estudo, outros sentimentos vivenciados pelo casal como: culpa e frustração pelo parto prematuro, falta, inveja de puérperas com recém-nascidos a termo e o desejo de ter seu filho consigo. Pode haver intensificação das ansiedades depressivas, temores de causar danos à criança e, muitas vezes,

essas mães não conseguem projetar o futuro de seus filhos. Segundo Maldonado (2002), estes sentimentos tornam-se mais acentuados quando o bebê está afastado de sua mãe.

Para Scochi *et al.* (2003), a separação de pais e filhos em decorrência da hospitalização do neonato é um dos fatores que faz com que aqueles sintam tristeza, medo e estresse, pois se encontram fragilizados e inseguros quanto à vida de seu bebê. O casal apresenta sentimentos contraditórios, como culpa por se sentirem responsáveis pelo sofrimento da criança e, no mesmo momento, manifestam esperança e resignação.

Percebe-se a importância do cuidado integral à mulher e a sua família, como forma de minimizar as repercussões consequentes do evento da internação do filho recém-nascido. Queiroz e Barroso (2005) afirmam que a hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, ação indispensável em todas as fases de crescimento e desenvolvimento infantil. Entretanto, ocorrem ainda muitas situações de descaso e indiferença, comprometendo a assistência à criança, à mãe e à família. As autoras referem que a equipe de enfermagem deve exercer a função de cuidadores e educadores, proporcionando momentos para formação de vínculos, apoiando, trocando informações sobre a condição de vida e saúde da criança. Além disso, faz-se importante conhecer hábitos, atitudes e condições objetivas desta família, os quais influenciam na maneira de conduzir as ações, pois oferecem espaços para planejar junto (profissional e família), uma forma mais coerente de cuidar da criança.

Para Kenner (2001), o objetivo da assistência de enfermagem é ajudar a família a desenvolver compreensão, habilidade e confiança para dispensar cuidados adequados após a alta do recém-nascido. Assim, a enfermagem deve planejar intervenções para ajudar os familiares a lidar com a crise, preenchendo suas necessidades. Essas intervenções devem focalizar necessidades físicas e de desenvolvimento e as necessidades práticas e emocionais da família. Refere ainda quatro categorias principais para intervenção à família do RN: oferecer informações, reforçar os sistemas de apoio, treinar habilidades para os cuidados com a criança e aumentar o vínculo entre pais e bebês. Entre as intervenções de enfermagem mais importantes direcionada à família dos RN, destaca-se a promoção da interação entre todos os membros.

Desta forma, entendendo que a família pode funcionar como um apoio em situações de crise, ou dependendo de seu nível de estruturação e poder de enfrentamento, pode interferir e influenciar negativamente na superação das dificuldades, acredita-se que o cuidado de enfermagem ao recém-nascido hospitalizado precisa envolver a família. Para

tanto, alternativas de cuidado devem ser desenvolvidas na direção da promoção da saúde do trinômio mãe-filho-família nesse período.

2.3 Abordagem grupal como estratégia para a promoção da saúde

A primeira experiência do indivíduo com grupos ocorre na infância, em sua família, um grupo natural. A segunda vivência para a maioria das pessoas é a escola. Assim, a associação em grupos é parte importante da vida de qualquer pessoa, pois os seres humanos são inerentemente sociais e dependem uns dos outros para suprir suas necessidades.

Cada grupo é possuidor de vida própria e única, assim como seu componente é um ser repleto de experiência, sentimentos e conhecimentos. Refletindo sobre esses aspectos no cuidado de enfermagem, pode-se dizer que está se desenvolvendo uma assistência que tem como fundamento melhorar a qualidade de vida, que pode ser prestada ao cliente, mas também estendida ao profissional, permitindo-o ter prazer no que faz e sentir-se satisfeito com o seu trabalho (MUNARI; RIBEIRO; LOPES, 2002). A abordagem em grupo é concebida não só como um recurso que a enfermagem pode utilizar na prestação de seus cuidados, mas também, e principalmente, por se tratar de espaço terapêutico natural, uma necessidade em casos especiais que envolvem circunstâncias geradoras de sofrimento, pois não há como cuidar da saúde de um indivíduo de forma integral, se seu componente emocional encontra-se afetado (MONTEIRO; PINHEIRO; LEITÃO, 2005).

Estudos revelam que embora o trabalho com grupos não faça parte da prática diária de todos os profissionais de enfermagem, consiste, atualmente, em interesse de estudiosos na tentativa de firmá-lo como opção para qualificação do trabalho do enfermeiro, para a humanização da assistência por ele prestada e ainda, como alternativa para esse profissional que poderá atender várias pessoas ao mesmo tempo e com qualidade, considerando os *fatores terapêuticos* que podem ocorrer no grupo (MUNARI; ZAGO, 1997; RIBEIRO; MUNARI, 1998).

Evidenciou-se, em estudos anteriores, que trabalhar com grupos na enfermagem vem se constituindo uma prática cada vez mais frequente e valorizada. Reconhece-se que a literatura disponível apresenta estudos diversificados em relação ao sucesso do trabalho com grupos, permitindo a divulgação dessa estratégia, bem como o desenvolvimento de outras pesquisas mais aprofundadas sobre a temática. A comunidade científica de enfermagem vem estudando os benefícios do grupo enquanto estratégia para a qualidade da assistência em diversos contextos. O grupo pode possuir caráter de ensino-aprendizagem, preventivo,

educativo, terapêutico, entre outras características (MONTEIRO; PINHEIRO; LEITÃO, 2005).

Embora experiências com a realização de diferentes tipos de grupos tenham apontado para a relevância dessa abordagem, ainda há evidências de que a prática educativa aplicada em grupos específicos é permeada pelo descompasso entre o que é oferecido e o que a clientela deseja.

Desta forma, percebe-se a necessidade dos profissionais de enfermagem construir um modelo de abordagem em grupo que facilite compreender o cliente em seu contexto, atendendo suas necessidades reais, baseado numa relação dialógica, que possibilite o compartilhar de saberes e experiências entre os membros e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais efetivas, contribuindo assim, para a promoção da saúde dos participantes. Todo esse processo deve acontecer por meio de ação participativa, crítica, reflexiva e transformadora, alicerçada em teoria e método, procurando adequá-la à realidade em que atuamos e aperfeiçoando-nos cada vez mais (DAOUD, 2002; SILVA *et al.*, 2003).

O Grupo de Promoção da Saúde (GPS) é uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, constituída por um processo grupal dos seus participantes até o limite ético de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos humanos. Caracteriza-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço, e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde. Os GPS, no contexto do SUS poderão ser utilizados como importantes recursos técnicos que auxiliam a construção e aperfeiçoamento de serviços associados ao conceito positivo de saúde, pois se fundamenta no amplo conceito de saúde, contemplando as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença (SANTOS *et al.*, 2006).

A construção do saber em saúde, nos GPS, ocorre por meio da participação cooperativa dos membros expressa por palavras, gestos e posturas corporais constituídas no espaço de ações de aceitação do outro, assim como pelo desenvolvimento da autonomia dos membros do grupo. Deste modo, as relações sociais nos GPS são permeadas pelo diálogo e respeito às diferenças, aos quais são integrados variados conhecimentos, destacando-se o estudo das atitudes.

Julga-se, entretanto, que a efetiva integração grupal ocorre à medida que as pessoas sentem-se tranquilas e seguras para transmitirem suas intimidades numa rede de confiança mútua, acolhimento e quiçá desenvolvimento (SANTOS *et al.*, 2006). Portanto, acredita-se que a abordagem grupal desenvolvida no sentido de promover a saúde da família

que se encontra com o filho recém-nascido hospitalizado pode, por meio da cooperação do grupo, constituir-se numa alternativa eficiente e eficaz no cuidado a essa clientela.

Para tanto, Santos *et al.* (2006) ponderam que a metodologia dos GPS, assim como as demais abordagens direcionadas à promoção da saúde foram constituídas em torno de conceitos interdisciplinares articulados, especialmente nas últimas décadas. Conseqüentemente, a necessidade de pesquisas direcionadas a este fim, identificando intervenções, limites e potencialidades, se impõe ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das tecnologias em saúde.

Entende-se que, apesar do grupo conduzir seu próprio caminho, não podendo o facilitador prever seu andamento; faz-se necessário somar às experiências existentes, o aprofundamento teórico sobre a intervenção grupal, no intuito de torná-la mais efetiva. Desta forma, além de ser utilizado e estudado na enfermagem como um recurso metodológico ou uma técnica para se alcançar determinado objetivo, é preciso que o processo grupal seja avaliado no que diz respeito à elaboração de teorias. Assim, será possível contribuir para a produção do conhecimento científico e, conseqüentemente, para a prática de enfermagem direcionada à promoção da saúde.

3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

3.1 Referencial teórico metodológico

A abordagem grupal adotada para este estudo teve como referência Loomis (1979), com sua produção *Group process for nurses*. A autora propõe o trabalho grupal para enfermeiros através de um jogo de variáveis que podem acontecer no ambiente do grupo e que estão dispostas em quatro descritores interdependentes: *objetivos, estrutura, processo e resultados do grupo*, como demonstra o gráfico 1.

O processo grupal foi organizado nessa pesquisa seguindo três fases: *planejamento, intervenção e avaliação*. Foram assim denominadas para condução do grupo, adequando-se aos quatro descritores nomeados por Loomis (1979). A *Fase de Planejamento* correspondeu à etapa dos objetivos, a *Fase de Intervenção* compreendeu as etapas de estruturação e processo e a última, a *Fase de Avaliação*, aos resultados do grupo.

Segundo Loomis (1979), os tipos de grupos disponíveis podem ser caracterizados de acordo com as mesmas variáveis. Identificar as necessidades dos clientes, assim como suas expectativas, é fator fundamental para a elaboração dos objetivos e metas do grupo, correspondendo a uma pré-avaliação necessária na *Fase de Planejamento*. É importante que os objetivos da enfermeira coordenadora estejam relacionados com as necessidades do cliente, estas necessidades por sua vez, devem estar relacionadas aos objetivos dos mesmos. Assim, julga-se que na *Fase de Planejamento* o coordenador deve promover o primeiro contato com os possíveis participantes do grupo, dando início a formação de vínculo necessário à relação de confiança, de forma a motivá-los para a inserção no grupo.

O grupo pode ser categorizado de acordo com seu objetivo principal. Loomis (1979) descreve os seguintes objetivos: apoio, realizar tarefas, socialização, aprender mudanças de comportamento, treinar relações humanas e psicoterapia – introspecção e mudança de comportamento.

Na investigação sobre um grupo de puérperas que acompanhavam o filho recém-nascido hospitalizado, observou-se que o estudo pôde avançar em relação ao material teórico utilizado, ora aqui exposto. As quatro etapas (objetivos, estrutura, processo e resultados do grupo) puderam ser apresentadas de forma mais exequível tanto no esquema gráfico, como no conteúdo. Considerou-se a fase inicial para planejamento do trabalho a ser desenvolvido fundamental para a efetividade do grupo, tanto no que concerne à identificação das necessidades que podem ser satisfeitas, como para esclarecimentos sobre a proposta da

intervenção grupal. Essa etapa também é importante para o alcance dos objetivos elaborados na produção de estudos. O grupo foi classificado como de apoio/suporte, pois tinha como objetivo primário oferecer apoio emocional, mas também se estabeleceu como objetivo secundário, promover a socialização das participantes (MONTEIRO, 2005).

Loomis (1979) afirma que a própria estrutura do grupo pode ser usada para definir o tipo de grupo que se pretende trabalhar e cita os seguintes parâmetros para descrição da estrutura do grupo: tipos de clientes, nível de prevenção, grau de estrutura, orientação teórica, orientação de introspecção e variáveis físicas. Vale ressaltar a importância de que estes aspectos sejam discutidos e definidos com todos os participantes, chegando-se a um consenso. Para tanto, entende-se que o ambiente seja permeado por uma atmosfera de abertura, possibilitando a comunicação, o diálogo.

Segundo Loomis (1979), os grupos também podem ser descritos e definidos de acordo com seu processo interno. A autora refere que os seguintes fatores terapêuticos descritos por Yalom em terapia de grupo, proveem uma base significativa de discussão e classificação do processo terapêutico de grupos de cuidado de saúde: instilação de esperança, universalidade, oferecimento de informações, altruísmo, reedição corretiva do grupo primário familiar, desenvolvimento de técnicas de socialização, imitação de comportamento, aprendizado interpessoal, coesão grupal, catarse e fatores existenciais.

Os grupos podem ainda ser definidos e descritos em termos de seus resultados. São apontados como parâmetros para se avaliar resultados: a *manutenção* do estado emocional e/ou comportamental, que é um resultado muito significativo para certos tipos de clientes, os quais, entrando no grupo, têm uma grande probabilidade de piorarem e poucas chances de melhorias; a *aprendizagem*, que também é muito presente no movimento grupal, pois possibilita a aquisição de conhecimentos e informações essenciais para que alguns comportamentos sejam adquiridos ou transformados, a partir do exercício de novas tarefas ou de atos planejados; e a *mudança de comportamento* que está ligada à aprendizagem de novas atitudes e comportamentos. Em geral, essas mudanças podem ser classificadas como mudanças em relação a si mesmo, em relação às pessoas à sua volta e em relação ao meio em que vivemos. O grupo serve como espaço para se praticar essas mudanças (LOOMIS, 1979).

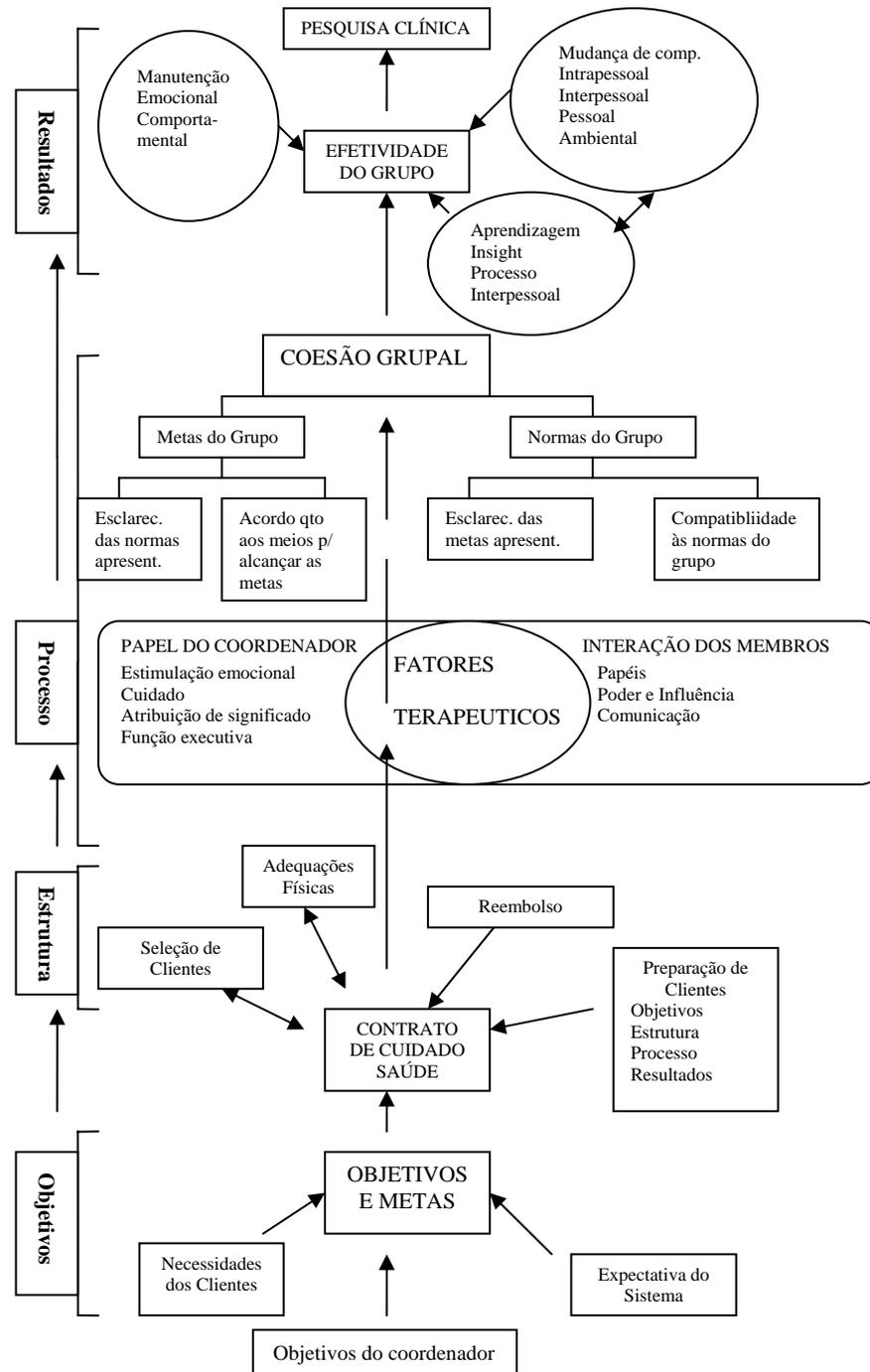


Gráfico 1 - Modelo de variáveis de grupos pequenos – objetivos, estrutura, processo e resultados
 Fonte: Tradução do modelo de Loomis (1979).

Na *Fase de Intervenção* devem ser observados os aspectos relacionados à estruturação dos grupos como: seleção dos clientes, a organização física, o tempo, o tamanho do grupo, o espaço e ambiente, reembolso, assim como a preparação dos integrantes. A autora se refere ao reembolso como uma taxa, a qual os clientes pagam pelos cuidados de saúde prestados no grupo. Essa não é bem a realidade da enfermagem no Brasil, nem em Portugal,

onde a intervenção grupal é inserida no processo de trabalho dos enfermeiros, dentro da sua carga horária, recebendo uma remuneração fixa. Desta forma, os enfermeiros não são remunerados por produção. No momento de estruturação do grupo deverá haver a aproximação entre o enfermeiro e a clientela, quando serão definidas as regras e normas para a convivência durante o tempo em que o grupo funcionar. Loomis (1979) reporta-se a esse processo como fundamental, pois deverá ser firmado o *contrato de trabalho* ou *contrato dos cuidados de saúde*, alertando que devem ser consideradas as expectativas dos participantes e do coordenador, sendo importante a avaliação e revisão constante desse contrato para ajustes necessários.

No período em que o grupo está iniciando, as apresentações são formais e os momentos de silêncio são comuns. A incerteza do que irá acontecer, a emergência do novo, pode provocar ansiedade, normal em um primeiro contato. A *interação dos membros do grupo* se dará primeiramente pelo *desenvolvimento de papéis*, que está intimamente relacionado ao *desenvolvimento do padrão de poder e influência* de cada integrante, inclusive do coordenador, e pelo *desenvolvimento do padrão de comunicação* do grupo durante a sessão. É uma etapa onde ocorrem os primeiros experimentos nos papéis de liderança e de testagem da capacidade do coordenador de conduzir o grupo com suas diversidades. Logo, o *papel do coordenador* nessa fase é de suma importância para o sucesso do grupo, pois dele depende a coesão grupal. O mesmo pode assumir a função de *estimulação emocional, cuidador, de atribuição de significado e de executivo*. Os *fatores terapêuticos* citados anteriormente podem influenciar a mudança dentro do grupo, por conseguinte, também estão entre as preocupações iniciais do grupo (LOOMIS, 1979).

O *desenvolvimento da coesão* grupal é um fator terapêutico imprescindível para o alcance dos objetivos e efetividade do grupo. É resultante de todas as forças de ação dos membros para continuarem no grupo. Loomis (1979) levanta três pontos importantes para a coesão grupal: *as metas e as normas do grupo e o papel do coordenador*. Para a autora, o que facilita o desenvolvimento da coesão grupal é a coordenação esclarecer os objetivos e metas propostos, relacionando-os com as necessidades dos clientes e com a sua própria perspectiva.

Porém, Loomis (1979) aponta alguns aspectos que constituem *ameaças para o desenvolvimento da coesão grupal*. A *instabilidade dos membros do grupo* é um fator que dificulta o processo grupal como um todo. Essa instabilidade pode ser provocada pelas próprias normas estabelecidas, pela falta de limite para o número de elementos do grupo, pela falta de respeito aos horários, pelas mudanças no local dos encontros, pela rotatividade da equipe, visitas e outros. A autora denomina de *desvios do grupo* as atitudes daqueles membros

que dificultam o processo grupal, como a sua oposição ou não aceitação das normas e das metas do grupo. Também refere que a *formação de subgrupos*, resultante da insatisfação, relutância ou da inabilidade em aderir às normas e metas do grupo, é um acontecimento que dificulta a efetividade da coesão grupal, pois estimula a competitividade. Os *problemas de liderança* também podem pôr em risco a integridade do grupo e são resultantes da falta de conhecimento ou de habilidade do coordenador para trabalhar a favor da coesão grupal. A fase de planejamento e estruturação do trabalho pode ajudar o enfermeiro a evitar dificuldades dessa natureza.

Durante o funcionamento dos grupos, os objetivos e metas podem ser atingidos por dois caminhos: o do *conteúdo* e o do *processo*. Através do caminho do conteúdo, o grupo se movimenta no sentido de utilizar a maior parte do seu tempo e de sua energia na busca de aspectos concretos do que se faz ou do que se diz. No caminho do processo, é importante a forma como o grupo se desenvolve em todas as suas nuances, considerando as intenções de comunicações, sua sequência e tempo destinado para cada integrante. A maioria dos grupos utiliza uma mistura dessas duas dimensões de modo a beneficiar-se de ambos (conteúdo e processo) no seu desenvolvimento (LOOMIS, 1979).

Nessa etapa, pode acontecer a adoção de algumas posturas relacionadas a comportamentos e atitudes que fazem parte da dinâmica das relações humanas. A *resistência à mudança* é um processo natural nessa fase, podendo ser assumida pelo grupo como um todo ou somente por alguns de seus membros. A possibilidade do abandono de certos comportamentos presentes no relacionamento pode despertar sentimentos de ambivalência que serão tão mais intensos quanto maior a dificuldade de abertura para mudanças. As situações de *conflito* são comuns durante o trabalho com grupos, pois pode haver uma diversidade e divergência de opiniões, posicionamentos e sentimentos dos integrantes entre si, entre subgrupos, do coordenador para com os elementos do grupo e ainda para com o grupo como um todo (LOOMIS, 1979).

A autora também ressalta a ocorrência de fatores positivos durante o funcionamento do grupo como a *proximidade* estabelecida entre os participantes e a mobilização para a *resolução* de problemas. Para que a proximidade ocorra é necessária uma comunicação honesta de ambas as partes, podendo o grupo se constituir, para alguns indivíduos de certas culturas, uma experiência única. A resolução de problemas pode acontecer em todos os tipos de grupos. Através da coesão grupal é possível mobilizar as capacidades para solucionar problemas do grupo e resolver assuntos da fase de funcionamento do grupo como a resistência à mudança ou conflitos. A *finalização do grupo* também é

destacada como um evento tão importante quanto todo seu percurso, exigindo atenção especial do coordenador.

Em grupos de apoio o fator curativo mais presente parece ser a *instilação de esperança*, embora outros – como: *universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, catarse, desenvolvimento de técnicas de socialização e coesão grupal* - também possam emergir durante as sessões. A coesão grupal foi considerada, nesse tipo de grupo, mais como um resultado de sua efetividade do que um fator curativo. Um dos fatores que parece facilitar a participação dos membros no grupo é ter experienciado a participação prévia em outros grupos. Esse fator, assim como o grau de instrução do participante, pode contribuir para o desenvolvimento do padrão de poder e influência de certos membros sobre o restante do grupo. A função de cuidador foi desempenhada na coordenação do grupo e se sobressaiu em relação às outras funções, sendo que a função de executivo também se fez necessária em alguns momentos para total funcionamento do grupo. Para o alcance dos objetivos e metas do grupo, trabalhou-se em um nível médio de assuntos de conteúdo e processo, dando maior ênfase ao processo grupal. A proximidade foi evidenciada, podendo estar presente entre duas pessoas que já se conhecem há algum tempo e que, com a participação destas no grupo, pode ser intensificada, criando um vínculo entre os membros passível de continuar mesmo após a finalização do grupo. Entre esses membros o padrão de comunicação parece ser bem mais evidente, permitindo um diálogo aberto, a partir do qual se constrói um relacionamento interpessoal terapêutico e duradouro (MONTEIRO, 2005).

Para Loomis (1979), bons clínicos devem avaliar a efetividade de sua prática. Desta forma, a ***Fase de Avaliação*** é uma etapa importante do trabalho grupal, embora muitos autores se refiram a esse aspecto de forma subjetiva. A autora afirma que o enfermeiro pode recorrer à *avaliação clínica*, ou seja, à observação de “O que acontece?”, “De que forma?” e “Como?”. Para essa avaliação, a autora sugere algumas estratégias ou formas de avaliação:

- Avaliação individual dos membros do grupo é imprescindível, embora muito pessoal e subjetiva. A perspectiva do indivíduo por si só não é suficiente, mas constitui-se em um importante termômetro para se avaliar o potencial de efetividade do grupo;
- Avaliação sob a perspectiva do coordenador do grupo é um recurso utilizado a partir da observação do coordenador frente aos fatos que ocorrem no desenvolvimento do trabalho grupal. Para complementação dessa forma de avaliação podem-se validar as impressões do coordenador com as opiniões dos participantes;

- Na avaliação sob a perspectiva de outros membros da equipe que trabalham com o grupo, um coordenador auxiliar ou outras pessoas que dão apoio ao trabalho grupal podem contribuir no processo de validação dos resultados alcançados, ajudando o coordenador a captar detalhes importantes sobre o seu desempenho, dos componentes do grupo e do processo como um todo;
- Na avaliação a partir da opinião de pessoas que convivem com os membros do grupo; os familiares, companheiros, conhecidos, amigos e outras pessoas geralmente possuem uma visão objetiva a respeito da participação do indivíduo, dos efeitos do grupo produzidos sobre ele e a repercussão no seu cotidiano;
- Na avaliação de um supervisor externo ao grupo, esse elemento apesar de externo, conhece o grupo em toda sua história. Frequentemente, é uma pessoa com experiência e conhecimento teórico/técnico sobre o assunto, e que irá auxiliar, sobretudo, na análise do coordenador.

Além disso, a avaliação também pode ser realizada sob a perspectiva dos *resultados do grupo*, onde se utilizarão três parâmetros, tendo como indicadores os objetivos e metas estabelecidas para o trabalho grupal. A *manutenção* do emocional e da ação comportamental dos participantes é um bom resultado. Deve-se observar a capacidade de manter os objetivos primários a que se destina o grupo. O fator *Aprendizagem* não se trata da simples aquisição de conhecimento/informação, é uma condição mais ampla, que envolve a possibilidade do indivíduo de conhecer também algo sobre si mesmo, sobre suas dúvidas e dificuldades, sobre o relacionamento com o seu problema com os outros que o cercam, e sobre as suas chances de mudança. A *mudança de comportamento* é a forma mais observada para medir os resultados de intervenção grupal. No entanto, os seres humanos não mudam sempre em uma linha direta, na forma de causa e efeito, e apesar do conhecimento crescente sobre comportamento humano, nem o cliente nem o profissional podem dizer, sem dúvida, porque uma mudança ocorreu (LOOMIS, 1979).

Enfim, considera-se que os princípios teóricos descritos nesse estudo abordam o assunto do processo grupal conduzido por enfermeiros em grupos de cuidados de saúde, permitindo que esse tipo de intervenção ocorra de forma sistemática e exequível, contribuindo para a efetividade do grupo e, conseqüentemente, para a qualidade da assistência de enfermagem.

3.2 Caracterização do estudo/Abordagem

Trata-se de um estudo qualitativo com fundamentação na abordagem metodológica de pesquisa-cuidado. Segundo Neves e Zagonel (2006), A pesquisa-cuidado busca a conexão entre método e cuidado, sendo o sujeito pesquisado em sua total essência, o foco central da interação. Nesse tipo de estudo, o objetivo não é quantificar, mas buscar significados à vivência de determinado fenômeno.

A abordagem qualitativa abrange a totalidade de seres humanos, concentrando-se na experiência humana em cenários naturais, ou seja, nesse tipo de pesquisa, o pesquisador acredita que seres humanos únicos atribuem significados as suas experiências e que elas derivam do contexto de vida e das relações que surgem ao longo do cotidiano (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

No desenvolvimento da pesquisa-cuidado o enfermeiro, ser pesquisador precisa estabelecer uma relação de cuidado. Ao se estabelecer essa relação de cuidado entre o ser pesquisador e o ser-pesquisado/cuidado, a pesquisa e o cuidado passam a fazer parte de um mesmo *continuum*, em que o processo de cuidar e o de pesquisar andam juntos, pois ao mesmo tempo em que se desenvolvem as etapas sistematizadas e organizadas do processo de cuidar em enfermagem (conhecer o cliente, detectar problemas, implementar medidas de cuidado e avaliar) se seguem rigorosamente os passos do método de pesquisa escolhido.

A pesquisa-cuidado é desenvolvida seguindo etapas consecutivas: aproximação com o objeto de estudo; encontro com o ser pesquisado-cuidado; estabelecimento das conexões de pesquisa, teoria e prática; afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado e análise do apreendido. Entretanto, de acordo com Neves e Zagonel (2006), estas etapas podem ser estabelecidas conforme se processa o encontro, ocorrendo de forma interligada em algumas situações.

Portanto, entende-se que a pesquisa-cuidado pode ser aplicada em qualquer contexto de cuidado de enfermagem, seja com clientes, famílias e comunidade, nas mais diversas situações de saúde-doença, desde que se atribua ao sujeito especial significado, reconhecendo-o como fenômeno a ser compreendido.

3.3 Contexto/local do estudo

A primeira etapa do estudo (identificação das ações para promoção da saúde desenvolvidas em um hospital de Portugal junto a familiares com recém-nascidos

hospitalizados e identificação das necessidades e mecanismos de enfrentamento de famílias portuguesas) se deu na unidade neonatal de um hospital central de referência, localizado na cidade do Porto/Portugal, no período de novembro a fevereiro de 2008.

O Porto é um município português, com 42 km² de área, sendo a segunda maior do país. Localiza-se no Norte de Portugal, a Noroeste da Península Ibérica, na margem direita do rio Douro, e próximo da sua foz. Possui cerca de 240.000 habitantes. A cidade metrópole, formada por municípios adjacentes que constituem entre si um único aglomerado urbano, conta com cerca de 1.400.000 habitantes. Além disto, é o centro de uma grande área metropolitana com cerca de 2 milhões de habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA-INE, 2007).

O hospital é universitário e de alta complexidade que faz parte da Rede de Referência Materna e Infantil da cidade, sendo classificado como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD), de acordo com sua função. Com a recente reestruturação, ocasionada pela “privatização” de alguns serviços, foram criadas Unidades Autônomas de Gestão (UAG). O serviço de Neonatologia integra a chamada UAG da Mulher e da Criança, que inclui os diversos serviços de Obstetrícia e Pediatria, admitindo recém-nascidos de médio e alto-risco. A criação dessas unidades vem proporcionar uma gestão mais racional dos recursos humanos e materiais, assim como otimizar a comunicação e articulação entre serviços.

O serviço de Neonatologia localiza-se no segundo piso do hospital, conta com dezessete leitos no total, separados em seis a oito por divisórias. Destes, seis destinam-se a bebês em cuidados intensivos, sendo que pode comportar até nove recém-nascidos. Há uma sala individualizada com apenas um leito destinado aos bebês em isolamento. Possui banheiro exclusivo para os pais e armários para guardar seus pertences. Há uma sala de reuniões/estudo, copa, vestiário com banheiros para funcionários, área de expurgo, repouso médico com sala para estudo e prescrição.

A equipe de enfermagem é composta de seis a sete enfermeiras por turno que trabalham 36 a 40h por semana. Cada membro da equipe de enfermagem assume uma função de acordo com a experiência e o tempo de serviço na unidade. Quem coordena a equipe é sempre a enfermeira mais experiente, mas há também especialistas e os graduados, com menos experiência. Os profissionais estão organizados de forma que fique uma enfermeira para cada dois recém-nascidos em suporte ventilatório. Cada enfermeiro é responsável por dois a três bebês de médio e baixo risco. Ainda há no corpo de profissionais uma enfermeira chefe e outra responsável pela gestão de cuidados, especialista em saúde infantil e pediátrica. Para contribuir

nos serviços gerais e outras tarefas, a equipe conta com dois auxiliares no turno da manhã, um à tarde e outro à noite. O serviço dispõe ainda de um psicólogo e uma assistente social, que também exercem funções em outros serviços da UAG.

A segunda etapa da coleta de informações (intervenção por meio da abordagem grupal às famílias com recém-nascidos hospitalizados e comparação das necessidades e mecanismos de enfrentamento de famílias brasileiras e portuguesas) ocorreu na Casa da Mamãe (Sobral-Ceará/Brasil).

Como referido anteriormente, a Casa da Mamãe faz parte de um hospital filantrópico de Sobral-CE, entidade de referência secundária e terciária para os municípios da Região Norte do estado do Ceará/Brasil. O município de Sobral está situado na Região Norte do estado do Ceará, distante 240 km de Fortaleza. A cidade possui a quinta maior população do Estado, constituída de 175.814 habitantes, segundo o IBGE (2000), concentrando-se a maior parte na zona urbana. A cidade está localizada no sertão, tem clima tropical, quente e seco e conta com uma área territorial de aproximadamente 1.700 km². Aproximadamente 20% da população vive com menos de um salário mínimo e quase 12% não tem instrução ou possuem menos de um ano de estudo. No setor saúde constitui referência para toda Zona Norte do Estado, sendo considerado Pólo Assistencial da Região.

A Casa da Mamãe foi inaugurada em 20 de julho de 2001 e tem como objetivo equacionar barreiras geográficas e socioeconômicas comuns na região, abrigando as puérperas cujos filhos recém-nascidos no hospital necessitam de hospitalização. Trata-se de um ambiente familiar e acolhedor, com 256m², localizado vizinho ao hospital. Sua estrutura física compreende duas salas, uma cozinha, três banheiros e três quartos, onde estão distribuídos nove leitos. As sessões ocorreram em uma das salas da casa. O critério para que a puérpera seja admitida na Casa é que ela tenha recebido alta hospitalar e seu RN esteja necessitando de cuidados especiais, o que implica permanecer na UCI; é necessário ainda, que a puérpera se dirija ao hospital diariamente para realizar ordenha e/ou amamentar seu bebê.

Enquanto estão abrigadas nesse local, as mães se deslocam ao hospital nos três turnos: manhã, tarde e noite. Durante cada período, elas fazem ordenha manual de leite materno para que os bebês que ainda não estão sugando, sejam alimentados e podem a qualquer momento ter acesso à unidade neonatal permanecendo com seus filhos que ainda estão em incubadora. Os bebês que possuem reflexo de sucção são amamentados ao seio. Há uma sala exclusiva para elas, onde podem amamentar e ordenhar com privacidade e tranquilidade. Só retornam à Casa para a realização das refeições, higiene e descanso. As mães são orientadas a ordenhar para a alimentação de seus bebês durante a madrugada,

permitindo assim, que seja reforçado o uso do leite materno, pois a instituição não dispõe de Banco de Leite Humano. Há uma auxiliar de enfermagem que as acompanha, ajudando na ordenha diária de leite materno, como também nas orientações sobre cuidados no puerpério e no trajeto até o hospital.

A presença de uma profissional por período intermitente também se justifica pelo fato de, por a maternidade ser referência na região, o perfil da clientela é de gestantes de alto-risco, merecendo, portanto, mesmo após a alta, atenção especial, pois são relatados casos em que as mães apresentaram hipertensão, sangramento transvaginal, entre outras complicações, durante a estadia na Casa.

A opção pela Casa da Mamãe para os encontros se deu pelo fato de lá estarem instaladas as puérperas cujos RN estão internados, e por ser um local mais reservado, sofrendo pouca interferência de terceiros quando comparado ao ambiente hospitalar, onde a dinâmica do serviço dificultaria a privacidade necessária ao desenvolvimento da pesquisa.

A terceira etapa da coleta de dados (avaliação da utilização da abordagem grupal como estratégia para a promoção da saúde) em que se investigaram os resultados obtidos pelo grupo, foi realizada na Casa da Mamãe e também nos domicílios das famílias que participaram do grupo em Sobral-CE-Brasil e cujo RN recebeu alta. Sabe-se que o contexto sócio-cultural em que vivem essas famílias é permeado de incertezas, contradições, limitações e conflitos que refletem no processo de cuidar da saúde da família e nos aspectos preventivos envolvidos no modo de cuidar (VIEIRA; BARROSO, 2005).

Entende-se que nesses domicílios pode-se deparar com uma falta de infraestrutura, assim como limitações econômicas, educacionais e sociais que dificultam a qualidade de vida dessas famílias. Por conseguinte, percebeu-se como necessária essa fase, tendo em vista ser possível captar *in loco* aspectos culturais que não foram percebidos durante a realização dos grupos. Também foi possível, através das visitas às famílias, reforçar a avaliação dos resultados da abordagem grupal que foram alcançados e mantidos após a finalização do grupo.

3.4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo compreenderam as mulheres abrigadas na Casa da Mamãe (Sobral/Brasil) para acompanhamento de seus filhos hospitalizados e as mães e os pais com recém-nascidos internados na unidade neonatal do hospital da cidade do Porto/ Portugal. Na elaboração da pesquisa, foi programado que os familiares pudessem participar do momento de

intervenção grupal realizada na Casa da Mamãe, mas pela falta de condições de estarem no horário previsto para os encontros, a inclusão deles não foi possível. A mesma situação aconteceu com os pais quando estes vinham visitar sua esposa e filho: a família se encontrava em local privado e a mãe não mais participava do encontro naquela tarde.

Para a coleta de dados referente ao estudo em Portugal, os pais foram convidados a participar da pesquisa quando compareceram ao hospital para a visita do filho internado. Fizeram parte dessa etapa dez mães e dois pais, sendo que um dos pais estava acompanhando o filho e outro foi convidado no momento da visita.

Na Casa da Mamãe, foram convidadas a se inserir no grupo as puérperas que estavam na Casa para acompanhamento do filho hospitalizado e que tinham condições físicas que lhe permitiam fazer parte de todas as sessões durante o período de coleta de informações. Participaram do grupo trinta e sete mães, no entanto, somente dezesseis corresponderam aos sujeitos do estudo, considerando o critério de inclusão: frequência de no mínimo quatro sessões. Entre os sujeitos do estudo, doze participaram de quatro encontros e quatro participaram de cinco a oito sessões. A média de participantes por sessão foi de sete mulheres. Apesar de não serem consideradas sujeitos da pesquisa, algumas das outras mães estão citadas no estudo pela relevância que sua participação representou para o processo grupal, influenciando nos resultados obtidos pelo grupo.

Como critérios de exclusão no estudo, estabeleceram-se: mães cujos filhos tivessem evoluído para óbito e membros com participação menor que quatro sessões. O número de participantes não foi previamente definido, pois dependeria da quantidade de mães e familiares que comparecesse ao hospital e da quantidade de puérperas existentes na Casa no período da coleta de informações, bem como da rotatividade destes na instituição e da possibilidade e aceitação dos mesmos em participar da pesquisa. No entanto, fixou-se para o grupo o limite de 8 a 12 participantes por sessão.

Loomis (1979) aponta que alguns autores sugerem um número ideal para delimitação dos grupos; com 5 ou 6 membros e que outros indicam de 6 a 10 integrantes. De acordo com a autora, deve-se considerar que o trabalho de grupo com 12 participantes ou mais pode prejudicar o atendimento das necessidades dos membros, bem como dificultar a própria coordenação e até ser um fator antiterapêutico.

Para manter o anonimato das mães no estudo foi utilizado o nome fictício de “Maria” acompanhado do país da coleta e de um número cardinal, de acordo com a seqüência em que ocorreu a inserção destas no estudo. O nome “Maria” tem sua origem hebraica (Miriam) e significa senhora soberana. A escolha se deu pelo fato de se consistir em um dos

nomes femininos mais comuns do Brasil e de Portugal e por compreender-se o significado do mesmo para muitas pessoas, por se tratar de um nome bíblico, o nome da progenitora de Jesus e de outras várias mulheres de grande valor santífico. Além disso, reporta-se também à canção composta por Milton Nascimento e Fernando Brant que evoca uma personagem feminina de personalidade forte, chamada Maria, "que ri quando deve chorar e não vive, apenas aguenta" e que "mistura dor e alegria". Acredita-se, portanto, que a protagonista da canção pode estar representando todas as mulheres batalhadoras do país, inclusive as mães que vivenciam a experiência da hospitalização de seu filho recém-nascido. Esse nome fictício também foi adotado para identificar aquelas mulheres que fizeram parte do grupo, mas não foram consideradas sujeitos do estudo, mediante critérios de inclusão. As mães que participaram do grupo e não atenderam os critérios de inclusão estão identificadas no estudo como "Marias".

Os dois pais portugueses que participaram do estudo receberam o nome fictício de "João" seguido do número cardinal 1 e 2. A escolha do nome João se deu também por se tratar de um nome comum nos dois países em que foi realizado o estudo.

Também fizeram parte do estudo três auxiliares de enfermagem que atuavam na Casa da Mamãe no período da coleta de dados, como forma de contribuir na avaliação dos resultados do grupo. Estas foram identificadas no estudo com a letra "E" seguida da numeração que indica a ordem em que foram incluídas no estudo, mediante entrega do questionário.

3.5 Procedimentos e instrumentos para coleta das informações

A coleta das informações se deu no período de julho de 2007 a setembro de 2008, organizada em etapas de acordo com os objetivos propostos no estudo.

Na primeira etapa, realizada em Portugal, pretendeu-se identificar as ações para promoção da saúde desenvolvidas junto a familiares com recém-nascidos hospitalizados e também identificar as necessidades e os mecanismos de enfrentamento de famílias portuguesas.

O primeiro passo foi conhecer a rotina da unidade neonatal do hospital em estudo, através da observação das ações desenvolvidas para a promoção da saúde das famílias com filhos recém-nascidos hospitalizados. Previamente, foram seguidas as recomendações éticas quanto à pesquisa com seres humanos e os profissionais da unidade foram informados em relação aos objetivos do estudo e aos benefícios para a clientela. Nesse momento foi utilizada a técnica de observação livre seguindo roteiro elaborado (APÊNDICE E).

O segundo passo foi entrar em contato com as mães e familiares dos recém-nascidos hospitalizados, lhes apresentando também os objetivos da pesquisa e buscando a assinatura do termo de consentimento (APÊNDICE B), como aceitação da livre participação no estudo, para então dar início às entrevistas. As entrevistas ocorreram na sala de internação dos bebês em cuidados intensivos, no período da manhã e cada entrevista teve em média uma hora de duração. Durante as entrevistas, contou-se com o recurso do gravador e utilizou-se como instrumento um roteiro de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE D).

A segunda etapa, realizada no Brasil na Casa da Mamãe, se deu através da formação de um grupo que teve seus objetivos traçados de acordo com as necessidades dos clientes, quando também se pôde comparar as necessidades e mecanismos de enfrentamento de famílias brasileiras e portuguesas. A pesquisadora coordenou as sessões, conduzindo o processo grupal e contou com a colaboração de uma pesquisadora auxiliar que contribuiu na coleta de dados, observando e registrando os acontecimentos-chaves e as expressões não verbais em diário de campo, assim como colaborou na realização/condução das sessões. A pesquisadora auxiliar era enfermeira, mas não atuava no serviço em estudo e foi previamente preparada pela pesquisadora quanto aos aspectos da investigação.

Durante a abordagem grupal, foram seguidas três fases: *planejamento*, *intervenção* e *avaliação*, adequando-se aos quatro descritores nomeados por Loomis (1979). A *Fase de planejamento* correspondeu aos objetivos, a *Fase de intervenção* compreendeu às etapas de estruturação e processo e a última, a *Fase de avaliação* correspondeu aos resultados do grupo, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Apresentação das fases de coleta de dados – Abordagem grupal

FASES	DESCRITORES	SESSÕES
Fase de Planejamento	Objetivos do Grupo	Primeiros encontros
Fase de Intervenção	Estrutura do Grupo	Sessão Preparatória
	Processo do Grupo	Sessão I a XIII
Fase de Avaliação	Resultados do Grupo	Sessão XIV Visitas domiciliares

Os primeiros encontros, durante a *Fase de Planejamento*, se destinaram à apresentação da pesquisadora à equipe de profissionais e aos possíveis participantes do grupo; ao oferecimento de informação quanto ao objetivo do estudo; à assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e à realização de entrevista individual com a clientela para investigação das necessidades da mesma e formulação dos objetivos e metas para o grupo. Para a entrevista, foi utilizado como instrumento um roteiro semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE C). As informações referentes ao diagnóstico do recém-nascido e ao tempo de permanência na unidade neonatal foram obtidas através do livro de registro das mães admitidas na Casa da Mamãe.

De acordo com Loomis (1979), a informação de base sobre possíveis membros do grupo, assim como níveis emocionais e funcionamento comportamental proveem um ponto essencial de comparação na avaliação da efetividade da intervenção grupal. Desta forma, até certo ponto, cada membro se torna a própria norma para medida de seu progresso no grupo.

Na *Fase de Intervenção*, foram abordados aspectos *da estrutura* do grupo, onde se realizou a *sessão preparatória*, como forma de deixar os clientes aptos para a experiência e, através do compartilhamento de expectativas, formular o Contrato de Trabalho inicial (APÊNDICE G). Logo, a forma de funcionamento e organização interna do grupo foram discutidos com os membros, sendo que aspectos da estrutura: horário; duração e frequência das sessões; variáveis físicas, como o local adequado; o regime aberto ou fechado e as técnicas utilizadas foram decididos com os integrantes e validados nessa sessão.

De acordo com Loomis (1979), a sessão preparatória antes de iniciar o trabalho grupal é um veículo útil para desenvolver expectativas mútuas entre os participantes e o coordenador do grupo, como também facilitar a inserção dos membros. Os clientes que são providos de informação sobre a estrutura e processo do grupo e quanto aos sentimentos que poderão experimentar nesse ambiente, demonstram ser participantes mais ativos. Quanto à duração e frequência das sessões, Loomis (1979) refere que dependem do número de integrantes e os meios pelos quais o grupo realizará seus objetivos. A autora refere ainda que não há nenhuma fórmula mágica para tomar decisões sobre tempo. A enfermeira precisa considerar as necessidades dos participantes, o tamanho do grupo, e as técnicas pelas quais os objetivos do grupo serão alcançados, fazendo adequações necessárias.

A *Fase de Intervenção* também equivale à etapa do *processo* grupal e foi organizada em treze sessões, realizadas primeiramente em dias alternados e posteriormente (após a IX sessão) em dias consecutivos, tendo em vista corresponder à média de permanência das mães na Casa. Isso foi possível mediante parceria realizada com a profissional terapeuta ocupacional que também desenvolvia atividades com as mães. Os temas abordados e técnicas utilizadas nas sessões foram definidos de acordo com os objetivos e metas estabelecidos.

Selecionaram-se as famílias residentes em Sobral-CE (zona urbana) para visitas domiciliárias, após o período de quinze dias a um mês da alta do recém-nascido, de forma que pudesse ser avaliada a manutenção dos resultados. Desta forma, as famílias dos RN que participaram do grupo, mas não estavam de alta após a finalização das sessões não foram visitadas. Também foram excluídas das visitas as famílias em que o RN evoluiu para óbito. O critério para determinação do número de famílias a serem visitadas foi estabelecido mediante a saturação das informações. Foram visitadas três famílias, correspondendo ao total daquelas que residiam na zona urbana de Sobral.

Na dissertação de mestrado pode-se evidenciar que quase metade das participantes do estudo (04) residia em Sobral-CE, porém preferiam ficar na Casa da Mamãe, pois isto as possibilitava estarem mais perto e por mais tempo do filho internado. O fato de estarem no puerpério e também pelas suas condições financeiras são aspectos que favorecem que as mães, mesmo procedentes do município, permaneçam na Casa (MONTEIRO, 2005).

Cada sessão teve seu objetivo e foi organizada em três momentos: *aquecimento*, destinado ao acolhimento das participantes; *desenvolvimento*, no qual foram realizadas atividades de arte-terapia – antes disso, havia o momento de preparação para o tema, no qual era estimulado o relaxamento, no intuito de que as mães se concentrassem para as atividades, reflexão e discussão de assuntos - e *encerramento*, onde ocorria uma avaliação prévia e contínua do grupo. Em cada momento foi utilizado um método/técnica para facilitar o processo do grupo - como desenho, pintura, colagem, entre outros - selecionados de acordo com a escolha dos participantes do grupo, como apresentado no cronograma das atividades (APÊNDICE I).

Para Souza (2004), as técnicas de arte-terapia têm o objetivo de fazer o indivíduo se expressar de forma mais livre, com menor interferência da racionalidade, e que este acesse os conteúdos mais inconscientes. Os profissionais também utilizam o relaxamento, meditação e visualização criativa antes de realizar a atividade proposta de arte-terapia.

Para a coleta de informações em relação à abordagem grupal, foi utilizada a técnica de observação participante. Os acontecimentos-chave, informações relevantes e os relatos dos encontros foram registrados no diário de campo ao final de cada sessão pela coordenadora. Contou-se com o uso do gravador como recurso para gravação das falas das participantes e máquina fotográfica para registros dos momentos importantes, de acordo com a permissão das participantes do estudo.

Victoria, Knauth e Hassen (2000) consideram que na pesquisa qualitativa, observar se define como examinar, com todos os sentidos, um evento, um grupo de pessoas,

um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo. Para Minayo *et al.* (1994), a observação participante é parte fundamental da pesquisa de campo, permitindo captar vários fenômenos que não podem ser obtidos por meio de entrevistas. Elementos relacionados ao ambiente externo e interno, ao comportamento das pessoas no grupo, à linguagem verbal e não verbal, ao relacionamento e à seqüência dos eventos foram observados conforme sugestão das referidas autoras.

Na *Fase de avaliação*, terceira etapa do estudo, foram discutidos os *resultados* do grupo, correspondendo à décima quarta sessão e às visitas domiciliárias. Foi realizada uma entrevista em grupo, utilizando a seguinte pergunta norteadora: *Para vocês, o que representou participar desse grupo, estando com o filho hospitalizado?* Todas as falas foram transcritas e seu conteúdo confirmado com as informantes. Posteriormente, as famílias que fizeram parte do grupo e residiam na zona urbana de Sobral-CE foram visitadas em suas residências para avaliação quanto à manutenção dos resultados atingidos. Foram visitadas três mães (“Maria Brasil 5”, “Maria Brasil 11” e “Maria Brasil 12”). A visita seguiu um roteiro prévio, e nesse momento, foram desenvolvidas as técnicas de observação livre e entrevista aberta, a qual se deu de forma dialogal norteada por tópicos guia (APÊNDICE F). Tópicos estes que se referem a lembretes para o entrevistador, devendo ser usados com flexibilidade (GILL, 2002). Vale destacar que embora se tenha destinado a última sessão e as visitas domiciliárias para avaliação dos resultados, estes foram observados durante todo o processo grupal, em especial, no momento do encerramento de cada sessão.

Loomis (1979) refere que o coordenador pode utilizar um mecanismo na forma de entrevista individual ou questionário para obtenção de avaliação, quando os membros finalizarem sua participação no grupo. As perguntas de avaliação são projetadas para descobrir o que foi mais ou menos útil sobre a experiência de grupo e se os membros mudaram ou não como resultado da participação no grupo.

O processo de avaliação dos resultados do grupo se deu sob a perspectiva do coordenador, do próprio grupo e dos membros individualmente. Loomis (1979) refere que as impressões do coordenador podem ser complementadas com as opiniões dos participantes e que as pessoas que convivem no mesmo ambiente que o membro do grupo, geralmente, constituem-se fonte de informação precisa sobre o efeito da participação deste no grupo sobre seu comportamento cotidiano. Considerou-se que as quatro auxiliares de enfermagem que atuam na Casa da Mamãe representaram essa fonte de informação, pois acompanhavam diariamente as mães lá alojadas, tanto no espaço da Casa quanto no hospital, desde a sua admissão até a alta. Portanto, foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas

(APÊNDICE J) a estas profissionais, por se tratarem de pessoas que colaboraram com o trabalho grupal (preparação do local, agendamento, contato com a pesquisadora, entre outros) como também pelo fato de conviverem com os membros do grupo e seus familiares. Estas quatro auxiliares de enfermagem se revezam em esquema de plantão diurno de seis horas e noturno de doze horas, de forma que haja cobertura vinte e quatro horas no que diz respeito ao acompanhamento das mães alojadas na Casa da Mamãe. Foi possível contar somente com três dessas profissionais, pois no período determinado para aplicação do questionário (logo após a finalização do grupo), uma delas estava de licença.

Consoante com Loomis (1979), que alerta para que a avaliação da efetividade do grupo deveria estar cuidadosamente baseada em fontes múltiplas de contribuições interpretadas pelo líder do grupo. Acredita-se que este conjunto de mecanismos de análise ofereceu informações que supriram as fragilidades umas das outras, constituindo-se um ponto forte na investigação do potencial de efetividade do grupo.

3.6 Interpretação e análise das informações

A coleta e análise das informações ocorreram, de forma simultânea, com a finalidade de avaliar as dificuldades sentidas pelas puérperas e também de prestar cuidados frente a essas necessidades, assim como de resolver entraves que pudessem ocorrer na condução do grupo. A simultaneidade nos processos de coleta e análise de informações permite uma reflexão sobre como fazer as interpretações e identificar lacunas que poderão ser preenchidas ao longo do processo. Essa flexibilidade presente na abordagem qualitativa difere da pesquisa tradicional, quando o pesquisador pode perceber necessidades, mas não age, devido ao seu compromisso com os critérios da investigação (TRENTINI; PAIM, 1999).

Foram utilizados os seguintes dados para análise das informações:

- Observações registradas no diário de campo;
- Os discursos das participantes nas entrevistas e nas sessões de grupo;
- As fotos registradas em cada sessão;
- A disposição das participantes em cada sessão, apresentadas em configurações do padrão de comunicação.

Os dados foram organizados, as transcrições lidas e relidas e selecionados os aspectos relevantes, os quais foram destacados como forma de resultados no estudo.

A interpretação e análise das informações obtidas no decorrer do estudo foram norteadas pelo referencial teórico: *Group process for nurses* (LOOMIS, 1979). Cada sessão foi analisada segundo o conteúdo emergido no grupo e o processo grupal desenvolvido, durante o qual se observou a evidência ou ausência de aspectos relacionados ao funcionamento do grupo, assim como os resultados da sua efetividade, como demonstra o quadro 2. Os resultados do grupo, enquanto estratégia para a promoção da saúde das famílias com recém-nascidos hospitalizados, também foram avaliados de acordo com os princípios da promoção da saúde (BRASIL, 2002b).

Quadro 2- Modelo de avaliação para grupos pequenos

OBJETIVOS	Psicoterapia	Relações Humanas	Aprendizagem	Socialização	Tarefa	Apoio	
PROCESSO	Instilação de Esperança	X	X			X	
	Universalidade	X	X	X		X	
	Compartilhamento de Informações	X	X	XX	X	X	
	Altruísmo	X	X	X	X	X	
	Correção do grupo familiar	X					
	Desenvolvimento de Técnicas de Socialização	X			XX		
	Comportamento Imitativo	X	X	X			
	Aprendizagem Interpessoal	XX	XX			X	
	Coesão Grupal	X	X	X	X	X	XX
	Catarse	X					
	Fatores Existenciais	X					
RESULTADOS	Realização de Tarefas		X		XX		
	Manutenção	Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Alto
	Aprendizagem	Médio	Alto	Alto	Baixo	Médio	Médio
	Mudança de Comportamento	Alto	Médio	Alto	Baixo	Médio	Baixo

Fonte: Tradução do modelo de Loomis (1979).

3.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Quanto aos procedimentos éticos, a investigação respeitou os princípios bioéticos postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), os quais se referem à: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O projeto deste estudo foi encaminhado à direção da instituição, sendo solicitada a permissão para a realização da pesquisa e, antes de se dar início à obtenção das informações, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, obtendo parecer favorável, sob protocolo n° 533 (ANEXO A).

Para a etapa da pesquisa realizada em Portugal, o estudo foi submetido à Comissão de Ética da instituição em estudo, como também se solicitou a autorização do Conselho Administrativo e da coordenação do serviço de neonatologia do hospital, obtendo-se aprovação, sob protocolo n° 2534 (ANEXO B).

O princípio da autonomia foi respeitado à medida que foi garantido o sigilo das respostas e a liberdade das mães e familiares para participarem ou não da pesquisa, e a autorização para se afastar da investigação no momento em que desejarem, sem que isto lhes trouxesse prejuízo à continuidade do tratamento do recém-nascido, como também em relação à permanência da puérpera na Casa da Mamãe.

Foi elaborado um instrumento de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A e B), em duas vias, as quais os participantes assinaram, onde ficou uma com o sujeito do estudo e outra arquivada pela pesquisadora. Nesse momento foi apresentado o objetivo do trabalho e ressaltada a importância que representaria a colaboração dos integrantes para a sociedade. No caso de mães adolescentes, os responsáveis foram contactados para a devida leitura e assinatura do termo.

No que diz respeito à não maleficência, a investigação não trouxe prejuízo aos informantes, pois não apresentou riscos ou desconfortos, nem foram utilizados procedimentos invasivos. Ressalta-se que na oportunidade de divulgação ou publicação do trabalho, a identidade dos mesmos não será revelada, preservando o anonimato.

Os benefícios do estudo podem ser avaliados pela sua relevância no sentido de contribuir para o conhecimento científico na área da enfermagem, compreendendo estratégias de cuidado que implicarão na qualidade da assistência. No que concerne ao princípio da justiça, todos os sujeitos da pesquisa foram submetidos aos mesmos procedimentos, estando, igualmente, beneficiados pelos resultados.

4 CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

Neste capítulo apontam-se as características socioeconômicas e demográficas, obstétricas e neonatais de famílias brasileiras e portuguesas que vivenciaram a experiência da hospitalização do filho recém-nascido. As informações que caracterizam cada sujeito do estudo estão descritas no apêndice K. Esse levantamento permitiu um estudo comparativo entre as famílias dos dois países.

4.1 Características socioeconômicas e demográficas dos sujeitos do estudo

Assim como no Brasil, também em Portugal as famílias que vivenciam a hospitalização do filho recém-nascido não costumam residir na mesma cidade onde o serviço é ofertado. Doze das mães que participaram do grupo na Casa da Mamãe procediam de outras cidades circunvizinhas, sendo que quatro ainda moravam na zona rural destes lugares. Entre as quatro mães que procediam de Sobral-CE, uma residia em um distrito da cidade.

Todas as famílias que fizeram parte do estudo na cidade do Porto (Portugal) eram procedentes de outras localidades (Braga, Viseu, Maia, Felgueiras, Vila Nova de Gaia, Valongo, Gondomar, Póvoa de Varzim, entre outros), reforçando o fato do hospital e do serviço de neonatologia se constituírem referência para a Região Norte do país. Nesse contexto, vale ressaltar que é constatada uma melhoria da acessibilidade e na qualidade dos cuidados prestados, tendo em vista uma melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, para a qual tem contribuído a Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI) (PORTUGAL, 2004).

Por outro lado, esse achado reflete, nas duas realidades, o obstáculo de deslocamento das mães e dos outros familiares até o serviço, dificultando as visitas e a permanência destes junto ao bebê hospitalizado. Estas dificuldades eram de caráter financeiro, familiar e doméstico e serão discutidas mais adiante neste estudo.

Quanto ao estado civil, as mães mais jovens (três brasileiras e uma portuguesa) que participaram da pesquisa eram solteiras e correspondiam àquelas que ainda residiam com sua família de origem. A maioria dos sujeitos portugueses (dez) era casada, morando somente o casal com os filhos, constituindo-se o que se denomina, segundo Carvalho (2000), família nuclear. No grupo brasileiro, se evidencia, em cinco famílias participantes, a forma de convivência de união estável, por um período que variava de 1 a 10 anos.

As estatísticas revelam que, em Portugal, a proporção de núcleos familiares de casais com filhos, em 2001, era de 64,76 (INE, 2007). No entanto, de um modo geral nos últimos anos, ocorreram alterações em nível da nupcialidade e divorcialidade que apontam para a diminuição do número de casamentos, especialmente os celebrados de forma católica (INE, 2006). A família tem sofrido transformações que ocorrem devido às mudanças sócio-culturais e tecnológicas cujas variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas e/ou religiosas têm vindo a determinar suas distintas estruturas e composições (CARVALHO, 2000). Desta forma, tem-se observado, no Brasil, e no restante do mundo, rearranjos familiares, sendo cada vez mais raras as famílias nucleares.

A idade dos entrevistados variou entre 15 e 49 anos. No entanto, enquanto metade das mães portuguesas em estudo (seis) tinha idade superior a 30 anos e apenas uma tinha menos que 20 anos; entre as participantes do estudo em Sobral - CE - Brasil, sete (44%) eram adolescentes com idade entre 15 a 19 anos e somente uma mãe tinha acima de 40 anos.

Os Indicadores de Dados Básicos (IDB-2006) mostram que a taxa brasileira de fecundidade específica para adolescentes (15 a 19 anos) está decrescendo: de 83,9/1000, em 1996 para 71,4/1000, em 2004. Isso acarretou também uma discreta redução na proporção de mães adolescentes, entre 1996 e 2004, de 22,9% para 21,8% (BRASIL, 2000). Entretanto, estudos de coorte de nascimento, realizados em Pelotas/RG/Brasil desde 1982 mostram que a proporção de partos de adolescentes aumentou de 15,4%, em 1982, para 18,3% em 2004. A preocupação é que a prevalência de mães com menos de 16 anos aumentou de 1,1% dos nascimentos, em 1982, para 2,7% em 2004. Em números absolutos, as mães entre 11 e 15 anos eram 65 em 1982 e aumentaram para 114 em 2004 (GIGANTE *et al.*, 2008).

A população portuguesa é caracterizada pelo seu envelhecimento. Desde 2005 observou-se um decréscimo das taxas de fecundidade nos grupos etários abaixo dos 30 anos, por oposição a um aumento nos grupos etários com idade mais elevada, o que indica um adiamento da maternidade. Destaca-se o deslocamento da taxa de fecundidade específica mais elevada do grupo dos 25 aos 29 anos para o dos 30-34 anos de idade. Em 2000, a taxa de fecundidade no grupo etário dos 20-24 anos era de 63,0% e, no final de 2005, situava-se em 47,6%; evolução inversa sofreu o grupo etário dos 30-34 anos que subiu de 84,5% para 85% ao longo do mesmo período (INE, 2007a).

Na realidade, pode-se afirmar que o adiamento dos nascimentos é uma característica fundamental da fecundidade europeia, particularmente acentuada no sul da Europa e no antigo bloco soviético (regiões onde se encontram índices sintéticos de fecundidade mais baixos). Trata-se de um fenômeno que tem sido objeto de análises

comparativas em muitos países da Europa, sendo apontado o aumento da educação e da duração dos estudos como uma das suas principais causas (INE, 2007b).

Em relação à escolaridade das mulheres que estavam na Casa da Mamãe, sete tinham deixado de estudar sem concluir o Ensino Fundamental, ao passo que apenas uma tinha formação superior e havia uma mãe que era analfabeta. Entre os sujeitos do estudo em Portugal, mais da metade (sete) possuía Nível Superior e nenhuma era analfabeta.

Ao relacionar fecundidade à educação, observou-se uma tendência inversa, isto é, quanto maior o nível de instrução, menor a fecundidade das mulheres e estas decidem ter filhos em idade mais avançada. Em Portugal, os primeiros nascimentos ocorrem em média aos 24,1 anos, para as mulheres com menos qualificações, e vão sendo cada vez mais tardios à medida em que se adquire mais qualificações acadêmicas. As mulheres que frequentaram o Ensino Superior tiveram o seu primeiro filho em média aos 31,1 anos. Evidenciou-se ainda que as mulheres com baixo nível de escolaridade tinham cerca de 74% dos nascimentos até os 30 anos, percentagem que vai diminuindo com as qualificações (INE, 2007b).

Enquanto todos os participantes do estudo em Portugal tinham emprego fixo, assim como seus respectivos cônjuges, com exceção de uma mãe que era adolescente; entre as mães brasileiras, onze (69%) não trabalhavam, o que se justifica pelo fato de que quase metade delas (44%) serem adolescentes e ainda não terem concluído o Ensino Fundamental. Esse percentual também se refere às mães que viviam com menos de um salário mínimo por mês. Da mesma forma, as rendas mais elevadas dos sujeitos portugueses correspondiam às famílias cujo casal tinha Curso Superior, chegando até o valor de 5.000 euros por mês.

Sabe-se que quanto maior o nível de escolaridade da mulher, maiores são as probabilidades desta conseguir emprego. Para as mulheres com baixos níveis de escolaridade os ganhos salariais são muito limitados, melhorando a partir do Ensino Secundário. Em contra partida, há uma redução no número de mulheres com escolaridade mais alta que trabalham. Os dados relativos a salários e ao trabalho feminino também apontam para a possibilidade das diferenças de fecundidade em função da escolaridade (INE, 2007b).

Portanto, percebe-se nesse estudo a relação entre a idade, o nível de escolaridade, o trabalho e a renda familiar. Os participantes do estudo procedentes de Portugal configuraram-se em casais em sua maioria acima dos 30 anos de idade, com Curso Superior, que tinham emprego fixo e com uma média de renda mensal de 2.500 euros. Ressalta-se que o salário mínimo português era de 428 euros em 2008, sendo a média de renda familiar mensal dos participantes portugueses de mais de cinco salários mínimos, entretanto, três dos participantes viviam com renda mensal de um pouco mais de um salário mínimo.

Em estudos anteriores realizados pela pesquisadora nessa mesma temática, no Brasil, evidenciou-se o perfil de mãe adolescente, proveniente da zona rural, com baixo grau de instrução, renda familiar precária e residente com sua família de origem (CARVALHO *et al.*, 2007; MONTEIRO; PINHEIRO; SOUZA, 2007). Entende-se que essa diferença seja justificável, dada as diferenças socioeconômicas entre os dois países, e também pelo fato de que as mães que ficam na Casa não correspondem à totalidade das puérperas que podem estar com seus recém-nascidos internados na unidade neonatal. O hospital de Sobral também recebe pacientes particulares ou que possuam plano de saúde, mas as mães que costumam ficar na Casa da Mamãe são usuárias do Sistema Único de Saúde. Entretanto, não se pode deixar de considerar que o perfil socioeconômico das mães brasileiras em estudo pode intensificar as repercussões negativas da experiência de ser puérpera com um filho hospitalizado.

4.2 Características obstétricas e neonatais dos sujeitos do estudo

Todas as mães entrevistadas tiveram acompanhamento pré-natal e realizaram as consultas e exames de rotina preconizados. No Brasil, dez mães realizaram de três a cinco consultas, o que pode estar relacionado à ocorrência do parto antes das 40 semanas.

Segundo o Ministério da Saúde, a proporção de mães que referiram ter feito sete ou mais consultas de pré-natal vem aumentando nos últimos anos. Eram 43,7% em 2002 e 52% em 2004, partindo-se de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas, pois nas regiões Norte e Nordeste encontrou-se o menor percentual de realização de sete ou mais consultas de pré-natal, independentemente da escolaridade da mãe (BRASIL, 2004, 2006).

Em Portugal, mais de 80% das grávidas iniciam o pré-natal antes da 16ª semana, no entanto, ainda existem casos de mulheres com acompanhamento pré-natal inadequado, em particular mulheres com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico (PORTUGAL, 2004).

Para mais da metade dos sujeitos, tanto entre as brasileiras (dez) quanto portuguesas (sete), o filho internado correspondia ao primeiro filho do casal.

Os indicadores habituais, como o índice sintético de fecundidade, mostram um declínio da fecundidade em Portugal há muito tempo, tal como em outros países europeus. No início dos anos 60, o índice sintético de fecundidade situava-se em torno dos três filhos por

mulher e tem diminuído de forma gradual até chegar a um patamar em torno dos 1.5 filhos, em meados dos anos 90 (INE, 2007b).

Também no Brasil, tem-se observado um decréscimo acentuado na taxa de fecundidade: em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos e em 2000, passou a ser de 2,3 filhos por mulher. A diferença é que, enquanto nos países da Europa esse declínio teve início ainda com o processo de industrialização e ocorreu de forma gradual, durante cerca de cem anos, no Brasil, a diminuição da fecundidade se deu em pouco mais de 40 anos (BRASIL, 2006).

Esse quadro de baixa fecundidade também reforça o fato de que do filho recém-nascido internado, correspondia, na maioria das vezes, ao primeiro filho do casal. Assim, a hospitalização configurou-se uma experiência nova que as participantes do estudo estavam vivenciando pela primeira vez.

Quanto ao tipo de parto, oito mães que participaram do estudo no Brasil tiveram partos normais e oito realizaram partos cesáreos. Entre as mães portuguesas, oito se submeteram à cirurgia cesariana e quatro tiveram partos normais.

O aumento significativo das taxas de partos cesarianos tem ocorrido em todo o mundo nos últimos anos. Os EUA, que mantinham taxa de cesárea estável inferior a 23% por mais de 20 anos, chegaram a 27,5% de partos cesáreos em 2003. Na América Latina, o Chile é o país com a maior taxa de cesariana, com 45% em 1999, seguido de perto pelo Brasil, com 37% de cesarianas em 2000 (RAMOS, 2005).

Portugal ainda mantém taxas de cesáreas elevadas. Em 2005, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, 34,7 % dos bebês em Portugal nasceram por cesariana. Um número superior à media europeia, situada nos 27-28 %, e substancialmente mais elevado do que a taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 10 a 15%. No entanto, o governo tem a pretensão de reduzir essas taxas em 2-5% por ano, até atingir os níveis europeus mais baixos. Como estratégia de intervenção, os gestores passaram a utilizar essas taxas como indicador de qualidade para monitorar o desempenho dos hospitais. Outra estratégia planejada diz respeito ao incentivo ao desenvolvimento de atividades de preparação psicofísica para o parto (PNS, 2004).

Entre os dezesseis recém-nascidos cujas mães estavam na Casa da Mamã e participaram do grupo, doze tinham sido internados com diagnóstico de prematuridade. Silveira *et al.*, (2008) identificaram estudos que indicam um aumento da prematuridade no Brasil, embora os dados do Sistema de Nascidos Vivos apontem para uma discreta elevação da prevalência a partir de 1994 (5% em 1994, 5,4% em 1998, 5,6% em 2000 e 6,5% em

2004). No entanto, é consenso que a prematuridade tem um importante papel nos óbitos infantis sendo, portanto, necessárias intervenções que diminuam sua ocorrência, contribuindo assim, para a redução das taxas de mortalidade infantil do país.

Dentre os bebês dos pais portugueses entrevistados, seis eram prematuros e dois tinham baixo peso ao nascer. A taxa de nascimentos pré-termo em Portugal era de 6,4 em 2002 e projeta-se para 2010 a taxa de 6,0. Também é crescente a percentagem de crianças com baixo peso ao nascer associado à baixa idade gestacional. O governo português pretende melhorar ainda mais os indicadores no período perinatal e estabelece como uma das metas para 2010, a redução da taxa de nascimentos antes do termo para 5,5 (PORTUGAL, 2004).

Também dentre esses bebês, seis realizaram ou ainda iriam realizar procedimentos cirúrgicos. Esse fato se justifica pelo serviço de neonatologia do hospital em estudo, constituir-se em um dos poucos serviços da cidade que atende casos de alta complexidade. Representa ainda um dos fatores causadores de ansiedade nos pais e familiares, intensificando negativamente a experiência da hospitalização. Nesse estudo não houve relação da prematuridade dos bebês com a realização de procedimentos cirúrgicos, entretanto, observou-se que a idade de nascimentos dos bebês influenciou o tempo de permanência na unidade de neonatologia, pois quanto mais prematuros os bebês, maior o período de internação.

Durante a coleta das informações, identificaram-se diversos períodos referentes ao tempo de hospitalização do bebê. Em Portugal, seis mães já estavam acompanhando seus filhos por um período de 1 a 2 meses, quatro de 2 a 7 dias e uma mãe há quinze dias. Entretanto, entre as mães do estudo em Sobral-CE-Brasil, 94% (quinze) passaram a fazer parte do estudo, nos dias logo em seguida ao nascimento do filho, desta forma, estes tinham entre dois a três dias de internação. Segundo Monteiro (2005), esses diferentes períodos de tempo vivenciando a hospitalização do filho tem influência sobre o estado emocional da mãe, dependendo das condições de saúde do bebê.

Desta forma, percebeu-se que, apesar de realidades socioeconômicas distintas, os dois países vivenciam as mesmas problemáticas no que diz respeito à atenção à saúde obstétrica e neonatal, especificamente no que se refere ao número crescente de partos cirúrgicos realizados; à ocorrência de prematuridade, constituindo-se a causa principal de internamentos do recém-nascido.

5 NECESSIDADES E MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DAS FAMÍLIAS COM RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS

Durante a gravidez, a mulher deseja um parto bem sucedido, com o nascimento de um bebê saudável. O acontecimento da hospitalização do filho faz com que a mãe vivencie, a partir do momento do parto, uma realidade diferente daquela esperada. Inicia-se, então uma fase marcada por um conflito emocional, gerando no casal e familiares uma série de necessidades e exigindo destes o desenvolvimento de mecanismos para o enfrentamento da situação.

Nas entrevistas realizadas tanto no Brasil quanto em Portugal, foi possível identificar sentimentos que denotam a não aceitação da situação em que os pais se encontram. O desespero e a incerteza em relação à sobrevivência do filho foram relatados porque a hospitalização logo após o nascimento, muitas vezes antecipado, constituía-se em um fato inesperado. A questão da separação mãe-filho, intensificada pelo uso dos mecanismos e dispositivos terapêuticos, impossibilitando que os pais possam segurar o recém-nascido no colo, representa um dos fatores causadores de sofrimento.

De acordo com Carvalho *et al.* (2007), a dificuldade da mãe em aceitar a internação do filho causa sofrimento marcante durante esse período. O medo é presente e está relacionado com a incerteza do estado de saúde do bebê, principalmente daqueles que têm um quadro clínico instável. O ambiente físico em que o recém-nascido se encontra, repleto de toda aparelhagem e tecnologia necessária, assusta ainda mais essa mãe.

Nesse estudo, percebeu-se que esses sentimentos das participantes foram mais intensos no período inicial da hospitalização, pois coincide com o momento em que os pais recebem a notícia da necessidade de internamento do filho. A fase inicial de internação do recém-nascido configura-se em um período crucial e de maior dificuldade. Portanto, o acolhimento à família nesse momento é fundamental, pois pode contribuir para o processo de aceitação da hospitalização.

Para Carvalho *et al.* (2007), com o passar do tempo, a família vai se adaptando e os sentimentos negativos vão dando lugar a outros, muitas vezes contraditórios como insegurança, culpa e esperança. Nesse sentido, a espiritualidade das mães em estudo foi considerada um aspecto positivo que pode se configurar em um mecanismo de enfrentamento, pois a confiança em Deus era algo que lhes fortalecia. A busca de forças no divino aparece em quase a totalidade das participantes nos dois países, revelando a fé em Deus.

Por outro lado, observou-se que os sentimentos positivos começam a emergir após a fase inicial da internação pela possibilidade de sobrevivência do bebê, como pela sua recuperação e estabilização do quadro clínico. Esse momento também coincide com o período de adaptação dos pais à experiência da hospitalização do filho.

Em estudo realizado por Viana *et al.* (2005) com um grupo de mães numa unidade de neonatologia, observou-se que a opinião destas quanto à experiência da hospitalização dependia da magnitude da recuperação da criança. Se a criança estivesse bem, todo o processo de internamento era interpretado como uma experiência positiva e vice-versa.

Desta forma, entende-se que é importante, por parte da equipe de saúde, o reconhecimento desses e de outros sentimentos, muitas vezes não verbalizados, a fim de que possam identificar estratégias para minimizá-los. Ajudar no processo de enfrentamento faz parte dos cuidados da equipe que assiste ao recém-nascido hospitalizado e a sua família. Logo, a prestação de cuidados pautados na identificação das necessidades e sentimentos dos pais é condição que se refletirá em uma assistência de qualidade, favorecendo o estabelecimento de um cuidado integral ao trinômio mãe-filho-família, contribuindo assim para a promoção da saúde e gerando ainda a satisfação para com a equipe de saúde.

Outro fator importante a ser considerado no levantamento das necessidades da família com recém-nascido internado diz respeito ao impacto da hospitalização no dia a dia do casal. O cotidiano desses casais é marcado por mudanças bruscas, modificações estas que já ocorrem naturalmente com o nascimento de um filho que não necessite de internação. Nesse estudo foram detectadas alterações nas suas rotinas diárias, sendo que a mãe correspondeu a principal pessoa afetada em sua vida cotidiana. A afirmação referente à “não ter mais vida” proferida enfaticamente por mais de uma das participantes portuguesas (APÊNDICE K), indica que a mãe não tem tempo para o autocuidado e esquece-se de si, voltando-se totalmente para o cuidado ao filho. Também denota que o relacionamento do casal pode ser afetado por essa experiência.

A hospitalização de um filho resulta em sofrimento para a mãe com repercussão na dinâmica familiar. As genitoras deixam de cuidar de si por dedicação a sua prole. Essa abdicação e as preocupações decorrentes da ausência do lar desencadeiam sinais evidentes de desgaste físico e psicológico (SANTOS *et al.*, 2001). Para Rossel, Carreno e Maldonado (2001), a mulher deteriora a imagem de si mesma, a relação com o parceiro e com os outros filhos, um conflito que, muitas vezes, culmina com a separação do casal.

Essa necessidade surge apenas entre as participantes do estudo desenvolvido em Portugal. Entre as mães brasileiras, não foi evidenciado que a hospitalização do filho

representasse para elas um fator que consumisse todo o seu tempo, impedindo o seu autocuidado, embora as mães que ficam abrigadas na Casa da Mamã dediquem seu tempo quase que exclusivamente para o filho. Vale ressaltar que essas mães ao acompanharem seus filhos recém-nascidos, ainda estão vivenciando o período pós-parto, merecendo cuidados.

Outro aspecto que desponta no estudo como uma necessidade das famílias refere-se ao apoio, que está diretamente ligado à necessidade de ter os familiares por perto. Em especial, as mães alojadas na Casa da Mamã referiram sentir saudades da família. Esta necessidade quando suprida também se configura em importante mecanismo de enfrentamento.

O apoio prestado às mães e aos pais com crianças internadas em situação mais ou menos graves é reconhecido por todos os intervenientes na saúde infantil como uma necessidade, dadas as vantagens para a criança e para a mãe, a curto e longo prazo (Viana *et al.*, 2005).

Nesse sentido, evidenciou-se nas duas localidades do estudo que a família se destaca como principal fonte de apoio, sendo o marido/companheiro e a avó materna da criança internada, os mais citados e correspondendo também àqueles que mais visitavam a mãe e o bebê.

Segundo Viana *et al.* (2005), o apoio recebido da família era frequentemente abordado durante as reuniões de grupo da neonatologia pelas mães que acompanhavam o filho. Estas aproveitaram para enaltecer o apoio prestado pelo esposo ou companheiro. Esta ajuda traduzia-se em atitudes diretas em relação à mãe e ao bebê, mas também em atitudes face aos outros filhos, apoio financeiro, etc.

O apoio dos avós parece ser fundamental durante o processo de hospitalização de um filho. Estes constituem um recurso não só emocional, mas um apoio na viabilização das tarefas do cotidiano, principalmente no cuidado com os outros filhos que ficaram em casa. Em algumas situações, a casa dos avós da criança hospitalizada é o local onde os pais, que moram em outras cidades, se alojam durante o período de internação do filho, devido às dificuldades com o deslocamento diário para o hospital. Esta realidade foi constatada nos dois países, sendo que, no Brasil, identificaram-se três famílias em que os pais passaram a residir definitivamente com os avós da criança, mesmo antes deste nascer, dada a necessidade da mulher de estar próximo a sua mãe no momento do parto. Esse fato também está relacionado à necessidade de cuidado à mulher e ao bebê durante o período puerperal e a questões financeiras.

Entre as mães que participaram do grupo, pôde-se observar que algumas não recebiam o apoio da família, principalmente as mães adolescentes. Três destas mães tinham sido abandonadas pelos pais, que não aceitaram a gravidez, e o pai da criança não oferecia nenhum tipo de apoio. Estas adolescentes não recebiam visitas com frequência e havia pouco contato com a família. Isto ainda ocorre pela cultura “nordestina” machista em que a filha que engravida antes do casamento, fora do “tempo”, não poderá ser digna de sua família, daí o abandono. Acredita-se que maior atenção deve ser dispensada às mães que encontra-se nessa situação, devendo ser criados mecanismos alternativos para obtenção de apoio de sua rede social.

Percebe-se ainda que o recebimento desse apoio familiar é dificultado pela barreira geográfica e deficiência de transportes públicos, pois esse é um fator que impossibilita a realização de visitas pelos familiares. Mesmos as famílias de Portugal, que tinham melhores condições financeiras, queixavam-se quanto à distância entre o serviço e sua residência, mencionavam desgaste físico e problemas financeiros.

É válido destacar que para os entrevistados é importante que o apoio recebido tenha conotação positiva. Para Monteiro (2005), os pais que vivenciam a experiência da hospitalização do filho evitam levantar assuntos de cunho negativo e afastam-se de outras mães que apresentem um estado emocional depressivo. A autora ressalta ainda que, em alguns casos, pode haver incapacidade de membros da família em lidar com a nova experiência, chegando a interferir negativamente no processo de acompanhamento da mãe ao filho internado. Desta forma, faz-se necessário direcionamento da assistência também aos familiares da puérpera que se encontra com o recém-nascido hospitalizado, no sentido de orientá-los acerca da importância de se expressarem positivamente ante a tal situação.

De uma forma geral, nota-se que a rede de apoio familiar de origem constitui-se determinante para o enfrentamento da situação. No entanto, no âmbito da unidade de internação, em decorrência da inviabilidade dos familiares estarem compartilhando estes momentos, as mães que se encontram por um período mais longo ao lado do filho acabam por estabelecerem relações de ajuda e apoio mútuos. Evidenciou-se que as mães, tanto as portuguesas quanto as brasileiras, compartilham suas angústias e se aproximam daquelas com quem mais se identificam.

O fato de vivenciarem situações semelhantes possibilita um certo alento aos pais. Este fenômeno quando experienciado em grupo é denominado “universalidade”, pois apesar da especificidade de cada indivíduo, os problemas são semelhantes, revelando que os mesmos não são os únicos com dificuldades e que estas podem ser superadas (LOOMIS, 1979).

Segundo Monteiro, Pinheiro e Souza (2008), as mães recém-chegadas à unidade neonatal podem contar com o apoio das que já se encontram instaladas. Para isso, a socialização entre estas deve ser estimulada, tendo em consideração que o período inicial de experiência corresponde à etapa mais difícil. Cabe a equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde estimular a integração entre as mães recém-chegadas e as que já estão há mais tempo no serviço, para viabilizar a oferta de apoio entre estas e tornar a adaptação à situação o menos dolorosa possível.

Buarque *et al.* (2006) ressaltam a importância da formação do grupo de apoio pelos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) como forma da equipe mobilizar e fortalecer os recursos das famílias, oferecendo a estas a oportunidade para lidar com o nascimento e a hospitalização de seus filhos. O cuidado neonatal prestado por meio do grupo de apoio promove habilidades de enfrentamento e adaptação dos familiares, após o nascimento e durante a hospitalização do filho RN. Os pais continuam atentos para os sentimentos negativos ao longo da crise, sendo capazes de expressá-los pela verbalização ou de outras formas de expressão, em suas interações com outros familiares e com a equipe de profissionais da UTIN.

Segundo Viana *et al.* (2005), a percepção do suporte fornecido por outras mães e a confiança na equipe de saúde constituem recursos que podem alimentar a esperança de um desfecho favorável para muitos pais. Assim, a equipe de saúde pode se configurar em um recurso para os pais e familiares enfrentarem o processo de hospitalização do seu filho.

Nota-se nos dois países, a figura que os profissionais de saúde representam, dada a importância atribuída ao desempenho de suas funções, para os que vivenciam a experiência da hospitalização do filho. No entanto, em relação à assistência prestada pela equipe de enfermagem à família com recém-nascido internado, também evidenciou-se algumas necessidades não satisfeitas. No que diz respeito à assistência de enfermagem fornecida às mães com filhos hospitalizados em unidade neonatal, Alves *et al.* (2006) afirmam que as informações recebidas quanto à causa do internamento/diagnóstico, quanto ao estado e evolução do bebê podem acontecer de forma superficial, assim como as orientações se restringirem aos aspectos técnicos como o uso de equipamentos de proteção. Entretanto, percebeu-se que as necessidades expressas nas falas dos sujeitos portugueses e brasileiros vão além do recebimento destas informações, implicando na construção de relações que deveriam integrar o cuidado ao binômio pais/filhos.

Observou-se que a informação diária sobre as condições de saúde do bebê e sobre todas as intervenções que lhe são realizadas parecem afetar os pais no que diz respeito à

relação profissional/cliente. Percebeu-se também que o apoio dos profissionais de saúde traduz-se principalmente pelas palavras positivas que estes possam proferir, embora nem sempre isto seja possível. Saber o que falar e como falar face a situações tão adversas constitui-se um dos grandes desafios para os profissionais de saúde. Por isso, entende-se que a comunicação, embora não trazendo informações concretas, torna-se fundamental nesta situação, pois além de contribuir para o estabelecimento de relação de confiança entre cliente e profissional, pode ainda ter representação positiva para a mãe, no sentido desta sentir-se apoiada.

Portanto, acredita-se que seja necessária uma política institucional de educação permanente que estabeleça um processo contínuo de capacitação e sensibilização destes profissionais, a fim de que possam perceber a dor e o sofrimento pelos quais estes pais passam e, assim, prestar os cuidados adequados às necessidades dos clientes.

A questão relacionada à estrutura física do serviço também foi evidenciada no estudo, sendo considerada também como uma necessidade para os participantes do estudo nos dois países. O serviço de Neonatologia do hospital do Porto/Portugal localiza-se no segundo andar, correspondendo a dois pisos acima do Bloco de Partos e um acima da Urgência Pediátrica. Verifica-se que esta disposição não é adequada, pois o serviço depende da disponibilidade de elevador para a rápida transferência de RN.

Essa situação também implica na dificuldade de acesso das mães aos seus bebês quando elas ainda estão na maternidade e não receberam alta, já que a neonatologia se localiza em outro piso. Apesar do pai ter livre acesso durante esse período, as mães portuguesas relataram que a dificuldade de acesso e a separação do filho é motivo de ansiedade, pois necessitam de informações e ficam a imaginar o que pode estar acontecendo com seu recém-nascido. Todavia, constatou-se que os problemas gerados por essa questão já eram reconhecidos pelo serviço, o qual apresentou soluções concretas e cuja materialização estava prevista para que ocorresse em breve.

A separação do seu próprio filho, muito esperado e que acabou de nascer é um dos fatores que tornam a experiência da hospitalização ainda mais difícil (MONTEIRO; PINHEIRO; SOUZA, 2007). As mães, ao experimentarem a ausência de seus filhos no pós-parto, desencadeiam instabilidade física e emocional, necessitando de apoio da equipe multiprofissional, principalmente da enfermagem, pela sua maior proximidade e permanência junto à mãe. Este cuidado deve estimulá-las positivamente frente às dificuldades, minimizando os problemas emocionais mais sérios e suas repercussões na sua vida social e interpessoal (ROCHA *et al.*, 2004).

Assim como as mães portuguesas, entre as mães brasileiras também foram identificadas necessidades geradas pela estrutura física do serviço, pois as mães relatavam que precisavam se deslocar até o hospital para ver seus filhos. Apesar de compreender a Casa como um recurso que pode contribuir para o enfrentamento da experiência da hospitalização do filho, as participantes do estudo no Brasil, referiram que a rotina diária torna-se exaustiva pelas idas e vindas ao hospital durante o dia e a noite, agravada pelo fato de estas ainda estarem no período pós-parto. Por outro lado, as puérperas reconheciam que a presença delas junto aos filhos era necessária e confessavam que ficavam esperando ansiosas por esse momento.

Sabendo que o direito dos pais de acompanharem seus filhos quando internados é protegido por lei nos dois países - Lei nº 21/81 e Lei nº 8069/90 - entende-se que as condições para esse acompanhamento deveriam constituir-se em um imperativo pelos serviços de saúde (BRASIL, 1990; PORTUGAL, 1981). Percebe-se nesse estudo, que a estrutura dos serviços de neonatologia ainda não atendem todas as necessidades dos pais, porém, constata-se a adoção de alternativas que oportunizam aos pais estarem juntos aos seus filhos, permitindo o acompanhamento e a participação no cuidado destes últimos. Compreende-se que o atendimento a essas necessidades converteria-se em benefício para pais, filhos, profissionais de saúde e para o próprio serviço, configurando-se em aspecto importante para a promoção da saúde das famílias com recém-nascidos hospitalizados.

O estudo revelou que as necessidades existentes ao enfrentar a hospitalização dos seus filhos recém-nascidos são semelhantes para as famílias em estudo nos dois países. Evidenciou-se que estas necessidades são de cunho social, econômico e emocional. A troca de apoio entre os pais identificada nesse estudo é compreendida como um mecanismo de enfrentamento da experiência da hospitalização dos seus filhos, devendo ser potencializada pelo serviço. Esse achado somado à necessidade de apoio dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros que atuam no serviço, são fatores que sugerem repensar a assistência de enfermagem a essa clientela, tendo como foco a promoção da saúde da mesma.

6 AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS FAMÍLIAS COM RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO

Os conceitos de promoção da saúde, educação para a saúde e prevenção da doença atingiram uma proliferação epistemológica no final do século XX. Muitos os confundem, pois os mesmos se entrelaçam. Enquanto o conceito de prevenção está relacionado com a doença, a promoção relaciona-se com a saúde. A educação para a saúde é uma estratégia de promoção da saúde. O conceito de promoção da saúde é mais amplo, incluindo políticas e estratégias concretas direcionadas a indivíduos, grupos e comunidades (DIAS *et al.*, 2004).

Atualmente, todos os indivíduos, incluindo aqueles hospitalizados apresentam necessidades que vão além do tratamento da doença. Acredita-se que estratégias possam ser desenvolvidas no ambiente hospitalar tendo como foco a saúde dos seus usuários, configurando-se em ações institucionalizadas para a promoção da saúde.

O serviço de neonatologia do hospital em estudo, localizado na cidade do Porto, cultiva uma atenção e preocupação particulares pelo estado emocional das mães e pais das crianças internadas (VIANA *et al.*, 2005). Neste capítulo estão descritas as ações realizadas nesse serviço, pois se entende que é mister conhecer a realidade do mesmo, de forma que as experiências possam ser compartilhadas e implementadas, visando a melhoria da atenção no que diz respeito à promoção da saúde das famílias com filhos hospitalizados.

6.1 Rotinas e protocolos do serviço direcionados aos pais e familiares

O serviço de neonatologia do hospital em estudo de Portugal possui uma rotina no que se refere ao controle da infecção, que os pais e familiares do bebê internado parecem cumprir sem maiores problemas. A entrada no serviço é restrita, onde a porta que dá acesso é fechada com sistema de interfone. Antes de entrar na unidade de internação, os pais devem se paramentar adequadamente. A mãe deve vestir uma camisola (tecido) e o pai um avental descartável, ambos devem lavar as mãos com sabão, prender os cabelos e retirar acessórios como brincos e anéis. O lavatório e o material necessário ficam dispostos na entrada. Os pais têm livre acesso à unidade.

Além do pai e da mãe, é permitida a visita de irmãos, avós ou tios do bebê, desde que tenha autorização prévia da enfermeira coordenadora. Esses casos são avaliados especialmente em situações de crianças sem prognóstico. Também nesses casos é consentida a realização do

batismo do recém-nascido, sendo autorizada a entrada dos padrinhos na unidade. O número de telefone para contato com a família fica registrado no prontuário do bebê.

Os pais não podem permanecer 24 horas na unidade, mesmo que manifestem esse desejo, pois a mesma não possui infra-estrutura para este fim, sendo estabelecido um horário alargado (8:30 às 00h), facilitando a presença deles simultaneamente no serviço e permitindo aos que trabalham durante o dia, a realização de visitas pós-laboral. O hospital também dispõe de um local para hospedar os pais que não possam retornar as suas casas. Trata-se de um recurso para superar as barreiras geográficas e sócio-econômicas que possam impossibilitar a presença dos pais. Para acomodação destes quando estiverem na unidade, existem cadeiras e poltronas confortáveis dispostas ao lado dos berços e das incubadoras, que também auxiliam na amamentação. O hospital também disponibiliza almoço gratuitamente para o acompanhante da criança.

Nota-se a atenção do hospital/serviço em criar mecanismos que contribuam para manter os pais junto aos seus filhos, respeitando o direito, defendido por lei, da criança hospitalizada ser acompanhada por seus familiares (Decreto Lei nº 21/81) e oferecendo condições para esse acompanhamento (Decreto Lei nº 26/87) (PORTUGAL, 1981, 1987).

Entende-se que essa postura se coaduna com as ações relativas ao campo da promoção da saúde que se refere à reorientação dos serviços de saúde. A partir da implementação de políticas de promoção da saúde, acredita-se que sejam possíveis mudanças de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo. Estes serviços precisam adotar postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável (BRASIL, 2002b).

Os protocolos de procedimentos de enfermagem na unidade neonatal, assim como as diretrizes e rotinas do serviço consistem em impressos que são arquivados. Não há produção/publicação onde conste tudo sobre a dinâmica do serviço. Há um protocolo de alta, composto pelos seguintes documentos: *check-list* de ensino para alta (folha de registro); carta de alta e transferência (folhas de registro), onde é relatado tudo o que foi realizado ao bebê; *check-list* de alta para o domicílio ou outro hospital (folhas de registro), que inclui a relação do que deve ser realizado junto ao bebê e familiares e de material/fichas que foram entregues no momento da alta/transferência; documentos de alta e documentos diversos (não especificados).

Os pais recebem um livreto (“Guia de Alta”) contendo orientações importantes para o período durante e após a internação do bebê. Neste livreto consta a identificação do

bebê, número de telefones úteis, orientações sobre amor e afeto, aleitamento materno, cuidados de higiene, vigilância à saúde (informações sobre a alta, consulta médicas posteriores etc.) e outras informações. Trata-se de um recurso que a equipe dispõe para a orientação dos pais em relação à hospitalização do filho.

Durante os procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem no preparo para alta, foi perceptível a preocupação da equipe com os cuidados que se relacionam ao bebê, tanto no que diz respeito à continuidade dos cuidados, como na preparação/capacitação dos pais para realizar certos procedimentos em domicílio.

Entre as atividades que podem ser realizadas no sentido da promoção da saúde de pessoas internadas, Jonhson (2000) destaca aquelas que se destinam a educação do paciente quanto à experiência da hospitalização, assim como a condução após a alta, tendo em vista os efeitos na vida diária deste. Para isso, o autor sugere programas de educação do paciente, que podem incluir outros atores como o companheiro ou os pais, dependendo da situação.

6.2 Atividades direcionadas aos pais e familiares

Segundo Jonhson (2000), as atividades de promoção da saúde dentro do ambiente hospitalar precisam ser pautadas na educação em saúde, contribuindo para que os indivíduos maximizem seu potencial de saúde e bem-estar, por meio de abordagem positiva de estilo de vida.

Com relação ao serviço de neonatologia do hospital da cidade do Porto, todos os profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogo) tinham contato direto com os pais dos bebês internados. No entanto, os profissionais de enfermagem pareceram estar mais próximos da família. Apesar de ser um enfermeiro para cada turno, estes conseguiam estabelecer vínculo com os pais, desenvolvendo a mesma rotina de trabalho nos três turnos. As atividades de orientação/apoio não ocorriam em horários pré-estabelecidos e eram realizadas individualmente, de acordo com a necessidade de cada mãe/pai, embora tenha sido relatada por uma mãe a participação em uma atividade de grupo.

O cuidado individualizado facilitava a interação/comunicação entre a enfermeira responsável pelo bebê e os pais/família. As mães participavam dos cuidados junto com as enfermeiras. Havia receptividade por parte das enfermeiras na realização dos cuidados, deixando a mãe à vontade para tentar executá-los. Também existia estímulo ao contato pais e filhos, favorecendo o toque e as carícias. Entende-se que essa realidade contribui para o

desenvolvimento da autonomia dos pais dentro da unidade e ainda favorece e fortalece o vínculo entre pais-filhos-profissionais.

Merecem destaque as orientações realizadas quanto ao uso da cadeirinha para bebês nos automóveis. Era realizado um teste com o bebê antes da alta, para avaliar a adaptação deste ao equipamento e, ao mesmo tempo, eram realizadas orientações quanto ao seu uso diário. Essa é uma realidade que muito difere das famílias que utilizam o serviço público de saúde no Brasil, pois a grande maioria não dispõe de transporte privado.

A informação e a educação são elementos que fazem parte do campo de ação que se refere ao “desenvolvimento de habilidades pessoais” para a promoção da saúde. Nesse campo são previstas ações para capacitar as pessoas a aprender e a vivenciar as diversas fases da vida, devendo estas ser realizadas com vista ao desenvolvimento pessoal e social (BRASIL, 2002b). Desta forma, a equipe de saúde da neonatologia contribui para o desenvolvimento de habilidades dos pais para cuidarem de seus filhos, tanto durante o período da internação como após a alta.

Observou-se que os pais procuravam ajudar-se mútua e naturalmente durante o período de hospitalização de seus filhos. Quando uma mãe percebia que a outra não estava bem emocionalmente ou estava preocupada, ela se aproximava, escutava e compartilhava também seus problemas, suas preocupações, de maneira que podiam, em conjunto, estabelecer pensamentos positivos em relação a recuperação dos seus filhos. Esse compartilhamento, também foi observado no horário do almoço, quando juntas iam ao refeitório e expressavam seus sentimentos. De uma forma geral, os pais se sensibilizavam com a situação um dos outros, apoiando-se entre si.

Embora esse comportamento se processe naturalmente entre os pais que vivenciam essa experiência, entende-se que isto deva ser estimulado pela equipe de saúde. Considera-se que estratégias que possibilitem a interação entre pais sejam positivas e constituem-se em auxílio na construção de mecanismos de enfrentamento.

Para Viana *et al.* (2005), as mães que acompanham seus filhos passam muitas horas juntas, comunicam entre si, trocam opiniões e tendem a estabelecer relações de amizade e a fornecer, de modo informal, apoio mútuo, criando, de certa forma, um pequeno grupo de auto-ajuda. Monteiro (2005) identificou que o trabalho grupal contínuo pode ser utilizado como um recurso para o cuidado das mães no período de acompanhamento do filho internado, já que a distância da família e os sentimentos acarretados podem ser minimizados, por meio do apoio/suporte e socialização resultantes da intervenção grupal. Revelou ainda a

necessidade de manter continuamente a realização de intervenções em grupo, como forma de suprir as necessidades dos clientes no período de permanência no hospital.

Considera-se que as atividades em grupo destinadas às mães e aos pais devem ser contínuas e sistematizadas, fazendo parte das rotinas do serviço. Atividades como estas contribuem para a promoção da saúde das famílias com recém-nascidos hospitalizados, pois proporcionam espaço de aprendizado e expressão de sentimentos, dúvidas e troca de experiências. Esse espaço de fala e de escuta, permeado por relações de confiança, horizontal de pessoa para pessoa, favorece a autonomia dos participantes e, conseqüentemente, a construção/fortalecimento de sua cidadania.

Portanto, percebe-se a existência de atividades realizadas na unidade que resultaram em avaliações positivas. Todavia, essas atividades precisam ser reforçadas e sistematizadas pelo serviço, a fim de que se convertam em rotinas efetivas cumpridas por todos os profissionais, e assim seja possível contribuir para a promoção da saúde das famílias com bebês hospitalizados.

6.3 Estratégias extra-muros desenvolvidas pelo hospital

Historicamente, as instituições hospitalares prestaram seus cuidados centrados no tratamento e cura de doenças. Por isso, os profissionais de saúde que desempenham suas funções nesses locais não conseguem perceber sua atuação e responsabilidade além dessa lógica. No entanto, Jonhson (2000) afirma que atualmente é defendida uma vertente que sustenta que o hospital, especialmente aqueles envolvidos com o serviço público, deva ser parte importante da comunidade e que, como tal deve estar ativamente comprometido com o planejamento para a promoção da saúde.

Nesse sentido, não foi observada neste estudo nenhuma ação desenvolvida pelo hospital que se relacionasse ao campo da promoção da saúde referente ao “reforço a ação comunitária”. Entretanto, o hospital/serviço desenvolve estratégias extra-muros que merecem ser ressaltadas.

Como já referido, o hospital oferece um local gratuito onde os pais podem ficar alojados para acompanhamento do filho quando, por dificuldades geográficas, de transporte ou econômicas, não for possível o deslocamento destes. Só é permitida a acomodação do pai ou da mãe nesse espaço. Os entrevistados se referem a esse equipamento social como um hotel, onde dispõem de café da manhã, banheiro, aparelho de TV, aquecedor, entre outros.

Outro ponto relevante trata-se da integração entre os níveis de atenção à saúde. A enfermeira responsável pela gestão de cuidados do serviço de neonatologia é membro de uma Unidade Coordenadora Funcional (UCF), em que participa de reuniões mensais com coordenadores e representantes da saúde materna e infantil da área a qual o hospital pertence. As UCFs foram institucionalizadas através dos Despachos Ministeriais nº 6/91 e compõem a Rede de Referência Materno-Infantil, têm como objetivo contribuir para o asseguramento da articulação entre os diferentes níveis de atenção e a continuidade dos cuidados de saúde. Entre suas funções destacam-se: avaliar as necessidades prioritárias na área obstétrica, neonatal e pediátrica; promover e avaliar a correta distribuição de recursos humanos e materiais; elaborar estudos epidemiológicos e propor medidas concretas para resolver os problemas de saúde materna e infantil da área (PORTUGAL, 2001).

Percebe-se o envolvimento dos profissionais do hospital, especificamente os que atuam na saúde materna e infantil, com os problemas da comunidade. A articulação com a atenção básica possibilita a aproximação da realidade local, favorecendo a construção coletiva de estratégias para a solução ou minimização dos problemas.

No entanto, concorda-se que alcançar elevado nível de saúde é uma conquista que está sob a responsabilidade conjunta de todos: indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde, instituições de saúde e governos (BRASIL, 2002b). A promoção da saúde não é algo que a instituição faz para a comunidade ou indivíduo. Para ser efetiva, ela deve ser um esforço conjunto, em que instituição e comunidade unem seus recursos para trabalhar suas oportunidades mútuas em direção às metas comuns (JONHSON, 2000).

Portanto, considera-se que as iniciativas realizadas pelo serviço em estudo são positivas, mas entende-se que, para a promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados, não só o hospital, o serviço e os profissionais de saúde que atuam diretamente com essa clientela precisam estar envolvidos, mas todos, inclusive os próprios pais e familiares dos recém-nascidos, por meio da organização comunitária.

7 PLANEJANDO O TRABALHO COM O GRUPO

A Fase de planejamento correspondeu à etapa de Objetivos do Grupo, proposta por Loomis (1979). A autora defende que, nesse momento inicial, deve ser realizada uma avaliação no sentido de identificar e classificar as necessidades do cliente, ajustando-as a uma das categorias que poderá ser de apoio, realização de tarefas, socialização, aprendizagem e mudanças de comportamento, treinamento das relações humanas e psicoterapia. Avalia-se também se estas necessidades podem ser satisfeitas em um grupo, considerando as vantagens e desvantagens de utilizar a abordagem grupal como uma alternativa de intervenção. Conhecer as expectativas da instituição/serviço, em relação à função da enfermeira como coordenadora do grupo é de fundamental importância para garantia da continuidade do trabalho.

A partir do levantamento das necessidades dos clientes, pode-se identificar que tipo de grupo poderá ser constituído no sentido de satisfazê-las. Loomis (1979) aponta uma variedade de métodos para descrever e categorizar grupos de cuidados de saúde. Esses métodos são baseados em um jogo de variáveis que acontecem dentro do grupo. As quatro fases mais comuns de um grupo são: objetivos (grupos de apoio emocional, de tarefa, de socialização, de aprendizagem, de encontro-sensibilidade e psicoterapia); estrutura (tipo de clientes, nível de prevenção, grau de estrutura, orientação teórica e grau de orientação de *insight*); processo (instilação de esperança, universalidade, oferecimento de informação, altruísmo, reedição corretiva do grupo familiar primário, desenvolvimento de técnicas de socialização, imitação de comportamento, aprendizagem interpessoal, coesão grupal, catarse e fatores existenciais); e resultados (manutenção, aprendizagem e mudança de comportamento).

A identificação das necessidades dos clientes também possibilita à enfermeira avaliar se seus objetivos, enquanto coordenadora do grupo, estão de acordo com o que os membros precisam. Os seus objetivos devem estar relacionados com os objetivos do grupo e estes também devem condizer com as necessidades dos integrantes.

Orienta-se que os planos de cuidados ou programas destinados às famílias com recém-nascidos hospitalizados sejam planejados de forma que se constituam em ações flexíveis, acessíveis e responsivas, que atendam as necessidades individualizadas da família e do recém-nascido, além de que os objetivos estejam claramente definidos de maneira fácil e simples (RABELO *et al.*, 2007; SHELTON; JEPSON; JONHSON, 1987).

No Brasil, foram programados dois encontros prévios, anteriores à formação do grupo, destinados à apresentação das coordenadoras (pesquisadora e pesquisadora auxiliar), à

exposição dos objetivos da pesquisa e à realização da entrevista individual. Estes encontros ocorreram na Casa da Mamãe, ocasião em que foi possível estabelecer um primeiro contato entre a coordenadora e os possíveis membros do grupo. Primeiramente, foi realizada a exposição dialogada com todas as mães reunidas, depois as mesmas foram entrevistadas individualmente.

Na entrevista individual, foram novamente lembrados os objetivos da pesquisa, enquanto era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Nesse momento, era lembrado o caráter voluntário da participação no grupo e na pesquisa, e aquelas que concordavam em participar já assinavam o termo e recebiam uma via. A entrevista também possibilitou conhecer cada possível participante, revelando, assim, suas necessidades para formulação dos objetivos e metas para o grupo. As necessidades que se evidenciaram mais fortemente foram a de apoio/suporte e de socialização entre as mães entrevistadas, o que suscitou a definição dos objetivos do grupo. Estes foram validados com todas as participantes na sessão preparatória. De acordo com Loomis (1979), especialmente durante períodos de mudança ou crise, o apoio de outras pessoas pode ajudar os clientes a se adaptarem à mudança, controlando a crise, ou a manter seus comportamentos saudáveis.

Embora reconhecendo a importância da Fase de Planejamento para o alcance dos objetivos do grupo, configurando-se essa no momento inicial de preparação, também se entende que o planejamento deve ocorrer até antes mesmo dos primeiros contatos com os participantes, continuando após o início da formação do grupo. Foi possível perceber nesse estudo que o planejamento é algo que deve ser contínuo e flexível, tendo em vista os ajustes que podem e devem ser feitos no decorrer dos encontros e que exigem um re-planejamento constante. Considera-se, desta forma, que, dependendo do tipo de grupo, as necessidades e, portanto, os objetivos do grupo podem ser mutáveis, necessitando ser modificados de acordo com a evolução do grupo e com as circunstâncias que os membros vivenciam.

Consoante com Soares e Ferraz (2007), entende-se que os momentos do grupo não seguem uma lógica linear e cumulativa. Pelo contrário, todo grupo apresenta ambivalências, regressão, dispersão diante da constante demanda de sustentar seu processo e refletir sobre ele. Portanto, o grupo precisa estar continuamente se reorganizando e se recriando.

8 DESENVOLVENDO A INTERVENÇÃO NO GRUPO

8.1 Estruturando o grupo

No segundo encontro, foram discutidos com as participantes, aspectos referentes à estrutura do grupo. Também por se tratar do primeiro momento da coordenadora com as mães em grupo, as atividades destinadas à apresentação dos participantes foram iniciadas na ocasião e retomadas sempre que o grupo estava na presença de um novo membro. Para Loomis (1979), a enfermeira no papel de coordenadora do grupo deve considerar alguns fatores como: a seleção de clientes, adequações físicas e preparação dos membros do grupo.

O tipo de clientes a serem incluídos no grupo deve estar diretamente relacionado com os objetivos e metas propostos. A seleção de clientes nesse estudo diz respeito às pessoas que estavam vivenciando situações semelhantes e podiam estar compartilhando os mesmos problemas. Embora tenha sido proposto e acordado no grupo que este estaria aberto aos familiares das puérperas que desejassem participar dos encontros, tal participação não se realizou, pois havia a dificuldade com transportes, especialmente para aqueles que residiam em localidades vizinhas e, assim, a maioria das visitas ocorria no período da manhã, sendo que os encontros ocorriam no final da tarde (16:30h às 17:30h).

As adequações físicas correspondem ao acordo que deve haver, antes de iniciar o processo grupal, entre a enfermeira e os integrantes do grupo quanto a detalhes como frequência, horário, quantidade de participantes, local, espaço e ambiente.

A preparação dos clientes é um momento que se destina ao compartilhamento de expectativas entre o coordenador e os participantes do grupo, facilitando a entrada da pessoa no grupo (LOOMIS, 1979). Não há formato padrão para preparar clientes em grupos de cuidados de saúde, podendo ocorrer individualmente ou numa sessão preparatória. Essa investigação permitiu que fosse realizada uma *sessão preparatória* inicial, antes de começar o trabalho com o grupo e, a cada entrada de um novo membro, os assuntos relacionados à preparação dos participantes eram retomados pela coordenadora.

Segundo Loomis (1979), cliente e enfermeira devem ter a oportunidade para compartilhar suas expectativas e chegar a um acordo de como trabalharão juntos, firmando um contrato inicial de cuidado. Para a autora, um contrato de cuidado de saúde previamente esclarecido é um negócio aberto, um jogo de expectativas mútuas que indicam o que a enfermeira e o cliente podem esperar um do outro. Esse acordo pode ser renegociado ou finalizado a qualquer hora e deve ser novamente esclarecido toda vez que se fizer necessário.

No momento planejado para a preparação dos clientes, em que se tentou formar o grupo, não foi possível fechar aspectos referentes ao *Contrato de Trabalho*, como revelar expectativas, confirmar necessidades e estabelecer objetivos. Apesar de que todos os passos em relação à fase de planejamento terem sido cumpridos (apresentação, primeiro contato, aproximação), houve dificuldade dos membros do grupo para se expressarem, dificultando o estabelecimento de metas, regras, acordos, necessários à estruturação do grupo. Apenas a necessidade de aprendizagem foi verbalizada por uma participante. Colocaram também a questão da ociosidade que elas enfrentavam e citaram a expectativa de que o grupo pudesse ser algo que ocupassem seu tempo. Assim, somente a partir do segundo encontro é que foi possível validar as necessidades do grupo e estabelecer como objetivos: oferecer apoio/suporte, promover a socialização entre integrantes do grupo e ainda favorecer a aprendizagem dos participantes do grupo quanto aos cuidados com o bebê. Portanto, a assinatura do *Contrato de Trabalho* foi efetivada a partir da Sessão I e a cada entrada de um novo membro. Também se conseguiu estabelecer junto com os participantes as “Regras para a boa convivência do grupo”, que tratavam-se dos comportamentos aceitáveis dentro do grupo para garantir o seu funcionamento.

Apenas alguns aspectos relacionados à estrutura do grupo foram acordados (horário, local, frequência). Quanto ao horário, determinou-se que os encontros do grupo aconteceriam de 16 às 17h. Percebeu-se que as mães se queixaram quanto à rotina da Casa da Mamãe e em relação à falta de tempo para descansar, portanto, a frequência estabelecida para a ocorrência do grupo foi em dias alternados. O local escolhido foi a sala da TV, que localiza-se no pavimento térreo. Observou-se que o local definido para reunião das participantes dificultou o processo do grupo, pois ao estarem em círculo, as mães visualizavam o portão de entrada da Casa e ficavam sempre a espera de alguma visita. Se alguém chegasse para visitar uma delas, logo a sessão era interrompida e algum membro avisava que tal visita chegara.

O número de sessões (quinze) e ainda a alternância de dias em que estas eram realizadas geraram entradas de novos membros no grupo, fazendo com que a sessão IX também se destinasse à preparação dos clientes, pois mais da metade do grupo eram mães recém-chegadas à Casa da Mamãe. Neste encontro, os desejos foram verbalizados com mais facilidade e os acordos foram firmados. Discutiram-se as expectativas dos participantes e estabeleceram-se os objetivos. Em relação às expectativas, os participantes referiram que esperavam que o grupo lhes trouxesse: alívio, tranquilidade, aceitação e aprendizagem e que constituísse um momento para desabafar, para se alegrar, para estarem mais reunidas, conversar mais, e ficar mais à vontade e um momento de descontração. Elegeram como

objetivo do grupo: desabafo, aprendizagem, alegria, descontração. Desta forma, entende-se que os objetivos desse grupo eram oferecer apoio/suporte e promover a socialização entre os membros do grupo, e aprender mudança de comportamento.

O benefício do grupo de apoio é voltado para apoio mútuo e para o compartilhamento de experiências comuns por pessoas que estão em situações semelhantes. Esse tipo de grupo tem potencial preventivo, evitando padrões de má adaptação e ajudando a manter comportamentos saudáveis. No grupo de socialização, a preocupação principal é com a união e interação de seus membros, que estes estabeleçam novos contatos sociais para obter apoio um dos outros, compartilhar experiências comuns, desenvolvendo novas fontes de reforço interpessoal. Um grupo de aprendizagem tem interesse muito específico, onde pessoas encontrarão outras com o mesmo interesse e desenvolverão mecanismos para aprender ou mudar seu comportamento. Isto normalmente envolve uma pessoa compromissada (líder ou professor) que possa ajudar a alcançar o objetivo (LOOMIS, 1979).

Ao trabalhar com grupo de apoio para familiares de neonatos de risco, Buarque *et al* (2006) referem que pode-se restabelecer a competência parental, ajudar a equipe de profissionais a respeitar valores e sentimentos dos familiares e contribuir para que pais e profissionais trabalhem em parceria na unidade neonatal.

Ainda na IX sessão, percebeu-se um clima de interesse pelo acontecimento do grupo. O *Contrato de Trabalho* foi novamente validado, quando foi sugerido que os encontros acontecessem em dias consecutivos. “Maria Brasil 9” foi quem mais gostou da proposta, pois sentia necessidade de mais informações quanto ao cuidado com o bebê e considerava pouco tempo para discussão. As outras mães relutaram alegando, igualmente no primeiro momento, o cansaço da rotina do serviço. “Maria Brasil 9” insistiu expondo suas necessidades, mas ressaltou que a opinião da maioria prevaleceria. Finalmente, elas decidiram que os encontros aconteceriam em dias consecutivos, tendo em vista que as sessões de terapia ocupacional estavam ocorrendo em dias alternados às sessões do grupo. Foram programadas, juntamente com a terapeuta ocupacional do serviço, sessões interdisciplinares, a fim de que os encontros destinados a coleta de dados para o estudo ocorressem em dias consecutivos. O horário e o local continuariam os mesmos. Os participantes acordaram que seria um grupo aberto, tanto para visitantes, familiares como para profissionais, e as mães novatas deveriam ser convidadas a participar do grupo, sendo resgatado o que foi dito nos encontros anteriores.

A oportunidade de estabelecer uma parceria com outro profissional possibilitou a vivência da interdisciplinaridade nas atividades referentes ao trabalho com o grupo. A terapeuta ocupacional desenvolvia atividades de confecção de trabalhos manuais e artesanais

e também realizava discussão em grupo sobre informações quanto ao estado de saúde do bebê. Considera-se a presença de tal profissional nesse serviço um avanço no que diz respeito ao cuidado prestado às famílias com recém-nascidos hospitalizados, no entanto, questiona-se a lacuna referente ao cuidado de enfermagem prestado a essa clientela constatada em estudo anterior (MONTEIRO, 2005).

Para Buarque *et al.* (2006), ao desenvolverem um grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco em unidade neonatal, afirmaram que o ideal é que o grupo de apoio seja conduzido por uma equipe com composição interdisciplinar, sendo formado por neonatologista, enfermeiro, psicólogo e outros profissionais.

Julga-se que os fatores referentes à estruturação do grupo, mesmo os detalhes referentes às variáveis físicas, devem receber atenção do coordenador, pois os mesmos podem interferir no processo do grupo. O coordenador deve também estar atento para perceber momentos em que o grupo necessite ser reestruturado, de forma que possam ser garantidos os resultados. Assim, entende-se que os aspectos referentes à estruturação do grupo devem ser validados de forma contínua. Isso se tornou um imperativo no grupo em estudo já que este se caracterizava como um grupo aberto, necessitando a validação e/ou reestruturação a cada entrada de um novo membro.

8.2 O Processo Grupal

O processo grupal se refere a tudo ou quase tudo que acontece dentro de um grupo durante seu funcionamento. Incluem-se não só o conteúdo do que é dito, mas como os membros interagem entre si, o tempo em que ocorrem essas interações, os papéis do líder do grupo e dos membros em relação um ao outro. É impossível predizer as especificidades desse processo, mesmo conhecendo de maneira prévia cada membro individualmente. O enfermeiro que coordena um grupo deve ser capaz de usar o processo em benefício terapêutico dos clientes (LOOMIS, 1979).

A seguir estão descritas as atividades desenvolvidas em cada momento das sessões, de forma que se possa compreender o que ocorreu no processo do grupo:

– Sessão I



Foto 1 – Atividade de Colagem

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo, identificar fatos marcantes da vida dos membros do grupo que possam estar interferindo na sua adaptação à nova experiência e promover o compartilhamento de sentimentos.

Participantes: Estavam presentes nesse encontro: “Maria Brasil 1”, “Maria Brasil 2”, “Maria Brasil 3” e mais outras duas “Marias”.

Aquecimento: Iniciou-se a sessão com a técnica de apresentação “Jogo dos Nomes”, em círculo a primeira pessoa diz seu nome, a seguinte diz o nome da anterior e o próprio, a terceira diz os dois anteriores e o seu, e assim sucessivamente (LIEBMANN, 2000). Essa técnica foi desenvolvida, para que as participantes pudessem relembrar e fixar os nomes dos membros do grupo, incluindo a coordenadora do grupo. Algumas mães ainda não sabiam os nomes de outras e esse foi um momento descontraído que favoreceu o acolhimento dos presentes.

Desenvolvimento: Realizou-se uma atividade de colagem, a qual consistia em as mães colarem gravuras que representassem fatos que marcaram a história de suas vidas. Poderiam ser pessoas que foram importantes; uma lembrança; acontecimentos da infância, adolescência ou mesmo da vida adulta, sentimentos antes da gravidez, entre outros. Foi indicado também que poderiam ser coladas palavras que representassem tudo isso. Tratou-se de uma adaptação das técnicas “Minha História” e “Memórias da Infância” de Liebmann (2000). Cada mãe foi convidada a falar sobre seu trabalho de colagem, contando um pouco da sua história de vida e de seu passado. Umaz fizeram perguntas as outras, desejando conhecer mais detalhes. As mães já expressaram emoções logo no primeiro encontro. Para a atividade

descrita, utilizaram-se revistas, cola e tesoura. Durante a atividade foi colocada uma música suave (SANTOS, 2004) para ajudar na inspiração das participantes.

Encerramento: O momento final da sessão se deu com a técnica “Roda da Alegria” (GOMES, 2001), onde, em roda, de mãos dadas, as participantes voluntariamente verbalizaram o que mais gostariam naquele instante, o seu desejo mais profundo, naquele instante de integração. Foi solicitado para que fizessem um círculo no centro da sala, uma abraçando a outra, e que colocassem em pensamento ou falassem todas as suas intenções, o que desejavam que acontecesse, no centro daquele círculo, no qual estava concentrada muita energia, e que pensassem positivo, pois talvez, o que desejassem viesse a se concretizar. Essa técnica, além de permitir uma avaliação das expectativas das participantes do grupo, ainda favoreceu a expressão de fatores terapêuticos.

– Sessão II



Foto 2 – Atividade “Desenho Livre”

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo e promover o compartilhamento de sentimentos entre os membros do grupo.

Participantes: “Maria Brasil 1”, “Maria Brasil 2”, “Maria Brasil 3”, duas “Marias” recém-chegadas e outra “Maria” que estava desde o encontro anterior.

Aquecimento: Foi programada a técnica “Rodadas”, que é um meio rápido de partilhar informações pessoais e de fazer com que as pessoas comecem a falar na sessão. Cada um, na sua vez, diz algumas palavras, completando a frase proposta (LIEBMANN, 2000). Esclareceram-se os objetivos e metas do grupo e apresentaram-se as “Regras para boa

convivência do grupo”. Também foi realizada a atividade lúdica da “Batata-quente” - em círculo, ao som da música, a batata passa de mão em mão e quem estiver com a batata na mão quando a música parar, deve pagar uma prenda. Foi feita uma adequação da técnica “Rodadas” e a atividade lúdica da “Batata-quente”. Era necessário que completassem a frase iniciada pela coordenadora e quando a música parasse, quem estivesse com a “batata” na mão, deveria falar, dar sua opinião, dando seu *feedback*. A batata-quente tinha como símbolo um ursinho de pelúcia. Isso foi planejado no intuito de estimular ainda mais as participantes a falarem sobre si, proporcionando o conhecimento entre os membros do grupo. Para essa atividade foram distribuídos alguns brindes.

Desenvolvimento: Realizou-se atividade de desenho “Desenho Livre” (LIEBMANN, 2000). Essa autora orienta que se faça um desenho em 15-20 minutos, mostre-o para o grupo e fale o quanto quiser. Essa atividade é própria para as pessoas que estão prontas para expor seus sentimentos, precisa haver espaço e oportunidade para fazê-lo. O grupo foi motivado pela pergunta norteadora: *como você está se sentindo hoje, nesse momento?*

Encerramento: Inspirando-se na técnica “Ouvindo Música” (LIEBMANN, 2000), em que se utiliza uma música para criar um clima, foi proposto o canto e reflexão da música nº 4, “Como uma onda” (SANTOS, 2004). Solicitou-se que as mães meditassem sobre o que estava acontecendo com elas naquele momento, que procurassem desenvolver pensamento positivo. Em roda, cantaram e embalaram-se ao som da música. Realizou-se a avaliação da sessão, solicitando-se que com uma palavra dissessem como tinha sido aquele encontro.

– Sessão III



Foto 3 – Técnica “Teia de Relações”

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo, promover a interação dos membros do grupo e contribuir para o entendimento da relevância do trabalho em grupo.

Participantes: Iniciaram no grupo: “Maria Brasil 4” e “Maria Brasil 5”. Participaram ainda: “Maria Brasil 1”, “Maria Brasil 2”, “Maria Brasil 3” e duas “Marias” presentes na sessão anterior.

Aquecimento: Investigaram-se as expectativas das novas participantes. Esclareceram-se os objetivos e metas do grupo e apresentaram-se as “Regras para boa convivência do grupo”. Foi proposta a atividade lúdica da “Cabra-cega”, que indica que, com uma venda nos olhos, tente-se capturar alguém e adivinhar quem é. “Maria Brasil 2” foi a escolhida para que de olhos vendados adivinhasse quem era a pessoa que estava a sua frente. Ela não conseguiu acertar o nome de nenhuma pessoa. Refletiu-se sobre a importância de se conhecer e se reconhecer mais umas as outras. “Maria Brasil 2” disse que não há tempo para fixar a atenção nas colegas, pois na maior parte do dia encontravam-se no hospital, estando sua atenção voltada totalmente para o filho.

Desenvolvimento: Realizou-se a técnica “Teia de Relações” (MILITÃO; MILITÃO, 2000) – em círculo, um rolo de barbante é repassado de mão em mão, sendo que cada participante se apresenta e enrola o fio no dedo, antes de repassá-lo. Tal técnica tem como objetivo estimular uma reflexão sobre a teia formada na finalização das apresentações. A técnica foi adaptada para que as apresentações iniciadas nas sessões anteriores fossem aprofundadas e para que fosse possível conhecer as novas participantes. Quem passasse o barbante deveria fazer perguntas sobre a vida de outra mãe, a qual gostaria de conhecer mais. A técnica foi iniciada pela coordenadora que falou um pouco de si e repassou para uma “Maria”. Ao final, foi realizada reflexão a partir do que representava a teia formada no grupo.

Encerramento: Baseou-se na técnica de “Avaliação Clínica” proposta por Loomis (1979), que recomenda a realização de alguma pergunta inicial. Portanto, interrogaram-se as mães com a seguinte questão: *Como está sendo para você participar desse grupo?*

– Sessão IV



Foto 4 – Atividade “Continue o Desenho”

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo, promover a interação dos membros do grupo, contribuir para o entendimento do fator universalidade existente no grupo e para o compartilhamento de sentimentos.

Participantes: “Maria Brasil 2”, “Maria Brasil 3”, “Maria Brasil 4” e “Maria Brasil 5” já estavam no grupo. Chegaram: “Maria Brasil 6” e mais outras duas “Marias”.

Aquecimento: Iniciou-se a sessão levantando as expectativas dos novos membros em relação ao grupo. Explicitaram-se os objetivos e metas propostos, validando-os com as mães recém-chegadas, e apresentaram-se as “Regras para boa convivência do grupo”. Para que as novas participantes sentissem-se acolhidas, utilizou-se a técnica de “Autobiografias” (ANDREOLA, 2004), de forma que todos os membros do grupo apresentassem aspectos mais pessoais da própria vida. Realizou-se ainda, como técnica para acolhimento das participantes, uma atividade, a partir da qual os membros puderam se descontraír, interagir uns com os outros e ainda realizar alongamento. “Maria Brasil 4” teve dificuldade de compreender a letra da música e realizar a coreografia.

Desenvolvimento: No segundo momento do encontro, realizou-se a atividade de desenho “Continue o Desenho” (LIEBMANN, 2000). Foi orientado que fossem enumerados os papéis distribuídos ao grupo. Todas desenharam por dois minutos (esse tempo deve ser controlado, de preferência por alguém que não esteja participando), depois passavam seu papel para a outra, continuavam no desenho da outra por um minuto, e assim por diante, até que todas recebessem seu desenho inicial e terminassem em dois minutos. “Maria Brasil 4”

diz que não sabe desenhar e tem dificuldade de compreender as orientações. Para conclusão, foi solicitado que falassem a respeito do desenho que tinha sido construído, como se sentiram durante a atividade e que lição haviam tirado disso.

Encerramento: No encerramento, foi realizada a técnica de avaliação do encontro: “Que bom! Que pena! Que tal?” (MILITÃO; MILITÃO, 2000). Dessa forma, foi possível perceber a opinião das participantes quanto às sessões e colher as sugestões para os próximos encontros.

– Sessão V



Foto 5 – Técnica do “Abraço Coletivo”

Objetivos da sessão: Contribuir para o desenvolvimento do sentimento de pertença nos participantes e favorecer a expressão de sentimentos entre os participantes do grupo.

Participantes: Estavam presentes “Maria Brasil 2”, “Maria Brasil 4”, “Maria Brasil 5”, “Maria Brasil 6” e uma “Maria” recém-chegada na Casa e outra que estava presente na sessão IV.

Aquecimento: Para aquecer as participantes antes da atividade e no intuito de fazê-las lembrar de quando eram crianças, programaram-se “Danças Circulares”. Trata-se de danças executadas em círculo, normalmente de movimentos muito simples (LIEBMANN, 2000). Foi proposta inicialmente a cantiga de roda “Escravo de Jó” (MAFFIOLETTI; RODRIGUES, 1999). Elas tiveram dificuldades para acertar o passo. Depois se sugeriram outras brincadeiras de roda. Divertiram-se cantando e dançando num clima de descontração.

Desenvolvimento: A atividade proposta partiu da necessidade do grupo, pois algumas participantes queixaram-se nas sessões anteriores quanto à rotina na Casa da Mamãe.

Realizou-se a técnica do “Repolho” (MILITÃO; MILITÃO, 2000): são elaboradas perguntas, palavras ou frases escritas em folhas de papel, estas são amassadas e colocadas uma sobre a outra formando um repolho. As perguntas enfocaram principalmente o cuidado/assistência da equipe às mães e família, concentrando-se no que poderia ser melhorado no dia a dia das famílias que estão com recém-nascidos internados. Investigou-se a satisfação das participantes enquanto usuárias.

Encerramento: Para avaliação da sessão, adequou-se a técnica “Rodadas” (LIEBMANN, 2000), solicitando que as participantes completassem a frase: *a melhor coisa deste dia de encontro foi...* Para encerrar o encontro, efetuou-se a técnica do “Abraço Coletivo”, a qual orienta que no círculo você pode ver a todos e receber a energia de todos. Inspirado na frase: “unidos seremos mais felizes e juntos construiremos um mundo melhor” (KEATING, 2000). As mães agradeceram umas as outras pelo sorriso, pela palavra amiga que compartilhavam.

– Sessão VI



Foto 6 – Atividade “Desenho Grupal”

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo, promover a expressão de sentimentos e contribuir para o desenvolvimento da coesão grupal.

Participantes: Estavam presentes: “Maria Brasil 2”, “Maria Brasil 4”, “Maria Brasil 5”, “Maria Brasil 6” e uma “Maria”. Chegaram ao grupo: “Maria Brasil 7”, “Maria Brasil 8” e outra “Maria”.

Aquecimento: Com a chegada de mais três mães ao grupo, utilizou-se a técnica “Quem é você?” para que as participantes pudessem se conhecer - cada membro do grupo diz

o seu nome. Depois de cada apresentação, são feitas três ou cinco perguntas à pessoa. O coordenador pede que todos perguntem, em rodízio, de forma que não sejam os mesmos a perguntar (ANDREOLA, 2004). Novamente, foram discutidos os objetivos e metas do grupo contidos no contrato de trabalho e apresentaram-se as “Regras para boa convivência do grupo” às novas participantes. Também foi realizada uma atividade de “Respiração”. De acordo com Liebmann (2000), orientou-se que as participantes sentassem com os olhos fechados, respirassem profundamente e com ritmo, levando o ar até o abdome e ouvindo o som da própria respiração.

Desenvolvimento: Foi realizada a atividade de desenho “Desenho Grupal com um mínimo de instruções” (LIEBMANN, 2000). Nessa atividade uma grande folha de papel deve ser fornecida ao grupo, numa mesa ou chão, e pede-se às pessoas que trabalhem em um grande desenho, sem um tema específico.

Encerramento: Na finalização do encontro, ao redor da mesa, de mãos dadas, embalaram-se, cantando a música nº 07, “Noites Traíçoeiras” (ROSSI, 2006), que fala sobre a fé em Deus e que Ele pode ajudar a aliviar os sofrimentos. Soube-se antes que eram todas católicas e que desejavam ouvir uma música de natureza religiosa. Para aplicar tal atividade, baseou-se na forma de estimular a imaginação “Ouvindo Música” de Liebmann (2000) e de acordo com as falas de muitas mães que referiram vir de Deus a força para enfrentar a hospitalização do filho. Houve expressão de sentimentos e compartilhamento de esperança. Realizou-se ainda a técnica “Avaliação Contínua” (CASTILHO, 1998), onde cada participante fez uma autoavaliação de sua participação e sobre o que foi utilizado no encontro.

- Sessão VII



Foto 7 – Espaço de “Escuta Aberta”

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo; promover espaço de escuta qualificada que permita a externalização dos membros grupo em relação ao serviço prestado no hospital e Casa da Mamãe; favorecer o compartilhamento de apoio entre os membros do grupo.

Participantes: Participaram do encontro “Maria Brasil 2”, “Maria Brasil 6”, “Maria Brasil 7”, “Maria Brasil 8” e uma “Maria”. Havia duas “Marias” novatas. Outras duas “Marias” participaram pela primeira vez, apesar de já estarem na Casa há alguns dias e não se inserirem no grupo. Foram convidadas a coordenadora do Bloco de Obstetrícia e Neonatologia e a Terapeuta Ocupacional do hospital.

Aquecimento: Sugeriu-se antes de iniciar a sessão, o desenvolvimento da técnica “Autobiografias Rápidas” (LIEBMANN, 2000) para que os novos membros se apresentassem. A autora orienta que, em pares; fale sobre você para pessoa mais próxima durante dois minutos, em seguida, invertam os papéis. Depois o parceiro o apresenta a outro par ou ao grupo. Com intuito de promover relaxamento das participantes e prepará-las para o tema, mesclaram-se as técnicas de “Massagens nas Costas e Ombros” e “Massagem em Grupo”, adaptando-as à realidade do grupo. Depois invertem o círculo e repetem com a pessoa do outro lado (LIEBMANN, 2000). Apresentaram-se os objetivos e metas propostos para o grupo, procurando validá-los com as participantes.

Desenvolvimento: As profissionais do serviço (coordenadora e terapeuta ocupacional) iniciaram esclarecendo o objetivo de sua presença naquele momento, reforçando que o motivo de estarem ali foi em resposta às demandas emergidas no grupo. Demonstraram-se receptivas para a escuta atenta e expuseram o desejo de ouvir opiniões, sugestões, tirar dúvidas, prestar esclarecimentos e informações em relação ao cuidado prestado no hospital e na Casa da Mamãe, em especial, ao cuidado de enfermagem. As mães foram estimuladas a se colocarem no grupo relatando seus problemas e as possíveis soluções. Foram lembradas as “Regras para boa convivência do grupo” elaboradas na sessão preparatória, enfatizando a questão do sigilo do que seria discutido no grupo.

Encerramento: As mães agradeceram pela participação das duas profissionais, que se despediram do grupo, e em seguida realizou-se avaliação da sessão, por meio da verbalização dos desejos. Em roda as participantes foram estimuladas a expressarem-se (Técnica “Roda da Alegria”) (GOMES, 2001).

– Sessão VIII



Foto 8 – Demonstração da técnica de banho do bebê

Objetivos da sessão: Promover a interação dos participantes do grupo e facilitar a aprendizagem das mães em relação aos cuidados com o filho recém-nascido.

Participantes: Estavam presentes desde os encontros anteriores: “Maria Brasil 7”, “Maria Brasil 8” e uma “Maria”. Eram recém-chegadas: “Maria Brasil 9” e outra “Maria”.

Aquecimento: Iniciou-se a sessão procurando-se conhecer as mães que iniciaram sua participação no grupo. Utilizou-se a técnica “Quem é você?” (ANDREOLA, 2004). Os outros membros do grupo também se apresentaram. Foram esclarecidos os objetivos e metas propostos para o grupo e todos os aspectos estabelecidos no contrato de trabalho.

Desenvolvimento: Foi solicitado que as participantes demonstrassem as técnicas de cuidado com o bebê (higienização, banho, acalanto, amamentação). A coordenadora do grupo apoiou e esclareceu as dúvidas. Baseando-se na técnica “Caixinha de Sugestões” (ANDREOLA, 2004), foi proposto que colocassem suas dúvidas sobre qualquer assunto que não estivessem à vontade para expor ao grupo numa caixa deixada na Casa da Mamãe. Orientou-se que elas não precisavam se identificar colocando seu nome no papel. Sugeriu-se que alguns membros voluntariamente decorassem a caixa no seu tempo livre. “Maria 9” logo se prontificou para a atividade.

Encerramento: Realizou-se a avaliação da sessão adaptando-se a técnica “Rodadas”, utilizando-se a pergunta: *o que aprendi no dia de hoje foi...* (LIEBMANN, 2000).

– Sessão IX



Foto 9 – Técnica “Roda da Alegria” – verbalização dos desejos

Objetivos da sessão: Conhecer as expectativas das participantes do encontro, prepará-las para iniciarem no grupo, firmar o Contrato de Trabalho entre os membros e a coordenadora do grupo e proporcionar interação entre as participantes do grupo.

Participantes: “Maria Brasil 10”, “Maria 11” e mais duas “Marias” que estavam pela primeira vez no grupo. Participaram ainda: “Maria Brasil 7”, “Maria Brasil 8”, “Maria Brasil 9” e outras duas “Marias”.

Aquecimento: Utilizou-se como técnica de apresentação “Autobiografias Rápidas” (LIEBMANN, 2000), no sentido de que as participantes pudessem compartilhar algo de suas vidas no grupo. Acrescentou-se também a técnica “Jogo dos Nomes” (LIEBMANN, 2000), de forma que os nomes de todos os membros pudessem ser memorizados naquele momento.

Desenvolvimento: Para levantamento das expectativas das mães em relação à participação no grupo, adaptou-se a técnica “Tempestades de Idéias” (ANDREOLA, 2004), para que todas expressassem seus pensamentos. Esclareceram-se os objetivos da pesquisadora e os até então propostos para grupo, procurando validá-los com as participantes. Estes foram aceitos e acrescentou-se outro acordado por todos os membros. Discutiram-se outros aspectos relacionados à estrutura do grupo, firmando-se o Contrato de Trabalho. Foram apresentadas as “Regras para boa convivência do grupo”, e, no momento, os membros sugeriram mais algumas. As participantes foram convidadas a produzir um cartaz com essas regras e que este fosse afixado no local do encontro. Também foi explicado sobre a caixinha de sugestões, dúvidas ou perguntas.

Encerramento: Finalizou-se a sessão com a verbalização dos desejos, para que as participantes pudessem expressar seus sentimentos e compartilhassem esperança/apoio entre elas, inspirando-se na técnica “Roda da Alegria” (GOMES, 2001).

– **Sessão X**



Foto 10 – Atividade de Colagem

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo e favorecer o compartilhamento de sentimentos e a instilação de esperança.

Participantes: Iniciaram no grupo: “Maria Brasil 12”, “Maria Brasil 13” e uma outra “Maria”. Estavam ainda presentes: “Maria Brasil 7”, “Maria Brasil 8”, “Maria Brasil 9”, “Maria Brasil 10” e “Maria Brasil 11”.

Aquecimento: Como grande parte das mães já se conhecia previamente, iniciou-se a sessão com a técnica “Jogo dos Nomes” (LIEBMANN, 2000), certificando-se que as participantes já haviam fixado os nomes umas das outras e também como meio para acolhimento dos novos membros do grupo. Foram esclarecidos os objetivos e metas propostos para o grupo às mães novatas, firmando-se o Contrato de Trabalho.

Desenvolvimento: Realizou-se uma atividade de colagem, mesclando as duas técnicas “Minha História” e “Memórias da Infância” de Liebmann (2000), conforme apresentado na sessão I. Houve compartilhamento de sentimentos.

Encerramento: Realizou-se a técnica de avaliação da sessão: “Que bom! Que pena! Que tal?” (MILITÃO; MILITÃO, 2000), quando as participantes puderam expor suas opiniões em relação à forma como o grupo estava sendo conduzido e ainda apresentar sugestões para os próximos encontros.

– Sessão XI



Foto 11 – Momento de Oração

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo, compartilhar informações sobre as condições de saúde dos filhos das participantes do grupo e facilitar a aprendizagem dos membros do grupo sobre o vínculo mãe-filho e outros aspectos relacionados à experiência da hospitalização.

Participantes: Estavam no encontro: “Maria Brasil 7”, “Maria Brasil 8”, “Maria Brasil 9”, “Maria Brasil 10”, “Maria Brasil 11”, “Maria Brasil 12” e “Maria Brasil 13”. Como novatas: “Maria Brasil 14”, “Maria Brasil 15” e “Maria Brasil 16” e, como convidadas, a profissional terapeuta ocupacional e uma estudante de enfermagem, interna do serviço de neonatologia.

Aquecimento: As novas participantes foram acolhidas, utilizando a técnica de apresentação “Quem é você?” (ANDREOLA, 2004). Foram esclarecidos os objetivos e metas propostos para o grupo e todos os aspectos estabelecidos no contrato de trabalho. Logo em seguida, realizou-se uma técnica de relaxamento (LIEBMANN, 2000) para introduzir o tema.

Desenvolvimento: A temática inicial de discussão, introduzida ainda na técnica de relaxamento, estava relacionada à importância das mães manterem “pensamento positivo” para a recuperação de seus filhos. Depois foram prestadas informações e esclarecimentos quanto às condições de saúde e evolução dos bebês. Foi proporcionado um espaço de escuta, que permitiu às participantes exporem suas dúvidas e questionamentos em relação ao tratamento e aos cuidados prestados aos seus filhos.

Encerramento: Finalizou-se a sessão realizando-se a avaliação do dia com a adaptação da técnica “Rodadas”, utilizando-se a pergunta: *o que aprendi no dia de hoje foi...*

(LIEBMANN, 2000). Posteriormente, as mães deram as mãos e pediram para fazer uma oração, momento em que houve instilação de esperança.

– **Sessão XII**



Foto 12 – Atividade “Continue o Desenho”

Objetivos da sessão: Promover a interação dos membros do grupo e contribuir para o entendimento do fator universalidade existente no grupo e para o compartilhamento de sentimentos.

Participantes: Estavam presentes: “Maria Brasil 7”, “Maria Brasil 10”, “Maria Brasil 11”, “Maria Brasil 12”, “Maria Brasil 13”, “Maria Brasil 14”, “Maria Brasil 15”, “Maria Brasil 16” e uma outra “Maria”.

Aquecimento: Realizou-se a técnica de “Exercícios de Movimentos” que, segundo Liebmann (2000), é ideal para iniciar uma atividade de desenho. Trata-se de movimentos simples como chacoalhar os braços, as pernas, movimento de rotação com a cabeça, alongamentos, de consciência dos membros, relaxamentos etc.

Desenvolvimento: Foi proposta a atividade de desenho “Continue o Desenho” (LIEBMANN, 2000), de acordo com o que foi realizado na sessão IV. “Maria Brasil 7” teve dificuldades para compreender os passos da atividade. Seguiu-se uma reflexão sobre como os sentimentos e preocupações das mães são semelhantes e o sentido de complementaridade do grupo.

Encerramento: Utilizou-se a técnica “Avaliação Contínua”, de Castilho (1998), para avaliação do dia e sugeriu-se que fosse formado um círculo para que as mães pudessem abraçar umas as outras finalizando a sessão. A música nº 03, “Jesus, neste nome há poder”

(ROSSI, 2006) foi cantada por todas as participantes do grupo, meditando-se sobre a letra, baseando-se na técnica “Ouvindo Música” (LIEBMANN, 2000).

– **Sessão XIII**



Foto 13 – Espaço de “Escuta Aberta”

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo, promover espaço de escuta aberta que permita a participação dos membros do grupo em relação ao serviço prestado no hospital e Casa da Mamãe e facilitar a aprendizagem sobre os cuidados no pós-parto, com o recém-nascido e outros aspectos relacionados à experiência da hospitalização.

Participantes: Estavam presentes “Maria Brasil 7”, “Maria Brasil 12”, “Maria Brasil 13”, “Maria Brasil 14”, “Maria Brasil 15” e “Maria Brasil 16”. Outras duas “Marias” eram novatas.

Aquecimento: Utilizou-se a técnica “Quem é você?”, de Andreola (2004), para conhecer as novas participantes do grupo. Os membros do grupo realizaram perguntas sobre a vida das mães recém-chegadas, no intuito de conhecê-las melhor e procurando acolhê-las. Os objetivos e metas do grupo foram expostos, assim como os objetivos do estudo. Foram apresentadas as “Regras para boa convivência do grupo”.

Desenvolvimento: Realizou-se um compartilhamento sobre a rotina das mães na Casa e no hospital. Elas puderam se expressar e compartilhar sentimentos, deram suas opiniões e fizeram sugestões quanto aos cuidados prestados a elas e aos seus filhos e em relação aos aspectos da estrutura e organização do serviço. Oportunizou-se o momento para

realizar algumas orientações e esclarecimentos acerca dos cuidados no pós-parto e com o recém-nascido.

Encerramento: Procedeu-se com a avaliação do encontro utilizando-se a técnica “Que bom! Que pena! Que tal?” (MILITÃO; MILITÃO, 2000). As mães agradeceram pela tarde e finalizou-se a sessão com uma oração conduzida por “Maria Brasil 7”. Esta ação foi solicitada para ser realizada por uma das participantes.

– Sessão XIV



Foto 14 – Técnica “Avaliação Clínica”

Objetivos da sessão: Proporcionar interação entre as participantes do grupo, promover a interação dos membros do grupo, contribuir para o entendimento da relevância do trabalho em grupo e realizar avaliação dos resultados.

Participantes: Participaram do encontro: “Maria Brasil 12”, “Maria Brasil 13”, “Maria Brasil 14”, “Maria Brasil 15”, “Maria Brasil 16” e uma outra “Maria”.

Aquecimento: Foram realizadas brincadeiras de roda para aquecimento das participantes de acordo com a técnica “Danças Circulares” (LIEBMANN, 2000). As mães cantaram e dançaram cantigas de roda infantis, criando-se um clima de descontração, conforme solicitado pelas participantes em momentos de avaliação do grupo. Uma das “Marias” disse que nunca havia brincado de roda quando era criança.

Desenvolvimento: Realizou-se a técnica “Teia de Relações” (MILITÃO; MILITÃO, 2000). De acordo com o que foi desenvolvida na sessão III, esta técnica foi proposta no intuito de as participantes do grupo pudessem se conhecer melhor e também como meio para estimular a reflexão sobre a importância do grupo.

Encerramento: Procedeu-se a sessão com a avaliação do encontro. Também investigou-se em relação à formação e participação no grupo, com base na técnica de “Avaliação Clínica” proposta por Loomis (1979). Logo, indagou-se aos membros do grupo a seguinte pergunta: *Para vocês, o que representou participar desse grupo, estando com o filho hospitalizado?*

8.2.1 A interação dos membros do grupo

De acordo com Loomis (1979), o enfrentamento de uma situação nova pode gerar em muitas pessoas sentimentos de incerteza e ansiedade. Ao iniciar um trabalho com grupos, o enfermeiro deve estar atento ao *desenvolvimento de papéis* que poderão ser utilizados pelos membros na interação com os outros participantes e com o coordenador do grupo, para controlar essas preocupações.

Nesse sentido, percebeu-se que “Maria Brasil 8”, desde seu primeiro dia no grupo, apresentou-se com um semblante triste. Ao relatar que sua família não tinha lhe apoiado em sua gravidez, expulsando-a de casa, usou um tom de voz infantil que permaneceu por muitas sessões. Sempre era a última a concluir as atividades, não porque não as compreendesse, mas porque se demonstrava insatisfeita com o que realizava, fosse desenho ou colagem. Parecia querer chamar atenção e ouvir da coordenadora e das outras mães aprovação e elogios sobre sua produção. Apesar das participantes tentarem lhe apoiar lembrando-lhe da pessoa que a tinha acolhido, “Maria Brasil 8” parecia não desistir de seu *papel de criança abandonada*. Desenvolveu esse papel até sua última sessão, quando recebeu a notícia de que iria acompanhar seu bebê na enfermaria mãe-canguru, no hospital. Nesse dia, “Maria Brasil 8” pareceu não se conformar com a conduta e questionava por que ela teria que ir para esse local. A coordenadora do grupo e as outras mães tentaram lhe explicar, mas ela não quis aceitar e fez expressão de uma criança contrariada.

Segundo Loomis (1979), os membros procurarão desenvolver um papel que lhes é familiar e que está relacionado ao seu desconforto e incerteza experimentada por estar em um grupo novo. Outro fenômeno que está intimamente relacionado ao desenvolvimento de papéis é o *desenvolvimento de padrão de poder e influência*. A maioria dos grupos de cuidado de saúde tem um líder que normalmente é um profissional de saúde. No entanto, outros tipos de grupos, ou mesmo grupos que tenham um profissional como coordenador, elegerão um líder para um período específico.

Na atividade de construção do desenho grupal, programada para a sessão VI, percebeu-se certo poder de influência de “Maria Brasil 6”. Ela era uma das únicas participantes que tinha escolaridade de Nível Superior e melhor poder aquisitivo. Apesar de não ser uma das mães que mais falava, sempre se colocava nas discussões, sem ofender ou menosprezar as outras integrantes do grupo. Conduziu a atividade, sugerindo o que deviam desenhar, mas deixando que as outras tomassem a iniciativa e procurou estimular as mães para que todas participassem. Entende-se que “Maria Brasil 6” foi eleita pelo grupo como líder, quando exerceu seu *poder de referência*, pois as participantes, ao se identificarem com “Maria Brasil 6”, desejavam ser como ela. Com a saída de “Maria Brasil 6”, “Maria Brasil 9” assume esse *papel de líder*. Esta era uma pessoa comunicativa, que se interessava pela história de cada uma das mães, escutava todas atentamente e compartilhava com facilidade seus sentimentos. Falava de sua vida e de sua maneira de viver. “Maria Brasil 9” não tinha receio que as outras mães tivessem preconceito em relação a ela, pelo contrário, por ser a mais espontânea, sempre positiva e alegre e a que falava mais, parecia ter ganhado a simpatia das outras mães. Dessa forma, conseguia exercer certa influência sobre o grupo.

Para Loomis (1979), o grau e o tipo de poder e influência exercitados pelo líder e os membros do grupo estarão diretamente relacionados à facilidade de cada pessoa para ajudar o grupo a alcançar seus objetivos. Entretanto, o enfermeiro precisa reconhecer quando um dos membros se autoproclama líder ou o único *expert* no assunto, pois esses extremos são prejudiciais ao processo do grupo. É importante que o enfermeiro perceba a contribuição de cada membro e modele este compartilhamento de poder e influência.

Para Monteiro, Pinheiro e Souza (2008), os papéis desenvolvidos e o poder de influência entre as puérperas parecem estar relacionados com fatores como o nível de instrução, a faixa etária e a capacidade de oferecer apoio/suporte.

Frequentemente os papéis e os tipos de poder e influência demonstrados pelos membros do grupo coincidem com o padrão de comunicação destes. O *desenvolvimento de padrões de comunicação* é outro assunto importante que deve ser considerado na fase inicial de um grupo. A comunicação é um ponto crucial em grupos de saúde. Quem fala com quem e sobre o que. Uma abordagem sociométrica pode ser realizada para analisar as interações do grupo, sendo um dos métodos mais precisos e também que mais consome tempo do coordenador do grupo. Nessa abordagem é quantificada a frequência das interações iniciadas e recebidas por cada membro. Para um líder iniciante na condução de grupo pode haver várias questões que merecem atenção: Quem tem a tendência a fazer perguntas? Quem dá respostas? Quem não diz nada? Quem pergunta para obter atenção do líder? Quem muda de assunto

quando os sentimentos são expressos? Qual é o humor utilizado no grupo? Quem se emociona ao que está sendo dito? As questões são infinitas e não existem as mais importantes, o que deve ser observado pelo coordenador é como emerge o padrão de comunicação do grupo (LOOMIS, 1979).

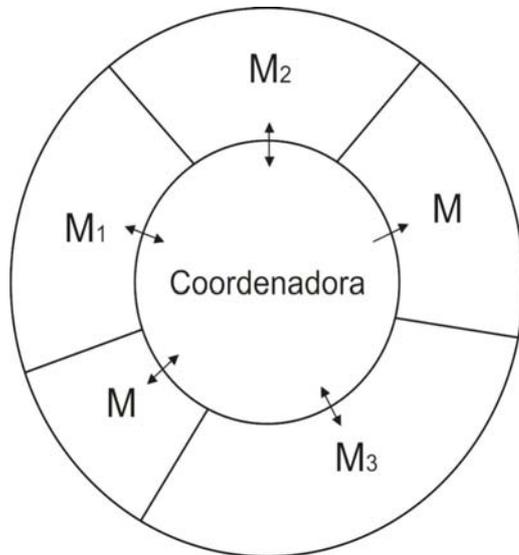


Figura 1 – Configuração do grupo/Sessão I

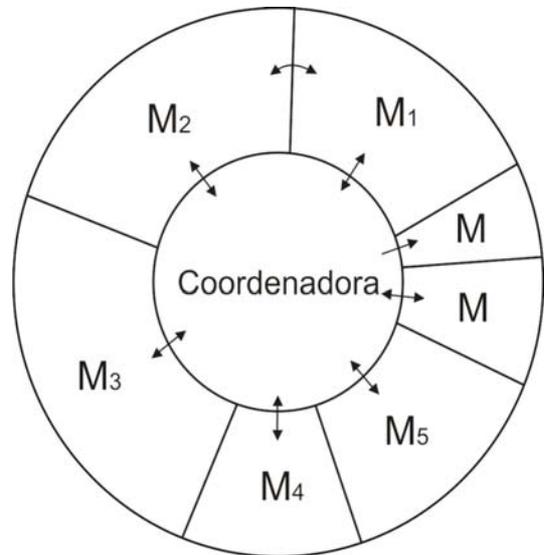


Figura 2– Configuração do grupo/Sessão III

Na sessão preparatória, as mães estavam em silêncio e não queriam falar. A partir das sessões seguintes é que essa realidade vai se modificando, sendo a necessidade de socialização e interação suscitadas pelas próprias participantes. Entretanto, observa-se na figura 1, que as mães ainda não interagiam entre si e que a coordenadora do grupo dominou a fala na maior parte do tempo. Nessa sessão “Maria Brasil 2” falou que queria que as mães estivessem mais animadas, que conversassem mais, pois segundo a mesma, ainda estavam muito tímidas.

“Maria Brasil 3”, desde a sessão I, apesar de ter chegado à Casa da Mamãe há apenas dois dias, mostrou-se participativa, descreveu sua experiência anterior (internação do outro filho em Fortaleza-CE), como foram importantes as amizades, os laços que se firmaram com as outras mães; era comunicativa e propositiva, mantendo esse padrão de comunicação durante toda a sua participação no grupo.

A partir da sessão III, a coordenadora procurou conduzir o momento, permitindo que as participantes se colocassem mais no grupo, falando um pouco sobre suas vidas, de forma que elas pudessem se conhecer melhor. Nota-se que, embora os membros ainda não demonstrassem uma integração, eles estavam se posicionando mais nas discussões do grupo,

com exceção de uma das “Marias” (M) novatas. Verifica-se também na sessão III certa proximidade entre “Maria Brasil 1” e “Maria Brasil 2”.

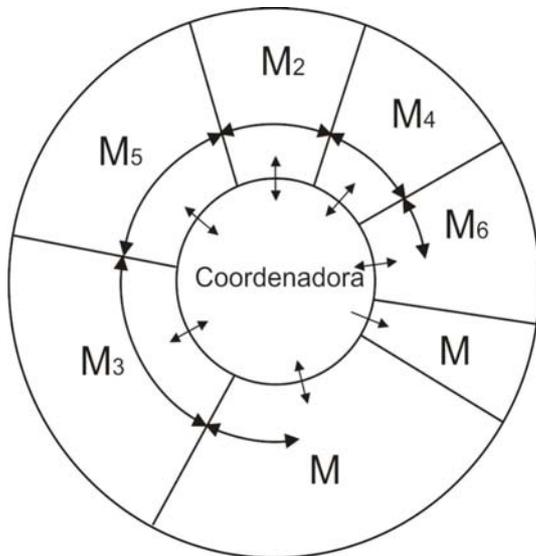


Figura 3 – Configuração do grupo/Sessão IV

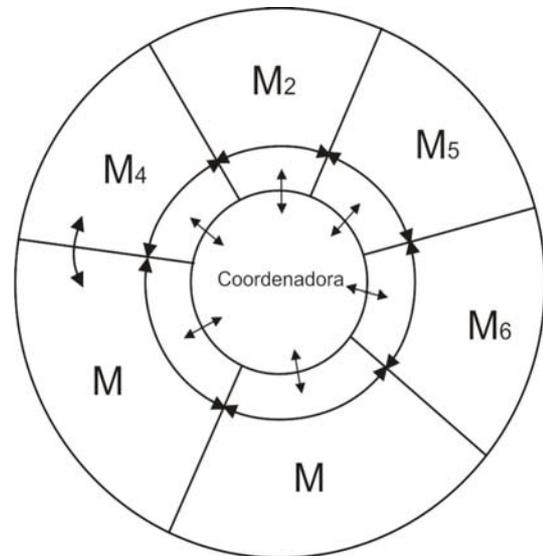


Figura 4 – Configuração do grupo/Sessão V

Pela figura 3 percebe-se que uma “Maria” recém-chegada dominou parte da fala. A mesma, como “Maria Brasil 3”, já tinha vivenciado essa experiência anteriormente, entretanto, o fato dela ter tido um bebê prematuro que necessitou ser hospitalizado, e por ela também já ter ficado na Casa da Mamãe, despertou ainda mais o interesse no grupo. Esta “Maria” compartilhou sua experiência, verbalizando seus sentimentos; relatou positivamente como foram seus dias na Casa, enfatizando a recuperação de seu filho, que naquele período estava com quase dois anos. Tal depoimento constituiu-se em apoio para as outras mães, na medida em que pode trazer-lhes esperança.

Ressalta-se que as “Marias”, que aparecem no gráfico representadas pela letra M não se constituíram sujeitos do estudo, mas são citadas por se compreender que se configuraram em pessoas importantes para os resultados do grupo.

A figura 4 mostra que, na sessão V, os membros do grupo apresentavam-se mais integrados. Pareciam sensibilizadas com a situação de “Maria Brasil 4” que tinha parido trigêmeos. Conversavam com “Maria Brasil 4” sobre as dificuldades desta para cuidar dos três filhos. Todas demonstravam cuidado com ela, pela sua limitação para compreender as coisas, em especial, a “Maria” que estava desde o encontro anterior. Observa-se que as duas “Marias” participantes dessa sessão se colocaram com frequência nesse encontro, falando até mais do que “Maria Brasil 2”, cuja participação correspondia ao quinto encontro. Considera-se, portanto, que o número de participações pode ou não influenciar no padrão de

comunicação, sendo este também determinado pela característica pessoal de cada membro do grupo.

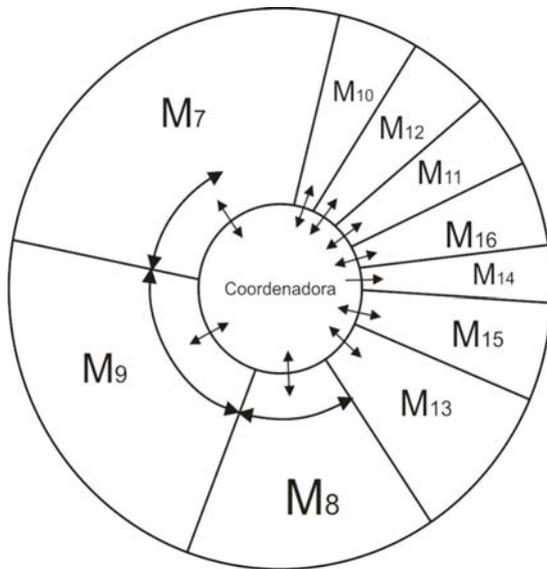


Figura 5 – Configuração do grupo/Sessão XI

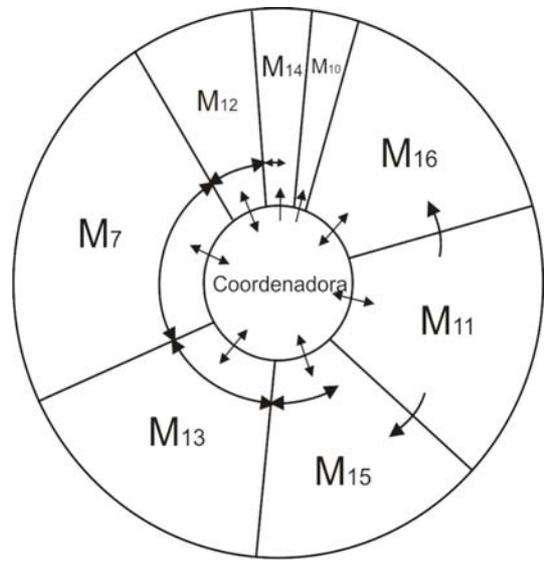


Figura 6 – Configuração do grupo/Sessão XII

Na figura 5, verifica-se que “Maria Brasil 7”, “Maria Brasil 8” e “Maria Brasil 9” pareciam estar bem integradas e desenvolviam um bom padrão de comunicação no grupo. As mesmas estavam fazendo parte do grupo desde a sessão VI, compartilhando sentimentos entre elas há mais de quatro sessões. Acredita-se que isso também se deva à positividade, espontaneidade e facilidade de expressão, características pessoais, especialmente de “Maria Brasil 7” e “Maria Brasil 9”, fazendo com que estas monopolizassem o espaço para a fala.

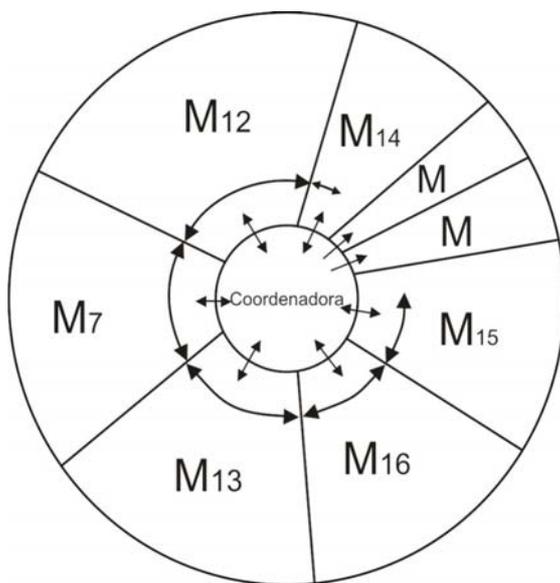


Figura 7 – Configuração do grupo/Sessão XIII

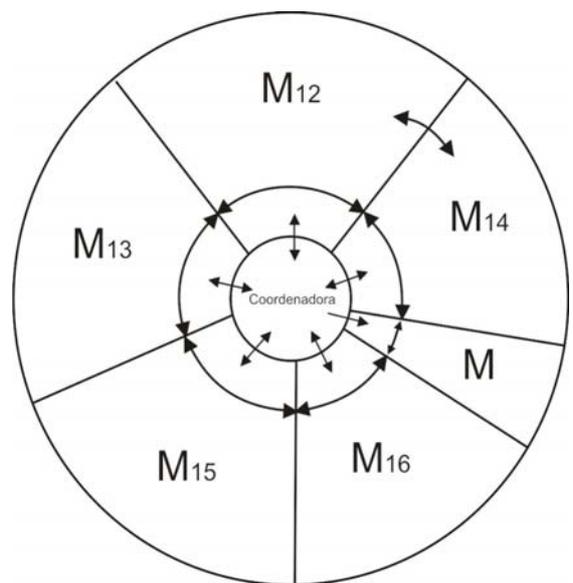


Figura 8 – Configuração do grupo/Sessão XIV

Percebe-se pelas figuras (5 a 8) que “Maria Brasil 10” mantinha-se em silêncio e quase não falava, somente respondia ao que lhe era perguntado, mas demonstrava satisfação em participar do grupo. “Maria Brasil 10” manteve esse padrão de comunicação durante toda as sessões em que participou. Ao contrário, “Maria Brasil 14”, desde que chegou ao grupo, era sempre séria, calada, cabisbaixa e parecia estar sempre de mau humor. A partir da sessão XII, ficou mais próxima de “Maria Brasil 12”, que também era adolescente, passou a participar das atividades e melhorou seu humor no grupo. As duas riam muito de “Maria Brasil 7”, que desenvolvia o *papel de atrapalhada* do grupo. Esta última era a alegria do grupo. Até “Maria 13”, que era triste e chorava o tempo todo com saudade da filha de um ano que tinha deixado em casa, se divertia com as palavras de “Maria Brasil 7”. “Maria Brasil 13” conseguiu se integrar ao grupo e era uma das que mais participava das discussões. No primeiro momento acreditava-se que “Maria Brasil 7” era motivo de risadas no grupo, pejorativamente, no entanto, depois se percebeu o carinho que os membros do grupo tinham por ela. “Maria Brasil 7” parecia não se importar com a atitude das outras mães, sorria também e dizia que “falava muito para que elas também falassem”. A maioria dos encontros manteve esse clima de alegria e descontração.

Observa-se também pelas figuras (figura 5 a 8) a evolução de “Maria Brasil 15” e “Maria Brasil 16” no que diz respeito ao padrão de comunicação desenvolvido pelas mesmas. Ambas chegaram ao grupo aparentemente tristes e choravam muito, mas nas sessões seguintes foram se integrando. Nota-se na figura 6 a interação de “Maria Brasil 11” com essas duas mães. Ela compartilhou sua experiência em relação ao enfrentamento da hospitalização do filho, contribuindo para que “Maria Brasil 15” e “Maria Brasil 16” se integrassem ao grupo, interagindo com as demais participantes, melhorando seu padrão de comunicação.

8.2.2 Expressão de fatores terapêuticos

O processo que ocorre em pequenos grupos foi explorado sob várias perspectivas em pesquisas sobre dinâmica de grupo. Loomis (1979) apresenta as seguintes variáveis: instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informação, altruísmo, catarse e coesão grupal, que são discutidas nessa investigação. Considera-se ainda como fator terapêutico a correção do grupo familiar primário, o desenvolvimento de técnicas de socialização, a imitação de comportamento e os fatores existenciais, os quais não foram evidenciados no processo do grupo em estudo.

A *instilação de esperança* era algo que ocorria com frequência durante as sessões. O momento final de cada encontro era destinado à verbalização dos desejos, onde as mães expressavam como desejavam que seus filhos (os delas e os das outras mães) se recuperassem logo e faziam isso de forma positiva, demonstrando que tinham fé que logo iriam poder ir para casa. Também se pôde observar instilação de esperança na sessão IV, quando uma mãe que já havia passado pela experiência de hospitalização de seu filho recém-nascido e de ter se alojado na Casa da Mamãe chega ao grupo. Seu filho também havia nascido prematuro como o de muitas outras mães que estavam presente naquela sessão, e esta mãe pode expor como foi vivenciado por ela e sua família aquela situação, a forma como conseguiu enfrentar e o fato de que seu filho agora era um garoto saudável e alegre. A forma positiva como a mesma pode se colocar representou uma fonte de esperança para as mães que estavam no grupo.

Loomis (1979) refere que é comum encontrar no grupo outros membros que experimentaram evento semelhante e que puderam vivenciá-lo satisfatoriamente. A autora ressalta os efeitos terapêuticos do cliente positivo, assim como da exposição das expectativas do terapeuta para os participantes em relação aos resultados do grupo, antes deste se iniciar. Portanto, é importante que o líder do grupo expresse aos novos membros a confiança de que a participação no grupo será benéfica.

A *universalidade* é o fator terapêutico que está relacionado à instilação de esperança. Quando os membros do grupo compartilham suas experiências comuns, eles aprendem que não estão sós. Embora havendo distinção entre eles de raça, idade, ocupação ou outra característica, o evento que estão experimentando é semelhante e, desta forma, não se sentem os únicos (LOOMIS, 1979). O grupo formado nesse estudo tem como característica importante o fator terapêutico da universalidade, pois as mães que compuseram o grupo tratavam-se de mulheres de faixas etárias variáveis, de adolescentes à primíparas idosas, de analfabetas às que tinham o Ensino Superior completo, as que residiam na zona urbana e as que moravam na zona rural, as que tinham o apoio do companheiro, da família e as que eram sozinhas e que não gozavam da presença dos familiares. No entanto, naquele momento, vivenciavam a mesma situação, experimentavam sentimentos semelhantes, atravessavam a mesma dificuldade e queriam a mesma coisa: que o filho se recuperasse, recebesse alta e fossem o mais rápido possível para casa.

Para Loomis (1979), mesmo que não seja o principal objetivo do grupo, há sempre compartilhamento de informações em um grupo de cuidado de saúde. O *oferecimento de informações* foi transversal em quase todas as sessões, pois a cada fala em que se percebia a necessidade de orientação, isso era realizado. Também foram planejadas sessões com esse

objetivo, em que se procurou desmistificar, esclarecer as condutas, tirando as dúvidas das participantes, especialmente quanto aos cuidados com o RN. “Maria Brasil 7” e “Maria Brasil 9” pareciam ser as participantes mais ansiosas quanto a esse assunto e eram as que mais demonstravam interesse na discussão. Talvez pelo fato de serem primíparas e de não poder contar com apoio de outros familiares no cuidado do filho. Segundo Loomis (1979), o oferecimento/compartilhamento de informações envolve um elemento cognitivo que precede a mudança de comportamento na maioria das situações de cuidado de saúde. Também, em sessão específica como a sessão XI, foram fornecidas e discutidas informações sobre o estado de saúde dos filhos das participantes. Nesse momento, todas as dúvidas em relação ao tratamento e condutas realizadas para o cuidado com o RN foram abordadas.

Nesse sentido, Rabelo *et al.* (2007) ressaltam que a equipe de saúde deveria dispensar mais tempo ao acolhimento das dúvidas da mãe e familiares, pois, na maioria das vezes, se voltam mais para o suporte tecnológico ou repassam informações superficiais ou sintéticas, principalmente no que concerne ao diagnóstico e prognóstico do bebê.

O *Altruísmo* é a experiência de compartilhar uma parte de si mesmo com outras pessoas e assim poderem ajudar-se um ao outro (LOOMIS, 1979). O Altruísmo foi oportunizado em quase todas as sessões. Foram utilizadas técnicas e atividades que permitiram as participantes falarem um pouco de si, de suas vidas, do que gostavam e do que não gostavam. Isso facilitou a integração dos membros, na medida em que as mães puderam se conhecer melhor. Na sessão X, em que foi desenvolvida uma atividade de colagem para que as mães colassem figuras que representassem algo marcante em suas vidas; “Maria Brasil 9” contou sobre sua experiência numa tribo indígena, como isso foi importante para ela e explicou o significado da tatuagem que tinha na perna. Falou sobre sua “filosofia de vida” e de seu companheiro, já “Maria Brasil 8” teve dificuldade de falar sobre si, especialmente do seu passado, talvez pelo fato de não ter recebido nenhum apoio de sua família quando engravidou.

Percebeu-se que o altruísmo geralmente vem acompanhado de outro fator terapêutico que é a *catarse*, pois, ao falar um pouco de si, as participantes acabavam expressando seus sentimentos. No III encontro, quando foi proposto que cada mãe procurasse saber um pouco mais sobre a outra, “Maria Brasil 5”, que até então se apresentava muito calada e séria contou detalhes sobre sua vida e demonstrou estar triste e sentindo-se culpada, por ter traído seu companheiro e ter enganado-o a respeito de seu filho.

Em várias sessões houve expressão de sentimentos e estes eram tanto negativos como positivos: a saudade da família, em especial em relação aos outros filhos que ficaram

em casa; a tristeza e a preocupação pelo estado de saúde do filho internado; a amizade em relação aos membros do grupo; a felicidade por estar vivenciando a maternidade; o carinho em relação ao filho; a tranquilidade por o filho está se recuperando, entre outros.

Vale ressaltar que nos momentos em que houve expressão de sentimentos negativos, e que algumas mães se emocionavam, também houve *feedback* das outras participantes. Estas procuravam apoiar e reforçar os sentimentos positivos na tentativa de amenizar o sofrimento das companheiras de grupo. No dia em que “Maria Brasil 16” chegou ao grupo, logo no momento em que se apresentavam os objetivos e metas daqueles encontros, ela se emocionou e chorou muito. Quase que imediatamente “Maria Brasil 11” contou sua experiência de que quando chegou ao grupo chorava em muitas situações com facilidade, especialmente nos momentos em que ia encontrar seu filho, já não tinha esperanças e referia que estava “quase em depressão”. “Maria Brasil 11” ainda falou que encontrou no grupo, especialmente nas palavras de “Maria Brasil 9”, força e tranquilidade para continuar e disse que passou a entender como seu humor atrapalhava a recuperação do seu bebê, pois depois que ela melhorou seu estado emocional, seu filho logo melhorou: “... comecei a tocá-lo e a conversar com ele... passar coisas boas para ele...já até abriu os olhinhos...”, disse sorrindo .

Outro exemplo de expressão de sentimento positivo foi no XII dia de encontro. Antes mesmo de começar a sessão, “Maria Brasil 13” chegou eufórica na direção das pesquisadoras dizendo com alegria: “hoje estou melhor, meu bebê tirou a sonda, tirou todos os aparelhos, está só na luz (fototerapia)... hoje sou outra pessoa...”.

Loomis (1979) refere que a expressão de emoções previamente não expressas foi considerada terapêutica por psicoterapeutas, porém resalta que só a catarse não é suficiente para produzir um estado de mudança por muito tempo. Refere também que a catarse está relacionada à *coesão grupal* com uma onda de causa e efeito. A expressão de emoções pode aumentar a proximidade e a coesão do grupo, por outro lado, a coesão grupal é uma condição prévia necessária para que os membros compartilhem seus sentimentos.

8.2.3 Desenvolvimento da coesão grupal

A *coesão grupal* tanto pode ser considerada um fator terapêutico como um mecanismo pelo qual as pessoas mudam participando de um grupo. Coesão é, ao mesmo tempo, uma causa e um efeito do processo de interação que acontece dentro de grupos (LOOMIS, 1979).

À medida que as sessões foram avançando e os participantes se conhecendo melhor, foi possível perceber o desenvolvimento da coesão grupal no grupo em estudo. Para Loomis (1979), num grupo coesivo os membros normalmente se sentem bem quanto ao outro. Eles são leais uns aos outros e às metas e valores do grupo, podendo até mesmo assumir comportamento semelhante. Quando há um assunto a ser solucionado ou uma tarefa a ser cumprida, eles mobilizam suas forças coletivas, decidem um meio de chegar ao problema e se movem prontamente em direção à solução. Os membros de tal grupo parecem gostar de passar o tempo juntos, esperam pelas suas reuniões e podem até mesmo planejar tempos extras para estarem juntos. Quem foi membro de um grupo coesivo recorda a experiência com afeto positivo e pode até desejar reconstruir tal grupo no futuro.

Segundo Loomis (1979), não está claro como o líder de grupo fará para conseguir desenvolver esse tipo de coesão. Algumas pesquisas indicam que as semelhanças entre os membros intensificarão a atração de cada integrante ao grupo. No entanto, a autora lembra que na seleção dos membros é importante considerar quais dimensões determinarão a homogeneidade ou a heterogeneidade dos membros do grupo e que as semelhanças em muitos grupos de cuidados de saúde são definidas efetivamente em termos de acordo mútuo quanto aos objetivos e *metas do grupo*.

Ressalta-se aqui a importância de esclarecer os objetivos e metas do grupo, as necessidades do cliente e as expectativas do sistema. Quando o enfermeiro está tentando reunir mais um ou dois membros novos no grupo, há sempre uma tendência a omitir pormenores em relação às metas, acreditando-se que uma vez o cliente estando no grupo ele verá o quanto é importante submeter-se às metas. Loomis (1979) considera que isto pode se constituir um problema relevante, tendo em vista que o compartilhamento de metas comuns é essencial para o desenvolvimento da coesão grupal. A autora também afirma que tão importante quanto esclarecer as metas é deixar claro o caminho para alcançá-las, assim como os resultados que serão obtidos com a realização dessas metas e estas devem ser específicas, evitando generalizações quanto aos resultados. Quando os métodos para alcançar as metas são estabelecidos, praticados e modificados tornam-se parte das *normas do grupo*.

As normas do grupo se referem a padrões de comportamentos que são normativos ou mais comuns dentro de um grupo. A uniformidade em um grupo ajuda-o a alcançar suas metas e a manter-se. As normas de um grupo se constituem as regras para obter-se um comportamento desejável e o funcionamento do grupo é rompido quando os membros desviam-se dessas normas. As normas de possibilidade são aqueles comportamentos esperados e aceitos que orientam o grupo a alcançar seus objetivos e metas. Por outro lado, as

normas restritivas são aqueles comportamentos esperados que impedem o progresso do grupo para atingir suas metas. Dessa maneira, o coordenador pode incentivar comportamentos que poderão ocorrer no grupo (LOOMIS, 1979).

Para a mesma autora, os membros que são considerados influentes ou assumem um papel de liderança, normalmente são aqueles que buscam as metas e que facilitam para que os outros membros alcancem os objetivos do grupo. Esse comportamento deve ser reforçado pelo coordenador. Em resumo, as metas e normas são veículos que o líder pode usar para desenvolver a coesão grupal. Logo, percebe-se que o *papel do líder ou coordenador do grupo* é fundamental na construção da coesão grupal. O líder deve maximizar o potencial do grupo, orientar e estimular a postura de compartilhamento de sentimentos e experiências, realizando comentário positivo, facilitando e reforçando, assim, a interação entre os membros. Quando o coordenador escuta com interesse, reforça verbalmente, ignora ou desaprova certas interações, os participantes incorporam isso, de maneira que o coordenador pode, desta forma, influenciar a formação de normas de possibilidade em lugar de normas restritivas. O líder deve ainda esclarecer o caráter de interdependência dos membros na realização de suas metas, ajudando-os a compreenderem que eles estão “juntos”.

Diante do exposto, procurou-se esclarecer os objetivos e metas específicas do grupo na sessão preparatória e isso foi reforçado a cada entrada de novos membros. As normas foram estabelecidas nos momentos destinados a preparação dos participantes. Nomeou-se de “Regras para a boa convivência do grupo” (APÊNDICE H), em que foram programadas normas de possibilidade e restritivas. Ao final da sessão, solicitou-se que os participantes voluntariamente produzissem um cartaz com essas normas e que este deveria ficar afixado no local destinado à realização dos encontros.

Ao confeccionar o cartaz, “Maria Brasil 9” acrescentou, em concordância com as outras mães, a regra de que o que fosse aprendido no grupo servisse como experiência de vida. Acredita-se que essa atitude das mães se deu pelo fato de, na sessão anterior, expressarem o desejo de pôr em prática tudo o que fosse discutido no grupo e que aquele aprendizado fosse útil para suas vidas lá fora, especialmente quando chegassem a suas casas e fossem cuidar de seus filhos.

Na sessão XIV, quando foi desenvolvida a técnica “Teia de Relações” (MILITÃO; MILITÃO, 2000) e as participantes foram interrogadas sobre o que representava o que havia se formado com aquele barbante, “Maria 15” disse: ... *formamos um laço de união... se juntaram todo mundo...* “Maria Brasil 9” complementou: ... *todo mundo tem uma ligação de um para o outro.* “Maria Brasil 16” também falou: ... *é uma ligação de amizade, de carinho...*

Percebe-se aqui como as mães atribuíram sentido ao grupo, podendo também ser afirmado que a coesão grupal foi desenvolvida entre os membros.

Isso também pôde ser observado quando “Maria Brasil 1”, na técnica “Desenho Livre” (LIEBMANN, 2000) realizada na sessão II, desenhou um coração e escreveu a palavra amizade. Esta mãe disse que seu desenho representava as amigas que pôde fazer com novas pessoas, estando na casa. No momento de encerramento da sessão X, quando se procedia a avaliação do dia, “Maria Brasil 8” disse que eram bons aqueles momentos que estavam juntas, porque o tempo passava mais rápido e que se elas se isolassem uma das outras era pior. “Maria Brasil 9” concordou afirmando que: *...sem o grupo o tempo demora mais a passar e tudo fica mais difícil de encarar*. Desta forma, a coordenadora do grupo buscou desenvolver seu papel, estimulando os participantes a refletirem sobre o sentido e a importância de estarem em grupo.

Enfatiza-se a questão do esclarecimento dos objetivos e metas e das normas do grupo como estratégia para a o desenvolvimento da coesão grupal. Isso foi realizado na sessão preparatória e retomado frequentemente a cada entrada de um novo membro, no intuito de que fosse mantida a coesão grupal. Como o grupo formado para esse estudo se tratava de um grupo aberto e os membros tinham a sua frequência de participação dependendo do tempo de permanência na Casa da Mamãe, esse esclarecimento era constante.

Essa realidade inevitavelmente caracterizava a *instabilidade do grupo*, considerada por Loomis (1979) como um fator que *ameaça à coesão grupal*. A autora refere que não há dados disponíveis para atribuir que aspectos (grupos abertos ou fechados, de tempo determinado ou indeterminado e grau de troca de membros) podem ser tolerados pelos diferentes tipos de grupos. Aponta que pesquisas precisam ser desenvolvidas em relação aos tipos de objetivos que melhor se adéquam à condição e efeito de mudança de membros no grupo. Loomis (1979) tem explorado os efeitos da instabilidade do grupo na coesão grupal de acordo com as possibilidades de combinações de período de tempo e variedade de grupos, conforme ilustrado no quadro 3.

Quadro 3 – Demonstrativo da variedade de características das normas e metas, segundo o período e a estrutura do grupo

		GRUPO	
		Aberto	Fechado
PERÍODO	Indeterminado	Normas – mudando Metas - flexíveis	Normas – claras Metas - flexíveis
	Determinado	Normas – mudando Metas - específicas	Normas – claras Metas - específicas

Fonte: Adaptado do modelo de Loomis (1979).

O quadro 3 representa que as normas estão diretamente relacionadas à estabilidade do grupo (aberto ou fechado) e as metas podem variar de acordo com o tempo planejado para funcionamento do grupo. Desta forma, quando um grupo é aberto e o número de sessões é ilimitado, provavelmente as metas precisarão ser flexíveis e as normas deverão ser modificadas para acomodar os novos membros, isso se o restante do grupo for coeso. Quando um grupo aberto é planejado por um período determinado, novos membros necessitam ser selecionados cuidadosamente, atentando-se para sua capacidade de adaptação às normas e metas.

Apesar do grupo em estudo ter sido planejado para ocorrer em quinze encontros, sabe-se que o profissional que for desempenhar essa atividade na Casa da Mamãe necessitará organizar um grupo de tempo ilimitado e de caráter permanente, pois se trata de uma intervenção de cuidado às mães que acompanham o filho recém-nascido hospitalizado, clientela que pode apresentar variados períodos de permanência no hospital. Além das participantes da pesquisa terem optado por um grupo aberto, acredita-se, de acordo com Monteiro (2005), que as mães recém-chegadas à Casa, ao ter a oportunidade de participar do grupo, seu processo de adaptação e integração é facilitado, possibilitando que as outras mães lhes ofereçam apoio, fazendo com que se sintam acolhidas. Portanto, o enfermeiro deverá estar preparado para lidar com a entrada e saída de membros, e deverá criar estratégias para estar recomeçando constantemente, sem prejudicar o desenvolvimento e manutenção da coesão grupal.

Durante as quinze sessões realizadas houve muitas entradas e saídas de membros do grupo. Mesmo reconhecendo que Loomis (1979) considera que a adição de novos membros ao grupo é destrutiva à coesão grupal, por outro lado, percebe-se que ela entende que se o líder for capaz de esclarecer as normas e metas específicas, é provável que o grupo sobreviva à instabilidade. Assim, investiu-se no esclarecimento das metas e normas do grupo

a cada entrada de um novo membro, como ressaltado anteriormente. Outro ponto que foi reforçado nos encontros foi a questão dos participantes estarem se conhecendo. Como quase em todos os encontros havia sempre um novo membro, era utilizada uma técnica ou atividade com a finalidade de os participantes se conhecerem melhor, favorecendo a integração destes e, conseqüentemente, a coesão do grupo.

Em experiências anteriores, Soares e Ferraz (2007) evidenciaram momentos em que cada membro pôde se apresentar e falar de fatos que constituem sua vida cotidiana, de sua família etc. A oportunidade que os participantes do grupo têm para falar do cotidiano é importante como forma de cada um ir reconhecendo o outro, suas necessidades e aquilo que identifica cada um.

Outro fator considerado ameaça à coesão grupal, segundo Loomis (1979), são os *desvios do grupo*. Nos primeiros encontros o grupo recebeu “Maria Brasil 4” que tinha dificuldade de compreensão. Ela não entendia as dinâmicas e atividades propostas e tinha muitas limitações ao se expressar. A primeira vista, isso poderia repercutir negativamente no grupo, mas dependendo de como os membros desenvolvem a capacidade de lidar com esse evento, pode ser um aspecto positivo (MONTEIRO, 2005). Normalmente esse tipo de pessoa é tratado como “diferente”, sendo desprezada e, muitas vezes, se constitui motivo de risadas. No entanto, isso também pode despertar no grupo o sentimento de cuidado. Passados alguns dias, observaram-se momentos em que as outras mães se interessaram pela história de “Maria Brasil 4”, perguntaram-lhe sobre a surpresa de ter trigêmeos, se ela já teve a experiência de parir em casa, demonstraram preocupação em saber como ela iria fazer dali em diante, como faria para criar os filhos.

“Maria Brasil 7” era outra participante que também tinha dificuldade de compreensão. Às vezes, não conseguia entender a atividade e pedia ajuda. Foi em várias situações motivo de risos, mas, já nos últimos encontros, o grupo, em especial, “Maria Brasil 12” e “Maria Brasil 13”, demonstraram um carinho muito grande por ela. Após sua saída do grupo, referiram estar sentindo muito a sua falta. Observa-se então que embora consideradas “diferentes”, “Maria Brasil 4” e “Maria Brasil 7” não foram excluídas do grupo pelos outros membros. Para Loomis (1979), o desvio é algo que se opõe ao padrão do grupo. É definido com relação às normas e metas. Geralmente grande esforço de comunicação é direcionado ao membro que se desvia das normas, para que ele possa mudar sua opinião ou comportamento. O grupo pode decidir redefinir suas normas, excluir o membro ou, até mesmo, convidá-lo a sair do grupo. Essas duas mães, apesar das suas limitações, participavam de tudo que era

proposto, tinham as mesmas expectativas e necessidades que as outras e em nenhum momento atrapalharam a sessão. Desta forma, não foram consideradas desvios do grupo.

Outros problemas citados por Loomis (1979) que podem repercutir negativamente na coesão grupal se referem à liderança e à formação de subgrupos. Estes também não foram encontrados no grupo em estudo, pois se acredita que a experiência prévia da pesquisadora em trabalhos com grupos permitiu utilizar mecanismos que favoreceram a coesão grupal. Também nenhum subgrupo foi evidenciado durante o processo grupal, embora a *proximidade* tenha emergido entre algumas mães. Entretanto, isso não foi considerado uma ameaça à coesão do grupo, ao contrário, percebeu-se que as mães que estavam mais próximas, constituíam-se fonte de apoio uma a outra.

Portanto, considera-se que, apesar das entradas e saídas constantes dos membros, foi desenvolvida a coesão grupal. De acordo com Monteiro, Pinheiro e Souza (2008), acredita-se também que esta foi facilitada pelo fato das participantes estarem alojadas no mesmo local, em convívio diário, embora por tempo determinado, mas passavam a maior parte do dia juntas. Isso favorecia o clima de compartilhamento e oferecimento de apoio, além do momento em que ocorria a sessão.

8.2.4 Funcionamento do grupo

O funcionamento na vida de um grupo de cuidado de saúde é caracterizado pela atividade do líder e participação dos membros na realização das metas e objetivos do grupo (LOOMIS, 1979).

Nessa etapa, pode acontecer a adoção de algumas posturas relacionadas a comportamentos e atitudes que fazem parte da dinâmica das relações humanas. Como ressaltado anteriormente, foi percebida certa *proximidade* entre alguns membros do grupo. Já na sessão I observou-se a aproximação entre “Maria Brasil 1” e “Maria Brasil 2”, pois tinham praticamente a mesma idade e estavam há mais tempo na Casa. “Maria Brasil 1” se interessava pela história de “Maria Brasil 2”, que estava sempre sorrindo. Monteiro, Pinheiro e Souza (2008) consideraram que o tempo de convivência dessas mães está ligado à qualidade das relações estabelecidas entre elas.

“Maria Brasil 3”, “Maria Brasil 5” e “Maria Brasil 6” também estavam sempre conversando, eram as que tinham mais escolaridade e se colocavam muito bem nas discussões em grupo; representavam uma força para o grupo, apesar de que, nas sessões iniciais, demonstraram alguns momentos de tristeza e preocupação.

Para Loomis (1979), a proximidade se refere tanto ao contato consigo mesmo quanto com o outro e pressupõe um empenho para entender e ser entendido. Apesar de se relacionar a momentos breves, o conceito de proximidade insinua uma relação contínua cercada de compartilhamento aberto. Como a coesão, a proximidade é uma variável que ocorre como causa e efeito. A proximidade geralmente é aumentada pelo compartilhamento de experiências comuns e, se há certo grau de proximidade, os membros se sentirão mais seguros para compartilhamento sincero.

Assim como a proximidade, as situações de *conflito* são comuns durante o funcionamento do grupo, pois pode haver uma diversidade e divergência de opiniões, posicionamentos e sentimentos dos integrantes entre si, entre subgrupos, do coordenador para com os membros do grupo e ainda para com o grupo como um todo (LOOMIS, 1979). Não foram evidenciadas situações de conflito durante o funcionamento do grupo em estudo, embora tenha ocorrido divergência de sentimentos e opiniões em alguns momentos.

Logo nos primeiros encontros em que “Maria Brasil 15” participou do grupo, estava deprimida, referia saudade da família e ainda não tinha aceitado a situação a qual estava enfrentando. Quando na sessão XIV disse que estava sentindo muita falta de sua mãe e chorou, “Maria Brasil 12” a confrontou dizendo que: *...a gente deve estar preparada para viver no mundo sozinha... já estou acostumada a passar vários dias sem ver minha mãe.* “Maria Brasil 15” falou que mesmo quando morava distante da mãe, ia lhe ver todos os dias. Chorou quando explicava que a mesma não podia vir lhe visitar porque não sabia ler, e por isso, não tinha condições de se deslocar na cidade de Sobral-CE sozinha. “Maria Brasil 12” contou que sua mãe tinha lhe trazido à maternidade e depois que ela teve o bebê foi embora e ainda não tinha vindo lhe visitar. Compreende-se que os sentimentos de “Maria Brasil 12” em relação sua mãe se justificava pelo fato, devido à separação dos pais, desde os doze anos de idade morava sozinha com uma irmã mais jovem. Sua mãe morava em outro bairro de Sobral-CE, mas mantinha pouco contato com as filhas.

Reconhece-se a importância da figura materna (avó do bebê) para as participantes do estudo. Ela foi citada por várias mães durante os encontros. Os membros do grupo se emocionavam ao se referirem as suas mães, demonstrando uma necessidade de “estar perto”. Considera-se que a mãe da mulher com filho internado constitui-se em uma das principais fontes de apoio, sendo o membro da família que mais esteve presente na experiência vivenciada pelas participantes, conforme relatado anteriormente nesse estudo. Ela também se configura na pessoa que pode dividir as responsabilidades, ajudando a cuidar dos outros filhos desta mãe (netos) que ficaram em casa.

Por se configurar em uma pessoa de referência para a mulher com recém-nascido hospitalizado, entende-se que a relação que esta estabelece com suas mães/família pode influenciar no enfrentamento dessa experiência. Percebe-se essa influência negativa nas participantes “Maria Brasil 8”, “Maria Brasil 12” e “Maria Brasil 15”, as quais não recebiam apoio de suas mães nem de outros familiares.

A *resistência à mudança* também se trata de um processo que pode ocorrer no funcionamento dos grupos, podendo ser assumida por todos os membros ou somente por alguns. Quando a resistência para mudar surge, normalmente é porque um, vários ou todos os membros investem no antigo comportamento, tendo dificuldade de abandoná-lo (LOOMIS, 1979). Era expresso pelas mães um desejo de que o grupo se tornasse um momento de descontração. Em muitas sessões, as participantes referiram que estavam alegres naquele instante e que gostariam que todas as sessões fossem animadas daquela maneira. Desta forma, acredita-se que não houve resistência dos membros do grupo para melhorarem o humor e sentirem-se melhor, embora esse não fosse o objetivo principal do grupo.

Tanto na situação de conflito como em casos de resistência à mudança, o líder do grupo pode contar com alguma ajuda para lidar com tais problemas. O líder, com certeza, configura-se numa grande fonte de contribuição, mas também pode solicitar a um consultor externo uma avaliação do processo. Todavia, Loomis (1979) enfatiza que os membros do grupo devem receber orientação em direção à *resolução* e que se o problema é do grupo, este deve procurar cooperativamente solucioná-lo. Um grupo que foi esclarecidamente estruturado e que desenvolveu alto nível de coesão tem condição para lidar com os assuntos que podem emergir durante seu funcionamento.

A *resolução* é a habilidade de mobilizar as capacidades dos membros para a solução de problemas do coletivo e resolvê-los de uma maneira orientada. As coordenadoras do grupo surpreenderam-se quando na sessão VI uma “Maria”, recém-chegada ao grupo, apresentava-se triste e preocupada e, quando foi interrogada, falou de seu problema. O grupo prontamente se mobilizou, buscando a solução. “Maria” queria muito ver o filho de um ano e meio que havia ficado em casa sob os cuidados do marido e o médico neonatologista havia liberado sua ida, pois não representava maiores danos ao recém-nascido. A questão era que estava sem seus pertences, inclusive suas roupas, pois viera transferida do hospital de sua cidade. Também havia a dificuldade com transporte, “Maria” morava longe, as ambulâncias do seu município não vinham com frequência à Sobral e ela não tinha dinheiro para um transporte alternativo. Sua família, por causa da distância e das condições financeiras, ainda não havia lhe visitado. A outra “Maria” que estava desde a sessão anterior, imediatamente,

disse que lhe emprestava uma de suas roupas e “Maria Brasil 6” ofereceu-lhe o dinheiro para pagar a passagem. Orientou-se em relação ao encaminhamento do caso para o Serviço Social da instituição. Naquele momento chamaram a auxiliar de enfermagem que as acompanhava e solicitaram que esta levasse o caso de “Maria” ao profissional responsável. A outra “Maria” exclamou:

... quando a gente tem um problema deve falar porque um pensa, o outro também e aí pode ser que se resolva... ela não é desse jeito (triste), é sempre alegre e animada, está assim só por causa disso... (“Maria”).

Apesar de não se tratar de um assunto de conflito e nem de resistência à mudança, a tristeza e preocupação da mãe que enfrentava tal problema a deixava sem condições de participar da sessão e isso incomodava o restante dos membros. Portanto, entende-se que o fato relatado configura-se em um assunto de resolução de um problema ocorrido no grupo.

8.2.5 Finalização do grupo

Na maioria dos grupos de cuidado de saúde, a finalização pode acontecer de dois modos: ou o grupo inteiro termina ou, individualmente, um membro ou o líder deixa o grupo. Em qualquer um dos tipos, a finalização trata-se de um evento extremamente importante. Quando o grupo é de tempo limitado com um número fixo de sessões, esta é uma realidade que deve constar no contrato inicial de trabalho. Em alguns grupos abertos, o contrato deve definir quando um membro saberá que atingiu seu objetivo e seu trabalho no grupo foi concluído. Entretanto, há grupos de apoio que não têm critérios determinados para finalização (LOOMIS, 1979). Como o grupo em estudo tinha o objetivo primário de oferecer apoio, este foi um assunto que não foi discutido no Contrato de Trabalho. Também pela sua estrutura, configurando-se em um grupo aberto, as finalizações seriam frequentes, em dependência da alta dos filhos das participantes e não somente pela vontade dos membros.

Na sessão IV, houve a saída de “Maria Brasil 1”, que era mais próxima de “Maria Brasil 2”. Esta perguntou antes de iniciar a sessão: *Vocês não estão sentindo falta de ninguém?* E fez essa interrogação no sentido de saber se as coordenadoras do grupo tinham percebido a falta de “Maria Brasil 1”. “Maria Brasil 2” ficou emocionada ao falar que o bebê de sua amiga havia recebido alta, no final do encontro, mostrou as fotos que havia tirado de “Maria Brasil 1” com seu filho, quando estavam prontos para ir para casa. Contou que trocaram endereços e números de telefones para contato posterior.

Também no XII encontro, quando ia iniciar-se a sessão, “Maria Brasil 7” falou, repentinamente e com pesar, que “Maria Brasil 8” tinha ido embora e o resto do grupo confirmou. Questionou-se se estavam tristes ou alegres com sua saída. Disseram que estavam felizes porque o filho da amiga havia se recuperado. Porém, o mais impressionante foi como o grupo reagiu à saída de “Maria Brasil 7”, que havia finalizado sua participação no grupo porque fora transferida da Casa da Mamãe para a enfermaria Mãe-Canguru no hospital. Todas disseram estar sentindo sua falta, já que ela era a “alegria da Casa”. Ficaram preocupadas, pois acreditavam que “Maria Brasil 7” não iria gostar do local para onde tinha sido transferida, alegando que esta iria achar “diferente” na enfermaria Mãe-Canguru. Entende-se que essa suposição se deva ao fato de que, para elas, não seria possível que “Maria Brasil 7” firmasse algum vínculo com as outras mães de lá, e que a mesma já estava acostumada com a companhia do grupo. “Maria Brasil 12” disse: ... *ela não vai gostar... ela até tomava banho comigo...* Fez essa afirmação parecendo estar preocupada com “Maria Brasil 12” e todo o restante do grupo confirmou. Refletiram: *Quem vai ser a máquina de alegria agora depois que “Maria Brasil 7” foi embora?...* Apontaram que seria “Maria Brasil 12”. Esta sorriu e disse que não. Percebeu-se que as mães elegeram “Maria Brasil 12” para assumir o papel de *brincalhona* antes ocupado por “Maria Brasil 7”. Também no encerramento da sessão XIV, na despedida de “Maria Brasil 13” houve *feedback* entre as mães. “Maria Brasil 15” ressaltou:

... *Que bom que “Maria Brasil 13” vai para casa, mas que pena que não vai ficar mais entre nós e não tem mais ninguém para alegrar a gente... logo “Maria Brasil 7” e “Maria Brasil 13” juntas, as mais alegres do grupo...* (“Maria Brasil 15”).

Nesse mesmo instante, “Maria Brasil 13” respondeu ao grupo: ... *Que bom que vou para casa com meu filho com saúde, mas que pena que vou deixar minhas amigas...* Ela parecia chateada, pois estava de alta desde a manhã e a ambulância de sua cidade ainda não tinha vindo lhe buscar. No entanto, quando terminou a sessão, “Maria Brasil 13” foi até o encontro da coordenadora do grupo e a cumprimentou, dando-lhe um inesperado abraço e um beijo. Demonstrou carinho pelas companheiras do grupo e em especial pela coordenadora.

Observou-se que o momento da finalização de um membro é cercado por muitos sentimentos e que apesar de os membros do grupo verbalizar que estavam felizes com a saída de algumas mães, pois isto, na maioria das vezes, representava a alta melhorada de seus filhos, também demonstravam certo descontentamento, na medida em que sentiriam a falta dessas pessoas no grupo. De acordo com Loomis (1979), a variedade de sentimentos com relação à perda e finalização do grupo ou de algum membro precisam ser expressos e

resolvidos. O sentimento mais comum associado à perda é a tristeza. Até mesmo quando os clientes estiverem contentes pelos eventos envolvidos na finalização, a alegria deles normalmente é acompanhada de um pouco de tristeza.

A mesma autora também coloca que um membro que deixa o grupo é um evento importante, assim como a integração de novos membros ao grupo também é um fator significativo. Esses eventos precisam ser reconhecidos e discutidos dentro do grupo como um modo de nutrir a coesão. Dessa forma, procurou-se trabalhar esses assuntos de forma que pudessem trazer efeitos positivos na coesão grupal. Eram lembrados os bons momentos passados junto da mãe que deixava o grupo, dos eventos compartilhados, enfatizando suas potencialidades e o progresso que essa realizava a cada encontro. Em contra partida, tentava-se acolher os membros recém-chagados, considerando sua importância para o grupo, estimulando os outros a oferecer-lhe algum apoio, facilitando, assim, sua adaptação e o desenvolvimento da coesão do grupo.

9 AVALIANDO OS RESULTADOS DO GRUPO

Muitos profissionais da área da enfermagem atuam no formato de tentativa e erro porque lhes falta uma base empírica de conhecimento para nortear sua prática. Enfermeiros que trabalham com grupos de cuidados de saúde têm uma base empírica muito pequena com a qual operar. Há poucas técnicas “certas ou erradas” para se desenvolver nos grupos. A literatura de dinâmica de grupo e de psicoterapia de grupo pode ser útil, mas não pode prover respostas definitivas com relação ao processo e resultados de grupos de cuidado de saúde (LOOMIS, 1979).

Sendo a avaliação um dos objetivos desse estudo, procurou-se primar para que esta ocorresse durante todo o processo do grupo e não somente em uma determinada sessão. A formatação que foi tomando os encontros, também não permitiu que esse momento fosse realizado apenas na última sessão, devido ao grande número de entradas e saídas dos membros no grupo. A avaliação contínua possibilitou ainda ao coordenador do grupo perceber entraves no desenvolvimento das sessões, minimizando seus efeitos e identificando alternativas de ajustes; oportunizou também prestar cuidados aos participantes diante das necessidades emergidas no grupo. Consoante, Loomis (1979) afirma que a avaliação e o *feedback* podem fazer parte do processo contínuo do grupo, de tal modo que o líder e os membros possam fazer ajustes e melhorias enquanto o grupo permanece funcionando.

De acordo com a mesma autora, a avaliação geralmente começa com alguma pergunta: Eu realmente estou ajudando as pessoas? Do que meus clientes mais gostam no grupo? Eles têm alguma sugestão para acrescentar ao grupo? Os outros profissionais da instituição notam alguma diferença nos clientes como resultado do grupo? Quais as mudanças dos membros do grupo? As mudanças são generalizadas às suas vidas fora do grupo? As mudanças são mantidas com o passar do tempo?

Para Loomis (1979) as repostas para essas perguntas podem ser buscadas em diferentes fontes. A autora refere ainda que há basicamente cinco fontes de informação para avaliar a efetividade do grupo: os membros individualmente, o líder/coordenador, os membros em grupo, as pessoas que vivem no mesmo ambiente que os membros do grupo e um supervisor externo ou perito em abordagem grupal.

Nessa investigação, a frequência de saídas dos participantes do grupo só permitiu que fosse realizada uma entrevista individual para avaliação dos resultados após a saída do membro do grupo. Essa entrevista deu-se por meio de visita domiciliária. O líder ou coordenador do grupo pôde desenvolver sua avaliação acerca dos resultados, levantando suas

impressões através de observações durante todo o processo grupal e os membros puderam avaliar cada sessão nos momentos de encerramento. As auxiliares de enfermagem que acompanhavam as mães da Casa da Mamãe foram entrevistadas, permitindo elaborar uma avaliação dos resultados, pois se configuravam em outras pessoas que conviviam no mesmo ambiente que as participantes do grupo. Não foi possível realizar uma avaliação a partir de um consultor externo.

9.1 Impressões do coordenador quanto à efetividade do grupo

Uma forma de julgar a efetividade das intervenções terapêuticas é baseada em observações do seu efeito nos clientes. O processo de avaliação do líder envolve a sua percepção quanto ao progresso dos membros no grupo (LOOMIS, 1979). Entende-se que qualquer progresso realizado por um membro, sob efeito de sua participação, pode ser considerado como resultado do grupo, embora não se trate do objetivo primário traçado para este.

Os resultados de um grupo podem ser classificados como: manutenção, aprendizagem e/ou mudança de comportamento. Em alguns grupos e para certos membros, os três tipos de resultados podem ocorrer simultaneamente (LOOMIS, 1979). Portanto, os fatos que indicavam progresso/evolução dos membros foram considerados resultados alcançados pelo grupo em estudo e acredita-se que podem receber essa classificação proposta por Loomis (1979). No entanto, percebe-se que alguns resultados não podem seguir apenas um tipo de classificação, pois em algumas situações, estes estão interligados, tornando-se difícil delimitá-los.

Do ponto de vista da mudança de comportamento, estabeleceu-se como parâmetro o comportamento da mãe em relação às outras mães, ao seu filho hospitalizado e a si mesmo ao chegar ao grupo e depois da participação neste. Loomis (1979) afirma que as mudanças de comportamento podem ser classificadas como físicas e fisiológicas, de natureza intrapessoal, interpessoal e de ambiente pessoal.

Nesse sentido, observou-se o comportamento de “Maria Brasil 13”, que chegou ao grupo deprimida, vivia resmungando e reclamava de tudo, bem como o de “Maria Brasil 14”, que não estabelecia nenhuma forma de comunicação nem com a coordenadora do grupo nem com os outros membros, ficava durante toda a sessão triste e cabisbaixa e, muitas vezes, não respondia ao que lhe era perguntado. Após a participação de pelo menos duas sessões, já era possível observar o progresso realizado pelas duas. “Maria Brasil 13” até foi considerada

pelos membros, no dia em que seria sua última participação no grupo, como uma das mães mais alegres, e todas revelaram que sentiriam sua falta. Ao encerrar a sessão, “Maria Brasil 13” abraçou e beijou a coordenadora e deu *feedback* ao grupo, dizendo que sentiria muito a falta de suas amigas. “Maria Brasil 14”, apesar de seu progresso não ter chegado a tanto, durante as últimas sessões, tinha estabelecido uma aproximação com “Maria Brasil 12” e apresentou-se alegre em muitos encontros em que “Maria Brasil 7” ainda estava presente. Assim como as duas, outras mães também passaram a desenvolver um comportamento mais saudável em relação a si mesma e às participantes do grupo. Isso era percebido pelo clima estabelecido no grupo durante os encontros, pois era sempre presente uma atmosfera de bom humor.

Entretanto, de acordo com Loomis (1979), para identificar se os membros mudaram ou não como resultado de participação em um grupo é necessário um seguimento de três a seis meses após a finalização para constatar se a mudança de comportamento foi mantida. A autora alerta ainda para uma tendência de os membros serem muito positivos sobre o grupo no momento da finalização, por isso, uma avaliação mais fidedigna em relação à mudança de comportamento poderia ser obtida depois de vários meses. Mesmo assim, considera-se que houve mudança de comportamento dos membros e que esta foi mantida durante o período em que se realizou o grupo, abrangendo os momentos além das sessões.

Para Loomis (1979), a avaliação da efetividade do grupo deveria tentar determinar os *insights* pessoais que os membros conseguiram através da experiência no grupo. Isso pode ser possível no momento em que o *insight* ocorre e é compartilhado com os outros membros.

Quando “Maria Brasil 6” e “Maria Brasil 11” falaram de sua experiência em estar no hospital e depois ir para a Casa da Mamãe, podendo participar do grupo, revelaram sua mudança de comportamento em relação a si e aos seus bebês. O altruísmo das duas em um ambiente de universalidade, em que os problemas que as participantes enfrentavam eram semelhantes, favoreceu a aprendizagem interpessoal, mas também ambos os relatos evidenciam o desenvolvimento de aprendizado intrapessoal. As mães conseguiram compreender que precisavam mudar a forma como estavam se sentindo e se comportando, passaram a desenvolver pensamento positivo e estabelecer um vínculo saudável com o filho hospitalizado. Desta forma, entende-se que, muitas vezes, a aprendizagem antecede a mudança de comportamento ou tem uma relação direta com esta. Loomis (1979) indica que, geralmente, quando as pessoas realizam uma mudança pessoal dentro do grupo, elas começam a se sentir diferentes e passam a se relacionar diferentemente com os outros. Argumenta também que, apesar de não ter nada ao certo de que a aprendizagem que ocorre no grupo

resultará em mudança de comportamento, parece haver uma relação entre os dois tipos de resultados.

O processo que acontece dentro de um grupo pode prover aprendizagens múltiplas que aumentam a efetividade deste. Cada fator curativo que pode emergir provê um aprendizado no *setting* grupal. Assim, a avaliação da efetividade do grupo deveria levar em conta a possibilidade de resultados múltiplos (LOOMIS, 1979).

Um fator que contribui para o fortalecimento do grupo de apoio compreende o compartilhamento das diversas experiências entre os familiares, nas diferentes fases evolutivas do tratamento de seus recém-nascidos (BUARQUE *et al.*, 2006). Compreendendo o fortalecimento do grupo como a coesão que este desenvolve, durante a intervenção do grupo em estudo, procurou-se promover uma atmosfera favorável ao compartilhamento. Desta forma, considera-se também a coesão atingida pelo grupo como resultado do processo grupal. Loomis (1979) afirma que a coesão em grupos de cuidados de saúde trata-se de um potencial determinante de resultados positivos da experiência dos membros.

Constatou-se na sessão VI, quando proposta a atividade do Desenho Conjunto (LIEBMANN, 2000), que o grupo apresentou entrosamento e, ao se verem sem sugestão ou orientação para a realização do desenho, as participantes decidiram desenhar algo que representasse o grupo. Percebeu-se o sentimento de pertença entre elas. Desenharam-se em uma ciranda de mão dadas, demonstrando como estavam unidas. Acredita-se que as mães estavam dando sentido ao grupo, reconhecendo a importância deste para elas naquele momento.

Para Soares e Ferraz (2007), a afiliação e a pertença são indicadores básicos para o desenvolvimento dos outros processos no grupo. Dizem respeito ao grau de identificação dos membros do grupo entre si e com a tarefa. A pertença envolve um sentimento de identificação com o grupo, possibilita a identidade, mas também contém a diferenciação. A afiliação e a pertença.

Observou-se que a coesão do grupo em estudo foi sendo desenvolvida aos poucos e, a cada sessão, constatava-se, através das falas das participantes, que elas se sentiam unidas, ligadas umas as outras:

... estou sentindo que estamos ficando mais próximas, nos conhecendo melhor e mais unidas... (“Maria” – sessão III).

... Que bom que está tudo bem aqui na Casa... que estamos se dando tudo bem... que está dando tudo certo... a gente está muito à vontade uma com a outra... (“Maria Brasil 7” – sessão XIII).

A coesão é considerada um efeito positivo de um processo grupal. Sabe-se que esta também é fator terapêutico necessário para que um grupo de apoio atinja seus objetivos. Em se tratando do objetivo de oferecer apoio emocional, a coesão parece ser diretamente proporcional, numa relação de causa e efeito, pois quanto mais coeso o grupo, mais condições para que os membros compartilhem apoio mútuo e, na medida em que oferecem apoio uns aos outros, mais coesão pode haver entre os membros. Isso pode ser observado no discurso de “Maria Brasil 16”: ... *o que nos une umas às outras é o carinho, a força, que uma dá para outra...*

O oferecimento/compartilhamento de apoio foi sendo percebido a cada sessão. Algumas vezes de forma mais sutil, indireta, e outras vezes claramente demonstradas. O momento de encerramento das sessões destinava-se a avaliação do encontro, mas também favorecia a verbalização de reflexões e depoimentos de apoio. “Maria Brasil 9”, durante o encerramento da sessão IX, em roda, disse que gostaria de passar para as outras mães toda sua “energia boa”. Expressou-se, dirigindo-se a todas as participantes do grupo, procurando confortá-las, no sentido de que não tivessem pressa em querer ir embora, que o importante seria sair dali com o filho totalmente curado, isso seria a recompensa. “Maria Brasil 9”, tentou tranquilizar as amigas quanto à demora do tratamento, dizendo que depois estas nem lembrariam que aquela experiência existiu. As palavras de “Maria Brasil 9” ajudaram fortemente “Maria Brasil 11” a mudar seu comportamento em relação a si e ao seu filho, contribuindo no enfrentamento da situação, de forma que a mesma pôde expor esse aprendizado em várias sessões, permitindo-a oferecer apoio também às outras mães.

De acordo com Smith *et al.* (1994) *apud* Buarque *et al.* (2006), os pais, ao participarem de grupos de apoio, experimentam uma significativa diminuição do estresse, bem como uma redução de sentimento de isolamento social e maior interação com o filho, melhorando a habilidade de serem pais.

Na sessão XI, “Maria Brasil 15” e “Maria Brasil 16” eram recém-chegadas ao grupo e pareciam inconformadas, choravam muito no momento de reflexão sobre a atividade realizada. “Maria Brasil 11” que já tinha colocado seu depoimento na sessão passada, novamente mostrou-se altruísta, revelando seu aprendizado e, conseqüentemente, sua mudança de comportamento em relação a si e ao seu filho, novamente expôs sua experiência, procurando acalmá-las e fazendo-as entender que também era necessária uma mudança de comportamento das duas. “Maria Brasil 11” abordou a questão do vínculo mãe-filho, ressaltando a importância do toque e do estado emocional da mãe para a recuperação do bebê. “Maria Brasil 12” e “Maria Brasil 13” também tentaram ajudar, reforçando o que “Maria

Brasil 11” havia dito, dando *feedback* ao grupo. Após a sessão, no momento em que se dirigiam à cozinha para o jantar, observou-se que “Maria Brasil 7” logo se aproximou de “Maria Brasil 16”, tentando conversar. Percebeu-se um clima de apoio mesmo após encerramento do grupo. Diante do exposto, acredita-se que o grupo em estudo atingiu seu objetivo.

Segundo Loomis (1979), os resultados do grupo também podem ser mensurados baseados nas metas e objetivos do grupo. O grupo realizou seus objetivos? Realizou mais que seus objetivos? Embora essa perspectiva seja considerada outra forma de avaliação da efetividade do grupo e que as mudanças ocorridas nos membros sejam resultados diferentes dos objetivos deste, entende-se que os resultados relacionados à mudança de comportamento, à aprendizagem e também à coesão contribuíram para o alcance dos objetivos propostos, demonstrando também, desta forma, uma relação direta.

9.2 Os benefícios do grupo segundo a opinião dos participantes

Loomis (1979) enfatiza que um bom coordenador de grupo deve avaliar sua prática, num processo contínuo de avaliação e mudança, incorporando as suas próprias percepções a avaliação de outros quanto à efetividade do grupo. Afirmar ainda que é muito útil prover que o próprio grupo avalie seus resultados. A vantagem é a diversidade de opiniões e as múltiplas perspectivas que podem ser verbalizadas por mais de uma pessoa. Isso permite ao líder do grupo validar sua percepção ou, quando é gerada uma percepção discrepante da sua, obter informações que contribuam para esta. Portanto, é oportuno que o coordenador, ao avaliar a efetividade do grupo, possa contar com essa contribuição.

Além do interesse em validar a percepção do coordenador do grupo, procurou-se, por meio dos momentos destinados à avaliação de cada encontro, estimular os participantes a responderem às questões que investigavam se o grupo estava tendo algum efeito desejado ou não, quais as coisas que as mães mais gostavam no grupo e quais as que elas não gostavam; quais as sugestões que elas tinham para melhorar os encontros e que atividades elas gostariam de fazer no grupo. Desta forma, foi possível identificar se a maneira como o grupo estava sendo conduzido, o tornava significativo, contribuindo para o enfrentamento da experiência que as mães atravessavam ao acompanhar seus filhos internados. Assim, essa avaliação possibilitou que fossem realizados os ajustes necessários.

Pelos discursos dos participantes pode-se observar a avaliação positiva que os mesmo realizavam continuamente sobre diferentes aspectos acerca do grupo. Percebeu-se que

o momento de encontro estava configurando-se para os membros do grupo em um momento em que estes podiam conversar, desabafar, expressar seus sentimentos. O efeito positivo disso refletiu-se nas falas das participantes quando afirmaram que passaram a se sentir melhor após a inserção no grupo:

... já estou me sentindo melhor depois que falei, desabafei um pouco aqui (grupo)... (“Maria Brasil 5” – sessão IV).

... a gente debatendo, conversando, nem que seja aos poucos... assim as coisas vão melhorando... eu pelo menos já estou melhor do que ontem... Hoje foi muito bom... na verdade já me sinto mais animada do que ontem... acho que agora vai ser cada vez mais animado... (“Maria Brasil 15” – sessão XII).

... é estou me sentindo bem melhor... às vezes a gente chega aqui (Casa da Mamãe) não tem nada para fazer... ontem cheguei, fiquei só deitada... Também era o primeiro dia... o primeiro dia é horrível... (“Maria Brasil 3” – sessão I).

Compreende-se a importância do grupo para “Maria Brasil 5”, tendo em vista seu problema conjugal vivenciado naquele momento e que a deixava ainda mais preocupada, como relatado anteriormente. O grupo representou uma oportunidade para compartilhar essa preocupação com outras mulheres, o que, de acordo com sua fala, fez com que se sentisse melhor. Em relação à “Maria Brasil 15”, que chegou ao grupo muito deprimida, foi visível sua evolução com o passar dos dias. Nos seus primeiros encontros, ela quase não conseguia falar, nem mesmo para se apresentar aos outros membros, pois não conseguia conter-se. Tanto no discurso de “Maria Brasil 15” como no de “Maria Brasil 3”, percebe-se como o período de adaptação da mãe à nova e inesperada situação, o qual coincide com os primeiros dias no grupo, representa um período de muito sofrimento. O grupo configurou-se nesse momento em uma alternativa para minimizar esse sofrimento, auxiliando a mãe na adaptação à experiência da hospitalização de seu filho.

O valor emocional do grupo de apoio é citado por Buarque *et al.* (2006) como um fator evidenciado durante a discussão sobre o assunto referente a adaptação dos familiares, após o nascimento e durante a hospitalização do filho na unidade neonatal, possibilitando a expressão de sentimentos como raiva, culpa, medo, insegurança entre outros.

O fato de estarem em um local desconhecido, longe de seus familiares, faz com que, no primeiro momento, as mães se isolem. O quadro de tristeza e apatia, assim como a timidez, dificulta a aproximação das outras mães, influenciando no processo de adaptação da mãe à nova experiência. O pessimismo e a falta de esperança apresentados pela puérpera

também são fatores que a afastam-na da possibilidade de interação com as demais. Assim, a estratégia do grupo de apoio pode ser utilizada com o objetivo de estimular a socialização entre as mães, de forma que as relações interpessoais entre os membros sejam permeadas pela ajuda (MONTEIRO; PINHEIRO; SOUZA, 2008).

Para muitas mães, a oportunidade de participar do grupo coincidiu com a admissão na Casa da Mamãe, pois estas, no dia em que chegaram à Casa, também iniciaram sua participação no grupo. Assim, na avaliação que fizeram sobre o grupo, surgiu a questão que envolve a oportunidade de estar na Casa, como nota-se no discurso a seguir:

... Se eu ainda estivesse lá no hospital não sei como seria... se não tivesse vindo para a Casa da Mamãe, eu com certeza teria entrado numa depressão, porque eu era o tempo todo chorando...eu melhorei depois que eu vim para cá...aqui nas reuniões a gente conversa, se distrai e tudo... e lá (hospital) não a gente vê o pessoal entrando e saindo, indo embora com seus filhos e a gente ficando... (“Maria Brasil 6” – sessão VI).

Loomis (1979) lembra que, muitas vezes, o *feedback* e a opinião dos membros, seja individual ou em grupo, deveria ser analisada com um todo, dentro do contexto terapêutico que está ocorrendo. Embora se saiba que o fato da puérpera ir para a Casa da Mamãe representa uma nova experiência, cercada de várias nuances que podem trazer benefícios às mães, como estar em um ambiente acolhedor e familiar, permanecer na companhia de outras mães que vivenciam a mesma situação, entre outros; acredita-se que isto não interfere nem invalida os benefícios que o grupo pode trazer às participantes e que foram relatados pelas mesmas.

No conteúdo verbalizado por “Maria Brasil 6” também se evidencia outro aspecto em relação aos efeitos do grupo no cotidiano das participantes. A “distração” referida por “Maria Brasil 6” foi várias vezes enunciada pelos outros membros, quando estes afirmavam que gostavam quando as sessões eram alegres, animadas. Notava-se o contentamento das mães quando os encontros proporcionavam momentos de descontração. Na sessão III uma “Maria” expressou seu sentimento: *... estou me sentindo bem aqui, com todas juntas, brincando... alegres...* Outra “Maria” também falou: *... é bom assim mesmo, animado, divertido... que fosse sempre assim... mais ainda... mais e mais... porque assim o tempo vai passando... é para a gente se distrair mesmo...* “Maria Brasil 2” reforçou: *... Que bom que as atividades dão para distrair um pouquinho... eu queria que tivesse mais animação, mais brincadeira diferente... fosse mais alegre ainda...*

Essa questão também era confirmada quando nas avaliações contínuas das sessões, as participantes sempre enfatizavam que ao estarem em grupo, esqueciam um pouco das “coisas”. Isso vem reforçar a tese de que elas preferem não falar sobre seus filhos, pois esse tema as deixa tristes e elas, apesar de chegarem ao grupo deprimidas, não gostam de assim permanecer, desejam momentos que as façam esquecer as preocupações e que as ajudem a melhorar o humor.

Monteiro (2005) revela que compartilhar sentimentos negativos acerca da hospitalização dos filhos parece ser evitado pelas mães. Elas preferem não falar no assunto que envolve a dor, o sofrimento e optam por conversar sobre algo que as façam esquecer, mesmo que por alguns minutos, a situação pela qual estão passando. Talvez esse assunto já fosse por demais discutido entre elas e os profissionais, então o grupo se configurava em um espaço para compartilharem outros assuntos de suas vidas.

Consoante com a mesma autora, Smith *et al.* (1994) apud Buarque *et al.* (2006) alertam que, talvez, pais que estão compartilhando experiências traumáticas semelhantes constitua um fardo emocional adicional para os que estão tentando manter as próprias emoções sobre controle.

O grupo como possibilidade de aprendizado também surgiu como um fator positivo avaliado pelas participantes. Esse aprendizado está relacionado ao conhecimento de aspectos que dizem respeito ao estado de saúde e à hospitalização do recém-nascido e também no que se refere ao conhecimento adquirido sobre os cuidados com o filho no domicílio.

... é muito bom a gente pode saber mais coisa, perguntar mais...você responde a gente direitinho... tira as dúvidas da cabeça da gente, porque lá não falam muito direito com a gente, não têm tempo e é tudo com agressividade... (“Maria Brasil 12” – sessão XI).

o dia de hoje foi muito proveitoso, aprendi muita coisa que não sabia, não tinha nem noção, foi muito importante o dia de hoje, principalmente para mim que é o primeiro (filho) e que vou cuidar sozinha. (“Maria Brasil 9” – sessão VIII).

Os resultados de um grupo que tem como objetivo o aprendizado pode ser avaliado a partir do que foi apreendido pelos seus participantes (LOOMIS, 1979). Nesse sentido, percebe-se a importância do grupo para as mães primíparas, já que, durante as sessões, demonstravam insegurança quanto aos cuidados com seus filhos e também muitas dúvidas no que diz respeito ao tratamento e estado de saúde do recém-nascido.

O longo período de internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) dificulta o estabelecimento do vínculo e do apego materno. Esta separação favorece o sentimento de insegurança na mãe relativo à promoção de cuidados ao seu filho. São observados momentos de incertezas vividos pelos pais dentro da UTIN, os quais, rotineiramente, se questionam sobre a possibilidade de poderem levar seu filho para casa (RABELO *et al.*, 2007).

A intenção de manter os resultados relacionados ao aprendizado que o grupo pôde proporcionar em relação aos cuidados com o bebê foi percebida na sessão IX quando “Maria Brasil 7” sugeriu: ... *seria bom que tudo o que fosse dito aqui, todas as palavras fossem guardadas para quando chegar em casa pôr em prática*. No entanto, entende-se que esse aspecto não foi possível avaliar, tendo em vista ser realizada apenas uma visita domiciliar após a alta do bebê, dentro de um período de quinze dias a um mês, sendo necessário um acompanhamento mais de perto e por um período maior de tempo para essa avaliação.

Entretanto, percebemos na fala a seguir que foi ressaltada a questão do aprendizado, mediante oferecimento/compartilhamento de informação, constituindo-se em um aspecto citado pelo grupo como resultado. Isso pôde ser reforçado na entrevista individual realizada na visita domiciliar:

... porque às vezes você tirava as dúvidas da gente... a terapeuta ocupacional também explicava, dava informação sobre o estado de saúde do bebê e dizia como ele estava...tirou muitas dúvidas...
 (“Maria Brasil 12”).

O relato de “Maria Brasil 12” vem validar a importância de que, na abordagem grupal a famílias com recém-nascidos hospitalizados, sejam programadas sessões com este fim, já que, como enfatizado anteriormente, os esclarecimentos e as informações acerca do estado de saúde do bebê e seu tratamento constituem-se para as mães uma necessidade.

Buarque *et al.* (2006) ressaltam em seu estudo, o valor informativo do grupo de apoio. Nesse estudo, ofereceram informações acerca do recém-nascido de risco internado, suas particularidades, evolução, prognóstico, assim como o esclarecimento a respeito das normas e rotinas do serviço de neonatologia. Segundo as autoras, essa contribuição repousa no sentido de diminuir a preocupação, contribuindo para tranquilidade dos familiares.

Apesar de que para Loomis (1979) os resultados avaliados a partir de uma mudança de comportamento correspondem a um nível baixo de critérios quando se refere a avaliação de grupos de apoio; acredita-se que o aprendizado intra e interpessoal favoreceu a mudança de comportamento em algumas mães, conforme evidenciado nas falas a seguir:

...ah eu gostei demais... de falar... a gente ri demais... é uma coisa boa para a gente... só em a gente estar ali conversando, faz bem para a gente... o pensamento da gente fica totalmente diferente... muda tudo... uma conversa muda tudo... (“Maria Brasil 5”).

Foi muito bom... serviu para eu aprender a ter mais paciência, a dar valor a vida, a procurar entender as coisas... poder conversar com outras pessoas que estão na mesma situação que a gente... (“Maria Brasil 12”).

... Não sei como tinha sido se eu não tivesse ido para a Casa da Mamãe, porque quando estava no hospital só chorava o tempo todo... acho que eu ia entrar em depressão... eu não podia entrar no berçário e chegar perto do menino que já ia chorando... ele não tinha jeito de ir melhorando... até que fui para Casa e lá com a ajuda de uma colega... a “Maria Brasil 9”... as palavras dela foram muito importantes para mim. Fizeram-me parar e pensar e ver que do jeito que eu estava, eu não ia ajudar meu filho... então fui me conformando mais. Também fui me apegando mais a Deus. Antes eu rezava, mas era só para pedir, para se lamentar... era muito angustiada. Depois fui tendo fé, acreditando, com pensamento positivo... aí já não chorava mais quando chegava perto do meu filho... já passei a conversar com ele, tocar nele... e aí ele foi melhorando... quando foi um dia, de uma hora para outra ele começou a mamar, fiquei até surpresa, mas foi de repente... (“Maria Brasil 11”).

O valor da aprendizagem mútua do grupo de apoio é permeado por uma interação efetiva, possibilitando crescimento interpessoal entre pais e entre estes e a equipe de profissionais da unidade neonatal. Essa interação deve ser recíproca, constituindo-se um relacionamento de colaboração e confiança mútuas (BUARQUE *et al.*, 2006).

Nas sessões em que as participantes foram estimuladas a falar como estavam se sentindo em relação aos cuidados prestados pelo hospital, elas avaliaram o dia como proveitoso. Ressaltaram a oportunidade que tiveram para desabafar suas angústias e agradeceram por escutá-las. Essa questão também foi apontada na avaliação realizada individualmente por ocasião da visita domiciliária:

... mesmo que não tivesse ido ninguém do hospital, iria servir para a gente desabafar uma com a outra, porque naquele momento ali todas mulheres estão passando pela mesma situação..todas querem a mesma coisa...então ser ouvidas eu acho é uma das coisas importantes que já ajuda quem está na “Casa de Mamãe”... achei muito importante aquela reunião ali... (“Maria Brasil 5” – visita domiciliária)

A coesão desenvolvida pelo grupo correspondeu à outra questão que pôde ser confirmada na entrevista por meio da visita domiciliar. Durante a entrevista de “Maria Brasil 5”, ela afirmou que lembrava das outras participantes. Recordou alguns momentos vividos por elas e falou que sentia saudades. Solicitou notícias de “Maria Brasil 4”, demonstrando preocupação com a mesma em relação ao cuidado com os filhos trigêmeos. Também na entrevista de “Maria Brasil 12”, a mesma perguntou por “Maria Brasil 7” e confessou: *..eu gostava muito de “Maria Brasil 7”...* Também se constatou que “Maria Brasil 7”, havia entrado em contato com a Casa por meio de telefone, querendo saber notícias de suas ex-companheiras e para falar sobre seu bebê. Nota-se o efeito positivo do grupo, sendo os sentimentos que constituem a coesão evidenciados mesmo após o término deste.

Desta forma, entende-se que a avaliação contínua realizada durante as sessões pôde ser validada após o término do grupo quando algumas mães foram entrevistadas individualmente em suas residências.

Nos momentos destinados à avaliação contínua também foram investigadas as sugestões sobre o que as mães gostariam de fazer no grupo, do que estavam sentindo falta, o que precisaria ser feito para melhorar os encontros. Como sugestão, estas solicitaram sessões em que fossem desenvolvidos trabalhos manuais de artesanato. Essa sessão já tinha sido planejada pela coordenadora, no entanto, foi oportuna a parceria com a terapeuta ocupacional para organizar e conduzir essa sessão.

Diante do exposto, compreende-se que os participantes considerados nesse estudo como fonte de informação para se construir a avaliação dos resultados do grupo forneceram dados que evidenciam os efeitos positivos do grupo para seus membros.

9.3 Percepções de pessoas externas quanto aos efeitos do grupo

Loomis (1979) lembra que normalmente o líder do grupo não pode permanecer junto aos membros por um período longo de tempo extra à sessão e qualquer mudança no estilo de vida deles deveriam ser entendidas e apoiadas por pessoas que eles têm um contato mais frequente. Estas pessoas externas podem prover informação significativa a respeito da extensão da mudança ocorrida no grupo ao mundo real em que o membro vive.

As auxiliares de enfermagem passam mais tempo com as participantes do grupo do que a coordenadora. Podem observar se o clima de compartilhamento permanece entre as mães mesmo após a sessão. As acompanham também quando estão no hospital, permitindo a observação inclusive do comportamento das mães quando estão com seus filhos.

Todas as entrevistadas relataram ter percebido algum tipo de mudança em relação às mães e seu cotidiano na Casa. Citaram principalmente mudanças de relacionamento e de comportamento.

A implementação de ações dirigidas aos pais de bebês hospitalizados, através da formação de grupo de apoio, pode ser evidenciada em programas desenvolvidos pela enfermagem, no sentido de promover o compartilhamento de informações sobre o neonato e o envolvimento dos pais no cuidado dos filhos, preparando-os para a alta (BRUNHEROTTI *et al* 2000; BUARQUE *et al.*, 2006; MOORE *et al.*, 2003). No entanto, de acordo com Monteiro, Pinheiro e Souza (2008), quando as mães passam a acompanhar seus filhos internados, convivendo em um mesmo local, embora que por um determinado período, acredita-se que os objetivos desse tipo de grupo devem ser estendidos, pois a situação passa a envolver assuntos de relacionamento.

... o convívio delas... elas começaram a conversar umas com as outras, dar mais força uma para outra... E1

Eu observei certo envolvimento maior entre elas. Porque quando é uma turma toda nova, elas vão se conhecendo agora e assim de pouco a pouco foi se formando um clima de amizade. E2

Percebe-se, a partir das falas anteriores, que o assunto de relacionamento deve constituir parte do cuidado prestado a mães e familiares que estão com RN hospitalizados. Para Monteiro, Pinheiro e Souza (2008) a capacidade de estabelecer relações deve ser potencializada a fim de que estas possam ser construídas de forma positiva. Compreende-se que ambiente do grupo pode favorecer o desenvolvimento dessa ação.

As mudanças de comportamento observadas pelas auxiliares de enfermagem corresponderam especialmente ao comportamento das mães ao iniciarem suas participações no grupo e à postura destas frente ao cuidado/vínculo com o filho:

Eu observei logo nas primeiras reuniões que elas ficaram curiosas, nos perguntando para quê... eu acho que elas ficaram preocupadas... nas segundas e terceiras reuniões elas estavam mais desinibidas... E1

Todas de certa forma melhoraram com seus bebês, eu observei... umas mais que as outras... mas melhorou... as mães de primeira viagem foram tendo jeito, com mais vontade... porque assim algumas até gostavam de segurar, de ficar com o bebê no colo, mas não tinham paciência quando o bebê começava a chorar... quando não pegava o peito, ficavam impaciente ...com as reuniões elas iam tendo paciência, iam ajeitando, deixavam o bebê acalmar para pegar o

peito novamente...inclusive a “Maria Brasil 14”, ela melhorou bastante, não saiu totalmente preparada, mas já ia sabendo...já tava de uma maneira diferente...ela tinha mudado...e todas...parecia que já tinha experiência. E2

Nota-se que as mudanças de comportamento das mães em relação aos filhos recém-nascidos estão ligadas à aprendizagem resultante do processo grupal. Assim também as mudanças no estado emocional e no relacionamento das mães favorecem o aprendizado.

A aprendizagem está inter-relacionada à comunicação, e o grupo precisa compreender seus obstáculos à comunicação para analisar os obstáculos à aprendizagem. Assim, a cooperação e comunicação interligam-se e favorecem a aprendizagem (SOARES; FERRAZ, 2007). Desta forma, entende-se que quanto mais próximas as mães, melhor a atmosfera para o aprendizado e compartilhamento, como se pode observar no relato de E1:

... assim também nas dificuldades que elas sentiam de como banhar o bebê... como cuidar do bebê... elas conversavam muito quando sentavam aqui nesse sofá...sempre uma que pegava mais as coisas nas reuniões, elas conversavam e passavam muito umas para as outras... a “Maria Brasil 9” amou... ela disse que ia tentar lembrar e fazer cada detalhe...realmente elas sentavam aqui e ficavam conversando...conversavam bastante...elas estavam gostando muito... E1

De acordo com Soares e Ferraz (2007) a aprendizagem vai além da mera incorporação de informações e pressupõe o desenvolvimento da capacidade de criar alternativas. Por meio da aprendizagem percebe-se o grau de plasticidade grupal diante dos obstáculos e da criatividade para superar as contradições e mesmo integrá-las.

Objetivando a aprendizagem das mães em relação ao cuidado consigo e com seus filhos, foi oportunizado que houvesse oferecimento de informações durante as sessões, apesar de se tratar de um grupo de apoio. Foram programadas algumas sessões com esse objetivo diante das características do grupo em estudo e também pelas necessidades identificadas das participantes. Tratou-se de um fator terapêutico que esteve presente em muitas sessões. As mães primíparas tiravam suas dúvidas em relação ao cuidado com o filho.

Rabelo *et al.* (2007) afirmam que o ambiente da UTIN, somado à condição de prematuridade do bebê resultam em sentimentos de medo, dúvidas e falta de confiança da mãe em relação ao filho. Isso faz com que seja um imperativo a atenção às mães e familiares no sentido de contribuir para aumentar o nível de segurança destes como cuidadores. Procedimentos como a troca de fraldas, o acalanto necessário no momento do choro, o incentivo ao ato de tocar e acariciar o filho, a assistência dispensada na ordenha do leite

materno, a amamentação ao seio são exemplos de necessidades das mães que devem ser abordadas com presteza, compreensão e diálogo, permitindo que estas sejam agentes multiplicadores para os membros de sua própria família, além de contribuir para a aquisição de maior segurança.

Sabe-se que com esse compartilhamento de informações pode ter emergido resultados de aprendizagem durante o processo grupal. No entanto, não foi possível avaliar esses resultados, pois, de acordo com Loomis (1979), é difícil saber o que os clientes fizeram com a informação que receberam e reconhecer as aprendizagens que ocorreram dentro do grupo. Seres humanos nem sempre mudam em uma linha direta, de uma maneira sistemática. Ressalta-se ainda a questão do tempo para mudança que é diferente para cada pessoa. Algumas mudarão imediatamente e não entenderão o porquê, enquanto outros saberão o porquê e não mudarão até meses depois.

Entretanto, pela fala anterior de E1, percebe-se a importância do conteúdo que era discutido e compartilhado durante as sessões, pois era de interesse das mães retomarem o assunto mesmo após o término das sessões. Isso favorecia o clima de integração e facilitava o alcance dos objetivos do grupo.

Portanto, as falas das entrevistadas evidenciam que os objetivos propostos para o grupo foram atingidos, no que diz respeito ao oferecimento de apoio e a socialização entre as participantes, assim como o objetivo secundário de aprendizagem.

9.4 O grupo enquanto estratégia para a promoção da saúde

Segundo Teixeira (2007), uma das principais razões pelas quais os profissionais de enfermagem intencionalmente desenvolvem o trabalho grupal diz respeito à busca por uma alternativa para atender pessoas, opondo-se principalmente a um cuidado tradicional que privilegia o aspecto curativo e o atendimento das necessidades e/ou circunstâncias de alguns serviços, como ambulatórios e centros de saúde.

Consoante com a mesma autora, entende-se que o cuidado às famílias com recém-nascidos hospitalizados por meio do grupo de apoio constitui-se uma estratégia para promoção da saúde, na medida em que este é planejado e organizado a partir das necessidades de seus membros, visando potencialmente atendê-los.

Porém, tomando o conceito de promoção de saúde adotado como referência para esse estudo, o qual corresponde a um processo de capacitação da comunidade para melhorar suas condições de vida e saúde (BRASIL, 2002b), percebe-se que, para promover a saúde

dessas famílias, são necessárias ações que vão além da realização do grupo. Engloba uma combinação de ações relacionadas à assistência do RN, que irão contribuir para a reorganização do serviço, de forma que a família seja valorizada e constitua-se sujeito do seu cuidado.

A Academia Americana de Pediatria, juntamente com outras organizações, desenvolveu estudo com onze centros de unidade de terapia intensiva neonatal que participaram da implementação de práticas para a melhoria da qualidade com foco nos princípios para o cuidado centrado na família. Nesse estudo, foram evidenciadas ações as quais se considera que correspondem a um conjunto de estratégias para a promoção da saúde da família com RN hospitalizado. Destacam-se: a organização de uma política de visitação de acordo com as necessidades das famílias, em que os horários de visitas dos pais são convenientes para os mesmos e é permitida a visita de irmãos avós e outros familiares; a contratação e o trabalho voluntário de pais para oferecer suporte aos outros pais com recém-nascidos internados dentro da unidade, denominados “pais conselheiros”; a melhoria do ambiente físico e a aquisição de recursos materiais para atividades educativas e de arte e ainda a implantação de biblioteca, acesso a internet e a promoção de atividades lúdicas de apoio como noite de pizzas, cafés de domingo entre outros (MOORE *et al.*, 2003).

Apesar dessas ações se confundirem com iniciativas para a humanização da assistência, compreende-se que, no momento em que se constituem práticas sistematizadas, as quais os profissionais procuram resignificá-las no seu fazer, colaborando para a reorientação do serviço; passam a dar origem a uma política interna de atenção ao trinômio mãe-filho-família, e desta forma, consistem em um conjunto de ações para a promoção da saúde dessas famílias.

Entretanto, o referencial do Modelo de Cuidado Centrado na Família (SHELTON ; JEPPSON; JONHNSON, 1987) também apresenta orientações as quais acredita-se que foram desenvolvidas nesse estudo por meio da abordagem grupal. Tratam-se do reconhecimento a individualidade, força e formas de enfrentamento da família; o respeito à diversidade racial, étnica, cultural e socioeconômica das famílias; o encorajamento do apoio pais-a-pais voltado para fase da hospitalização; a promoção de habilidades dos pais com o RN da UTIN e o compartilhamento com a família de informações sobre o neonato.

Nesse sentido, julga-se que o grupo de apoio formado para essa investigação procurou respeitar e valorizar as diferenças existentes entre seus membros, quando as participantes eram acolhidas e tratadas da mesma maneira e incitadas a falar e ouvir sobre

suas vidas sem preconceito. Essa questão também correspondeu a umas das regras/normas estabelecidas para a convivência do grupo.

Para Santos *et al.*, (2006), a efetiva integração grupal ocorre à medida que as pessoas sentem-se tranquilas e seguras para transmitirem suas intimidades numa rede de confiança mútua, acolhimento e, quiçá, desenvolvimento

O grupo também promoveu a oportunidade para discutir e levantar observações sobre o estado dos recém-nascidos com as mães. Isso foi possível quando se planejou sessão com esse objetivo específico e também quando se discutiu essa questão transversalmente em outros encontros. As mães foram estimuladas a perguntarem sobre seus filhos e a se aproximarem da equipe, reconhecendo-se a necessidade e o fornecimento de informações e esclarecimentos sobre seus filhos como um direito das famílias que deve ser respeitado.

Nos Grupos de Promoção à Saúde (GPS) os usuários têm a oportunidade de desenvolver sua cidadania e a consciência do direito à vida em condições de dignidade. Esses grupos têm como propósito a construção de relações sociais cooperativas a fim de propiciar o desenvolvimento contínuo da autonomia. O processo educativo e de aprendizagem emergido no *setting* dos GPS devem levar em conta os conhecimentos e saberes disponíveis nas comunidades em que se inserem (SANTOS *et al.*, 2006).

Percebeu-se que a aprendizagem e o oferecimento de informações que podem ser viabilizados no grupo irão contribuir para a mudança de comportamento em seus membros. A mudança de comportamento, tendo em vista um estilo de vida saudável, é um fator necessário à promoção da saúde.

Os grupos são dispositivos de mudanças, ou seja, instrumentos que possibilitam aos seus participantes mudanças de idéias e práticas. Não podemos deixar de crer que tais mudanças trazem um impacto na cultura local e têm um papel multiplicador/irradiador no contexto mais global. Essa dialética entre a dinâmica interna e externa é que torna o grupo uma estratégia de produzir saúde (TEIXEIRA, 2007).

No que concerne ao desenvolvimento de habilidades das mães, considera-se que o grupo pôde se configurar em um espaço favorável ao compartilhamento de experiências e saberes, resultando na aprendizagem de seus membros, no sentido de serem re-construídas as habilidades das mães enquanto cuidadoras. As oficinas de trabalhos manuais e de artesanato representam além de uma alternativa para minimizar a ociosidade, contribuindo para a saúde mental das mães, também uma estratégia para melhoramento da renda familiar.

De acordo com Teixeira (2007), acredita-se que práticas educativas em grupo precisam ser estimuladas e/ou fortalecidas para a manutenção/e ou promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas.

Sendo o oferecimento de apoio entre os membros o objetivo principal do grupo em estudo e sabendo que o mesmo foi alcançado, julga-se que o ponto relacionado ao encorajamento do apoio pais-a-pais foi potencialmente desenvolvido, quando a própria formação do grupo atendeu a essa orientação.

Entende-se que o grupo é um momento que oportuniza a escuta ativa, favorece o diálogo e a troca de saberes, representando um espaço de autonomia e participação, contribuindo assim, para a promoção da saúde de seus integrantes (SANTOS *et al.*, 2006). Acredita-se que ao proporcionar esse espaço de escuta, permitindo que as mães emitissem sua opinião sobre a rotina do serviço e sugerissem mudanças, oportunizou-se de certa forma, a participação das mães no cuidado de seus filhos. Nesse momento, contando com a presença de profissionais da unidade neonatal, inclusive a coordenadora do serviço, valorizou-se a percepção do grupo, considerando as mães como sujeitos do cuidado, responsáveis pela saúde de seus filhos.

Todavia, pondera-se em relação à participação ativa da mãe e familiares no cuidado de seus filhos internados na unidade neonatal, no que diz respeito à autonomia das famílias e a tomada de decisões primárias acerca do tratamento de seus filhos. Sabe-se que ainda é distante a idéia de que a família se sinta parte da equipe de saúde e passe a não ser tratada como visitante. Julga-se que esta postura seja necessária como forma de contribuir para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo entre pais e equipe de profissionais da UTIN.

Desta forma, concorda-se com Moore *et al.* (2003), quando afirmam que, para melhorar o cuidado prestado, torna-se necessária uma mudança nas crenças/cultura e filosofias de cuidado. Logo, a questão da promoção da saúde das famílias que estão com filhos recém-nascidos hospitalizados perpassa por uma mudança cultural e de filosofia de cuidado da instituição/serviço e seus profissionais de saúde, portanto, transcende o mero desenvolvimento de uma estratégia ou tecnologia de cuidado, pois abrange a visão de mundo dos sujeitos envolvidos.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade de desenvolver parte desse estudo em outro país permitiu refletir sobre as realidades dos dois locais (Brasil e Portugal), especificamente no que tange a promoção da saúde das famílias que vivenciam a hospitalização do filho recém-nascido, entendendo-a como a participação de cada sujeito na condução da sua própria saúde.

Essa reflexão levou a crer que, apesar de realidades socioeconômicas distintas, em muitos aspectos, essa experiência se assemelha, sendo vivenciado pelas famílias dos dois países. As necessidades e mecanismos de enfrentamento também se aproximam, quando a família desponta como uma das principais fontes de recursos. Vale ressaltar que a estrutura familiar no Brasil, muitas vezes, apresenta-se fragilizada, dificultando o oferecimento de apoio.

O apoio compartilhado entre as mães configurou-se nesse estudo como um mecanismo de enfrentamento que pode ser potencializado pela equipe de saúde, podendo constituir-se, algumas vezes, no único recurso que a mãe dispõe, no caso de mães que não recebem esse apoio nem do pai da criança nem de familiares.

Assim é mister que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, se voltem para a identificação das necessidades e mecanismos de enfrentamento para famílias com RN hospitalizados, considerando-os na construção de políticas internas e estratégias que contribuam efetivamente para a promoção da saúde dos mesmos.

As ações realizadas no sentido da promoção da saúde dessas famílias precisam ser pautadas nas suas necessidades particulares, estarem organizadas e sistematizadas, a fim de que se revertam em uma política interna com o objetivo de reorientar o serviço na direção da promoção da saúde. Entende-se que, para isso, seja necessária uma mudança cultural e filosófica dos profissionais que lidam com essa clientela para que possam re-significar suas práticas.

A abordagem grupal foi avaliada nesse estudo, compreendendo-a como uma estratégia de promoção da saúde que supera o modelo biomédico, pois valoriza a participação de cada sujeito e favorece o desenvolvimento da aprendizagem mútua.

Destaca-se a necessidade de adaptação do referencial teórico-metodológico utilizado para a abordagem grupal às realidades brasileira e portuguesa, no que concerne aos aspectos do reembolso e expectativa do sistema. Evidenciou-se ainda que o modelo proposto por Loomis (1979) apresenta limitações quando descreve uma seqüência de etapas (objetivos, estrutura, processo e resultados) a serem desenvolvidas no grupo. Percebeu-se que essas

etapas se sobrepõem, exigindo do coordenador uma contínua reorganização e redefinição de objetivos e metas do grupo.

Portanto, acredita-se que, embora tomando um modelo como ponto de partida para o trabalho com grupos, é fundamental que o coordenador tenha habilidade na condução e avaliação do processo grupal, considerando que não se pode prever o que pode ocorrer no *setting* dos grupos.

Por outro lado, percebe-se que pouco se sabe quanto a modelos a serem utilizados em intervenções grupais, apesar dessa estratégia se constituir uma atividade que vem sendo desenvolvida há algum tempo. Identificou-se, desta forma, uma necessidade de investigação no intuito de validar e construir modos sistemáticos de se trabalhar com grupos.

No que diz respeito ao planejamento e desenvolvimento do grupo, destacam-se os seguintes aspectos:

- Diante da necessidade de se formar um grupo com estrutura aberta, o coordenador precisa saber lidar com as entradas e saídas dos membros de forma que isso não interfira nos resultados do grupo;
- Diferentes grupos de cuidado de saúde podem assumir o caráter aberto e por tempo indeterminado. Isso não diminui sua importância e chances de se atingir diversos objetivos, muitas vezes além daqueles estabelecidos;
- A contribuição de cada mãe para o processo grupal se deu independente do número de sessões que a mesma pôde participar. O referencial teórico-metodológico utilizado não explicita o fator “número de sessões” como causa e efeito para a coesão grupal, ou seja, não é certo que quanto maior o número de sessões, mais coeso será o grupo;
- A coesão grupal parece ter ligação direta ao objetivo de oferecer apoio emocional, numa relação de causa e efeito.
- A interdisciplinaridade vivenciada no estudo correspondeu a um aspecto favorável na condução de um grupo de cuidado de saúde, devendo ser buscada e estimulada pelos profissionais que desenvolvem a abordagem grupal à famílias com recém-nascidos hospitalizados.

Para além do modelo a ser seguido, o grupo em estudo, para as participantes, se configurou uma oportunidade para compartilhamento de experiências, para expressão de sentimentos, para discussão das rotinas e organização do serviço, para fortalecimento dos laços de amizade, de troca de saberes e um espaço de escuta aberta.

A avaliação dos resultados do grupo permitiu evidenciar seus efeitos nos participantes, ressaltando-o como uma alternativa de cuidado que a enfermagem pode utilizar para potencializar o oferecimento de apoio entre as famílias com RN internado.

Nesse sentido, avaliou-se o grupo como positivo já que este conseguiu atingir os objetivos a que se propôs. Reconheceu-se o apoio compartilhado no grupo pelas atitudes e palavras de conforto e otimismo que eram proferidas pelas mães. Tomando-se em consideração a satisfação dos membros em participar do grupo, reafirma-se aqui o grupo enquanto oportunidade de aprendizagem, tanto no que diz respeito aos cuidados com o RN como em relação à aprendizagem intra e interpessoal. Esses resultados puderam ser validados com as participantes do estudo, inclusive mesmo após o término do grupo.

No que concerne a abordagem grupal como ferramenta para a promoção da saúde, entende-se que o grupo, ao valorizar seus membros como pessoa humana, sujeitos e cidadãos que têm o direito de ser ouvidos e de emitir sua opinião; ele pode tornar-se um importante espaço para o desenvolvimento da autonomia de seus integrantes. Os vínculos que podem ser formados entre os profissionais de saúde e os participantes do grupo e destes entre si são condições necessárias para se realizar qualquer tarefa que busque a promoção da saúde.

Portanto, embora se compreenda a abrangência das ações de promoção da saúde, tendo em vista o conceito ampliado de saúde, considera-se que a abordagem grupal pode se constituir uma estratégia de intervenção eficaz que pode garantir o mínimo que um indivíduo deveria receber para ter condições de conduzir sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. L. C. *et al.* Assistência de enfermagem à mãe com filho hospitalizado em unidade neonatal. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM*, 58., 2006, Salvador. **Anais do...** Salvador: CBen, 2006.
- ANDREOLA, B.A. **Dinâmica de Grupo - Jogo da vida e didática do futuro**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- ARNDT, M.J; HORODYNSKI, M.A. Theory of dependent-care in research with parents of toddlers: the NEAT project. **Nurs. Sci. Q.**, v. 17, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.nsq.sagepub.com>>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- BOUSSO, R.S. **Buscando preservar a integridade da unidade familiar**: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica. 1999. 191p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- BOYD, S.T. Base conceptual para la intervención de enfermería con las familias. *In: HALL, J.E.; WEAVER, B.R. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas*. Washington: Organización Pan-Americana de Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96**: sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990**: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 13 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Taxa específica de fecundidade**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém – nascido de baixo peso**: método mãe-canguru. Manual Técnico. Brasília, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Indicadores de Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs>>. Acesso em: 20 jan. 2008.
- BRASIL. Ministério de Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, n.º 5).
- BRUNHEROTTI, M.R.; PEREIRA, F.L.; SOUZA, M.I.; NOGUEIRA, F.S.; SCOCHI, C.G.S. Lazer para pais de bebês de risco: a experiência junto ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. 3, p. 435-442, jul./set. 2000.

BUARQUE, V. *et al.* O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascido de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 82, n. 4, jul./ago., 2006.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 12-38.

CALLADINE, M.L. Nursing process for health promotion using King's theory. **J. Commun. Health Nurs.**, v. 13, n. 1, 1996. Disponível em: <<http://www.serach.epnet.com>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. *In*: CECILIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.29-87.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARVARLHO, M.C.B. de (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2000.

CARVALHO, A.L.S.; REIS, A.C.S.; DIAS, F.R.; MONTEIRO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B. Sentimentos de puérperas com bebês hospitalizados em unidades de terapia intensiva. **Rev. RENE**, v. 8, n. 2, p. 15-18, jul./dez. 2007.

CASTILHO, A. **A dinâmica do trabalho de grupo**. 3. ed. São Paulo: Qualitymark, 1998.

CAVALCANTI, P.P.; FERNANDES, A.F.C.; RODRIGUES, M.S.P. A interação no grupo de auto-ajuda: suporte na reabilitação de mulheres mastectomizadas. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 37-47, jul./dez. 2002.

CECÍLIO, L.C.O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. *In*: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 293-319.

CHAGAS, M.I.O.; BARROSO, M.G.T. O cotidiano de gestantes-operárias: o cuidado cultural de enfermagem numa abordagem familiar. *In*: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.). **Saúde da família**: abordagem multirreferencial em pesquisa. Sobral: Edições UVA, 2002.

DAOUD, I.G. Encontros e desencontros das mulheres climatéricas que buscam assistência em serviço do Sistema Único de Saúde. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 33-37, jan./abr. 2002.

DIAS, M. do R. DUQUE, A.F.; SILVA, M.G.; DURÁ, E. Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. 23, p. 463-473, set. 2004.

DIAS, M.S.A. **O semblante da clínica dialítica no contexto da promoção da saúde:** reflexões dos profissionais sobre sua práxis. 2005. 190 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

DZEWALTOWSKI, D. A. *et al.* Behavior change intervention research in community settings : how generalizable are the results ? **Health Promotion International**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 235-245, jun. 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

GIGANTE, D.P.; BARROS, F.C.; VELEDA, R.; GONÇALVES, R.; HORTA B.L.; VICTORA, C.G. Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, supl. 2, p.42-50, dez. 2008.

GILL, R. Análise de discurso. *In:* BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Petrópolis: vozes, 2002.

GOMES, A.C.V. **Nossa cartilha de dinâmicas.** São Paulo: Aquarela, 2001.

GORSKI, M.C.T. **Nascer antes:** repercussões da prematuridade do filho na experiência de ser mãe. 2001. 297 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

IBGE. **Censo 2000.** 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 abr. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE. **Indicadores Sociais 2005:** Tema B População e Sociedade. Lisboa: INE, 2006. Disponível em: <<http://www.ine.pt>>. Acesso em: 20 dez. de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE. **Localização Geográfica.** Disponível em: <<http://www.ine.pt>>. Acesso em: 18 dez. de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE. **Estatísticas Demográficas 2005.** Tema C População e sociedade. Lisboa: INE, Lisboa, 2007a. Disponível em: <<http://www.ine.pt>>. Acesso em: 19 dez. de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE. Tema B População e sociedade. **Revista de Estudos Demográficos**, Lisboa, n. 40, 2007b. Disponível em: <<http://www.ine.pt>>. Acesso em: 19 dez. de 2007.

JONHSON, J.L. The Health care institution as a setting for health promotion. *In:* POLAND B.D.; GREEN, L.W.; ROOTMAN, I. **Settings for health promotion:** linking theory and practice. California: Sag Publications, 2000.

- KELLEY, L.S. Evaluating change in quality of life from the perspective of the person: advanced practice of nursing and Parse's goal of nursing. **Holist Nurs. Pract.**, v. 13, n. 4, 1999. Disponível em: <<http://find.galegroup.com>>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- KEATING, K. **Terapia do abraço: a expressiva linguagem dos abraços**. São Paulo: Pensamento, 1987.
- KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichman e Afonso Editores, 2001.
- LEGO, S. The application of Peplau's theory to group psychotherapy. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.**, v. 5, n. 3, 1998. Disponível em: <http://www.serach.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=c8hjid=81W>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- LIEBMANN, M. **Exercícios de arte terapia para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios**. São Paulo: Summus, 2000.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LOOMIS, M.E. **Groups process for nurses**. Saint Louis: Mosby Company, 1979.
- MAFFIOLETTI, L.; RODRIGUES, J.H. Cantigas de Roda. Escravo de Jô. **Jangada Brasil**, n. 14, out. 1999. Disponível em: <www.jangadabrasil.com.br/outubro14/ca14100a.htm>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MARQUES, S.V.; MELO, I.S.; SOUSA, L.A.; MONTERIO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B.P. Auto-estima de puérperas com recém-nascido internado: um relato de experiência. *In*: JORNADA DA MATERNIDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, 9., 2005, Sobral. **Anais da...** Sobral: Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2005.
- MELO, I.S.; SOUSA, L.A.; MARQUES, S.V.; MONTEIRO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B.P. O cuidado domiciliar da puérpera com o recém-nascido que esteve hospitalizado. *In*: JORNADA DA MATERNIDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, 9., 2005, Sobral. **Anais da...** Sobral: Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2005a.
- MELO, I.S.; SOUSA, L.A.; MARQUES, S.V.; MONTERIO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B.P. Rede social de apoio da puérpera com recém-nascido que esteve hospitalizado. *In*: JORNADA DA MATERNIDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, 9., 2005, Sobral. **Anais da...** Sobral: Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2005b.
- MILITÃO, A.; MILITÃO, R. **SOS dinâmica de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.
- MINAYO, M.C.S. *et. al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONTEIRO, M.A.A.; TAVARES, T.J.L. **A prática do grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto**. Monografia (Especialização em Obstetrícia) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2002.

MONTEIRO, M.A.A. **Abordagem grupal a puérperas com o filho recém-nascido hospitalizado**. 2005. 157p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

MONTEIRO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B.; LEITÃO, G.C.M. Análise do conceito de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. **Rev. REME**, Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p. 247-252, jul./set. 2005.

MONTEIRO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B.; SOUZA, A.M.A. Vivência de puérperas com filhos hospitalizados. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 276-282, jun. 2007.

MONTEIRO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B.; SOUZA, A.M.A. Support Group: interpersonal relationship among puerpera with hospitalized newborn children. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p 287-293, abr./jun. 2008.

MOORE, K.A.C.; COKER, K.; DuBUISSON, A.B.; SWETT, B; EDUARDES, W.H. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: success and challenges. **Pediatrics**, v. 111, n. 4, p. 450-60, abr. 2003,

MUNARI, D.B.; ZAGO, M.M.F. Grupos de apoio/suporte e grupos de auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 359-366, maio 1997.

MUNARI, D.B.; RIBEIRO, V; LOPES, M.M. Intervenção grupal com enfoque no cuidado emocional: relato de experiência. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 4, p. 449-451, jul./ago. 2002.

NEVES, E.P.; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 73-79, jan./abr. 2006.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINHEIRO, A.K.B.; VARELA, Z.M.V. Desmame precoce X cotidiano familiar de nutrízes adolescentes. *In*: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.). **Saúde da família: abordagem multirreferencial em pesquisa**. Sobral: Edições UVA, 2002.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. **Saúde materno-infantil: rede de referenciação materno-infantil**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001. 72 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004. v. 2.

PORTUGAL. Portal do Governo. Ministério da Saúde. **Discurso do Ministro da Saúde na 58ª Assembléia Mundial da Saúde**. 2005. Disponível em: <<http://www.portaldogovernoportugal.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2007.

PORTUGAL. Assembléia da República. Lei 21/81 (acompanhamento familiar da criança hospitalizada. 19 de agosto de 1981. **Diário da República Eletrônico**, p. 2129. Disponível em: <<http://www.dre.pt>>. Acesso em: 23 jan. 2008.

PORTUGAL. Assembléia da República. Lei 26/87 (acompanhamento familiar da criança hospitalizada. 13 de janeiro de 1987. **Diário da República Eletrônico**, p. 175. Disponível em: <<http://www.dre.pt>>. Acesso em: 23 jan. 2008.

QUEIROZ, M.V.O.; JORGE, M.S.B. Concepções de promoção da saúde e atuação dos profissionais que cuidam da criança. **Rev. Paul Enf.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 31-37. Jan./mar. 2004.

QUEIROZ, M.V.O.; BARROSO, M.G.T. Famílias inseridas no contexto de cuidado da criança hospitalizada. *In*: BARROSO, M.G.T; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.). **Saúde da família II: espaço de incertezas e possibilidades**. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores, 2005.

RABELO, M.Z.S.; CHAVES, E.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; SHERLOCK, M.S.M. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 333-7, jul./set. 2007.

RAMOS, J.G.L. A questão das cesarianas. Editorial. **RBGO**, v. 27, n. 10, p. 571-574, 2005.

RIBEIRO, V.; MUNARI, D.B; Saúde mental em clientes cirúrgicos: o desenvolvimento de ações de enfermagem através do grupo de suporte/apoio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 147-164, jan-/mar. 1998.

ROLLO, A.A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? *In*: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 321-339.

ROCHA, R.G.; SILVA, R.O.; HANDEM, P.C.; FIGUEIREDO, N.M.A. Imaginário das mães de filhos internados em UTI-neonatal no pós-parto: contribuições para a enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 211-216, ago. 2004.

ROSSEL, K.; CARRENO, T.; MALDONADO, M.E. Afetividade em mães de filhos prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. **Rev. Chilena de Pediatría**, Santiago, n. 2, p. 39-42, mar. 2001.

ROSSI, P.M. **Minha benção**. Manaus: Som Livre, p2006. 1 CD.

SANTOS, L. **Perfil**. Manaus: Som Livre, p2004. 1 CD.

SANTOS, L.M.; DA ROS, M. A.; CREPALDI, M.A.; RAMOS, L.R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-52, abr. 2006

- SANTOS, A.F. *et al.* O cotidiano da mãe com seu filho hospitalizado: uma contribuição para a enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 325-334, dez. 2001.
- SCOCHI, C.G.S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 231-235, jul./ago. 2003.
- SHELTON, T.L.; JEPPSON, E.S.; JONHNSON, B.H. **Family-centered care for children with special health care needs**. Washington: Association for care of children's health, 1987.
- SILVA, D.G.V. *et al.* Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 97-103, jan./mar. 2003.
- SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, F.C; VICTORA, C.G. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-64, out. 2008
- SMEKE, E. de L.M. *et al.* Educação popular em saúde e formação profissional. **Revista de atenção primária à saúde**, v. 4, n. 9, p. 25-32, dez./mai. 2002.
- SOARES, S.M.; FERRAZ, A.F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.52-57, mar. 2007.
- SOUSA, A.S. *et al.* Percepções vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal submetido à procedimentos dolorosos. *In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE*, 2.; ENCONTRO DE PESQUISA, 1., 2001, Rio de Janeiro. **Anais do...** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.
- SOUZA, A.M.A. **Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental a mulheres com transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes**. 2004. 209p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.
- SOUSA, L.A.; MELO, I.S.; MARQUES, S.V.; MONTERIO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B.P. Sentimento da puérpera que cuida do filho recém-nascido após a alta hospitalar. *In: JORNADA DA MATERNIDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL*, 9., 2005, Sobral. **Anais da...** Sobral: Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2005.
- STRICKLAND, D. Applying Watson's theory for caring among elders. **J. Gerontol. Nurs.**, v. 22, n. 7, 1996. Disponível em: <<http://www.serach.ebscohost.com/longin.aspx?direct=true&db=c8hjid=1FD&site=ehost-live>>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- TEIXIERA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 155-159, mar. 2007.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999. 162 p.

VARELA, Z.M.V. (Org.). **Saúde da família**: abordagem multirreferencial em pesquisa. Sobral: Edições UVA, 2002.

VIANA, V. *et al.* Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 6, n. 2, p.119 -130, nov. 2005.

VICTORIA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. Técnicas de pesquisa. *In*: _____. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Tomo, 2000. p. 61-78.

VIEIRA, L.J.E.S.; BARROSO, M.G.T. Envenenamento com crianças em domicílios: compreensão de familiares *In*: BARROSO, M.G.T; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.). **Saúde da família II**: espaço de incertezas e possibilidades. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Putting PHP Polycy into action. Working papel of the WHO Collaborating Center on Health Promotion in hospitals and health care**. Vienna: University of Vienna 2006a. Disponível em: <<http://www.hph-hc.cc>>. Acesso em: 15 set. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006b. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/pubrequest>>. Acesso em: 15 set. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Health Topics**: health promoting hospitals. 2009. Disponível em: <<http://www.euro.who.int>>. Acesso em: 15 set. 2007.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento – Sujeitos Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhor(a),

Sou enfermeira e aluna do Curso de Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo, nesse anexo do hospital uma pesquisa intitulada **“abordagem grupal para promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados.”**

Estou defendendo a tese de que **“o cuidado de enfermagem, utilizando a abordagem grupal, promove a saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados”**. Portanto, o objetivo geral desse estudo é **analisar a eficácia do cuidado de enfermagem por meio da abordagem grupal para a promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados.**

Para isso, preciso da sua colaboração, pois pretendo formar um grupo com mães que estejam com o filho internado e após a alta do bebê, farei também uma visita à família. Caso aceite participar da pesquisa, será voluntária e estarei agendando os dias dos encontros com o grupo que acontecerão na Casa da Mamãe.

Os grupos serão uma oportunidade para expor como estão se sentindo com essa experiência. O que acontecer será registrado e com sua autorização iremos utilizar um gravador e máquina fotográfica para não perder nada importante. Depois as falas serão transcritas e no último encontro confirmarei com você o que escrevermos. Possivelmente as fotos serão divulgadas junto ao texto do que foi vivenciado no grupo.

Dou-lhe a garantia que as informações que estarei obtendo serão apenas para a realização do meu trabalho, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às gravações e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. A senhora tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo à continuidade do tratamento do bebê, nem em relação a sua permanência na Casa da Mamãe.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço e o de minha orientadora:

Aluna: Maria Adelane Monteiro da Silva

Endereço: Rua Manoel Marinho, 171- D. Olímpio – Sobral-CE

Fone: 88 614 58 96

Orientadora: Maria Grasiela Teixeira Barroso

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 – R. Teófilo – Fortaleza-CE

Fone: 85 288 84 54

O Comitê de Ética em Pesquisa – UVA está disponível para quaisquer informações no telefone: 88 36774255.

Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo sido satisfatoriamente informada sobre a pesquisa **“Promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados: avaliação da abordagem grupal.”**, realizada pela enfermeira Maria Adelane Monteiro da Silva e estando ciente de meus direitos, concordo participar da mesma.

Sobral, ____ de _____ de _____

Participante

Orientadora

Apêndice B – Termo de Consentimento – Sujeitos Portugal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Sou enfermeira e aluna do Curso de Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará/Brasil. Estou desenvolvendo, nesse hospital uma pesquisa intitulada “**Promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados**”, que tem como objetivos: identificar as ações para promoção da saúde desenvolvidas junto a familiares com recém-nascidos hospitalizados e identificar as necessidades e os mecanismos de enfrentamento das famílias que vivenciam a experiência de hospitalização dos filhos recém-nascidos.

Para isso, preciso da sua colaboração, respondendo-me algumas perguntas sobre essa experiência pela qual está passando. Se for necessário, estarei também agendando uma visita a sua família em sua residência para complementar as informações obtidas. Caso aceite participar da pesquisa, será voluntário(a) e suas respostas serão registradas. Com sua autorização irei utilizar um gravador para não perder nada importante. Depois as falas serão transcritas.

Dou-lhe a garantia que as informações que estarei obtendo serão apenas para a realização do meu trabalho, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às gravações e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. O(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo à continuidade do tratamento do bebê ou qualquer outro tipo de prejuízo.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço no Brasil e o de minha orientadora aqui em sua cidade:

Aluna: Maria Adelane Monteiro da Silva

Endereço: Rua Manoel Marinho, 171- D. Olímpio – Sobral-CE-BR

CEP 62022305

Telefone: 55 88 614 58 96

Orientadora: Margarida da Silva Neves de Abreu

Endereço: Rua Dr. Antônio Bernardino de Almeida. CP 4200-072 - Porto

Telefone: 22 507 35 00

Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa “**Promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados**”, realizada pela enfermeira Maria Adelane Monteiro da Silva e estando ciente de meus direitos, concordo participar da mesma.

Porto, ____ de _____ de _____

Participante

Orientadora

Apêndice C – Roteiro de Entrevista – Sujeitos Brasil

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Mãe () Familiar () especificar _____

Data ____/____/____ No. da entrevista: _____

Horário de Início: _____ Horário de término: _____

Nome do participante (fictício) : _____

Procedência: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Grau de instrução : _____

Situação conjugal: _____

Renda familiar : _____

Mora com quem? _____

Data do parto: ____/____/____

Tipo de parto: _____

Nº de gestações: _____

Nº de filhos: _____

Nº de consultas de pré-natal: _____

Diagnóstico do RN: _____

É a 1ª vez que está vivenciando a experiência de ter um filho RN. internado? _____

E de ficar na Casa da Mamãe? _____

Há quantos dias está na Casa da Mamãe? _____

- 1- Como está sendo pra você ter um filho ainda bebê internado? Como você se sente?
- 2- O que você acha do seu dia-a-dia depois que seu filho internou-se?
- 3- Como e o que você faz pra enfrentar essa situação? Recebe alguma ajuda de que tipo?
- 4- Como é pra você ficar na Casa da Mamãe?
- 5- Como é a sua convivência com as outras mães que estão na Casa da Mamãe?
- 6- Se você tivesse oportunidade de fazer atividades em grupo aqui na Casa da Mamãe, o que gostaria de fazer? O que sente necessidade de fazer aqui e não estar tendo condições?
- 7- Como sua família está vivenciando essa situação?

Apêndice D – Roteiro de Entrevista – Sujeitos Portugal

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Mãe () Familiar () especificar _____

Data ____/____/____ No. da entrevista: _____

Horário de Início: _____ Horário de término: _____

Nome do participante (fictício) : _____

Procedência: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Grau de instrução : _____

Situação conjugal: _____

Renda familiar : _____

Mora com quem? _____

Data do parto: ____/____/____

Tipo de parto: _____

Nº de gestações: _____

Nº de filhos: _____

Diagnóstico do RN: _____

Nº de consultas de pré-natal: _____

É a 1ª vez que está vivenciando a experiência de ter um filho RN internado? _____

Há quantos dias seu filho está internado? _____

1-Como está sendo pra você ter um filho ainda bebê internado? Como você se sente?

2-O que você acha do seu dia a dia depois que seu filho internou-se?

3-Como e o que você faz pra enfrentar essa situação? Recebe alguma ajuda? De que tipo?

Apêndice E – Roteiro de Observação

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO – UNIDADE NEONATAL/HOSPITAL PORTO

- Existem rotinas ou protocolos estabelecidos para a atenção à mãe e/ou outros familiares do bebê internado? São afixadas ou estão à disposição dos profissionais?
- Quais os profissionais que se dirigem às mães e familiares do bebê?
- Que recursos são utilizados nas atividades direcionadas à mãe e familiares do RN?
- As atividades são realizadas individualmente ou em grupo?
- Em que horários ocorrem? Existem horários estabelecidos?
- A mesma rotina ocorre nos três turnos de trabalho?
- A unidade dispõe de infra-estrutura para acolher a mãe e familiares durante as atividades?
- Há alguma estratégia extra-muros do hospital?

Apêndice F – Roteiro e Tópicos-Guia – Visita domiciliar

ROTEIRO

- 1- Agendamento anterior por meio de contato com os participantes no momento da alta ou finalização do grupo;
- 2- Apresentação aos membros familiares ainda não conhecidos;
- 3- Explicação do motivo da visita;
- 4- Observação do ambiente
- 5- Observação do comportamento dos membros da família

TÓPICOS-GUIA

- A participação no grupo no período da internação – manutenção dos resultados do grupo
- Adaptação da família ao novo membro
- O vínculo mãe-filho-família
- O cuidado da família com o bebê.

Apêndice G – Contrato de Trabalho

CONTRATO DE CUIDADOS DE SAÚDE CONTRATO DE TRABALHO

Foram identificadas pelo pesquisador as necessidades de **apoio/suporte e socialização** e confirmadas pelas participantes do grupo como necessidades do cliente.

Portanto, o tipo de grupo proposto é de **apoio emocional e socialização**, para o qual foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Fornecer apoio/suporte às participantes do grupo;
- Proporcionar a socialização entre os membros do grupo.

A meta estipulada a ser alcançada pelo o grupo foi de a puérpera ser capaz de fornecer apoio/suporte às outras mães participantes do grupo.

O grupo será estruturado da seguinte forma:

- Tipos de clientes: Mães alojadas na Casa da Mamãe cujo filho recém-nascido está hospitalizado.

- Adequações físicas:

- Tempo (horário e frequência): Os encontros acontecerão das 16:00h às 17:00h, em dias alternados iniciando no dia 07 de julho de 2008 e com término no dia 04 de agosto de 2008.
- Local (espaço e ambiente): O grupo se reunirá na Casa da Mamãe (anexo do hospital), na sala de TV, que fica no térreo da Casa, facilitando o acesso das participantes.
- Tamanho do grupo e estrutura: o grupo contará com no máximo 10 participantes, sendo que se tratará de um grupo aberto, e, portanto, sempre que for admitida uma mãe na Casa, essa será convidada a participar dos encontros.

Fica autorizada pelos membros do grupo a gravação e registro das falas das participantes e a realização de fotografias durante os encontros.

Serão desenvolvidas atividades e técnicas de socialização, lúdicas e de arte-terapia como meio utilizado para o alcance das metas propostas.

O papel da coordenadora será o de facilitar o processo grupal, executando as funções necessárias para que o grupo aconteça, bem como prestar cuidados aos membros do grupo e estimular o compartilhamento de experiências, sentimentos e emoções entre os mesmos.

Como resultado para esse trabalho, o grupo espera contribuir para a melhoria da convivência das mães alojadas na Casa da Mamãe, através da coesão grupal e o conseqüente oferecimento de apoio/suporte entre elas.

Essa efetividade do grupo será avaliada através da percepção do coordenador, sendo validado com os depoimentos individuais das participantes no encerramento de cada sessão e do grupo e na visita domiciliar. A percepção das auxiliares de enfermagem que trabalham na Casa também será investigada..

Sobral, 11 de julho de 2008.

Eu, após a leitura do contrato de trabalho, concordo com o que está escrito e confirmo minha participação nos grupos de acordo com o que foi estabelecido.

Participante do grupo

Coordenadora do grupo

Apêndice H – Regras para a boa convivência do grupo

- 1 - Respeitar quando a outra pessoa estiver falando;
- 2 - Todos devem participar da discussão e dar sua opinião;
- 3 - O que for dito no grupo deverá ser mantido em sigilo;
- 4 - O horário de início da sessão deverá ser cumprido;
- 5 - Evitar ficar saindo o tempo todo na hora da reunião;
- 6 - As agressões físicas e verbais são proibidas;
- 7 - Toda mãe que chegar à Casa deverá ser convidada a fazer parte do grupo;
- 8 - O que for discutido/aprendido no grupo deverá servir de experiência de vida.

Apêndice I – Cronograma de atividades do grupo

PERÍODO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	METODOLOGIA/ TÉCNICA	OBJETIVOS ESPERADOS
Julho/2008 1ª semana Fase de Planejamento (Objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da pesquisadora às mães e familiares; - Apresentação dos objetivos da pesquisa aos possíveis participantes; - Iniciação das entrevistas individuais antes da inserção no grupo; - Esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento, cf Resol. 196/96; - Agendamento da sessão preparatória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição dialogada e participativa; - Entrevista individual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer 1º contato entre pesquisadora e participantes; - Conhecer os participantes para identificação de suas necessidades e assim, formular os objetivos e metas para o grupo; - Planejamento das sessões posteriores.
Julho/2008 2ª semana Fase de Intervenção (Estrutura)	<ul style="list-style-type: none"> - Sessão Preparatória: <ul style="list-style-type: none"> * Discussão das necessidades dos clientes, objetivos e metas do grupo e da coordenadora; * Sondagem das expectativas do grupo; * Compartilhamento e esclarecimento de aspectos do grupo, segundo objetivos, estrutura, processo e resultados; * Apresentação e integração dos participantes; * Estabelecimento das “Regras para a boa convivência do grupo”. - Assinatura do Contrato de Cuidado de Saúde/Contrato de Trabalho; - Agendamento das sessões do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição dialogada e participativa; - “Tempestade de Idéias”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar os clientes para iniciarem a participação no grupo; - Firmar Contrato de Trabalho entre os participantes do grupo e a coordenadora; - Proporcionar que os participantes do grupo se conheçam melhor.
Julho/2008 2ª quinzena a Agosto/2008 1ª quinzena	<ul style="list-style-type: none"> - Realização das sessões II a XIII, compostas de 3 momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Aquecimento: <ul style="list-style-type: none"> * Acolhimento; * Integração; * Descontração. • Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> * Expressão de sentimentos; * Compartilhamento; * Reflexão; * Oferecimento de informações * Aprendizagem. • Encerramento: 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de apresentação dos participantes em grupo; - Técnicas de relaxamento: respiração, massagem corporal, músicas; cirandas e atividades lúdicas. - Atividade de colagem, desenho, pintura etc; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar fatores que podem está interferindo na adaptação dos membros à experiência da hospitalização do filho; - Promover o compartilhamento de sentimentos, experiência e informações; - Promover a interação entre os membros do grupo, desenvolvendo a coesão grupal; - Proporcionar espaço de escuta aberta;

Fase de Intervenção (Processo)	* verbalização dos desejos; *Avaliação do dia.	-Técnicas de avaliação.	- Contribuir para a instilação de esperança/apoio entre os membros do grupo; - Contribuir para o entendimento da relevância do trabalho em grupo; - Facilitar a aprendizagem das mães.
Agosto/2008 1ª quinzena Fase de Avaliação (Resultados)	- Avaliação dos resultados do grupo – percepção da coordenadora do grupo; - Avaliação final dos encontros/resultados do grupo (sessão XIV) – percepção dos membros do grupo; - Avaliação dos resultados do grupo - visão das auxiliares de enfermagem.	- Técnica de Avaliação Clínica; - Entrevista em grupo; - Entrevista individual.	- Avaliar os resultados do grupo (pelos membros e coordenadora do grupo).
Setembro/2008 1ª. quinzena Fase de Avaliação (Resultados)	- Visitas domiciliárias às famílias que participaram do grupo, cujos recém-nascidos receberam alta;	- Entrevista em grupo.	- Avaliar os resultados do grupo (pelos membros e coordenadora do grupo).
Setembro/2008 2ª quinzena	- Conclusão da etapa de coleta de dados; - Retorno ao campo para complementação de dados.	-	- Realizar os acertos finais quanto aos dados coletados.

Apêndice K – Descrição dos participantes do estudo

Descreve-se a seguir os sujeitos portugueses que fizeram parte do estudo e as mães que participaram do grupo no Brasil, segundo os critérios de inclusão estabelecidos.

- Sujeitos de Portugal

- “Maria Portugal 1”

Procedente de Póvoa de Varzim, 23 anos, casada, completou o Ensino Secundário, morava só com o marido, possuía renda familiar mensal de 450 euros, era o primeiro filho, parto normal, realizou todas as consultas de pré-natal e exames. O filho estava há quase dois meses internado na unidade de neonatologia, com diagnóstico de gastroquise. Durante a gestação a mãe não soube que o filho tinha má formação, apesar de ter realizado cinco ecografias no pré-natal, só ficou sabendo depois do parto. Disse em relação a isso:

...foi muito difícil e ainda está sendo... no começo foi mais difícil, eu não conseguia aceitar, agora já estou um bocadinho mais acostumada, mentalizada com o problema dele (filho), mas só que tem que ser forte, por ele...no começo a gente quer desistir... (“Maria Portugal 1”).

Seu filho já tinha realizado uma cirurgia e a equipe estava decidindo se ele necessitaria ser submetido novamente a outro procedimento cirúrgico. Demonstrou-se preocupada quanto às cirurgias que o filho ainda poderia fazer. Aguardava apreensiva pelo resultado do exame de radiografia. Durante a entrevista, a mãe foi abordada por um profissional, sendo comunicada que o bebê precisaria realizar outra cirurgia. Algum tempo depois, chegaram os técnicos para realizar o exame de ultrassonografia. “Maria Portugal 1” estava tensa e chorava nesse momento. A mãe já sabia que seu filho teria que realizar uma pequena cirurgia de herniorrafia, mas compreendia que se tratava de um procedimento simples.

Estava na casa da avó do bebê (sua mãe), no Porto, pois ficava mais próximo do hospital. Falou em relação às mudanças no dia a dia da família:

as coisas em casa a gente não tem tempo pra fazer nada...como eu disse eu estou na minha mãe, mas mesmo assim tenho que pegar dois auto-carros...o meu marido está lá comigo...mudou tudo...minha mãe

ajuda a lavar a roupa, o jantar...quando eu chego em casa já tenho o jantar pronto e antes quando eu estava lá (sua casa) tinha que chegar e fazer...era só pra mim...porque o meu marido almoça e janta no trabalho, no restaurante, chega em casa às uma hora, meia-noite...mudou tudo (“Maria Portugal 1”).

Ressaltou o apoio recebido do marido e de sua mãe, apesar da dificuldade de seu marido visitar o filho, pois não havia conseguido liberação no trabalho.

- **“Maria Portugal 2” e “João 1”**

Procedentes de Braga, casados, “Maria Portugal 2” tinha 43 anos de idade e “João 1” tinha 46, moravam sozinhos, os dois trabalhavam, ela era professora e ele gerente de uma empresa, tinham renda mensal de, aproximadamente, 2.000 euros, possuíam Nível Superior completo. Era o primeiro filho do casal, estava internado há um mês e 15 dias na unidade neonatal, nasceu de parto cesáreo, com 770g. Ficou primeiramente hospitalizado em outro hospital na cidade de Braga e, posteriormente, foi transferido para o Porto pela necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos. Ela havia realizado em torno de sete consultas de pré-natal.

“João 1” relatou toda a trajetória da família para que tivessem o filho. Contou que o mesmo fora gerado por inseminação artificial. Disse emocionado:

...tem que dar tudo certo...depois de tudo que ele já passou...ele já teve mais pra lá do que pra cá...queremos demais esse miúdo... (“João 1”).

“Maria Portugal 2” disse em relação à hospitalização do filho:

...a gente fica idealizando um gravidez normalíssima, de repente...a notícia foi como uma bomba...uma notícia trágica..já não sabia se ele ia sobreviver...não sei dizer se é angústia...todo dia é uma novidade...um dia estamos bem...no outro a gente vem pra cá chorando, sem saber, imaginando como vamos o encontrar...aqui (neonatologia) fico numa ansiedade só em ver as enfermeiras a correr de um lado pro outro, e quando acontece alguma coisa ficam todos naquela correria...fico muito mal, mesmo sem conhecer... (“Maria Portugal 2”).

O bebê já havia realizado uma cirurgia no início da hospitalização e estava prevista outra. Para “Maria Portugal 2”, o começo foi difícil porque estava com medo em relação a cirurgia e pela incerteza quanto à sobrevivência do bebê. No dia estabelecido para a cirurgia, o pai e a mãe chegaram à unidade ansiosos, tocam e olham o filho o tempo todo. Demonstravam-se bem informados: estavam sabendo que se tratava de uma cirurgia de

ileostomia, como seria esse procedimento e que o bebê precisaria ser intubado. Isso pareceu deixá-los muito preocupados.

...na primeira cirurgia não ficamos tão ansiosos...acho que porque não tínhamos idéia da gravidade da situação...já na 2ª, apesar de ser mais simples, ficamos ansiosos...vínhamos no caminho pensando como iríamos vê-lo quando chegássemos... (“Maria Portugal 2”).

“João 1” parecia mais ansioso do que “Maria Portugal 2”. “João 1” afirma: *...não estou de folga, mas num caso como este...falta-se...o patrão tem que entender, não é por qualquer coisa...falta-se...* “Maria Portugal 2” falou sobre o marido: *Ele (marido) ficou mais sensível...mas ele nunca foi pai...ele já está mais cansado do que eu.*

Quando “João 1” encontrava-se de licença paternidade ia todos os dias junto à “Maria Portugal 2” na visita ao bebê. Ela se deslocava diariamente de trem e passava todo o dia no hospital, voltando à noite. Não tinham parentes na cidade do Porto. No período do estudo, “João 1” estava visitando o filho em dias alternados, quando tinha folga. Quanto ao dia a dia da família relatam:

...Não tenho vida...não tenho tempo pra dedicar a mim, à morada em Braga...chegar em casa não dá tempo, chegamos tarde e já temos que deixar tudo pronto pro outro dia pra não perder tempo, pois temos que acordar muito cedo...precisava de ir ao cabeleireiro, ao esteticista, fazer compras, mas não tenho tempo...eu não consigo deixar (aponta para o bebê na incubadora)... (“Maria Portugal 2”).

...Chegamos em casa cansados...cada um faz suas coisas...sem falar muito, nem conversar. A gente conversa sobre ele, mas...o nosso relacionamento...a chegada do bebê, pelo fato de ser prematuro...não sei se piora ou melhora...exige muito, tudo muda, precisa que se adapte... (“João 1”).

“Maria Portugal 2” considerou que o apoio para o enfrentamento da situação que viviam originava principalmente dos familiares, embora há muito tempo que não os via, mas mantinham contato por telefone. Queixou-se da forma como os médicos repassavam as informações e falou da sua necessidade e de seu esposo de escutarem palavras positivas.

- **“Maria Portugal 3”**

Procedente de Valongo, 20 anos, solteira, estudou até o Ensino Básico, morava com os pais e mais cinco irmãos. Na família quem trabalhava era ela e dois irmãos, cada um recebia um salário mínimo. Seus pais não trabalhavam. Era o primeiro filho de “Maria Portugal 3”. Ela teve parto cesáreo, fez acompanhamento pré-natal, realizando mais que seis

consultas. Seu bebê estava internado há sete dias na unidade de neonatologia por infecção neonatal.

Fiquei muito triste...muito mal por ela ter engolido líquido...se tivessem tirado logo ela não tinha ficado com isso...porque esperaram, esperaram, viram que não dava e depois é que me mandaram (cesárea)...fiquei muito triste...agora já passou (o bebê já ia receber alta no outro dia). (“Maria Portugal 3”).

“Maria Portugal 3” fala da repercussão da hospitalização da filha para a família e afirma que seus familiares foram as pessoas que mais lhe apoiaram:

A família também ficou muito triste...queriam ver ela (filha) logo em casa, mas ela ficou aqui.... estão todos ansiosos em casa... A minha irmã e meus pais é que deram mais apoio. Nós somos três raparigas, mas pelo menos uma foi quem mais ajudou, é aquela com quem desabafo mais...e os meus colegas...e o meu namorado também... (“Maria Portugal 3”).

Ela relatou que ficou cinco dias internada na maternidade e não podia ver sua filha porque a unidade neonatal localizava-se em outro andar do hospital. Estava sem poder se movimentar e um dia lhe trouxeram de cadeiras de rodas. Confessou:

Ela (filha) estava aqui, eu estava lá em cima...eu tava meio agoniada aqui, quase entrava em paranóia, foi triste...mas está melhor...Eu tava num quarto sozinha...primeiro tinha uma senhora, depois ela foi embora, depois deu vontade de chorar...queria vir aqui...vendo ela aqui.... (“Maria Portugal 3”).

- **“Maria Portugal 4”**

Procedente de Gondomar, 25 anos, casada, Ensino Secundário completo, morava com o marido e a sogra, trabalhava, tinha renda familiar mensal de aproximadamente, 1.000 euros. Era seu primeiro filho, nasceu de parto cesáreo, estava há quase dois meses internado na unidade neonatal por prematuridade, nasceu com 30 semanas e 1120g. Fez acompanhamento pré-natal, realizando todas as consultas até a data de seu parto.

A primeira vez é muito complicado porque de certa forma não estamos preparados, e tem que ser... tive pré-eclampsia... é assim um bocado ruim, ele é pequenino, pouco peso, cheio de fios, fico assim um bocado machucado... de fato ainda não acredito...a gente que é mãe...queria que tivesse tudo bem...levar pra casa, pegar no colo...Mas agora já é outra coisa, saiu (bebê) da incubadora,

podemos pegar nele, fazer um mimo...é outra coisa... (“Maria Portugal 4”).

“Maria Portugal 4” estava na casa da mãe na cidade do Porto porque era mais próximo do hospital. O marido não visitava o filho com frequência porque o horário do trabalho não permitia.

É meio complicado... vimos pra cá e passamos o dia aqui de manhã até a noite. Não temos vida...ficamos aqui e vamos dormir...ele (marido) está comigo na minha mãe. Na casa da minha mãe, chegamos lá comemos, dormimos, ele vai trabalhar de manhã e venho pra qui...ele ainda vem aqui a noite fica um bocadinho e vamos embora...8h (noite) mais ou menos...acordamos 5:30h e já estamos aqui de novo... (“Maria Portugal 4”).

“Maria Portugal 4” falou do apoio que recebia da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogo). Ressaltou que o fato de conversar com outras mães ajuda no enfrentamento da experiência, proporciona certo conforto;

...falar com os outros pais também...chega a um ponto que a gente percebe que a nossa situação não é tão má como a gente pensa, não é que fiquemos felizes com o mal dos outros, mas é que buscamos justificativas para a nossa situação de estarmos aqui... e vemos que temos um ao outro (“Maria Portugal 4”).

- **“Maria Portugal 5”**

Procedente de Maia, 37 anos, casada, morava só com o marido, tinha escolaridade em Nível Superior, com licenciatura em Gestão de Empresas, trabalhava, possuía renda familiar mensal em torno de 2.000 euros. Era seu primeiro filho, havia realizado todas as consultas pré-natal e todos os exames. O bebê nasceu de parto cesáreo, apresentando um angioma no membro inferior esquerdo e imperfuração anal e estava internado há um mês na unidade neonatal.

“Maria Portugal 5” demonstrava-se ansiosa, triste e inconformada. A sua ansiedade parecia ser pela demora no diagnóstico definitivo da filha, pois os médicos estavam investigando a possibilidade de alguma anormalidade na medula ou no cérebro. Sua filha tinha apresentado uma lesão na região anal, o que deixava “Maria Portugal 5” mais angustiada:

...queria que fosse em mim...que toda dor dela passasse para mim...a gente tenta não chorar, passar segurança...mas é difícil...Há dias melhores e há dias piores...há dias que me custa muito entrar aqui...tem dia que não tenho força pra entrar aqui...se eu pudesse não passava daquela porta...se eu pudesse sair correndo daqui com ela nos braços... (“Maria Portugal 5”).

Outro fator que causava sofrimento à “Maria Portugal 5” era a situação que lhe impedia de pegar a filha no colo. O bebê tinha que permanecer em uma posição desconfortável que impossibilitava segurá-la e também pela medicação endovenosa que era preciso ser administrada de forma intermitente.

...como é complicado, por três dias cheguei aqui ela (filha) estava sempre a dormir e se está a dormir eu não posso pegar nela. É muito complicado uma mãe chegar aqui e não poder pegar...a pessoa fica doida...ela precisa de colinho...ela precisa de carinho...ela precisa sentir que estou aqui...a gente só não fica mais (na neonatologia) porque não pode...acho que ela fica sentindo... (“Maria Portugal 5”).

“Maria Portugal 5” parecia deprimida, referiu que não conseguia fazer mais nada na vida, a não ser pensar em sua filha, implicando inclusive no seu auto-cuidado. Relatou também as mudanças que ocorreram na sua vida e que sua mãe (avó materna do bebê) viera de outro país (França) para visitá-la:

...mudaram algumas rotinas diárias que nós tínhamos...na verdade, não temos mais vida...porque eu chego em casa estourada, não consigo fazer nada e não apetece nem fazer a comida e foi muito bom a minha mãe está cá, porque me obrigou a comer pelo menos essa semana, porque eu nem comia, o que também é ruim porque eu sou diabética, sou insulino dependente, não posso nem de mais, nem menos....a pessoa fica tão perdida, que não se lembra de picar o dedo, não se lembra de tomar insulina... (“Maria Portugal 5”).

Também falou do apoio recebido sobretudo dos amigos. Afirmou que estes conseguiam ter uma posição mais neutra e procuravam oferecer mais ajuda, sendo positivos, tentando levantar o humor do casal.

- **“João 2”**

Procedente de Traz-os-montes, 49 anos, casado, morava com a esposa mais dois filhos (um com 9 anos e outro 7 anos de idade), possuía menos que o Ensino Básico, trabalhava, tinha renda familiar mensal de 500 euros. O bebê era seu terceiro filho e nasceu de

parto normal. A sua esposa teve acompanhamento pré-natal, realizando todos os exames. O bebê, uma menina, apresentava Síndrome de Down e uma cardiopatia grave, motivo pelo qual estava internada. Estavam vivenciando a experiência a hospitalização de um filho pela primeira vez.

“João 2” parecia inconformado com a situação da filha, não só pelo fato da hospitalização, mas especificamente porque a filha nascera com Síndrome de Down:

...é complicado....não esperávamos, não sabíamos de nada...não sei como no séc. XX pode acontecer uma coisa dessas...essa (filha) foi em Guimarães (atendimento), em hospital grande, não adiantou nada, não valeu a pena, não resultou em nada...custo muito a crer nessas coisas, como é que num século desses deixam acontecer essas coisas....mas não temos poder pra entender....é muito difícil... (“João 2”).

A filha de “João 2” iria realizar uma cirurgia cardíaca e ele parecia transtornado e descrente, não acreditava que ela pudesse resistir ao procedimento. Afirmou que não estava com fé que tudo iria correr bem.

A esposa de “João 2” não podia visitar a filha porque não tinha com quem deixar os outros filhos. Somente ele fazia-lhe visitas, não muito demoradas, nos intervalos antes ou após ir para o trabalho. Ele se sentia sozinho e não recebia apoio de ninguém, pois ainda não havia conversado com a esposa sobre o diagnóstico da filha, e sofria, especialmente, para falar sobre a deficiência mental, por isso, não dividia seu sofrimento com mais ninguém:

Não sei como estou conseguindo viver... a minha mulher não sabe dessas coisas... só sei eu... estou sozinho...só eu quem sei...o resto da família não sabe...ninguém sabe, só eu sei o que está se passando...Não sei como é que vou dizer...não sei como é que eu digo, me diga onde vou ganhar coragem, me diga... (“João 2”).

“João 2” atribuía à condição de saúde da filha um castigo divino. Referia incerteza em relação ao futuro da filha, especialmente no que tange as condições socioeconômicas da família.

- **“Maria Portugal 6”**

Procedente de Viseu, 33 anos, casada, possuía escolaridade de Nível Superior completo, morava com o marido e mais dois filhos, trabalhava, tinha renda familiar mensal de, aproximadamente, 2.000 euros. Era sua terceira gravidez, “Maria Portugal 6” submeteu-se a cesárea da qual nasceram gemelares prematuros que foram hospitalizados logo após o parto.

A família estava vivenciando a hospitalização de um filho recém-nascido pela primeira vez e o aparato tecnológico da unidade neonatal era um fator que intensificava a experiência:

...sinto-me cansada, muito cansada...o primeiro impacto quando vi foi chocante, porque as outras gravidezes não foram assim e os bebês eram grandes...não tinham esses tubos como elas tinham... (“Maria Portugal 6”).

“Maria Portugal 6” estava alojada em um hotel localizado em frente ao hospital. Tratava-se de uma acomodação gratuita para as mães ou pais com crianças internadas. Os outros filhos ficaram sob os cuidados dos avós e do pai, que constituíam a principal fonte de apoio:

...ainda fui em casa para trocar de roupas, pegar mais roupas e depois fiquei lá...o pai delas (filhas gêmeas) vem aqui nos finais de semana...eu vou sempre a correr (em casa), eu já fui uma vez ou duas, e vou sempre a correr...tem que ser assim... Eles (outros filhos) seguem a vida deles normal, vão para a escola, o pai deles teve de férias o mês todo e ficou tomando conta deles. Agora começou a trabalhar...tem a mãe dele (sogra), a minha mãe que moram perto e dão apoio...a minha irmã é quem tem feito o jantar, é ela quem lava a roupa e passa a ferro...a vida deles (outros filhos) continua na mesma, agora eu não estou lá....mas a gente vai fazendo o que pode... tem que ser assim... (“Maria Portugal 6”).

A questão que diz respeito à estrutura física do serviço de neonatologia também foi ressaltada por “Maria Portugal 6”, quando manifestou seu desejo de que cada mãe/pai tivesse um quarto disponível, que fosse separado, permitindo que pudesse ficar à vontade e por mais tempo com a família. Falou que os avós e irmãos dos bebês tinham vindo visitá-los, mas muito rapidamente porque *não podia ficar muita gente ao redor do berço*.

- **“Maria Portugal 7”**

Procedente de Felgueiras, 26 anos, casada, tinha escolaridade de Nível Superior completo, morava com o marido e outro filho, trabalhava como economista, possuía renda familiar mensal de, aproximadamente, 3000 euros. Havia realizado acompanhamento pré-natal no hospital porque tinha hipertireodismo. Teve parto cesáreo e o bebê estava há dois dias internado na unidade neonatal por prematuridade. Era a primeira vez que vivenciava a hospitalização de um filho.

Uma questão que estava incomodando “Maria Portugal 7” diz respeito à estrutura física e organizacional do serviço, especificamente em relação ao fato de que as mães que

ainda não estavam de alta precisarem ficar separadas dos filhos, pois o serviço de obstétrica estava localizado em outro andar.

Tive que ficar sozinha lá em cima no quarto, a noite, em um quarto onde não se conhece ninguém...é deprimente... Estou me sentindo péssima, essa noite foi mesmo conturbada, eu queria ligar para aqui para saber como ele (filho) estava e ligaram por volta de meia noite e eu tive a esperar para que se trocassem (profissionais), que tomassem banho, para saber como ele (filho) estava, fiquei com muita ansiedade em pensar como era esse ambiente do hospital para aonde vão os bebês que estavam com problemas...("Maria Portugal 7").

“Maria Portugal 7” falou do apoio que recebia do marido e de outros familiares. Entretanto, ressaltou a necessidade de apoio dos profissionais do serviço de neonatologia:

O apoio vem do marido e da família, de mais ninguém...porque aqui está fora de questão...chegam dizem o que tem pra dizer e mais nada. Eu compreendo porque o tempo é muito pouco, é muita gente, muito trabalho, não tem que está preocupada com que está bem ou mal... de qualquer forma, poderia todas as mães que tem algum tipo de problema, alguma coisa que possa mexer com sentimentos, ao chegar aqui deveria ter um psicólogo disponível a falar com a pessoa, porque muitas vezes quando não conversamos sobre um problema, eles aumentam drasticamente...depois se tem uma conversa, fica vendo as coisas de outra maneira, mais leve...o apoio de gente que tenha conhecimento, que ajude a encarar as coisas de outra maneira...("Maria Portugal 7").

- **“Maria Portugal 8”**

Procedente de Vila Nova de Gaia, 34 anos, casada, tinha escolaridade Nível Superior completo, morava com o esposo e o filho (bebê de 20 meses), ela e o marido eram médicos, trabalhavam em outro hospital e possuíam renda familiar mensal em torno de 5.000 euros. Tratava-se de seu segundo filho, que nascera de parto normal e estava internado por prematuridade há, aproximadamente, duas semanas na unidade de neonatologia. Já havia vivenciado a hospitalização do primeiro filho, porém ressaltou que foram diferentes:

Meu primeiro filho ficou uns tempos a fazer fototerapia na enfermaria da obstetrícia...e enquanto eles estão fazendo fototerapia a gente fica lá...fica no quartinho dele, um quarto com duas camas e o casal pode ficar se quiser...então ele ficou lá a fazer fototerapia e eu a amamentar...é outra coisa...bem aqui não é muito legal... Me custa um bocado ter que deixar aqui...mas sei que não tem condições de ficar

aqui, não tem estrutura...eu fico com muita falta... (“Maria Portugal 8”).

“Maria Portugal 8” relatou como estava a rotina diária da família depois da hospitalização do filho:

... o marido vai trabalhar, quando acaba o trabalho vem cá ter...tempo mesmo para a gente não dá. Quando estou em casa tento fazer alguma coisa...faço comida para ele e dou de comer o outro (outro filho) na hora certa e se conseguir: dorme-se bem...é o que consigo fazer...não dá para fazer mais coisas...E assim por não poder vê-lo (outro filho)...por estar aqui, o pai tenta ficar mais com ele, mas tinha toda atenção só pra ele, agora não pode sair de casa...tá triste... (“Maria Portugal 8”).

Falou do apoio recebido da família, especialmente dos avós, no que diz respeito ao cuidado com o filho que ficara em casa:

...algumas coisas minhas tem ficado na minha sogra, porque ele (o outro filho) tem ficado de vó para vó. O apoio dos avós...sem os avós estaria sendo muito, muito difícil porque ele não está em infantário, porque é só aos 2 anos...portanto, nós que temos os avós somos privilegiados porque se não fossem elas, não dava, tinha que ficar o tempo todo em casa...ia ter que ficar em casa com ele (outro filho)...não ia dar pra ficar aqui (neonatologia) com ele (filho) não... (“Maria Portugal 8”).

- **“Maria Portugal 9”**

Procedente de Vila Nova de Gaia, 15 anos, solteira, possuía nível de escolaridade de Ensino Básico completo, morava com os pais e mais dois irmãos, não trabalhava. Em sua casa, seus pais trabalhavam e tinham renda familiar de, aproximadamente, 1.000 euros por mês. Havia recebido acompanhamento pré-natal, contudo tinha realizado menos que seis consultas. Era sua primeira filha, nasceu de parto cesáreo e ficou hospitalizada por infecção neonatal. Estava internada na unidade neonatal há nove dias.

“Maria Portugal 9” parecia insegura em relação ao cuidado com a filha e havia apresentado dificuldades na amamentação, pois tinha mamilo invertido e havia evoluído para uma mastite. No entanto, disse: *...hoje nem sinto mais elas (mamas)...*

Relatou que o pai de sua filha tinha lhe visitado por duas vezes e demonstrou carinho com a filha. Não considerou que foi ruim o período de internação da filha, afirmando

que passou logo. Disse que nesse período recebeu apoio principalmente do pai da criança e de sua mãe.

- **“Maria Portugal 10”**

Procedente de Valongo, 30 anos, casada, tinha escolaridade de Ensino Superior completo, morava só com o marido e um filho de três anos de idade, trabalhava, possuía renda familiar mensal em torno de 2.000 euros. Era seu segundo filho, nasceu de parto normal e estava hospitalizado há quase um mês na unidade neonatal por uma disfunção cerebral a esclarecer. Sua filha também tinha fenda palatina. Realizou todas as consultas referentes ao acompanhamento pré-natal, assim como todos os exames.

“Maria Portugal 10” parecia inconformada porque só soube do problema da filha após o parto, mesmo realizando todos os exames necessários. Também queixava-se em relação à não conclusão dos médicos quanto ao diagnóstico de sua filha.

Falou que seu marido vinha todos os dias lhe visitar antes de ir para o trabalho. Relatou que ao estar junto da filha, o marido demonstrava muito carinho, tocando-a e beijando-a e que participava dos cuidados como troca de fraldas, o preparo para o leite etc. “Maria Portugal 10” falou do apoio incondicional do marido.

- Sujeitos Brasil

- **“Maria Brasil 1”**

Procedente de Chaval-CE, 19 anos, cursou o Ensino Médio completo, não trabalhava, vivia em união estável com seu companheiro há cinco anos. Seu marido foi o seu primeiro namorado. Estava morando em Fortaleza-CE para trabalhar. Durante a gravidez, esteve em Fortaleza-CE com seu marido até os últimos meses, depois veio para sua cidade porque queria estar perto de sua mãe na hora do parto e também porque esta cuidaria dela após o nascimento do filho. Voltou a residir com seus pais, três irmãos e um cunhado (sua irmã mais velha era casada e também morava com os pais). Seu pai era agricultor e seu cunhado não tinha emprego fixo. A renda mensal da família era de um salário mínimo.

“Maria Brasil 1” parecia gostar muito de se divertir. Falou das praias de Fortaleza e do carnaval em uma praia próximo a sua cidade. Fez cinco consultas de pré-natal e todos os exames. É sua primeira filha. O bebê nasceu de parto normal e ficou hospitalizado com diagnóstico de prematuridade e desconforto respiratório. Já estava na Casa da Mamãe há nove

dias. Quase não recebia visitas da família. “Maria Brasil 1” justificou que era devido à distância do lugar onde moravam e à dificuldade com transporte. Disse que apesar de se relacionar muito bem com todas as mães que ficavam na Casa, estava sendo muito ruim ficar longe de sua família, que sua força e coragem para enfrentar essa situação vinham de Deus e afirma que... *ninguém jamais espera passar por isso...* Apresentava-se tímida, falava pouco, mas demonstrava simpatia e interesse pela participação no grupo. Participou da sessão preparatória e de mais três encontros (1º, 2º e 3º).

- **“Maria Brasil 2”**

Procedente de Carnaubal-CE, 19 anos, cursou o Ensino Médio incompleto. “Maria Brasil 2” não tinha emprego fixo e o marido era comerciante. Possuíam renda familiar mensal de, aproximadamente, dois salários. Foi casada com um homem que, segundo ela, “não lhe dava valor”. Proibiu-a de estudar, de ter amigos. Passou três anos namorando e três anos casada com esta pessoa. Gostava muito de dançar e ir a festas. Contou que... *só vivia no meio da rua...* Era dançarina de uma banda de forró, passava o tempo todo viajando, dançava muito e não lhe pagavam como devia, então acabou saindo, pois sua mãe insistia muito para que deixasse aquela atividade. Foi quando conheceu outro homem, mais velho do que ela, com 27 anos, viúvo e com uma filha de sete anos. Atualmente, “Maria Brasil 2” morava numa casa com seu marido e a enteada. Disse que ele também gostava muito de ir a festas, por isso combinavam tanto. Com apenas um mês de namoro passaram a viver juntos e, antes dos sete meses de união, engravidou:

... nunca pensei que pudesse engravidar tão rápido, porque no meu outro casamento passei três anos e nada... mas queria muito... a surpresa é que apareceram dois... Esperava não... esperava assim: desde criança eu tive vontade de ter gêmeos... (“Maria Brasil 2”).

Relatou que curtiu a gravidez, mas só não gostava porque não podia usar suas “roupinhas”, pois estava com a “barrigona”. Afirmou que tem um bom relacionamento com sua enteada e que tem muito carinho por ela. Fez seis consultas de pré-natal. Teve parto normal de gêmeos, que se hospitalizaram com diagnóstico de prematuridade. Não poder pegar nos seus bebês era o que a deixava mais triste: *... dá vontade de chorar... quando os vejo naqueles aparelhos, oxigênio... aqueles bichinhos disparando...* Também sofria porque sua mãe não podia vê-los de perto. Relatou que quando sua mãe foi lhe visitar ficou triste e quase chorou porque só viu os bebês pelo lado de fora da unidade neonatal, pela vidraça, também não pôde tocar nos netos. Só quem pôde entrar foi o pai dos bebês. *... a família fica o tempo*

todo mimando... São dois meninos, um está pesando 1300g e o outro 1200g. A puérpera acrescentou quanto à hospitalização dos filhos:

... Eles não falam nada, não explicam porque estão tomando soro... sou eu quem fico perguntando... se explicassem, a gente ficaria mais tranqüila, mas assim eu fico faltando chorar... (“Maria Brasil 2”).

Já fazia nove dias que “Maria Brasil 2” tinha sido admitida no hospital para parir e estava na Casa da Mamãe há dois dias. Disse que gostou de ter ido para esse local:

... aqui é melhor do que estar no hospital... aqui me sinto mais a vontade, mais em casa... lá (hospital) era o tempo todo mudando de parceira de quarto... sendo transferida de quarto... (“Maria Brasil 2”).

“Maria Brasil 2” era bastante sorridente, já no nosso primeiro contato falou bastante e sempre sorrindo, apesar de nos momentos em grupo demonstrar-se ainda tímida. Participou da sessão preparatória e do 1º ao 7º encontro. Foi uma das mães que mais participou do grupo, pois seus bebês demoraram a receber alta.

- **“Maria Brasil 3”**

Procedente de Caracará, distrito de Sobral-CE, 26 anos, casada há sete anos, cursou o Ensino Fundamental completo, não trabalhava. Há quatro meses, voltou do Rio de Janeiro-RJ, onde o marido tinha ido procurar emprego; e foi morar em Caracará, na casa de sua mãe. Morava com seu marido, um filho, seus pais e quatro irmãos. A renda familiar mensal era de dois salários mínimos. Falava sempre de sua mãe com muito carinho e emoção. Disse: *... todo mundo quer estar perto das mães...* Sua sogra morava em Sobral-CE, próximo à Casa da Mamãe e aparecia sempre para visitá-la. “Maria Brasil 3” parecia ter relacionamento satisfatório com sua família e também com a de seu marido. Iniciou seu pré-natal no Rio de Janeiro e continuou em Sobral-CE. Fez quatro consultas de pré-natal. Era sua terceira gravidez, destas, uma gravidez foi única e duas foram gemelares. A segunda gestação foi de gêmeos, mas abortou os dois fetos. Nessa terceira, teve um bebê natimorto e o outro nasceu prematuro de parto cesáreo. Emocionou-se ao falar de sua gravidez.

... eu já tinha quase certeza que eram gêmeos... um mês já dava pra saber...o primeiro já tinha sido...mas na minha família nunca tinha nascido ninguém gêmeos, as netas...ninguém...só tinha a minha avó e a avó dele... (“Maria Brasil 3”).

Contou que sua mãe e seu marido ficaram muito alegres quando souberam que estava grávida de gêmeos novamente e que o seu marido chorou de tanta felicidade.

Demonstrou tristeza ao lembrar-se da alegria que foi saber que estava grávida de gêmeos novamente e constatar que naquele momento só lhe restava um bebê. Já havia passado pela experiência de hospitalização de seu primeiro filho, que ficou internado em Fortaleza-CE por um mês. Falou das relações com as outras mães enquanto estava no hospital, de como se tornaram verdadeiras amigas e de como isso lhe ajudou a superar as dificuldades. Esperava que na Casa da Mamãe também pudesse ser assim. Acreditava que o apoio de sua família também fosse fundamental para enfrentar essa situação. Havia chegado à Casa no dia anterior. Participou de quatro encontros (1º ao 4º).

- **“Maria Brasil 4”**

Procedente de um distrito de Viçosa do Ceará (Sítio Boqueirão do Cazuzá), 35 anos, analfabeta, sem trabalho remunerado fora de casa, união estável há quase vinte anos o marido era agricultor, não tinha renda fixa e ganhava aproximadamente menos de um salário mínimo. Morava com o marido e os filhos. Fez apenas três consultas de pré-natal. Teve parto normal de trigêmeos, que se hospitalizaram por prematuridade. Tinha ainda outros cinco filhos (19, 18, 15 e 12 anos e 18 meses). Disse: ... *eu não sabia que eram três... pensava que eram apenas dois...* “Maria Brasil 4” tinha dificuldades de expressão e de compreensão. Não entendia o que era dito e nem o que lhe era perguntado. Também, muitas vezes, não foi possível compreender o que ela estava querendo dizer. Estava há dois dias na Casa da Mamãe. Participou de quatro sessões, do 2º ao 5º encontro.

- **“Maria Brasil 5”**

Residia em Sobral-CE, 25 anos, Ensino Médio completo, empregada doméstica, renda familiar de menos de um salário mínimo, união estável há mais de 10 anos. Relatou que foi morar com o companheiro aos 14 anos e teve uma filha aos 15, que estava agora com 7 anos. Morava só com o marido e a filha. Tinham muitos conflitos e separaram-se por diversas vezes. Ela foi morar uma época no Rio de Janeiro - RJ, passou dois anos e engravidou de outra pessoa. Quando voltou, reatou com o ex-marido e ele não sabia que ela estava grávida e que o filho não era seu. Só soube depois do nascimento. Confessou tudo isso de forma espontânea. Parecia triste e preocupada com tudo isso. Fez sete consultas de pré-natal, era a sua segunda gravidez. Teve parto cesáreo e sua filha ficou hospitalizada por uma má formação neurológica a esclarecer.

Já tinha vivenciado a experiência da hospitalização da sua primeira filha, ainda recém-nascida, quando ficou no hospital por sete dias. No entanto, refere que dessa vez também foi difícil:

... eu já tinha passado, mas a gente não se conforma naquele momento... porque todo pensamento de toda mulher que vai ter nenê é aquela preocupação... vir pra casa e arrumar o berço e as coisas... ninguém passa pela cabeça isso, acho que mãe nenhuma não pensa em ficar ali, em ter de sete meses, de seis meses, de oito meses... foi difícil do mesmo jeito... até mesmo porque já está um espaço de tempo bem longo... já fazem 7 anos... eu já tinha até esquecido...e também eu era muito nova... (“Maria Brasil 5”).

Apesar de parecer triste, referia ter o apoio de sua mãe e isso lhe confortava. Disse que gostava muito da Casa da Mamãe e que se relacionava com as outras mães, porém confessou que havia umas mães mais complicadas do que outras, que tentava lidar com isso com tranqüilidade e que estava dando certo. Participou do 3º ao 6º encontro do grupo.

- **“Maria Brasil 6”**

Era procedente de Camocim-CE, 27 anos, cursava o Ensino Superior, casada há 5 anos, professora, com renda familiar mensal de aproximadamente, quatro salários mínimos, morava só com o marido. Primípara. Teve gravidez gemelar, sendo que um bebê ficou alojado na trompa e o outro no útero. Fez salpingectomia (cirurgia para retirada da trompa) e só depois descobriu que o outro bebê que estava no útero havia sobrevivido e ela continuava grávida. Disse: *... foi uma gravidez cheia de complicações e surpresas...* Fez todas as consultas de pré-natal, mais de oito consultas, mas seu bebê nasceu prematuro de parto cesáreo. Relata em relação à experiência que estava vivenciando:

... porque quando a gente tem um filho que é prematuro, tem que ficar aqui (Casa da Mamãe)... a gente recebe aquele impacto... é tão impactante... que a gente quer desesperar... sem saber o que fazer, cheguei até a tomar antidepressivo... fica sem acreditar... acho que todo mundo sentiu isso... mas já estou mais calma, já estou me adaptando... não estou tanto pensando o dia que ele vai sair, mas quando ele vai ficar bem, agora já estou mais conformada... (“Maria Brasil 6”).

O marido sempre ia lhe visitar e de vez em quando ligava para o celular da esposa. “Maria Brasil 6” demonstrava ser uma pessoa calma e centrada. Confessou que nos primeiros dias quando chegou à Casa não conversava muito com as outras mães, mas que aos poucos foi

se relacionando melhor com todas. Há dois dias na Casa, integrou-se ao grupo no 4º encontro e continuou sua participação até o 7º encontro.

- **“Maria Brasil 7”**

Era de localidade chamada Primavera, distrito de Santana do Acaraú-CE, 39 anos, tinha o ensino fundamental incompleto, casada há 13 anos, não trabalhava, morava só com o marido, que era agricultor. Possuíam renda familiar mensal de menos de um salário mínimo. Contou que o lugar onde mora não tinha água antigamente, não tinha luz e que por meio de uma associação e com a luta da comunidade unida conseguiram melhorias para o lugar:

“... uma cisterna, com água boa para beber... e agora estou contente porque meu esposo veio me visitar e já me deu a notícia de que já foram ligar a luz...” (“Maria Brasil 7”).

Era sua segunda gravidez. O primeiro filho evoluiu para óbito neonatal precoce. “Maria Brasil 7” falava de seu primeiro filho com muito pesar e como se o tivesse perdido recentemente. Passou nove anos para engravidar novamente. Disse: *... eu não evitava, mas não conseguia engravidar...* Realizou quatro consultas de pré-natal. Relatou: *Fui fazer o pré-natal e não sabia que a pressão tinha subido... me mandaram pra cá...* Teve parto cesáreo e o bebê ficou hospitalizado com diagnóstico de prematuridade extrema. O marido, sempre que podia, vinha lhe visitar. “Maria Brasil 7” relatou sobre a dificuldade com transportes em sua cidade. Disse que tinha muita fé em Deus e rezava para que seu filho se recuperasse logo. “Maria Brasil 7” também apresentava limitações em relação à compreensão do que lhe era perguntado e para se expressar. Porém, melhor do que “Maria Brasil 4”, conseguia concluir seu pensamento, a idéia que estava expondo. Estava há dois dias na Casa quando entrou para o grupo. Foi uma das mães que teve maior freqüência no grupo, participou de oito encontros (da 6ª. a 13ª. sessão).

- **“Maria Brasil 8”**

Residia em Camocim-CE, 19 anos, cursava o Ensino Fundamental, solteira, morava na casa em que trabalhava de empregada doméstica, cuja proprietária também era sua professora e “Maria Brasil 8” a considerava como sua mãe. Sobre sua verdadeira família, “Maria Brasil 8” vivenciava conflitos, pois não aceitaram sua gravidez. Seus pais moravam em Amarelas, distrito de Camocim-CE. Sua professora dava aula nesse lugar, quando a conheceu e se sensibilizou com sua situação, convidando-a para morar com ela. Disse que sua mãe a abandonou e afirmou: *... tenho mãe, mas é mesmo que não ter...* Parecia muito magoada

com seus pais. Falou que eles não vieram lhe visitar, nem telefonaram para saber como ela estava e finalizou: ... *nem sabem o que aconteceu...* Confessou isso quase chorando e complementou: “... *eu sofri muito porque logo no momento que eu mais precisei... eles não estavam...*”. Contou que sua professora já tinha lhe visitado e de vez em quando telefonava para saber como ela estava. Fez quatro consultas de pré-natal. Era seu primeiro filho, nasceu prematuro de parto cesáreo. “Maria Brasil 8” parecia ter menos idade do que tinha, apresentava postura e expressões infantis. Chegou à Casa no mesmo dia em que iniciou sua participação no grupo. Participou de seis sessões, do 6º ao 11º encontro.

- **“Maria Brasil 9”**

Procedente de Caiçara, distrito da cidade de Cruz - CE, mas era natural da Bahia. Já tinha morado há um tempo no Rio de Janeiro - RJ e há alguns meses, ela e o marido compraram um sítio em Caiçara, onde agora moravam sozinhos. Era casada há mais de 10 anos, tinha 28 anos, Ensino Fundamental completo. Não tinham renda fixa, mas o rendimento familiar mensal era de, aproximadamente, dois salários mínimos. Falou de sua “filosofia de vida”, que era trabalhar, viver do artesanato e de uma forma livre, sem apego às coisas materiais. Segundo ela: “*vivia muito na estrada com seu marido há 9 anos.*” Iniciou seu acompanhamento pré-natal no Rio de Janeiro – RJ. Veio para o Ceará quando estava com cinco meses de gestação e continuou suas consultas de pré-natal em Caiçara. Realizou quatro consultas. Teve parto normal, era seu primeiro filho. O bebê ficou hospitalizado com diagnóstico de prematuridade. Parecia ansiosa quanto à experiência da maternidade, não somente pelo fato de seu filho estar hospitalizado, mas, principalmente, em relação aos cuidados com o bebê. Revelou: *...não tenho ninguém para fazer um papel de mãe, irmã, ou de amiga... só sou eu e o meu marido, são só nós dois...*(“Maria Brasil 9”) . Falou de seu marido demonstrando muito amor, disse que ele sempre vem lhe visitar. Contou que sua irmã tinha vindo de São Paulo pra encontrá-la, mas que talvez não fosse possível as duas se reencontrarem pois a irmã só tinha quinze dias de férias e ainda não tinha ido visitá-la. Esperava sair do hospital a tempo, pois a irmã estava em sua casa (no sítio) sozinha. Apesar de relatar isso, não demonstrava desespero, parecia tranqüila ou talvez conformada em relação ao tempo de espera pela alta do filho. Afirmou que iriam continuar suas vidas viajando. Iria esperar apenas seu filho ficar com, aproximadamente, quatro meses e continuaria suas viagens que estavam programadas para o Mato Grosso do Sul e Acre. Complementou:

... para a questão da escola vou tentar passar um tempo aqui... tenho uma casa no Rio...vai ser um tempo lá e outro cá... o meu filho vai ser

uma mistura de cultura cearense com carioca... (risos) (“Maria Brasil 9”).

“Maria Brasil 9” parece adotar um estilo “hippie” de ser. Possui tatuagens no corpo e fala o quanto gosta da natureza. Também demonstra não se preocupar com o que os outros pensam sobre ela, fala de sua vida sem restrições. É bastante comunicativa e positiva no grupo e, com isso, parece ganhar a simpatia das outras mães. Participou da 8^{a.} a 11^{a.} sessão.

- **“Maria Brasil 10”**

Procedente de Sobral-CE, 38 anos, possui o Ensino Médio completo, trabalha ela e seu marido como auxiliar de produção numa empresa de calçados. Casada há mais de 12 anos, morava com o esposo e a filha. Sua renda familiar mensal era de dois salários mínimos. “Maria Brasil 10” revelou que sempre trabalhou como empregada doméstica e foi um sonho ter conseguido emprego nessa fábrica de “carteira assinada”. Seu marido e sua mãe iam lhe visitar sempre que podiam. Fez oito consultas de pré-natal. Teve parto cesáreo e seu bebê foi hospitalizado por baixo peso. Era seu segundo filho, tinha uma filha de 11 anos. Disse que era como se fosse a primeira gravidez. Contou que o momento de nascimento da primeira filha foi de muita felicidade mas também vivenciou sua hospitalização diversas vezes, pois a mesma tinha asma. Disse: *... fazia quatro meses que eu tentava, não esperava que meu filho nascesse prematuro, que ficasse nos aparelhos...*(“Maria Brasil 10”)

“Maria Brasil 10” relatou que quando estava no hospital, antes de ir para a “Casa da Mamãe, toda vez que ia ver seu bebê no berçário chorava muito. Até que foi para a Casa e conheceu “Maria Brasil 9”, com quem simpatizou muito e quem lhe deu muita força:

... quando eu fui à tarde ver meu filho, eu já fui com outro pensamento, já fui melhor, passei a falar com ele, a pegar... porque eu só fazia chorar... e meu menino foi melhorando depois que eu comecei ter o pensamento positivo... e a tendência é que ele vai melhorar mais...hoje cheguei e ele já estava sem aparelho, a tarde já abriu os olhos que eu não tinha visto ainda... (“Maria Brasil 10”).

Nesse momento sorriu, demonstrando sua alegria. Era comunicativa, simpática e interessada pelo grupo. Chegou ao grupo na 9^{a.} sessão, seu primeiro dia na Casa, e participou até o 12^{a.} sessão.

- **“Maria Brasil 11”**

Procedente da zona rural de São Benedito-CE (Sítio Pimenteira), 15 anos, vivia em união estável desde os 14 anos, não trabalhava, parou de estudar sem completar o Ensino Fundamental, morava com os pais de seu marido, que tinha ainda três irmãos. A renda familiar era menos que um salário mínimo por mês. Era seu primeiro filho. Fez cinco consultas de pré-natal, teve parto normal ao sétimo mês de gestação, seu filho foi hospitalizado por prematuridade e estava em estado de saúde grave. Demonstrava ser muito tímida, quase não falava. Seu primeiro dia na Casa também foi seu primeiro dia no grupo. Participou do grupo, nas sessões de número 9 a 12.

- **“Maria Brasil 12”**

Procedente de Sobral-CE, 17 anos, cursou o Ensino Fundamental incompleto, não trabalhava, não possuía renda fixa, vivia com o que ganhava de um projeto social para gestantes em risco. Solteira, morava só com uma irmã de 16 anos. Aos 14 anos, o pai de seu filho foi morar com ela, passaram três anos juntos, mas se separaram durante a gravidez. Contou que:

... quando meus pais se separaram deixaram eu e minha irmã sozinha, a gente tinha 12 anos...eu fui procurar uma pessoa para formar uma família comigo... escolhi uma pessoa, acho que era a pessoa certa... mas aconteceu tanta coisa... (“Maria Brasil 12”).

Fez cinco consultas de pré-natal, teve parto normal prematuro e era seu primeiro filho. Disse que sua mãe a acompanhou quando veio em trabalho de parto para a maternidade e que tinha ficado com ela somente até a hora de parir. Falava como se não tivesse um relacionamento amistoso com sua mãe, pois afirmou que depois dali nem se lembrava mais de sua mãe, que não sentia sua falta e que a mesma não vinha lhe visitar. Parecia tímida, mas respondia às perguntas com prontidão e tranqüilidade. Estava há dois dias na Casa da Mamãe. Chegou ao grupo na 10ª. sessão e participou até a 14ª.

- **“Maria Brasil 13”**

Procedente de Bela Cruz-CE, 24 anos, casada há quase 10 anos, ensino fundamental incompleto, não trabalhava, renda mensal de menos que um salário mínimo. Era a sua quarta gravidez, mas só tinha dois filhos vivos em casa (2 e 4 anos), o outro tinha morrido. Morava só com o marido e os filhos. Disse que seus filhos estavam com sua mãe e contou que um dia seu marido veio lhe visitar e trouxe a filha mais nova:

... não agüentei comecei a chorar... as meninas dizem tu é doida, porque que tu chora?... minha mãe diz que eles estão bem... mas a gente chora não é porque fica preocupada...é porque fico com saudade... (“Maria Brasil 13”).

“Maria Brasil 13” fez seis consultas de pré-natal, teve parto normal no oitavo mês de gestação e seu filho ficou hospitalizado com diagnóstico de infecção neonatal. Confessou em relação as suas gravidezes:

... é bom por um lado e outro não... é bom porque o bebê nasce a gente caduca assim, mas é ruim por causa das dores...tanto é ruim para ter como é ruim para criar... mesmo assim ruim já tive quatro (risos), mas não quero mais não (“Maria Brasil 13”).

Era a primeira vez que “Maria Brasil 13” vivenciava a hospitalização de um filho. Parecia triste e apática. Disse: *... meus outros filhos nunca precisaram ficar internados... peço a Deus força para me conformar.* Estava há dois dias na Casa, chegou ao grupo na 10^a. sessão e permaneceu até a 14^a.

- **“Maria Brasil 14”**

Residia em Forquilha - CE, 15 anos, solteira, parou de estudar, não concluindo o Ensino Fundamental, não trabalhava, morava com seus pais e mais três irmãos mais novos que ela. Somente o seu pai trabalhava na família e a renda mensal era de menos de um salário mínimo. Era seu primeiro filho, confessou que sua gravidez não era desejada e não foi planejada, complementa: *... o pai do meu filho não era nem meu namorado...* Fez cinco consultas de pré-natal, teve parto normal e seu filho hospitalizou-se com diagnóstico de prematuridade. “Maria Brasil 14” era muito tímida, ficava de cabeça baixa todo o tempo e não conversava com as outras mães, quase não falava nada, nem ao que lhe era perguntado. No dia em que chegou à Casa, participou da 11^a. a 14^a. sessão de grupo.

- **“Maria Brasil 15”**

Procedente de Guaraciaba do Norte - CE, 48 anos, Ensino Fundamental incompleto, casada pela segunda vez, não trabalhava, renda familiar mensal de um salário mínimo. Era seu segundo filho, o primeiro já tinha 12 anos. Morava só com o marido e o filho. “Maria Brasil 15” confessou que sua gravidez não fora planejada, que seu filho não era esperado. Contou que o outro filho foi do seu primeiro marido e que as pessoas perguntavam se não gostaria de ter um filho do seu segundo marido. Ela disse que não pretendia ter outro filho:

“... eu não queria mais ter, mas não preveni... dizia só se for uma coisa de Deus... meu marido é muito calmo, não tem opinião, não opina em nada e nunca cobrou um filho, para ele tanto faz como tanto fez... até porque ele já é idoso... ele é uma pessoa maravilhosa, mas quem resolve tudo sou eu” (Maria Brasil 15).

No entanto, complementou: *... mas nem por isso vou rejeitar... vou amar do mesmo jeito, apesar de não estar esperando...* Fez quatro consultas de pré-natal, teve parto cesáreo, o recém-nascido foi hospitalizado com diagnóstico de infecção neonatal. Disse:

... é como se fosse o primeiro... aliás, esse está bem mais complicado... o primeiro foi tudo normal, era bem maior e nasceu bem... esse está tudo diferente, é pequenininho, foi tirado antes do tempo... velha não tem mais força (risos)... não é a mesma coisa, é muito diferente, porque não tem mais a mesma energia... mas está tudo bem... (“Maria Brasil 15”).

“Maria Brasil 15” apresentava edema nos membros inferiores, parecia cansada e triste, mas interagiu com as outras mães. No seu primeiro dia na Casa, já participou da 11ª sessão indo até a 14ª.

- **“Maria Brasil 16”**

Residia em Camocim-CE, 19 anos, Ensino Médio incompleto, casada há um ano, não trabalhava, renda familiar de, aproximadamente, um salário mínimo. Era sua primeira gravidez, mas criava um filho de seu marido desde que a criança tinha quatro meses de idade. Sobre isso, disse:

... crio como se tivesse tido ele... conheci o meu marido através desse nenê... e cuidava dele porque ela (mãe do bebê) morava vizinho lá em casa... tinha um carinho muito grande por ele... era abandonado pela mãe...ele me chama de mãe... agora tive uma menina e ficou um casal... (“Maria Brasil 16”).

Fez seis consultas de pré-natal, teve parto cesáreo, o bebê nasceu prematuro e com infecção neonatal. Morava só com o esposo e o enteado, que tinha ficado com o pai e sua mãe (avó). Contou que, antes de se casar, morou por um período com sua avó, mas sentia muita falta de sua mãe. Disse que depois que se casou, todos os dias ia à casa de sua mãe, mesmo quando morava mais distante, sempre ia visitá-la. Demonstrava estar com muitas saudades de sua família e quase não tinha recebido visitas. Também parecia que “Maria Brasil 16” não se conformava com a situação que vivenciava, pois estava muito triste e chorou muito. Chegou ao grupo a partir da 11ª sessão, seu segundo dia na Casa, e participou até a 14ª sessão.

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Anexo B – Autorização Comissão de Ética – Hospital Portugal