

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

TATIANA CHLAEM

**Educação em saúde: avaliando o aprendizado imediato de
puérperas através da dinâmica de grupos**

Porto Alegre

2004

Biblioteca
Esc. de Enfermagem da UF RGS

TATIANA CHLAEM

**Educação em saúde: avaliando o aprendizado imediato de
puérperas através da dinâmica de grupos**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em
Enfermagem na Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Enfermeiro.

Orientadora: Ms. Annelise de Carvalho Gonçalves

Porto Alegre

2004

AGRADECIMENTOS

À minha família, obrigada Raphael, meu irmão, por me ensinar que as pessoas são diferentes, e que são estas diferenças que enriquecem o mundo; vó Sarha e tia Flora, a dedicação incondicional de vocês foi (e ainda é) o que nos possibilitou crescer, criar asas, e agora voar; e Rebeca, minha mãe, a mulher mais guerreira e maravilhosa do mundo, obrigada por acreditar nas minhas capacidades, agüentar minhas “crises” sem desistir de ficar ao meu lado, me proporcionar o possível e o impossível, por querer me ver sempre feliz! Essa conquista é, como todas as outras, e ainda as que estão por vir, NOSSA!

Ao meu namorado, Eduardo, que me acompanhou em todas as etapas da faculdade, e tantos outros momentos, simplesmente obrigada por estar sempre comigo e me amar;

À minha orientadora, Prof^a Annelise, um exemplo profissional a ser seguido, obrigada por ter aceitado me acompanhar nessa etapa, pelos momentos de orientação, apoio, desabafos, troca de idéias, e até mesmo planos para o futuro;

À Luisa Jussara Coelho, estatística que me socorreu em um dos momentos de “desespero”, revelou os resultados desse estudo de maneira estimulante, e mostrou-se especialmente afetuosa e disponível, obrigada;

À minha colega e grande amiga Thais que, além de me ensinar como fazer os gráficos, se faz presente em todos os momentos, me escutando, incentivando, e ajudando a construir minha identidade como profissional, e também à Débora, Giovana e Rosiele, obrigada;

Às enfermeiras da Unidade de Internação Obstétrica do HCPA, que me apoiaram, em especial à Enfermeira Maria Luiza, que me acolheu, acreditando na minha idéia e aceitando com receptividade a minha “intromissão” nas suas atividades nos grupos, obrigada, e

Às pacientes que participaram desse estudo, por permitirem que eu me aproximasse e interagisse com elas e seus bebês, proporcionando momentos inesquecíveis de ensino e aprendizagem, muito obrigada!

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade das participantes	24
Gráfico 2 - Número de filhos das participantes	25
Gráfico 3 - Número de filhos que as participantes tiveram no Hospital de Clínicas	25
Gráfico 4 - Número de consultas de pré-natal feitas pelas participantes	26
Gráfico 5 - Participantes que já assistiram algum grupo de mães	27
Gráfico 6 - Grau de escolaridade das participantes	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - O bebê que mama no peito precisa também receber água ou chá nos intervalos das mamadas	29
Tabela 2 - É o bebê quem faz os horários das mamadas	30
Tabela 3 - O bebê deve mamar 15 minutos em cada seio a cada mamada	31
Tabela 4 - O leite do final da mamada é mais rico em gordura, o que ajuda o bebê a ganhar peso	32
Tabela 5 - Para o bebê mamar corretamente, ele só precisa abocanhar o mamilo (bico do peito) da mãe	33
Tabela 6 - Quando a aréola (parte marrom escura do peito) está macia, o bebê consegue pegar melhor e isso previne a rachadura do mamilo	34
Tabela 7 - O banho diário da mãe é suficiente para a higiene de suas mamas	35
Tabela 8 - É recomendado que a mãe passe seu próprio leite no mamilo (bico do peito) e aréola (parte marrom escura do peito) após cada mamada	36
Tabela 9 - Não é importante o tipo de sutiã que as mães que amamentam devem usar	37
Tabela 10 – Avaliação global do pré e pós-teste	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	9
3 REFLEXÕES SOBRE A TEMÁTICA DO ESTUDO.....	10
3.1 Puerpério	10
3.2 Alojamento Conjunto	13
3.3 Educação para a Saúde e Grupos	17
4 METODOLOGIA.....	19
4.1 Caracterização do Estudo	19
4.2 Local de Realização do Estudo	19
4.3 Descrição da dinâmica de grupos na UIO	20
4.4 Amostra	20
4.5 Coleta de Dados	21
4.6 Análise dos Dados	22
4.7 Aspectos Éticos	22
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	45
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	46
ANEXO A – Dez Passos para Promover o Aleitamento Materno	47
ANEXO B – Termo de Aprovação pelo GPPG do HCPA	48

1 INTRODUÇÃO

Puerpério, segundo Stetson (2002, p. 415), “é o intervalo de seis semanas entre o nascimento do neonato e o retorno dos órgãos reprodutores ao estado não-grávido normal”. Neste período, não ocorrem somente transformações fisiológicas. A adaptação à maternidade/paternidade é também caracterizada pelas mudanças de comportamento, assumindo as responsabilidades e habilidades para com o bebê (EDWARDS, 2002). A fim de que ocorra a adaptação da mulher ao seu papel de mãe, ela deve permanecer com o seu bebê todo o tempo, aprendendo a conhecer, conviver e suprir suas necessidades. Para viabilizar este processo, é criado o sistema de Alojamento Conjunto (AC), que objetiva fornecer acompanhamento e suporte profissional à nova estrutura familiar.

Assim, o alojamento conjunto é reconhecido como um grande aliado dos profissionais pois “é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe 24 horas por dia em um mesmo ambiente até a alta hospitalar” (GIUGLIANI, 2001, p. 313), sendo obrigatório no país em todas as maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde desde 1993.

A Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi implementada em 1980, operacionalizando suas atividades desde esta data através do sistema de Alojamento Conjunto (AC).

Em função de altos índices de desmame precoce no Brasil, surgiu a necessidade de implementações nessa área, e assim houve a adesão do Ministério da Saúde brasileiro à proposta da Iniciativa Hospital Amigo da Criança que

foi idealizada em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover,

proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (BRASIL, 2001).

Desde 1997, o HCPA tem o título de “Hospital Amigo da Criança”, e implementa os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (ANEXO A), o que reforça o interesse dessa instituição na promoção da saúde dos bebês que ali nascem.

No sistema de AC do HCPA, o tempo médio de permanência da mãe e do bebê no hospital é de 48 horas, quando realizado parto normal, e de 72 horas, quando realizado parto cesáreo. Deve-se, durante esse tempo, realizar avaliações do estado de saúde de ambos, e desenvolver com essa mãe a educação sobre cuidados com o bebê, com ela própria, sobre amamentação, entre outros. As ações educativas realizadas podem ser divididas em dois tipos: individualizadas, executadas por todos os profissionais que prestam assistência à mãe e ao bebê, e em grupos, executadas por uma enfermeira que trabalha na unidade. Smeltzer e Bare (2002, p. 39) afirmam que educação para a saúde é a principal responsabilidade da profissão de enfermagem, pois é um dos determinantes de “como os indivíduos e as famílias são capazes de ter comportamentos que conduzam a um ótimo autocuidado”.

No decorrer das etapas da minha formação acadêmica, as experiências que mais contribuíram para a minha realização pessoal foram aquelas diretamente relacionadas à educação para a saúde. Fascina-me a idéia de participar da vida das pessoas e poder ajudá-las a se tornar mais confiantes em si mesmas e mais preparadas para enfrentar as diversas situações que a vida impõe. Todas as áreas pelas quais passei proporcionaram-me, com satisfação, momentos enriquecedores, mas foi com a área da saúde da mulher que me identifiquei de forma particular, tendo desenvolvido meu trabalho de forma especialmente prazerosa e motivada.

Durante o estágio que desenvolvi na disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher, pude vivenciar as dinâmicas educativas que são realizadas no AC do HCPA, tendo as atividades de grupo me chamado a atenção de maneira especial. Naquela ocasião, todas as alunas do campo de estágio desenvolveram juntas um grupo para as puérperas de uma determinada enfermaria, sendo que algumas delas ainda estavam acompanhadas de algum familiar (do pai do bebê ou a sua mãe). A experiência foi muito rica, tanto para as puérperas e seus familiares, quanto para as alunas, o que aumentou, ou mesmo definiu o meu interesse pela área da saúde da mulher juntamente com a educação em saúde.

A relevância deste estudo está na possibilidade de avaliar a metodologia de grupos utilizada como parte de um sistema de orientação às puérperas internadas no Alojamento Conjunto do HCPA, buscando contribuir, através dos resultados deste, para a melhoria da assistência prestada.

2 OBJETIVO

O objetivo dessa pesquisa é avaliar o aprendizado imediato da puérpera que participa do grupo de mães realizado no sistema de Alojamento Conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3 REFLEXÕES SOBRE A TEMÁTICA DO ESTUDO

A seguir serão desenvolvidas algumas reflexões pertinentes a esse estudo.

3.1 Puerpério

Neto (2000, p.355) define puerpério como “período variável, de evolução diferente de mulher para mulher, onde concomitante ao efetivo exercício da maternidade a mulher experimenta profundas modificações genitais, gerais e psíquicas”, tendo seu início marcado pela expulsão da placenta e das membranas ovulares, conforme afirmam também Mello e Neme (1995). Esses autores dividem o puerpério em três etapas distintas: puerpério imediato (do primeiro ao décimo dia), puerpério tardio (do 11º ao 45º dia), e puerpério remoto (a partir do 46º dia, até a completa recuperação das alterações decorrentes da gestação).

As principais mudanças anatômicas e fisiológicas do puerpério ocorrem, conforme Stetson (2002), nos sistemas reprodutivo, endócrino, urinário e gastrintestinal, no abdome e nas mamas.

A involução uterina (processo que se dá através das contrações da musculatura uterina lisa) inicia imediatamente após a dequitação da placenta. Os lóquios, “fluxo genital decorrente da drenagem uterina puerperal” (NETO, 2000, p. 355), são inicialmente sangüíneos (vermelho-vivo), tornando-se, com o decorrer dos dias, acastanhados ou róseos. Podem conter pequenos coágulos de sangue. Stetson (2002) ressalta que o fluxo deve diminuir ao longo dos dias.

A vagina retorna gradativamente ao tamanho e aparência pré-gestacional em seis a oito semanas. Neto (2000, p. 355) afirma que “lacerações pequenas são freqüentes e cicatrizam espontaneamente”, a presença de botões hemorroidários é freqüente e sua regressão costuma ser espontânea. Stetson (2002, p. 418) descreve o intróito vaginal, inicialmente, como “eritematoso e edemaciado, especialmente na área da episiotomia ou da reparação da laceração”.

A expulsão da placenta gera mudanças hormonais significativas, diminuindo consideravelmente os níveis de estrogênio e de progesterona. Os níveis de prolactina, que aumentaram gradativamente durante a gestação, mantêm-se elevados nas mulheres que amamentam, suprimindo a ovulação.

Alguns fatores podem levar à distensão da bexiga (redução do reflexo urinário, aumento da capacidade da bexiga, volume aumentado de diurese logo após o parto, entre outros). Com o seu esvaziamento adequado, o tônus geralmente restaura-se entre cinco a sete dias após o parto. “O relaxamento da musculatura abdominal e perineal, a episiotomia e hemorróidas, podem retardar a primeira evacuação pós-parto” (NETO, 2000, p. 356). Também a analgesia e/ou a anestesia influenciam o retorno à tonicidade e à motilidade intestinais normais (STETSON 2002).

O abdome distendido da puérpera, nos primeiros dias pós-parto, faz com que ela permaneça com aparência de grávida. Sua musculatura abdominal necessita de aproximadamente seis semanas para retornar ao seu estado pré-gestacional.

Lowdermilk (2002) descreve que as mamas começam a se modificar desde o início da gestação, devido aos altos níveis de estrogênio e progesterona. Mamilo e aréola tornam-se mais pigmentados, os vasos sangüíneos ficam aparentes, e as mamas crescem de tamanho por causa do crescimento do tecido glandular mamário. O colostro, “líquido cremoso, branco-amarelado anterior ao leite” (p. 207), pode ser encontrado desde aproximadamente a metade

da gestação. Segundo Alden (2002), logo após o parto há uma queda acentuada nos níveis de estrogênio e progesterona, o que desencadeia a liberação de prolactina. Junto com a ocitocina, estes dois hormônios são os responsáveis pela produção e ejeção do leite materno.

Desde a notícia de uma gestação, os membros de uma família se mobilizam em torno de expectativas e outros sentimentos relacionados ao novo membro desse grupo, o bebê, e também aos novos pais. Estes precisam de todo o período da gestação para que possam se adaptar a essa condição, pensar sobre o que esta significa, e começar a assumir seus novos papéis. Para Saunders (2002, p. 221), “a maioria apresenta sentimentos ambivalentes [...] é considerada uma resposta normal para as pessoas que se preparam para um novo papel”. Este processo de transição, seguindo o que diz Edwards (2002), acaba quando os pais sentem-se confortáveis e confiantes quanto ao desempenho de seus papéis.

Para Espírito Santo e Berni (2001), a assistência de enfermagem no puerpério tem como objetivo principal facilitar a adaptação da mulher às alterações físicas e emocionais que vivencia e desenvolver habilidades que proporcionem segurança no cuidado com seu filho, preparando-a, desde o início, para a alta hospitalar. Devemos incluir a família neste contexto, principalmente o pai do bebê, sempre que possível. As autoras ressaltam a importância dessa interação no estabelecimento e/ou no fortalecimento dos laços afetivos entre pai e filho, e também para a manutenção, juntamente com a mãe, de todos os cuidados que o bebê necessita. É de conhecimento dos profissionais da área da saúde que determinantes culturais, principalmente os hábitos diários e as rotinas familiares, condicionam e/ou regem o comportamento de cada núcleo familiar. Partindo desse ponto importante, considero fundamental a inclusão da família, em especial dos componentes desse núcleo familiar, nos momentos de interação da equipe com a puérpera, para que todos recebam as mesmas informações, possam resolver suas dúvidas, de modo que a família e a equipe de saúde estejam em sintonia ao orientar e apoiar a puérpera durante e após a alta hospitalar. A

presença do pai do bebê e/ou da família junto à puérpera é fundamental para o sucesso tanto do aprendizado, quanto do cuidado domiciliar.

A equipe de enfermagem pode e deve proporcionar oportunidades para os pais vivenciarem os cuidados com o bebê no hospital, buscando fazer com que os pais, principalmente os inexperientes, comecem a se sentir confiantes e competentes em seus novos papéis (EDWARDS, 2002). Carpenito (2002, p. 557) afirma que “fortalecer as habilidades de autocuidado do cliente pode aumentar sua sensação de controle e independência, promovendo um bem-estar geral”. A enfermeira participa de várias atividades frente ao plano de cuidados, contudo o mais importante, ressaltado por Stetson, é “a estimulação da paciente proporcionando encorajamento e apoio quando ela começa a assumir as múltiplas tarefas da maternidade” (2002, p. 436).

3.2 Alojamento Conjunto

Alojamento Conjunto (AC) é um sistema hospitalar em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe em um mesmo ambiente, durante as 24 horas do dia, até a alta hospitalar de ambos (BRENELLI, 1995; GIUGLIANI, 2001; MIRANDA e UNGERER, 2000; MONTICELLI, 2000). Esse sistema, segundo Monticelli (2000), conta com a atuação de uma equipe multiprofissional que inclui enfermeiros e auxiliares de enfermagem, médicos obstetras e neonatologistas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Tem como objetivos, conforme listam Rigatti (1997) e Brenelli (1995), propiciar a interação afetiva entre pais e filho; estimular os pais a realizar os cuidados com o bebê, ensinando-os e/ou valorizando suas experiências anteriores; incentivar a amamentação sob

livre demanda, aumentando os índices de aleitamento materno, e também otimizar a utilização das unidades de cuidados especiais para recém-nascidos, além de diminuir a incidência de infecções nos mesmos.

Ungerer e Miranda (1999), em uma revisão bibliográfica sobre a trajetória do AC, relatam que

até o final do século XIX [...] dava-se à luz em casa, com uma parteira [...] e, naturalmente, a única forma existente para se manter um bebê depois do parto era ao lado de sua mãe, recebendo o calor do seu corpo e leite materno [...]. Acredita-se que o primeiro berçário surgiu em 1893 [...] para atender crianças prematuras [...]. No início do século XX, era elevada a taxa de morbidade e mortalidade de recém-nascidos por doenças infecciosas [...] os progressos com as incubadoras que vinham sendo desenvolvidas para aquecer e isolar os recém-nascidos [...] novas fórmulas inventadas [...] para alimentar bebês internados pareciam promissoras [...] foram importantes para impulsionar os hospitais para uma mudança do seu perfil e estratégia de atendimento e de funcionamento [...]. Logo a seguir, houve uma propagação de medidas de estrito isolamento [...] os hospitais promoveram definitivamente o afastamento entre mães e bebês, mesmo daqueles considerados saudáveis. Nos anos 40 [...] o período de internação hospitalar não preparava as mães para cuidar de seus filhos [...] Edith Jackson, com o propósito de humanizar o nascimento trazendo o bebê para junto de sua mãe e promover o aleitamento materno, criou [...] “projeto alojamento conjunto” [...] em 1946 (p. 5-7).

Esta iniciativa pioneira demonstrou vantagens para mães e bebês, sendo aceita com entusiasmo pelos pais, e considerada medida salutar para o bebê. Pesquisas enfocando a saúde mental e fatores determinantes do relacionamento entre mães e filhos continuaram sendo realizadas, e o resultado culminou em uma definição da Academia Americana de Pediatria, em 1971, que definiu que o AC “não era apenas uma acomodação física que possibilitava colocar mãe e filho num mesmo quarto, mas deveria ser também um plano de assistência às suas necessidades” (UNGERER e MIRANDA, 1999, p. 8).

No Brasil, não se cogitava manter mães e bebês juntos no mesmo ambiente até o início dos anos 70. No início da década de 80, a elevada taxa de desmame precoce no país incentivou a realização de uma extensa campanha de incentivo ao aleitamento materno. O

Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, que foi criado como resultado dessa campanha, recomendava a implementação do AC nos hospitais, entre outras medidas, como recurso para diminuir ou minimizar o problema. Em 1983 foram estabelecidas as primeiras normas básicas para a organização do sistema de AC a serem cumpridas pelos hospitais em todo o país, e 10 anos depois, em 1993, uma portaria ministerial aprovou essas normas básicas para a implantação do sistema de AC em todo o território nacional.

Podemos dimensionar a importância do AC citando algumas de suas vantagens. Em relação à interação pais-bebê, Edwards (2002) diz que o estabelecimento do vínculo é facilitado pelo contato próximo precoce, pela flexibilidade e disponibilidade de horários, e pela participação ativa dos pais desde os primeiros cuidados com o bebê, acelerando a adaptação e o reconhecimento dessa nova família. O contato contínuo também cria, segundo Soares e Silva (2002, p. 26), “oportunidade para a mãe observá-lo constantemente e propicia-lhe o conhecimento e a familiaridade com o comportamento e as características da criança”.

Quanto à amamentação, a permanência do bebê junto da mãe estimula, motiva e facilita o aleitamento materno, em regime de livre demanda, o que impulsiona a apoijadura (BRENELLI, 1995). Além disso, o AC possibilita o acompanhamento das mamadas, buscando esclarecer as dúvidas da mãe e incentivá-la nos momentos de insegurança. Isso é fundamental, visto que a forma como se dão as primeiras experiências, e como elas são interpretadas, definem a continuidade e o sucesso das mesmas. Rezende *et al* (2002, p.235) ressaltam que “a escolha de um comportamento (consciente ou não) é mediada pelo significado que o ato tem para o indivíduo”.

Vivenciar o AC é uma ótima oportunidade para as mães (especialmente as primigestas) e os pais, juntamente com a família, aprenderem noções básicas dos cuidados com o bebê, afirma Giugliani (2001). Soares e Silva (2002) apresentam a vivência no AC como uma possibilidade de apropriação de um saber útil para as mães, o que lhes propicia

maior segurança em relação aos cuidados com o bebê. É a oportunidade de praticar os cuidados e (começar a) desenvolver as habilidades necessárias para compor o papel materno. Fonseca, Scochi e Mello (2002, p. 167) destacam a educação em saúde, considerando o sistema AC como um “centro natural de educação”. Durante o período de permanência no hospital, é vantajoso que os pais participem dos cuidados com o seu bebê, pois pais ensinados a entender o filho e a satisfazer suas necessidades integrais tornam-se agentes multiplicadores de saúde. Considero o puerpério, dadas as suas características, no ambiente do AC muito propício para práticas educativas, pois o enfoque dado à hospitalização, para as pacientes que lá se encontram, é direcionado para a saúde, visando preparar a mulher e sua família para os desafios e as descobertas que virão no dia-a-dia após o nascimento de um bebê.

O AC, especialmente quando há momentos de interação entre as puérperas, também proporciona a troca de experiências entre elas e suas famílias, contribuindo para um maior aprendizado, além de diminuir ansiedades comuns neste período.

Rigatti (1997, p. 69) explica que “esse atendimento ocorre de forma continuada durante a hospitalização e se dá de forma individualizada e em grupos”, e que a função da equipe que assiste à mãe e ao bebê no sistema de alojamento conjunto pode ser definida como a de facilitadora do processo de aprendizagem dos pais. Monticelli (2000, p. 57) considera que “esta especificidade de trabalho com famílias exige que os profissionais de enfermagem tenham qualificação [...] aproximar-se do saber da família e de suas experiências prévias”, que estão relacionadas a vivências culturais. Entendo que o diferencial do sistema de Alojamento Conjunto transcende à aproximação física entre mãe e bebê. A relação entre os profissionais de saúde e a paciente e sua família, proporcionando aprendizado e crescimento para todos os envolvidos, é o que realmente faz a diferença e caracteriza como tão especial esse modelo de trabalho.

3.3 Educação para a Saúde e Grupos

O processo de educação para a saúde envolve situações de ensino-aprendizagem que influenciam o comportamento dos participantes envolvidos por meio de mudanças no conhecimento, nas atitudes e nas crenças, e pela aquisição de novas habilidades (CARPENITO, 2002). A autora afirma que a educação ideal promove o autocuidado, enfatizando que

para orientar eficazmente, a enfermeira deve determinar o que o cliente percebe como sendo suas próprias necessidades e metas, determinar o que a enfermeira sente que são suas próprias necessidades e metas e então trabalhar para estabelecer metas mutuamente aceitas (CARPENITO, 2002, p. 557).

Sinclair (2002, p. 71) ressalta que apenas o conhecimento não é suficiente para proporcionar comportamentos e atitudes saudáveis, o indivíduo que é alvo das ações educativas “deve ser convencido de que possui algum controle sobre a sua vida [...] deve acreditar na eficácia da prevenção [...] e também na sua capacidade de desempenhar as práticas de autocuidado”.

A comunicação é extremamente importante para esse processo, podendo ser considerado a base para o desenvolvimento das ações de saúde e para o alcance dos seus objetivos (REZENDE *et al*, 2002; ROZÁRIO e ZAGONEL, 2000). Devem ser utilizadas diversas técnicas e habilidades, bem como materiais de apoio, conforme a finalidade que se pretende.

No sistema AC do HCPA, as atividades educativas são realizadas tanto de forma individualizada, entre o profissional de saúde e a paciente e sua família, quanto através de atendimentos em grupos. A postura das puérperas e seus familiares nas dinâmicas de grupos realizadas é, de modo geral, bastante participativa, contribuindo com experiências pessoais,

buscando esclarecer suas dúvidas, e muitas vezes levantando novas questões ou assuntos para serem tratados.

As dinâmicas de grupos são uma forma de trabalho didático que possibilitam a participação efetiva dos participantes na construção do conhecimento (RAMOS, 2001). Esses participantes podem ser definidos como um conjunto de pessoas que se reúnem (ou são reunidas) por apresentarem necessidades semelhantes. A mesma autora traz uma definição de metodologia participativa, como sendo

...aquela que permite a atuação efetiva dos participantes no processo sem considerá-los meros receptores [...] valoriza-se os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas cotidianas (RAMOS, 2001, p. 144).

A promoção de atividades de saúde através de grupos tem muitas vantagens. Conner (2002), Fonseca, Scochi e Mello (2002), Rigatti (1997) e Rozário e Zagonel (2000) citam a troca de experiências, com uma riqueza de vivências adquiridas pelas participantes em diferentes contextos, a oportunidade de expressar relatos, ansiedades, dúvidas, que não seriam expostas individualmente, pois as participantes sentem-se apoiadas e amparadas pelo grupo, e acreditam que outras mães também passam por dificuldades semelhantes às suas. Carpenito (2002, p.296) reforça essa idéia explicando que “os sentimentos de segurança aumentam quando a pessoa se identifica com outra que lidou com sucesso com uma situação amedrontadora similar”. Também, a participação ativa no grupo aumenta o interesse e a motivação das pessoas que dele fazem parte.

4 METODOLOGIA

Segue a metodologia utilizada para a realização do estudo.

4.1 Caracterização do Estudo

Este estudo tem caráter descritivo exploratório, com abordagem quantitativa. Segundo Polit e Hungler (1995), a pesquisa descritiva tem como propósito “observar, descrever e explorar aspectos de uma situação” (p.119), a pesquisa exploratória “busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona” (p.14), e “a pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos” (p.18).

4.2 Local de realização do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.3 Descrição da dinâmica de grupos na UIO

Cada grupo é realizado em uma enfermaria da unidade, que é escolhida de acordo com o número de mães que estão internadas (dá-se preferência às enfermarias com maior ocupação) e que estão junto com os seus bebês. Os familiares que estiverem presentes no momento do grupo são convidados a assistir e participar da dinâmica, que usualmente conta com recursos (fita de vídeo, boneca e outros). Atualmente os grupos são ministrados por uma enfermeira lotada na UIO e os realiza no seu turno inverso de trabalho, dentro de seus horários previstos de Ação Diferenciada¹.

Durante o período de coleta de dados desse estudo, os grupos foram realizados tanto pela enfermeira acompanhada pela pesquisadora, quanto somente pela pesquisadora, utilizando o mesmo material e seguindo o mesmo roteiro.

4.4 Amostra

A população estudada foi de 48 mulheres, sendo essas as puérperas que participaram dos oito grupos de mães realizados na UIO do HCPA no período de 20 de maio a 7 de junho de 2004, no turno da tarde. Sobre essa população foi realizado uma amostra aleatória simples,

¹ Ação Diferenciada (AD) é um sistema do HCPA de complementação de carga horária que se iniciou no ano 2000, quando foi instituído o 6º turno no hospital (profissionais contratados exclusivamente para trabalhar em plantões de finais de semana e feriados). As atividades desenvolvidas em AD são permanentes, não devem se sobrepor às práticas assistenciais, e qualificam o trabalho da Enfermagem.

cujo erro amostral (e_r) está definido em 2%, com significância (α) de 5% e um poder ($1-\beta$) de 90%, ficando o tamanho de amostra definido em no mínimo 40 mulheres. Nesse estudo aceitaram participar 42 puérperas.

4.5 Coleta de Dados

Após concordar em participar do estudo, à puérpera foi aplicado um questionário com perguntas objetivas – pré-teste (APÊNDICE A), que foi respondido individualmente antes de sua participação no grupo. No encerramento da atividade, foi aplicado novamente à puérpera um questionário semelhante (pós-teste), cujas respostas também foram dadas individualmente. Cabe salientar que este questionário é constituído de duas partes: a primeira aborda os dados de identificação de cada puérpera, e a segunda de 19 frases afirmativas, em que cada participante determina como corretas (ou não) as informações nelas contidas. Ao término da aplicação do pós-teste, a pesquisadora, detectando respostas incorretas por parte das puérperas, procurou corrigir essas questões, fazendo desses momentos uma oportunidade de aprendizado.

Foi realizado um teste piloto com duas puérperas para a validação do referido instrumento, não tendo sido necessário modificá-lo.

4.6 Análise dos Dados

Os dados coletados no estudo foram organizados e analisados através da estatística descritiva, com levantamento de frequências absoluta e relativa. Polit e Hungler (1995, p.227) definem a estatística descritiva como sendo “utilizada para descrever e sintetizar dados”. Goldim (2000, p.119) descreve que a estatística descritiva “tem por finalidade a redução dos dados, isto é, é a maneira de organizar e apresentar um conjunto de dados com vistas a obter informações”.

Os resultados foram posteriormente interpretados, comparando as respostas obtidas nos testes aplicados às puérperas, buscando verificar se ocorreram mudanças nas respostas após terem participado da intervenção (grupos).

As comparações foram realizadas através do teste Qui-quadrado (χ^2), Teste de McNemar e Teste Exato de Fisher, com o objetivo de verificar possíveis associações entre as variáveis estudadas.

4.7 Aspectos Éticos

As puérperas, previamente selecionadas pela enfermeira ou pela pesquisadora que desenvolveram as atividades dos grupos, foram convidadas a participar do estudo, sendo-lhes esclarecido os objetivos e a forma de coleta dos dados do mesmo. Cada participante recebeu duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e depois de esclarecidas as dúvidas, as que aceitaram participar do estudo, assinaram o documento, devolvendo uma via

para a pesquisadora. Nos casos das puérperas menores de dezoito anos de idade, além da sua assinatura foi necessária a autorização de um responsável, firmada no mesmo termo de consentimento.

Goldim (2000, p. 111) caracteriza que “o consentimento informado não é apenas uma doutrina legal, mas um direito moral dos pacientes que gera obrigações morais para os pesquisadores”. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desse estudo (APÊNDICE B) foi elaborado seguindo as orientações propostas pelo referido autor.

Este estudo foi submetido à apreciação do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA, tendo sido aprovado previamente à sua realização (ANEXO B).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Buscando uma melhor compreensão do que será apresentado e discutido, seguem os dados de caracterização da amostra das puérperas que participaram desse estudo. Estes dados foram submetidos aos testes estatísticos Qui-quadrado (χ^2) e Teste Exato de Fisher, buscando as associações entre essas variáveis e as questões abordadas no instrumento de coleta de dados. Serão abordados os resultados estatisticamente significativos, apresentando significância de 5% ($p \leq 0,05$).

A faixa etária encontrada nas pacientes é bastante ampla, tendo 17 anos as participantes mais novas e 43 anos a participante mais velha. A maioria das mulheres (78,6%) tem 20 anos ou mais, como mostra o Gráfico 1. A Organização Mundial da Saúde definiu como adolescentes os indivíduos de faixa etária entre 10 e 19 anos. Esta definição foi adotada a partir da Conferência do Sul da Ásia, em 1998, e seguida pela maior parte de outras organizações das Nações Unidas (WHO, 1998), tendo sido usada como referência para determinar os critérios a serem utilizados na elaboração do gráfico abaixo.

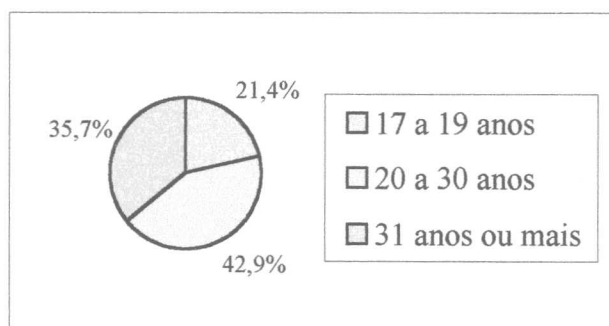


Gráfico 1 - Idade das participantes

Após a análise dessa variável com as questões do estudo, constatou-se que a única faixa etária em que houve associação significativa foi a de 17 a 19 anos. No pós-teste das questões “a posição do bebê no colo da mãe não é importante para que ele consiga mamar corretamente” e “o banho diário da mãe é suficiente para a higiene de suas mamas”, as puérperas adolescentes apresentaram maior número de erros, o que demonstra haver associação direta entre essa idade e as respostas incorretas. Na prática da pesquisadora, durante as diferentes etapas do estudo (aplicação dos instrumentos e grupo), as adolescentes pareciam mais dispersivas, o que vai ao encontro das características próprias dessa fase do desenvolvimento.

Em relação ao número de filhos, 15 são primíparas, e 27 múltiparas. A maioria (30 mulheres) estava sendo atendida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela primeira vez, proporções evidenciadas nos Gráficos 2 e 3.

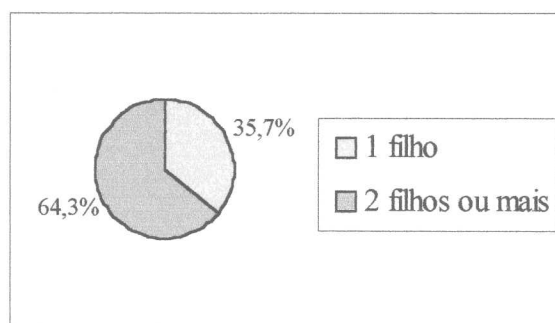


Gráfico 2 - Número de filhos das participantes

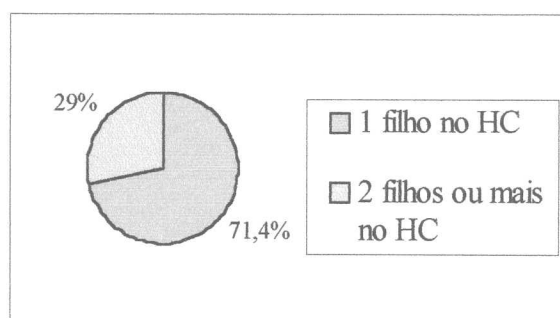


Gráfico 3 - Número de filhos que as participantes tiveram no Hospital de Clínicas

Após a análise dessas variáveis com as questões do estudo, verificou-se que não houve associação significativa entre o número de filhos e as respostas das puérperas. Todavia, em relação ao número de filhos que as participantes tiveram no HCPA, existiu associação significativa em duas questões. Referente à questão “para o bebê mamar corretamente, ele só precisa abocanhar o mamilo (bico do peito) da mãe”, as puérperas que tiveram 2 filhos ou mais no HCPA apresentaram maior número de erros no pré-teste do que as que estavam tendo seu filho pela primeira vez no HCPA. Este resultado demonstra a necessidade do reforço de orientações durante o puerpério, independente do número de filhos. No que diz respeito à questão “o banho diário da mãe é suficiente para a higiene de suas mamas”, estas puérperas responderam incorretamente em maior número no pré-teste, possivelmente por desconhecerem essa orientação, ou, se já a receberam, não a tinham apreendido.

Considerando o acompanhamento pré-natal, 26 mulheres realizaram entre seis e nove consultas. O Ministério da Saúde preconiza que as gestantes façam no mínimo seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2000). Cabe ressaltar que duas participantes não souberam informar quantas consultas realizaram durante suas gestações, não sendo consideradas, portanto para os cálculos do Gráfico 4.

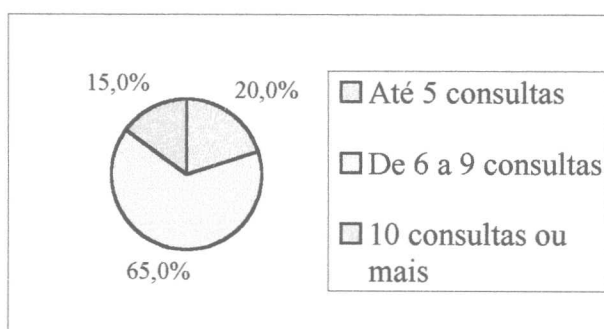


Gráfico 4 - Número de consultas de pré-natal feitas pelas participantes

Após a análise dessa variável com as questões do estudo, constatou-se que houve significância nas questões “o bebê que mama no peito precisa também receber água ou chá

nos intervalos das mamadas” e “o intestino do bebê funciona da mesma maneira quando ele recebe leite de vaca ou leite materno”. Em ambas, há relação direta entre o número reduzido de consultas de pré-natal (até 5 consultas) e respostas incorretas: na primeira questão citada, isto se deu no pré-teste, e na segunda, no pós-teste. Possivelmente, um maior número de consultas de pré-natal possibilitaria um maior número de informações e maior abrangência de conteúdos pertinentes à gravidez, parto e puerpério.

As participantes foram indagadas se já haviam assistido alguma dinâmica de grupo de mães, durante o pré-natal (atual ou passado) ou em internações hospitalares anteriores. Somente nove mulheres afirmaram ter participado (Gráfico 5), sendo seis em Postos de Saúde, duas no HCPA e uma em outra instituição hospitalar.

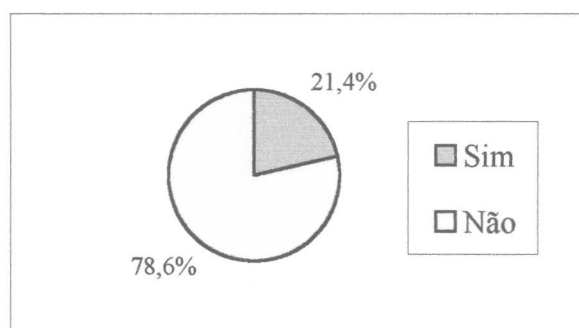


Gráfico 5 - Participantes que já assistiram algum grupo de mães

Após a análise dessa variável com as questões do estudo, pode-se observar que na questão “é o bebê quem faz os horários das mamadas” o teste foi significativo. Diferentemente do esperado, que seria uma associação direta entre participação em grupos e respostas corretas, verificou-se o inverso. Por se tratar de uma questão que pode sofrer influências culturais, acredita-se que as respostas incorretas dessas puérperas sejam decorrentes desse aspecto. Também existe a possibilidade deste conteúdo não ter sido abordado no grupo do qual tenham participado, e se foi abordado, não foi assimilado.

A última variável que caracteriza a amostra faz menção ao grau de escolaridade das participantes. Partindo dos dados do Gráfico 6, agrupamos categorias para possibilitar a realização dos cruzamentos, devido à baixa frequência apresentada em cada uma delas. As junções foram feitas entre Ensino Fundamental incompleto e completo, totalizando 40,5%, entre Ensino Médio incompleto e completo, totalizando 52,4%, e entre Ensino Superior incompleto e completo, totalizando 7,1%.

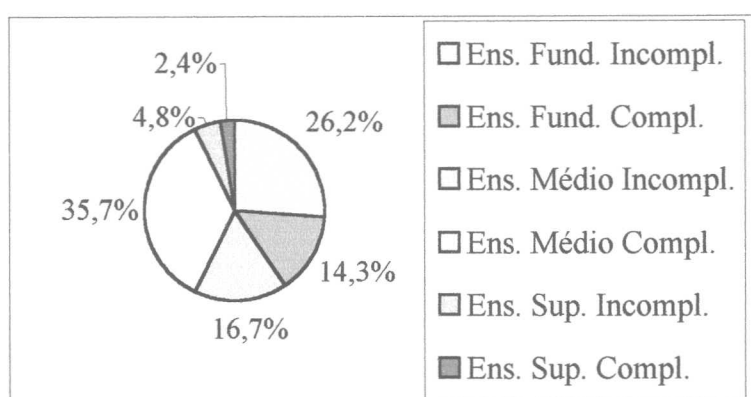


Gráfico 6 - Grau de escolaridade das participantes

Após a análise dessa última variável com as questões do estudo, constatou-se que houve significância em três das 19 questões do instrumento. Nas questões “o bebê deve mamar 15 minutos em cada seio a cada mamada” e “para o bebê mamar corretamente, ele só precisa abocanhar o mamilo (bico do peito) da mãe”, o índice de escolaridade ensino fundamental incompleto e completo determinou o maior número de respostas incorretas no pré-teste. Para a primeira questão, pode-se supor que pessoas com menor índice de escolaridade tendem a utilizar um maior número de informações obtidas em seu cotidiano, baseadas em experiências de práticas populares e difundidas de geração em geração. Já o conteúdo da segunda questão, por exigir um conhecimento maior da anatomia e nomenclatura mamária, pode ter sido avaliado como incorreto devido à falta desse conhecimento específico. Referente à questão “o banho diário da mãe é suficiente para a higiene de suas mamas”, as puérperas agrupadas nas categorias de Ensino Médio e Ensino Superior apresentaram maior incidência de respostas

incorretas no pré-teste. Provavelmente isso ocorreu em função das participantes incluídas nessas categorias acreditarem que realizar somente uma vez ao dia a higiene das mamas seja insuficiente para assegurar a não transmissão de sujidade e/ou doenças ao bebê.

Feita a caracterização das participantes do estudo, serão apresentados e interpretados individualmente os dados considerados estatisticamente significativos, com significância de 5% ($p \leq 0,05$) pelo Teste de McNemar, que processou os resultados obtidos nos questionários respondidos. A significância está relacionada à confirmação do aprendizado imediato pelas puérperas a partir da intervenção realizada.

A questão 7 do instrumento de coleta de dados, que diz “o bebê que mama no peito precisa também receber água ou chá nos intervalos das mamadas”, apresentou como resultado do teste $p=0,063$. Este resultado não é estatisticamente significativo, mas por ter se aproximado do valor limite, e chamado a atenção quanto aos números absolutos apresentados na Tabela 1, deve ser considerado.

Tabela 1 - O bebê que mama no peito precisa também receber água ou chá nos intervalos das mamadas.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós			
	Freq	%	Correta		Incorreta	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Correta	35	83,3	35	87,5	0	0,0
Incorreta	7	16,7	5	12,5	2	100,0
Total	42	100,0	40	100,0	2	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

A Tabela 1 mostra que 35 participantes responderam corretamente tanto o pré quanto o pós-teste, e que das 7 que erraram o pré-teste, 5 acertaram a resposta depois da intervenção.

Cabe salientar que na questão 6 do questionário, que fala sobre a necessidade de o bebê receber outros alimentos além do leite materno antes dos seis meses de vida, houve quase a totalidade de respostas corretas. Contudo, ao serem questionadas sobre a necessidade

de água e chás, surgiram dúvidas. Possivelmente isso demonstra a não correlação entre alimentos, que são considerados nutritivos, e água e chás, que não são, apenas saciando a sede. Essa é uma crença muito comum, proveniente da cultura popular.

“A suplementação com água ou chás nos primeiros 6 meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes”, explica Giugliani (2000, p. 241), e a inclusão de alimentos ou líquidos antes dos seis meses de vida provoca uma diminuição considerável no efeito protetor do leite materno contra infecções. A mesma autora (1994) coloca que a suplementação é um fator que pode interferir na amamentação bem sucedida, pois aumenta o espaçamento entre as mamadas.

Em relação à questão 8 (Tabela 2), “é o bebê quem faz os horários das mamadas”, o resultado do teste foi bastante significativo, apresentando $p=0,008$.

Tabela 2 - É o bebê quem faz os horários das mamadas.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós			
			Correta		Incorreta	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Correta	32	76,2	32	80,0	0	0,0
Incorreta	10	23,8	8	20,0	2	100,0
Total	42	100,0	40	100,0	2	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

Os dados apresentados na Tabela 2 evidenciam que 10 mulheres responderam incorretamente no pré-teste a essa questão, e, destas, 8 modificaram para corretas as suas respostas no pós-teste, confirmando a efetividade da intervenção.

“O aleitamento materno sob livre demanda deve ser encorajado, pois faz parte do comportamento normal do recém-nascido mamar com frequência, sem regularidade quanto a horários”, afirma Giugliani (2000, p. 242), com as vantagens de diminuir a perda de peso inicial do bebê e favorecer a recuperação mais rápida do peso de nascimento, acelerar a

apojadura, estabilizar os níveis de glicose e diminuir a incidência de hiperbilirrubinemia no recém-nascido, e prevenir o ingurgitamento mamário.

“O bebê deve mamar 15 minutos em cada seio a cada mamada”, que é a questão 9 do questionário (Tabela 3), obteve resultado significativo no teste, com $p=0,039$.

Tabela 3 - O bebê deve mamar 15 minutos em cada seio a cada mamada.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós			
			Correta		Incorreta	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Correta	20	47,6	18	64,3	2	14,3
Incorreta	22	52,4	10	35,7	12	85,7
Total	42	100,0	28	100,0	14	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

A Tabela 3 mostra que 20 mulheres responderam de forma correta ao pré-teste, e destas, 2 modificaram suas respostas e optaram pela alternativa incorreta. Já entre as 22 participantes que erraram o pré-teste, 10 responderam corretamente o pós-teste e ainda 12 deram a resposta incorreta também no pós-teste. A intervenção foi significativa mesmo considerando o número de erros no pós-teste.

Ao falar sobre a duração e alternância das mamadas, Vieira (2002) e Murahovschi *et al* (1997) contra-indicam a preocupação com o tempo da mamada, possibilitando ao bebê mamar quanto quiser, até sentir-se satisfeito e soltar o peito. É importante oferecer a outra mama somente após o bebê ter esvaziado a primeira, mesmo que para isso seja necessário mais de uma mamada.

Referente às duas questões anteriormente explicitadas e analisadas, parece predominar uma forte influência cultural nas respostas das puérperas, ou até mesmo uma reprodução da orientação muito difundida em décadas passadas, tanto por profissionais da área da saúde quanto pelo meio social no qual a puérpera está inserida. O controle rigoroso do tempo da

mamada e alternância das mamas foram orientações preconizadas em gerações anteriores, contudo, estudos atuais com evidências científicas, contrapõem essas informações.

O conteúdo da questão 10, “o leite do final da mamada é mais rico em gordura, o que ajuda o bebê a ganhar peso”, é essencialmente técnico e, portanto, pouco conhecido ou difundido na cultura popular. A Tabela 4 traz as freqüências absolutas e relativas que geraram, no teste, $p=0,000$.

Tabela 4 - O leite do final da mamada é mais rico em gordura, o que ajuda o bebê a ganhar peso.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós			
			Correta		Incorreta	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Correta	25	59,5	24	60,0	1	50,0
Incorreta	17	40,5	16	40,0	1	50,0
Total	42	100,0	40	100,0	2	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

A variação das respostas incorretas demonstradas na Tabela 4 evidencia que a intervenção educativa foi decisiva na tomada de decisão para escolher a resposta correta no pós-teste. Das 17 participantes que responderam incorretamente no pré-teste, somente uma não modificou sua resposta, e 16 responderam a questão corretamente, o que provavelmente se deu por ser uma informação diferente e nova, chamando a atenção das puérperas.

Moura (2002, p. 63), descrevendo a composição química do leite materno, afirma que “o teor de lipídios no leite é maior ao final da mamada (leite posterior) do que no começo (leite anterior)”. Alden (2002) coloca que, devido a essa composição modificada, é importante amamentar o bebê por tempo suficiente a cada mamada para assegurar o fornecimento de uma alimentação equilibrada. Giugliani (2000) enfatiza que é importante que o bebê esvazie a mama para receber o leite posterior, que contém mais calorias e sacia a criança.

A questão 11, cujas respostas estão descritas na Tabela 5, “para o bebê mamar corretamente, ele só precisa abocanhar o mamilo (bico do peito) da mãe”, também teve significância demonstrada no teste, obtendo $p=0,003$.

Tabela 5 - Para o bebê mamar corretamente, ele só precisa abocanhar o mamilo (bico do peito) da mãe.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós			
	Freq	%	Correta		Incorreta	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Correta	22	52,4	21	63,6	1	11,1
Incorreta	20	47,6	12	36,4	8	88,9
Total	42	100,0	33	100,0	9	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

Como mostra a Tabela 5, as respostas no pré-teste estavam tecnicamente divididas entre corretas e incorretas. A intervenção foi relevante, pois das 20 mulheres que responderam incorretamente o pré-teste, 12 alteraram suas respostas, e apenas 8 permaneceram respondendo incorretamente.

Na prática da pesquisadora, parece haver compreensão das puérperas quanto ao conteúdo dessa questão, pois ao amamentarem seus bebês, há uma preocupação dessas mulheres quanto à técnica correta da amamentação. Entretanto, em função das respostas incorretas do pós-teste, parece haver dúvidas sobre o reconhecimento da puérpera quanto à anatomia mamária, mais especificamente em relação à denominação das diferentes estruturas que compõem externamente a mama.

Tamez (2002, p. 121), ao descrever os passos para que o bebê se posicione corretamente no seio e faça uma boa pega, recomenda “posicionar o lactente no mesmo nível da mama e aréola [...] quando o bebê estiver com a boca bem aberta, aproximá-lo do peito, permitindo que a boca se feche, envolvendo não somente o mamilo mas também a aréola”. A posição adequada possibilita a ordenha ótima do leite.

Assim como a questão 7 do questionário, a questão 12 “quando a aréola (parte marrom escura do peito) está macia, o bebê consegue pegar melhor e isso previne a rachadura do mamilo” não obteve resultado estatisticamente significativo ($p=0,063$), mas será comentada, por ter se aproximado do valor limite, a partir da Tabela 6.

Tabela 6 - Quando a aréola (parte marrom escura do peito) está macia, o bebê consegue pegar melhor e isso previne a rachadura do mamilo.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós	
	Freq	%	Freq	%
Correta	37	88,1	37	88,1
Incorreta	5	11,9	5	11,9
Total	42	100,0	42	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

A frequência de 100% de acertos no pós-teste apresentada na Tabela 6 pode ser considerada determinante para a avaliação positiva da intervenção.

A melhor conduta a ser tomada em relação às fissuras mamilares é a prevenção, que é determinada pela posição adequada e boa pega do bebê ao seio. Murahovschi *et al* (1997) recomendam, sempre que o bebê quiser mamar e o seio estiver muito cheio, fazer a ordenha do leite em excesso até que a aréola fique bem macia, para facilitar a sucção do bebê.

As respostas no pré e pós-teste para “o banho diário da mãe é suficiente para a higiene de suas mamas”, que é a questão 17, variaram significativamente obtendo $p=0,000$, o que é explicitado pela Tabela 7.

Tabela 7 - O banho diário da mãe é suficiente para a higiene de suas mamas.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós			
			Correta		Incorreta	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Correta	20	47,6	19	51,4	1	20,0
Incorreta	22	52,4	18	48,6	4	80,0
Total	42	100,0	37	100,0	5	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

Os dados da Tabela 7 apresentam a variação de 20 participantes que responderam corretamente o pré-teste para 37 que responderam de maneira correta no pós-teste, confirmando a eficácia da intervenção. Das 22 mulheres que optaram pela resposta incorreta no pré-teste, somente 4 mantiveram esse desempenho no pós-teste.

O conhecimento errôneo das puérperas sobre a necessidade de higiene da mama com maior frequência pode estar vinculado a experiências anteriores, próprias e/ou de familiares, já que esta orientação era preconizada em décadas passadas.

Lavar o seio antes e/ou depois de amamentar, especialmente limpando mamilo e aréola, pode debilitar a pele quanto à sua integridade e resistência, retirando seus fatores naturais de proteção (VIEIRA, 2002).

A informação trazida pela questão 18, “é recomendado que a mãe passe seu próprio leite no mamilo (bico do peito) e aréola (parte marrom escura do peito) após cada mamada”, foi apreendida pelas participantes significativamente, como mostram a Tabela 8 e o resultado do teste com $p=0,000$.

Tabela 8 - É recomendado que a mãe passe seu próprio leite no mamilo (bico do peito) e aréola (parte marrom escura do peito) após cada mamada.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós	
	Freq	%	Freq	%
Correta	30	71,4	30	71,4
Incorreta	12	28,6	12	28,6
Total	42	100,0	42	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

Evidencia-se na Tabela 8 o aprendizado imediato das 12 puérperas que apresentaram resposta incorreta no pré-teste, pois encontramos somente respostas corretas no pós-teste. Acredita-se que o alto índice (71,4%) de acertos no pré-teste seja decorrente da puérpera já ter recebido e assimilado essa orientação previamente. A participação no grupo das 12 puérperas que responderam incorretamente a essa questão foi nitidamente decisiva para a aquisição deste conhecimento.

Seguindo o que dizem Valdés, Sánchez e Labbok (1996), a fim de manter a integridade da pele, prevenindo dor e fissuras, e também auxiliar na cicatrização de possíveis lesões, deve-se retirar algumas gotas de leite e espalhar nos mamilos e aréolas após completar cada mamada.

A última questão do instrumento de coleta de dados, “não é importante o tipo de sutiã que as mães que amamentam devem usar” (questão 19), também obteve resultado significativo no teste, apresentando $p=0,002$. A Tabela 9 traz as frequências absolutas e relativas que justificam esse resultado.

Tabela 9 - Não é importante o tipo de sutiã que as mães que amamentam devem usar.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós			
			Correta		Incorreta	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Correta	28	66,7	28	73,7	0	0,0
Incorreta	14	33,3	10	26,3	4	100,0
Total	42	100,0	38	100,0	4	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

A diferença no número de participantes que escolheram a resposta errada no pré (14 mulheres) e no pós-teste (4 mulheres) foi influenciada pela ocorrência da intervenção, que se mostra, a partir desses resultados, efetiva.

Como durante a amamentação os seios ficam maiores e mais pesados, conforme Wangen *et al* (2000), as puérperas devem utilizar um sutiã com alças largas e de tamanho adequado, que possa dar um apoio firme às mamas, mas nunca apertado em nenhum ponto. Acrescento a essas informações das autoras que não é necessário um sutiã específico para amamentação, desde que este seja confortável e, de preferência, feito de algodão.

Finalizando a análise dos dados, foi construída a Tabela 10, que explicita a análise global dos números absolutos e relativos de respostas corretas e incorretas em todos os questionários de pré e pós-teste.

Tabela 10 – Avaliação global do pré e pós-teste.

Respostas Pré	Total		Respostas Pós			
			Correta		Incorreta	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Correta	648	81,2	644	86,0	4	8,9
Incorreta	150	18,8	105	14,0	45	91,1
Total	798	100,0	749	100,0	49	100,0

Fonte: Coleta de dados da própria pesquisa, Porto Alegre, maio-jun. 2004.

De um total de 798 questões, no pré-teste foram respondidas 648 corretamente, e 150 de forma incorreta. Após a intervenção, no pós-teste, 749 questões foram respondidas

corretamente, e apenas 49 questões estavam incorretas. Partindo desses dados, o Teste de McNemar apresentou $p=0,000$, sendo estatisticamente significativo. Nesse caso, pode-se comprovar a efetividade da intervenção - grupo de puérperas - para a aquisição imediata de conhecimentos referentes aos conteúdos abordados nesse estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caracterizando a amostra das participantes desse estudo, constata-se que a maioria (78,6%) tem 20 anos ou mais, 64,3% são múltiparas e 71,4% estavam sendo atendidas na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela primeira vez. Em relação ao grau de escolaridade, a maioria (52,4%) tem Ensino Médio completo ou incompleto; 65% fez entre 6 e 9 consultas de acompanhamento de pré-natal, estando de acordo com o número de consultas que preconiza o Ministério da Saúde, e somente 21,4% das mulheres afirmaram que já haviam participado de alguma dinâmica de grupo.

Na análise das categorias referentes aos dados de caracterização da amostra, relacionados aos conteúdos das questões abordadas no instrumento de coleta de dados, verificamos algumas associações significativas.

Das 19 questões abordadas no instrumento, 12 não apresentaram significância estatística. Estas questões abordam, de modo geral, aspectos divulgados e difundidos no meio social, através da mídia (escrita e falada), presentes no dia-a-dia dessas mulheres. Cabe salientar que a mulher, ao engravidar, possivelmente busca algumas informações de seu interesse no seu meio, junto a seus familiares, amigos, profissionais de saúde, durante momentos formais e informais de orientações.

Nas questões “é o bebê quem faz os horários das mamadas”, “o bebê deve mamar 15 minutos em cada seio a cada mamada”, “o leite do final da mamada é mais rico em gordura, o que ajuda o bebê a ganhar peso”, “para o bebê mamar corretamente, ele só precisa abocanhar o mamilo (bico do peito) da mãe”, “o banho diário da mãe é suficiente para a higiene de suas mamas”, “é recomendado que a mãe passe seu próprio leite no mamilo (bico do peito) e aréola (parte marrom escura do peito) após cada mamada”, e “não é importante o tipo de sutiã

que as mães que amamentam devem usar”, o teste estatístico apresentou significância ($p \leq 0,05$). Essa significância demonstra a ocorrência de aprendizado imediato sobre essas questões das puérperas participantes.

A análise mais abrangente dos acertos e erros de todas as questões dos instrumentos obtidos nos pré e pós-testes da amostra do estudo revela 18,8% de respostas incorretas no pré-teste, e, após a intervenção, 6,1% de respostas incorretas. Essa redução no índice de respostas incorretas, aplicada ao Teste de McNemar, apresenta significância estatística, com $p=0,000$. Assim, constata-se que o grupo de puérperas realizado no sistema de Alojamento Conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é considerado eficaz como ação educativa para o aprendizado imediato de suas participantes. Portanto, sua realização dentro da Unidade de Internação Obstétrica deve ser mantida e incentivada.

REFERÊNCIAS

- ALDEN, K. R. Nutrição e Alimentação do Recém-Nascido. *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 555-582.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrian%E7a/aleitamento/iniciativa.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal**. 2000. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20172>. Acesso em: 21 jun. 2004.
- BRENELLI, M. A. Alojamento Conjunto. *In*: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 176-180.
- CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.
- CONNER, J. G. Cuidados Comunitário e Domiciliar. *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 39-56.
- EDWARDS, L. D. Adaptação à Paternidade/Maternidade. *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 457-495.
- ESPÍRITO SANTO, L. C. do; BERNI, N. I. de O. Enfermagem em Obstetrícia. *In*: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 190-199.
- FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.2, p. 166-71, mar-abr. 2002.
- GIUGLIANI, E. R. J. Alojamento Conjunto. *In*: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 313-320.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, v.70, n.3, p. 138-151. 1994.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v.76, supl.3, p. 238-252, dez. 2000.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação em pesquisa em saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 179 p.

LOWDERMILK, D. L. Anatomia e Fisiologia da Gestação. *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 199-218.

MELLO, A. R. de; NEME, B. Puerpério: fisiologia e assistência. *In*: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 158-165.

MIRANDA, A. T. C.; UNGERER, R. L. S. Alojamento Conjunto. *In*: FEBRASGO. **Tratado de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 364-370.

MONTICELLI, M. A força de trabalho em enfermagem e sua inserção no sistema de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.1, p. 47-62, jan-mar. 2000.

MOURA, E. C. Nutrição. *In*: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 60-87.

MURAHOVSKI, J. *et al.* **Cartilha de amamentação: ...doando amor**. 2.ed. São Paulo: Almed, 1997. 70 p.

NETO, J. A. S. Fisiologia e Assistência. *In*: FEBRASGO. **Tratado de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 355-357.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

RAMOS, F. R. S. (Org.). Metodologias Participativas. *In*: PROJETO ACOLHER / ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001. p. 144-153.

REZENDE, M. A. *et al.* O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.2, p. 234-238, mar-abr. 2002.

RIGATTI, M. de F. Aspectos gerais da assistência de enfermagem em sistema de alojamento conjunto. *In:* MIURA, E., PROCIANOY, R. S. e colaboradores. **Neonatologia: princípios e prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 68-70.

ROZÁRIO, P. S.; ZAGONEL, I. P. S. Proposta de cuidar com enfoque educativo às mães em aleitamento materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.3, p. 401-409, jul-set.2000.

SAUNDERS, R. B. Cuidado de Enfermagem durante a Gestação. *In:* LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 219-268.

SINCLAIR, B. P. Promoção e Prevenção de Saúde. *In:* LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 57-79.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1.

SOARES, A. V. N.; SILVA, I. A. Ter a criança ao lado: a representação de mulheres sobre o sistema de alojamento conjunto. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.15, n.1/2, p. 21-31, jan-ago. 2002.

STETSON, B. Avaliação e Cuidado no Quarto Trimestre. *In:* LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 424-456.

STETSON, B. Mudanças Fisiológicas no Puerpério. *In:* LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 415-423.

TAMEZ, R. N. Atuação de Enfermagem. *In:* CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 115-131.

UNGERER, R. L. S.; MIRANDA, A. T. C. História do alojamento conjunto. **Jornal de Pediatria**, v.75, n.1, p. 5-10, jan-fev. 1999.

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A. P.; LABBOK, M. **Manejo clínico da lactação**: assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 128 p.

VIEIRA, L. B. Pré e Pós-natal. *In*: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 106-114.

WANGEN, C. A. *et al.* **Manual de aleitamento materno**. São Leopoldo: Editora da Unisinos, 2000. 91 p.

WHO. **World Health Organization**. 1998. Disponível em:
<<http://www.un.org.in/jinit/who.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2004.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

DATA: ___/___/___ **IDADE:** _____ **Escolaridade:** _____
Nº FILHOS: _____ **Quantos filhos teve no HCPA:** _____ **Nº consultas pré-natal:** _____
Já participou de algum grupo de mães? _____ **Local:** _____

Com base nos seus conhecimentos, responda se estão certas ou erradas as questões abaixo:

- 1) As mães precisam aprender a amamentar, e o bebê precisa aprender a sugar o peito. Certo () Errado ()
- 2) A amamentação não estimula a ligação entre mãe e bebê. Certo () Errado ()
- 3) É importante amamentar o bebê no peito, pois o leite da mãe oferece ao bebê proteção contra várias doenças. Certo () Errado ()
- 4) É mais prático e barato amamentar do que dar mamadeira ao bebê. Certo () Errado ()
- 5) A amamentação ajuda a evitar hemorragias na mãe, pois faz o útero se contrair mais rápido. Certo () Errado ()
- 6) O bebê que mama no peito não precisa de outros alimentos, porque o leite da mãe tem tudo o que ele precisa para crescer saudável até os seis meses de vida. Certo () Errado ()
- 7) O bebê que mama no peito precisa também receber água ou chá nos intervalos das mamadas. Certo () Errado ()
- 8) É o bebê quem faz os horários das mamadas. Certo () Errado ()
- 9) O bebê deve mamar 15 minutos em cada seio a cada mamada. Certo () Errado ()
- 10) O leite do final da mamada é mais rico em gordura, o que ajuda o bebê a ganhar peso. Certo () Errado ()
- 11) Para o bebê mamar corretamente, ele só precisa abocanhar o mamilo (bico do peito) da mãe. Certo () Errado ()
- 12) Quando a aréola (parte marrom escura do peito) está macia, o bebê consegue pegar melhor e isso previne a rachadura do mamilo. Certo () Errado ()
- 13) Se o peito empedrar, a mãe deve fazer massagens circulares e retirar o excesso de leite com a mão (ordenha manual). Certo () Errado ()
- 14) Quanto mais o bebê mamar, mais leite a mãe vai produzir. Certo () Errado ()
- 15) O intestino do bebê funciona da mesma maneira quando ele recebe leite de vaca ou leite materno. Certo () Errado ()
- 16) A posição do bebê no colo da mãe não é importante para que ele consiga mamar corretamente. Certo () Errado ()
- 17) O banho diário da mãe é suficiente para a higiene de suas mamas. Certo () Errado ()
- 18) É recomendado que a mãe passe seu próprio leite no mamilo (bico do peito) e aréola (parte marrom escura do peito) após cada mamada. Certo () Errado ()
- 19) Não é importante o tipo de sutiã que as mães que amamentam devem usar. Certo () Errado ()

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Tatiana Chlaem, aluna do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, estou realizando uma pesquisa que tem como título: “Educação em saúde: avaliando o aprendizado imediato de puérperas através da dinâmica de grupos”. Meu objetivo é avaliar o aprendizado imediato da puérpera que participa do grupo de mães realizado no Alojamento Conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A sua participação será muito importante para a realização desse estudo. Para isso, você responderá um questionário antes e um depois de participar do grupo que vai acontecer esta tarde.

O seu envolvimento no estudo não traz nenhum risco para você nem para o seu bebê. O único incômodo pode ser responder aos questionários.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetida, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todo acima listado.

Fui igualmente informada:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação do meu acompanhamento na instituição;
- da garantia de que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

As Pesquisadoras Responsáveis por este Projeto de Pesquisa são: Professora Annelise de Carvalho Gonçalves (telefone 3316.5226) e acadêmica Tatiana Chlaem (telefone 9945.6360), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa Instituição em ____/____/____.

Data ____/____/____

Nome e assinatura do responsável

Assinatura da paciente

Tatiana Chlaem
GPPG - Recebido

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

13 ABR 2004

18.15.104

Por Marta nº 04-107

ANEXO A – Dez Passos para Promover o Aleitamento Materno

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
4. Ajudar às mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
10. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório.

ANEXO B – Termo de Aprovação pelo GPPG do HCPA**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 04-107**Versão do Projeto:** 13/05/2004**Versão do TCLE:** 13/04/2004**Pesquisadores:**

ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES

TATIANA CHLAEM

Título: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AVALIANDO O APRENDIZADO IMEDIATO DE PUÉRPERAS ATRAVÉS DA DINÂMICA DE GRUPOS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 18 de maio de 2004.


Profa. Themis Reverbel da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO
DISCIPLINA ENF 99003 – ESTÁGIO CURRICULAR

CRITÉRIO PARA AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO

TÍTULO: Educação em saúde: qualificando o aprendizado imediato de puerperas através da dinâmica de grupos.

ACADÊMICO: Tatiana Chlaem

13311-7375
19945-6360

ÍTEMS DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	
1. Título: adequado à proposta do estudo	0,5	0,5
2. Introdução: apresentação do tema	1,5	1,5
⇒ Delimitação clara do objeto de estudo		
⇒ O problema está apresentado e de forma clara		
⇒ Relevância do estudo para a enfermagem esta descrita		
3. Objetivos: apresentação clara e objetiva	1,0	1,0
4. Revisão da literatura está adequada ao objetivo do estudo	1,0	1,0
5. Metodologia	1,5	1,5
⇒ Tipo de estudo		
⇒ Campo de estudo		
⇒ População/amostra		
⇒ Coleta de dados/informação		
6. Análise dos resultados	2,5	2,5
7. Considerações Finais	1,0	1,0
8. Apresentação das referências bibliográficas e Anexos	0,5	0,5
9. Adequação às normas de redação científica	0,5	0,5
TOTAL	10,0	10,0

PARECER:

Data: 01/07/2004

Professor Avaliador

Karl

Professor Avaliador

Mariana