

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 02/03/2017.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO” – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Alessa Aparecida de Campos

**MATERIAL EDUCATIVO PARA FAMILIARES DE RECÉM-
NASCIDOS EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PERCEPÇÃO
DOS PAIS E EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus Botucatu, para obtenção do
título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Mara Braga

**Botucatu
2016**

Alessa Aparecida de Campos

**MATERIAL EDUCATIVO PARA FAMILIARES DE RECÉM-
NASCIDOS EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PERCEPÇÃO
DOS PAIS E EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus Botucatu, para obtenção do
título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Mara Braga

**Botucatu
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE- CRB 8/ 5651

Campos, Alessa Aparecida de.

Material educativo para familiares de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: percepção dos pais e equipe de saúde / Alessa Aparecida de Campos. – Botucatu, 2016.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientadora: Eliana Mara Braga

Capes: 40403009

1. Tratamento intensivo neonatal. 2. Comunicação na medicina. 3. Pessoal da área médica. 4. Profissionais – Relações com a família.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Relações profissional-família; Unidade de terapia intensiva neonatal.

Alessa Aparecida de Campos

**MATERIAL EDUCATIVO PARA FAMILIARES DE RECÉM-
NASCIDOS EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PERCEPÇÃO
DOS PAIS E EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus Botucatu, para obtenção do
título de Mestre.

Aprovado em: ____ / ____ / ____ .

Comissão Examinadora

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este estudo

Aos meus pais, Clarice e José, pelo incentivo em meus estudos, pelo exemplo de seres humanos e humildade, por sua dedicação e sabedoria em seus conselhos e amor.

As minhas irmãs, Vanessa e Andressa pela alegria e lindas famílias que constituíram, em especial a minha irmã Regiane (in memoriam), a você fica o meu carinho, eterno amor e saudade.

Ao meu amor, Marcos, pelo companheirismo, paciência, por estar comigo nos momentos difíceis, pelo silêncio sábio nas horas certas, pela compreensão, apoio e ajuda nos momentos em que precisei.

Agradecimientos

A Deus pelo dom da vida e de minha profissão, por sua proteção, guiando os meus passos.

A Nossa Senhora Aparecida, mãezinha, intercessora de minhas orações.

As colegas enfermeiras de profissão, Natália e Mariana, pela força, colaboração, incentivo e amizade.

A minha amiga Ludimila pelo apoio e incentivo nos estudos, como foi bom ter você por perto.

Ao meu novo amigo Eliel, que embarcou nesta jornada comigo para elaboração dos desenhos da cartilha, ficaram lindos, obrigada pela dedicação, paciência, você fez a diferença.

A equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva neonatal, pela ajuda e sugestões para aprimoramento deste trabalho.

Aos pais dos bebês da unidade de terapia intensiva neonatal, pela compreensão da importância do

trabalho, pela participação e cooperação, vocês são especiais.

Aos pequeninos guerreiros da unidade de terapia intensiva neonatal, com vocês aprendo a cada dia o valor da vida.

Aos colegas da turma de Mestrado, pelas trocas de conhecimentos e saberes.

As professoras, Janete e Vera, pelas pertinentes sugestões no Exame de Qualificação, contribuindo para o aprimoramento deste estudo.

Aos docentes do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, que foram tão importantes em minha vida acadêmica e desenvolvimento deste trabalho.

*Agradecimento
Especial*

A minha querida orientadora professora Eliana Mara Braga, pela dedicação, doçura, paciência, serenidade e acolhimento, pois acreditou em minha capacidade, grande incentivadora deste trabalho, conduzindo-me sabiamente neste caminhar.

Minha eterna gratidão

Epígrafe

*Graças vos dou, Senhor, por
serdes a fonte de que dímana
todo o bem que me sucede. Os
que esperam no Senhor
renovam suas forças, sobem
com asas de águias, correm e
não se cansam, caminham e
não se fatigam.*

(Isaías)

Resumo

CAMPOS, AA. Material educativo para familiares de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: percepção dos pais e equipe de saúde. Botucatu, 2016. 89p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Resumo

Introdução: O cuidado à criança hospitalizada vem apresentando mudanças que incluem a família na participação nas atividades diárias, flexibilidade nos horários das visitas e uma relação mais próxima com os profissionais de saúde. Justifica-se a elaboração e apreensão da percepção de material educativo para familiares de recém-nascidos assistidos em terapia intensiva neonatal, considerando a necessidade de se fortalecer o vínculo entre família e equipe multiprofissional, no intuito de melhorar a compreensão acerca da permanência da criança em unidades críticas de cuidado. **Objetivo:** Elaborar e apreender a percepção de material educativo para familiares de recém-nascidos assistidos em terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino. **Método:** Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, realizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino, que se desenvolveu em quatro etapas: 1ª etapa: foi realizada uma revisão da literatura científica não sistematizada, buscando identificar experiências e rotinas dos profissionais de saúde de UTIN; 2ª etapa: foi elaborado material educativo do tipo cartilha, baseado na revisão da literatura, nas normas e rotinas que incluem a trajetória das mães e familiares do RN quando internado em UTIN, com o apoio de um designer gráfico para ilustrações, organização e arte final dos conteúdos; 3ª etapa: constituiu-se na percepção do conteúdo do material educativo pelos profissionais de saúde da unidade; 4ª etapa: após a contemplação das sugestões dos profissionais e o aprimoramento da cartilha, o instrumento foi apresentado aos familiares de referência do recém-nascido internado. As entrevistas individuais foram gravadas por aparelho smartphone e, posteriormente, transcritas na íntegra, respeitando a veracidade das informações. A análise dos dados foi realizada pela Análise de Conteúdo, segundo Bardin. **Resultados:** O material educativo resultante foi idealizado e desenvolvido pela pesquisadora, com o auxílio de um designer gráfico. Os desenhos foram digitalizados usando o programa *Phostoshop CS5 13.0X32*,

em meia folha do tamanho A4 (210x297mm), em papel Couche, com texto sempre acompanhado por ilustrações. Participaram deste estudo 17 profissionais de saúde, 16 mulheres e um homem, com idade de 22 a 57 anos, o tempo de serviço em UTIN foi de dois a 27 anos. Em relação aos familiares, participaram deste estudo 10 familiares, foram entrevistadas nove mães e um pai, com idade de 20 a 40 anos. Os resultados emergentes advindos das questões norteadoras direcionadas aos profissionais e familiares foram organizados nas seguintes categorias temáticas: Concordância com as informações contidas no material educativo; Concordância sobre o conteúdo e a arte final do material educativo; Sugestões de aprimoramento sobre o conteúdo e arte final do material educativo; A UTI Neonatal é um ambiente de cuidados especiais, mas também de acolhimento para a criança e a família; Os equipamentos e materiais de uma UTI Neonatal têm funções e devem ser manuseados por profissionais capacitados; Comportamentos recomendáveis durante a visita em UTI Neonatal; A comunicação escrita reforça a orientação falada; Manter o formato de cartilha como material educativo; Reconhecer que material educativo não substitui a orientação realizada por profissional capacitado. **Considerações finais:** A elaboração do material educativo promoveu concordâncias e obteve sugestões para aprimoramento dos conteúdos e a compreensão pelos familiares da UTIN como um ambiente de cuidado e de acolhimento, além disso, permitiu reflexões sobre a percepção de dispor material educativo, não para substituir uma orientação profissional, mas como um instrumento instrutivo que facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, no sentido de compreender o processo de hospitalização, promovendo educação em saúde, prevenindo doenças, desenvolvendo habilidades, favorecendo a autonomia e auxiliando no vínculo profissional/família.

Descritores: Comunicação em saúde, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Relações profissional-família.

Abstract

CAMPOS, AA. Educational materials for families of newborns in neonatal intensive care: perception of parents and health professionals. Botucatu, 2016. 89p. Thesis (MA) - Nursing Department - Medical School of Botucatu - UNESP.

Abstract

Introduction: The care of hospitalized children has shown changes that include family participation in daily activities, flexibility in schedules visits and a closer relationship with health professionals. The preparation and apprehension of the perception of educational material for relatives of newborns assisted in neonatal intensive care, considering the need to strengthen the bond between family and multidisciplinary team due to improve the understanding of the child's staying in care units critical. **Objective:** To develop and apprehend the perception of educational material for newborns relatives assisted in intensive neonatal care unit of a teaching hospital. **Method:** This is a qualitative study, carried out in a neonatal intensive care unit of a teaching hospital, which was developed in four stages: 1st stage: a review of non systematic literature was performed in order to identify experiences and routines health professionals NICU; Step 2: was prepared educational material primer type, based on the literature review, the rules and routines that include the history of newborns's familiy when admitted to the NICU, with help of a graphic designer for graphics, organization and artwork content; Step 3: constituted the perception of the content of educational materials by the unit of health professionals; Step 4: After contemplation of the professionals and the improvement of the booklet suggestions, the instrument was presented to the reference family of the newborn hospitalized. Individual interviews were recorded by smartphone device and subsequently transcribed, respecting the veracity of the information. Data analysis was performed by content analysis, according to Bardin. **Results:** The resulting educational material was designed and developed by the researcher, with the help of a graphic designer. The drawings were scanned using Phostoshop CS5 13.0X32 program on a half sheet of A4 size (210x297mm) in Couche paper with text always accompanied by illustrations. The study included 17 healthcare professionals, 16 women and one man, aged 22-57 years, the service time in the NICU was two to 27 years. Concerning family, in this study 10 families were interviewed nine mothers and a father, aged 20 to 40 years. Emerging results

arising from the guiding questions directed to professionals and family members were organized into the following thematic categories: Compliance with the information contained in educational material; Agreement on the content and final art educational material; improvement suggestions on the content and final art educational material; The NICU is a special care environment, but also the host for the child and family; Equipment and materials in a Neonatal ICU have functions and should be handled by trained professionals; recommended behavior during the visit in the NICU; Written communication reinforces the spoken guidance; Keep the booklet format as educational material; Recognizing that educational material does not replace the guidance performed by a trained professional. **Final remarks:** The preparation of educational materials promoted concordances and got suggestions for improvement of content and understanding by family members of the NICU as a care environment and host, moreover, allowed for further reflection on the perception of available educational material, not to replace a professional guidance, but as an instructional tool that facilitates and standardizes the guidelines to be carried out in order to understand the process of hospitalization, promoting health education, preventing disease, developing skills, promoting autonomy and assisting in the professional / family bond.

Keywords: Health Communication, Neonatal Intensive Care Unit, Professional-family relations

Lista de Siglas

Lista de Siglas

BLH	Banco de Leite Humano
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
MS	Ministério da Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RN	Recém- nascido
RN's	Recém-nascidos
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI'S	Unidades de Terapia Intensiva

Sumário

Sumário

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	27
1.1 Elaboração de material educativo em saúde	32
2 OBJETIVO	37
3 MÉTODO.....	39
3.1 Tipo do estudo.....	39
3.2 Contexto do estudo	39
3.2.1 Trajeto das mães e familiares quando o bebê está internado na UTIN	40
3.2.2 Trajeto dos familiares de RN's provenientes de outro hospital ou município	41
3.3 Procedimentos Éticos	41
3.4 Participantes do estudo.....	42
3.5 Procedimentos de Coleta de dados	42
3.5 Análise dos dados.....	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICE 1.....	75
Roteiro para apreensão da percepção de material educativo - Equipe de Saúde.....	75
APÊNDICE 2.....	76
Roteiro para apreensão da percepção de material educativo - Familiares ...	76
APÊNDICE 3.....	77
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EQUIPE DE SAÚDE.....	77
APÊNDICE 4.....	78

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIARES ...	78
APÊNDICE 5.....	79
MATERIAL EDUCATIVO	79
ANEXO 1.....	87
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	87

Apresentação

A enfermagem na minha vida começou muito cedo, desde criança convivi com familiares da área de enfermagem e tudo o que percebia sobre a profissão me encantava, a área hospitalar principalmente. Meu pai, como um exemplo de profissional de enfermagem na minha casa, assim, não tive dúvidas do que queria ser quando crescesse, tinha a certeza que queria ser como ele; o cuidado pelas pessoas me fascinava.

Cresci e a convicção de ser enfermeira permanecia, então iniciei a minha carreira acadêmica em 2008 e me graduei em 2011, pela Faculdade Marechal Rondon na cidade de São Manuel/SP.

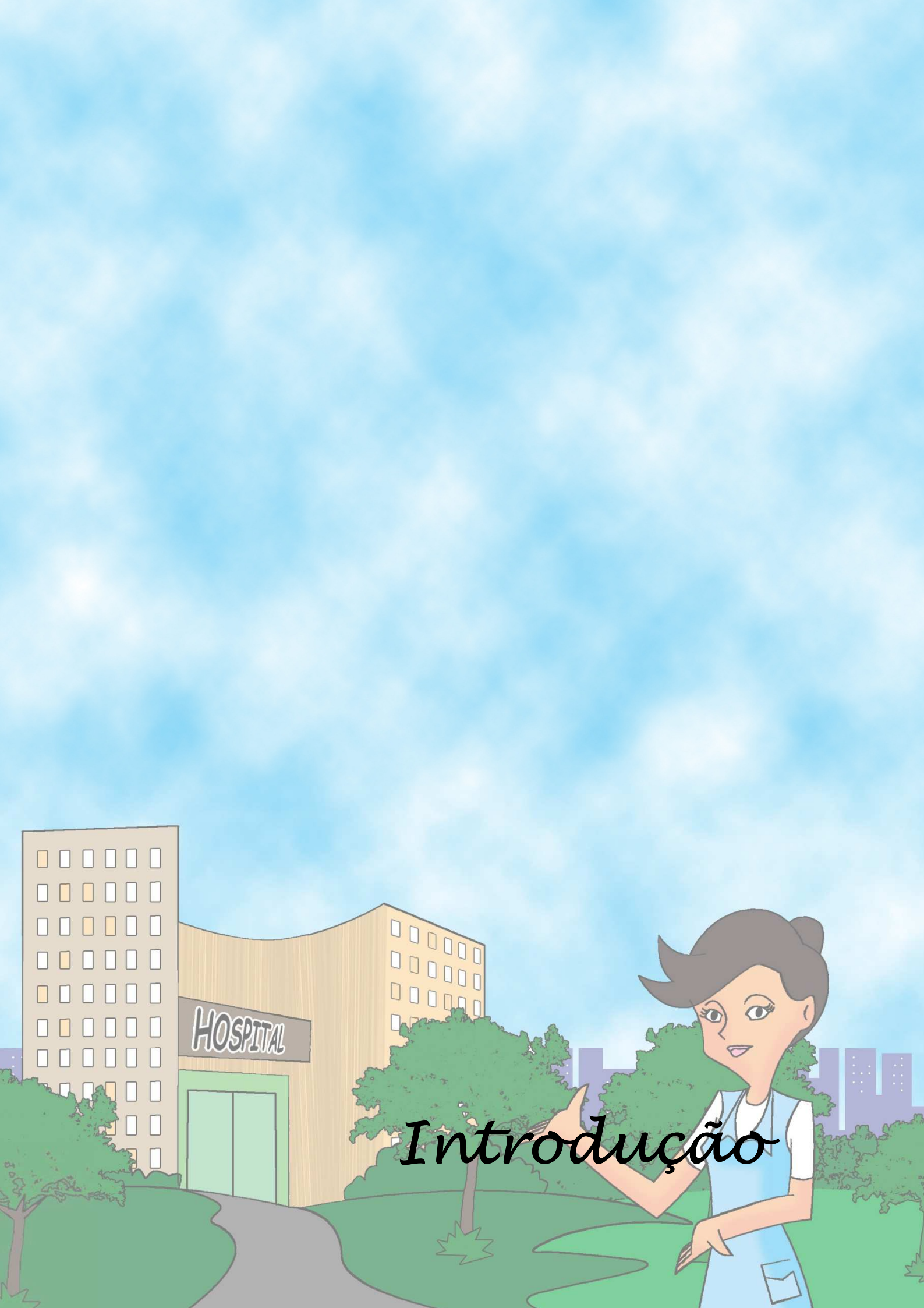
No ano de 2012 iniciei os meus estudos de pós-graduação na Faculdade de Medicina de Botucatu, com Aprimoramento Profissional em Enfermagem em Hematologia e Hemoterapia, neste período, tive a oportunidade de conviver com familiares de pacientes oncológicos, principalmente as mães.

Iniciei minha carreira profissional, no ano de 2013, como enfermeira assistencial, caráter temporário, na Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas de Botucatu e, no mesmo ano retornei como enfermeira concursada. Assim, começou minha paixão pelo cuidado com os pequenos.

A Unidade Neonatal foi minha primeira experiência como profissional formada na área de enfermagem. A cada dia que passa gosto mais da profissão que escolhi e, trabalhar com bebês está sendo um aprendizado na minha vida.

Com a experiência assistencial de uma Unidade Neonatal pude vivenciar a aflição dos familiares em ter um bebê internado em uma Unidade de Terapia Intensiva. E o pensamento surgiu: “O que eu posso fazer para colaborar com os familiares e, estes tenham melhor compreensão acerca da hospitalização e de ter um bebê internado em unidade de terapia intensiva?”

No ano de 2014, iniciei o curso de Mestrado Acadêmico na Faculdade de Medicina de Botucatu, com a intenção de pesquisar e desenvolver um instrumento para apoio aos profissionais de saúde nas orientações e que pudesse melhorar o entendimento da família acerca da hospitalização do bebê em cuidados intensivos.



Introdução

1 INTRODUÇÃO

O cuidado à criança hospitalizada vem apresentando mudanças e a partir de nossas experiências, incluem: a família no fazer cotidiano, com a sua participação nas atividades diárias; a flexibilidade nos horários de visitas e uma relação mais próxima com os profissionais de saúde.

Os avanços tecnológicos e as inovações na terapia medicamentosa possibilitaram um novo olhar para a relação custo-benefício no relacionamento com a família, percebendo-se que a criança não era somente um ser em desenvolvimento físico, como também, mental e social ⁽¹⁾.

No Brasil, as transformações em relação à participação da família no cuidado à criança hospitalizada começaram no final da década de 1980, com a publicação da Resolução SS-165 de 1988, sendo São Paulo (SP) o primeiro estado brasileiro a assegurar a presença dos pais durante a internação da criança. Foi somente no ano de 1991, com a publicação da Lei 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente) que essa situação no país regulamentou-se. ^(2,3).

No ano 2000, o governo federal criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) o qual nasceu de uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de melhoria no contato humano entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais de saúde entre si e da instituição hospitalar com a comunidade, propondo um bom funcionamento do sistema de saúde ^(4,5).

A inclusão de familiares no cuidado à criança hospitalizada, ainda não é uma realidade em muitas instituições hospitalares brasileiras, embora se admita que a presença de um acompanhante minimize traumas que a criança possa desenvolver como consequência da hospitalização ⁽⁶⁾.

Essa realidade vem sendo mudada em instituições com unidades de terapia intensiva, especialmente devido ao comportamento dos profissionais envolvidos no cuidado, que passaram a adotar um modelo assistencial centrado na criança e família ⁽⁷⁾.

Ao implantar este modelo de assistência, estes profissionais enfrentam diversas dificuldades por se tratar de uma complexa relação que estabelecem

no ambiente hospitalar, principalmente na comunicação com estes e inclusão da família no processo de cuidar ⁽⁷⁾.

No Brasil houve redução da taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos) de 77% em 23 anos, em 1990 de 62 por 1000 nascidos vivos, para 14 no ano de 2013 ⁽⁸⁾.

Em relação à taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano), a redução foi de 9%, entre 2010 e 2012. Em 2010, com 16 óbitos por 1000 nascidos vivos e, em 2012, com 14,6 óbitos. A taxa de mortalidade neonatal (0 à 28 dias de vida) teve uma redução de 8% entre 2010 a 2012 de, 11,1 por 1000 nascidos vivos para 10,2 óbitos no ano de 2012 ⁽⁸⁾.

O ranking das causas de mortalidade entre o ano de 2000 a 2012 foi: 1° prematuridade, 2° mal formação congênita, 3° infecções perinatais, 4° asfixia/hipóxia e 5° fatores maternos ⁽⁸⁾.

De acordo com a literatura, as unidades de terapias intensivas (UTI's) foram criadas com o propósito de salvar vidas de crianças com risco iminente de morte e aliadas ao desenvolvimento científico e utilização de tecnologias, têm conseguido salvar ou prolongar a vida de pessoas de diversas idades ⁽⁹⁾.

Entende-se como recém-nascido (RN) de risco aquele que possui maior chance de morrer durante ou após o parto, ou que tenha alguma anomalia congênita ou perinatal que necessite de intervenção imediata ⁽¹⁰⁾.

Assim, entende-se que o conhecimento científico e as habilidades técnicas são exigências que as UTI's necessitam dos profissionais para reduzir a mortalidade e garantir a sobrevivência de crianças com risco de vida ⁽¹⁰⁾.

Os profissionais atuantes nessas unidades, além de habilidade técnicas e conhecimentos científicos, necessitam de conhecimentos relacionais para as intervenções junto às famílias, no modo de auxiliá-las no enfrentamento da doença da criança, promovendo um melhor entendimento sobre a hospitalização e doença do seu filho ^(9,4).

Desse modo, o uso de práticas cotidianas (no ambiente de trabalho) com vistas ao desenvolvimento de competências comunicativas, no trabalho em equipe, se faz necessário, associando a predisposição dos profissionais envolvidos, a fim de valorizar a família como foco de assistência, promovendo

um cenário de trocas de diferentes conceitos, valores, culturas, no qual cada um se diferencia e se reconhece no outro ⁽¹¹⁾.

Entende-se que competência comunicativa é um processo interpessoal, que visa atingir os objetivos dos comunicadores; é aquela que o emissor e o receptor percebem a mensagem enviada, compreendendo os conhecimentos básicos da comunicação e estando atento ao que o emissor expressa de forma verbal e não verbal. Para uma comunicação efetiva, é necessário clareza e objetividade, para promoção do autoconhecimento, possibilitando, assim, uma vida mais autêntica ⁽¹²⁾.

Devido ao ambiente hostil da unidade de terapia intensiva (UTI), a fragilidade e emoções que a família vivencia, exigem que os profissionais estejam atentos às interações e ao impacto que essas vivências possam causar. A assistência humanizada é capaz de transformar esse ambiente hostil num cenário capaz de inspirar esperança, em que a criança e a família tenham uma vida digna ^(13,14).

Nesse contexto, é importante refletir sobre as repercussões para os familiares, do nascimento e da hospitalização do recém-nascido de risco e sobre a maneira mais adequada para abordagem, no sentido de promover uma melhor adaptação a essa fase crítica vivenciada pelo neonato, pais e familiares e compartilhadas com a equipe de profissionais da unidade neonatal ⁽⁴⁾.

A família percebe a hospitalização da criança, por meio da interação com os profissionais de saúde e do cuidado que é prestado. A família entende que a tecnologia e a dedicação dos profissionais são necessárias, mas acima de tudo, atitudes como respeito e consideração são indispensáveis na relação interpessoal ^(1,14).

A comunicação entre equipe de saúde e família deve ser satisfatória a fim de gerar um bom relacionamento, sentimentos de segurança e confiança, pois, sabemos que a falta de informações gera sentimentos de ansiedade com incertezas e o fornecimento destas, com clareza, permite melhor o enfrentamento das situações ^(15,16).

Os atos de curar e cuidar não são atividades exclusivamente dos profissionais da saúde, mas inclui a coparticipação daquele que é tratado e curado. Dentre as vantagens desse sistema, enfatizamos a educação em

saúde, constituindo-se em centro natural de educação e não um local de acomodação de pessoas ⁽¹⁷⁾.

A educação em saúde pode promover um aprendizado prático que contribui para tornar as pessoas mais preparadas para lidar com certos acontecimentos e situações que fazem parte da vida e que se relacionam com sua saúde. Isso evidencia a importância da educação em saúde enquanto produtora de um saber que contribui para a autonomia e a emancipação dos sujeitos. O trabalho educativo pode transformar a relação existente entre profissional de saúde e usuário tornando-a mais horizontalizada, o que facilita a expressão individual e coletiva das necessidades e expectativas ⁽¹⁸⁾.

O conceito de educação em saúde também vai além da transmissão de informações, configurando combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Essas combinações envolvem troca de experiências de vida, aspectos comportamentais, medidas terapêuticas e interacionais e alguns programas educativos têm surgido no sentido de orientar os participantes e auxiliá-los no tratamento ^(19, 20).

Quando se faz referência ao processo educativo, falam-se da importância de se adotarem estratégias, cujas ações devem ter caráter participativo tanto do indivíduo quanto de sua família. As ações educativas influenciam o estilo de vida, melhoram a relação profissional-indivíduo e os ambientes: social e físico. Além disso, a educação em saúde, como uma prática social, baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, favorece a compreensão dessa relação no processo saúde-doença e, respectivamente, o intercâmbio entre o saber científico e o popular ⁽²¹⁾.

Promover ações educativas é premissa fundamental para o tratamento da doença. Essas oferecem a oportunidade de prevenir o aparecimento de complicações crônicas e melhorar a qualidade de vida. Mas, para serem eficazes, tais ações requerem um conjunto de condições, como formação do profissional, que se resume em conhecimento de atitudes pedagógicas, além de capacidade para escutar, compreender e negociar ⁽²¹⁾.

Portanto, comunicação é um processo de compreensão e compartilhamento das mensagens enviadas e recebidas por meio do

relacionamento interpessoal, que exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas, em curto, médio ou longo prazo ⁽²²⁾.

O processo de comunicação se constitui instrumento básico da experiência entre os seres humanos e a sociedade, além de ser uma necessidade básica sem a qual a existência da humanidade seria impossível ⁽²³⁾.

Comunicação escrita são os registros de pensamentos, dúvidas e sentimentos e somente é eficaz, quando torna o pensamento comum, ou seja, produz uma resposta e apresenta capacidade que reflita comportamentos, cujos resultados finais demonstrem atitudes socialmente positivas. A escrita, geralmente, apresenta um pensamento mais elaborado, filtrando a emoção e a espontaneidade ⁽²⁴⁾.

A comunicação escrita também transmite emoções tanto pelas pontuações utilizadas no texto quanto por meio das próprias palavras. Portanto, para uma comunicação escrita efetiva, os registros devem ser objetivos, completos, desprovidos de impressões pessoais e compreensíveis por todos os que se destinam ⁽²⁴⁾.

Na prática, a Educação em Saúde significa oportunidade de conhecer as pessoas, seus contextos e sua linguagem. Nesse sentido, é indispensável utilizar uma linguagem simples e compreensiva, denotando o inestimável respeito à cultura, expressa essencialmente por meio da linguagem. Observar e entender a cultura do outro tanto no cuidado como nas ações educativas, é uma necessidade. Portanto, observação e entendimento fazem parte da ação profissional. Assim, não podemos desconsiderar a Educação em Saúde quando cuidamos ou ensinamos a cuidar ⁽²⁵⁾.

Dessa forma, o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde. Uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometida com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvida na melhoria da qualidade de vida ⁽²⁶⁾.

Acreditamos que a educação em saúde consiste em um dos principais elementos para melhores condições de vida e se reporta à perspectiva de formação da “consciência crítica” sobre saúde ⁽²⁷⁾.

Ressalvamos que uma intervenção educativa, por si só, não garante mudança de comportamento e melhora na qualidade de vida, devido às questões socioculturais e econômicas envolvidas. Portanto, não devemos considerar somente que o objetivo da educação em saúde seja a mudança de comportamento, pois o sujeito pode ser detentor de um valor diferente daquele do educador e, pode escolher outros meios para desenvolver suas práticas cotidianas ⁽¹⁹⁾.

A educação é um dos meios para vencer os desafios propiciando-lhes o aprendizado de novos conhecimentos e oportunidades para buscar seu bem-estar físico e emocional ⁽²⁰⁾.

As estratégias de Educação em Saúde com propósitos definidos podem partir de materiais educativos com espírito lúdico e compromisso social e, assim, permitir o convívio e interações enriquecedoras entre os participantes. Portanto, devem ser planejadas e executadas de acordo com a condição do serviço e as necessidades levantadas ⁽²⁵⁾.

1.1 Elaboração de material educativo em saúde

O uso crescente de materiais educativos como recursos na educação em saúde tem assumido um papel importante no processo de ensino-aprendizagem ⁽²⁸⁾.

Acredita-se que a existência de instrumentos de orientação, como um material didático-instrucional, com informações que forneçam elementos para a tomada de decisões, possa facilitar a padronização e reforçar as orientações verbais. A criação dos manuais vem ocorrendo para facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar com pacientes e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado ⁽²⁸⁾.

Um material bem elaborado ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do leitor, desenvolve ações que influenciam o padrão de saúde e favorece a tomada de decisão, além de contribuir na redução do uso dos serviços e custos ⁽²⁹⁾.

Todavia, tem sido evidenciada a inexistência de pesquisas prévias à criação de material educativo. As produções são atreladas com mais frequência

à experiência do atendimento, o que faz com que contemplem algumas dúvidas e questionamentos mais comuns da clientela sobre os problemas específicos abordados nos materiais. A utilização e/ou produção de materiais educativos pode se pautar no processo de negociação de significados e na valorização de experiências entre profissionais de saúde e usuários dos serviços ⁽²⁸⁾.

Em estudos que utilizaram cartilhas confeccionadas em folha A4 (210x297mm) em formato de configuração “paisagem”, no tamanho da página de meia folha, com texto sempre acompanhado por ilustrações, concluiu-se o aumento da retenção do conteúdo desta pelo leitor ⁽³⁰⁾.

Na elaboração, podem se utilizar mensagens breves, considerando que frases longas reduzem a velocidade do processo de leitura e geralmente, os leitores esquecem os itens de listas muito grandes. Além disso, pode se utilizar linguagem simples, objetivando promover a identificação do leitor com o texto e manter a sua iniciativa no processo da educação em saúde ⁽³⁰⁾.

Impressos com ilustrações fora do contexto sociocultural, impressão pouco legível, textos com linguagem bastante técnica, períodos e palavras longas, são características que podem diminuir o interesse pela leitura e/ou dificultar a compreensão, além de interferir no processo educativo ^(29,30).

Embora haja algumas limitações decorrentes de dificuldades de leitura pelo leitor, as cartilhas educativas permitem uma leitura posterior, reforçando as informações orais, servindo como guia de orientações para casos de dúvidas e auxiliando nas tomadas de decisões do cotidiano. Esses objetivos podem ser alcançados ao se elaborar mensagens que tenham vocabulário coerente com o público-alvo, convidativas, de fácil leitura e entendimento ⁽³¹⁾.

As informações escolhidas para compor um material educativo podem fornecer elementos para a tomada de decisões, em detrimento de prescrever padrões de comportamentos e atitudes ⁽³¹⁾.

Um manual educativo pode enfatizar a importância do autocuidado e a participação no tratamento e o equilíbrio necessário nas atividades do dia a dia, a fim de que os pacientes tenham maior controle sobre os fatores que interferem em sua reabilitação ⁽²⁹⁾.

No que diz respeito à forma como as informações podem ser abordadas, a equipe multiprofissional enfatiza a clareza da linguagem e uma maneira de

orientar que não seja repressora, mas sugestiva de comportamentos mais saudáveis. Como resultado, o material educativo auxilia na melhora do conhecimento e na satisfação do leitor, desenvolve suas atitudes e habilidades, facilita a autonomia, promove sua adesão ao proposto, torna-o capaz de entender como as próprias ações influenciam seu padrão de saúde, favorece sua tomada de decisão ^(28, 29, 30).

Mais que simplesmente informar, é necessário saber como informar, como transpassar o guia teórico para a prática, fazendo com que as orientações fornecidas mobilizem o leitor. Um manual didático instrucional, mais do que responder a dúvidas e questionamentos, também deve oferecer alternativas a muitas das dificuldades enfrentadas. Nesse sentido, um material impresso pode facilitar o entendimento de familiares, cuidadores e outros que se relacionam com a pessoa, foco do material educativo ⁽²⁸⁾.

Ao longo dos anos, podemos observar que a Enfermagem vem produzindo elementos construtivos de produção tecnológica, através de estratégias para controlar o processo de trabalho e com a estruturação de material didático-pedagógico para diferentes populações-alvo, que contribuem para a prevenção e promoção da saúde ^(28,30).

Inserida nessa perspectiva, a educação em saúde como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem o indivíduo a adotar condutas, as quais permitam um estado saudável, continua a ser objeto de reflexão crescente por parte de políticos, instituições, grupos profissionais e mesmo autores isolados de artigos científicos ou literatura específica. A estratégia utilizada com o auxílio de tecnologias educacionais pode ser bastante eficaz, mas, antes de se lançarem produtos para serem utilizados como instrumentos didáticos, é preciso fazer um ensaio com eles a fim de se conhecer sua eficácia e sua eficiência ⁽²⁵⁾.

Portanto, a utilização de manual educativo como estratégia e instrumento de apoio terapêutico fundamentado em termos científicos, contendo proposta de atividades selecionadas para recuperar, desenvolver ou reforçar as capacidades físicas, mentais e sociais promove a saúde e a reinserção social, além de melhorar a vida. Contudo, espera-se que o manual

educativo, após a sua validação, torne-se uma tecnologia educacional ao alcance dos pacientes ^(21, 25, 28, 29, 31).

Assim, quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si que está sendo validado, mas sim o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado ⁽²⁹⁾.

A validade de conteúdo é um método baseado no julgamento, ou seja, analisar os itens e julgar se eles são abrangentes e representativos, ou, ainda, se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir ⁽²⁹⁾.

Já, a validade de aparência ou de face, consiste no julgamento de um grupo de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento ⁽²⁹⁾.

A partir do exposto, pretendemos elaborar e apreender a percepção de material educativo para familiares de recém-nascidos, assistidos em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) com base na revisão bibliográfica não sistematizada e nas normas e rotinas existentes em uma UTIN, incluindo as orientações fornecidas pela equipe de saúde, com a finalidade de que, esse material possa fortalecer o vínculo entre família e equipe multiprofissional, além de melhorar a compreensão acerca da hospitalização da criança em unidades críticas.



Considerações

Finais

A elaboração e apreensão da percepção do material educativo exigiu abertura a críticas, pois com as considerações dos profissionais especializados da área e familiares, pode-se construir uma cartilha que realmente pudesse atender as necessidades encontradas, acatando sugestões diversas, abordadas de diferentes formas. Deste modo, valorizamos as opiniões e conquistamos ganhos em aprendizado e convivência com a equipe envolvida.

Acreditamos que materiais educativos com ilustrações facilitam o entendimento e tornam o processo de educar mais descontraído, e neste estudo, os investimentos em ilustrações e cores explicaram mais que as palavras, segundo demonstrado nos discursos.

É importante ressaltar que para a construção de um material educativo é necessária autorização ética e conhecimento científico sobre o assunto, pois isso refletirá em trabalhos educativos de melhor qualidade, promovendo compreensão, segurança e o reconhecimento da equipe multiprofissional por parte da população-alvo.

Evidenciamos que a clareza do assunto a ser abordado é essencial para o entendimento e reflexão das ações, tornando-se acessíveis a todas as camadas sociais, independentemente do grau de instrução, pois os manuais são desenvolvidos para fortalecer a orientação de familiares e pacientes, tornando-se indispensável uma linguagem que todos compreendam.

Em nossa experiência, observamos também a necessidade da seleção de informações prioritárias, serem atrativas, objetivas, com frases curtas, de fácil compreensão e atender a necessidade específica de uma determinada situação, dessa forma as pessoas serão estimuladas a ler.

De acordo com a apreensão da percepção de conteúdo dos profissionais de saúde, foi realizado o aprimoramento no material educativo, antes de ser apresentado aos familiares. Não houve necessidade de alterações na capa, título e formato, porém inserimos informações sobre o que é uma UTI Neonatal e ao que ela se destina além da importância da participação na família no cuidado ao RN, bem como o contato pele a pele. Ainda, incluímos informações sobre a liberação dos horários de visita para os pais todos os dias e, para os avós nas quartas e sábados. Deixamos um quadro em branco na cartilha, para

as particularidades de cada família, pois sabemos que a presença de outros familiares também é importante, além de destacar o horário preferencial para obter informações médicas, considerando a rotina da unidade.

Outras modificações da cartilha foram no formato do aparelho celular, pois este não estava sendo compreensível por todos os profissionais, e sobre como os equipamentos auxiliam na recuperação do recém-nascido, que em casos em que soa o alarme, a família deve manter a calma visto que logo virá um profissional responsável. Esclarecemos, conjuntamente, que a bomba de seringa além de controlar a dosagem de medicamentos, também é utilizada para controlar a dosagem do leite para o bebê. E, em relação à fototerapia, sobre a importância da proteção ocular no bebê. Também acrescentamos informações sobre aleitamento materno e os casos de impossibilidade de alguns RN's se alimentarem por determinado período.

Cabe ressaltar que quando a nova cartilha, com as alterações sugeridas, foi apresentada aos familiares, não houve sugestões de alterações demonstrando que o material estava em consonância com as orientações recebidas pelos profissionais de saúde e, portanto, de acordo com as normas e rotinas da unidade.

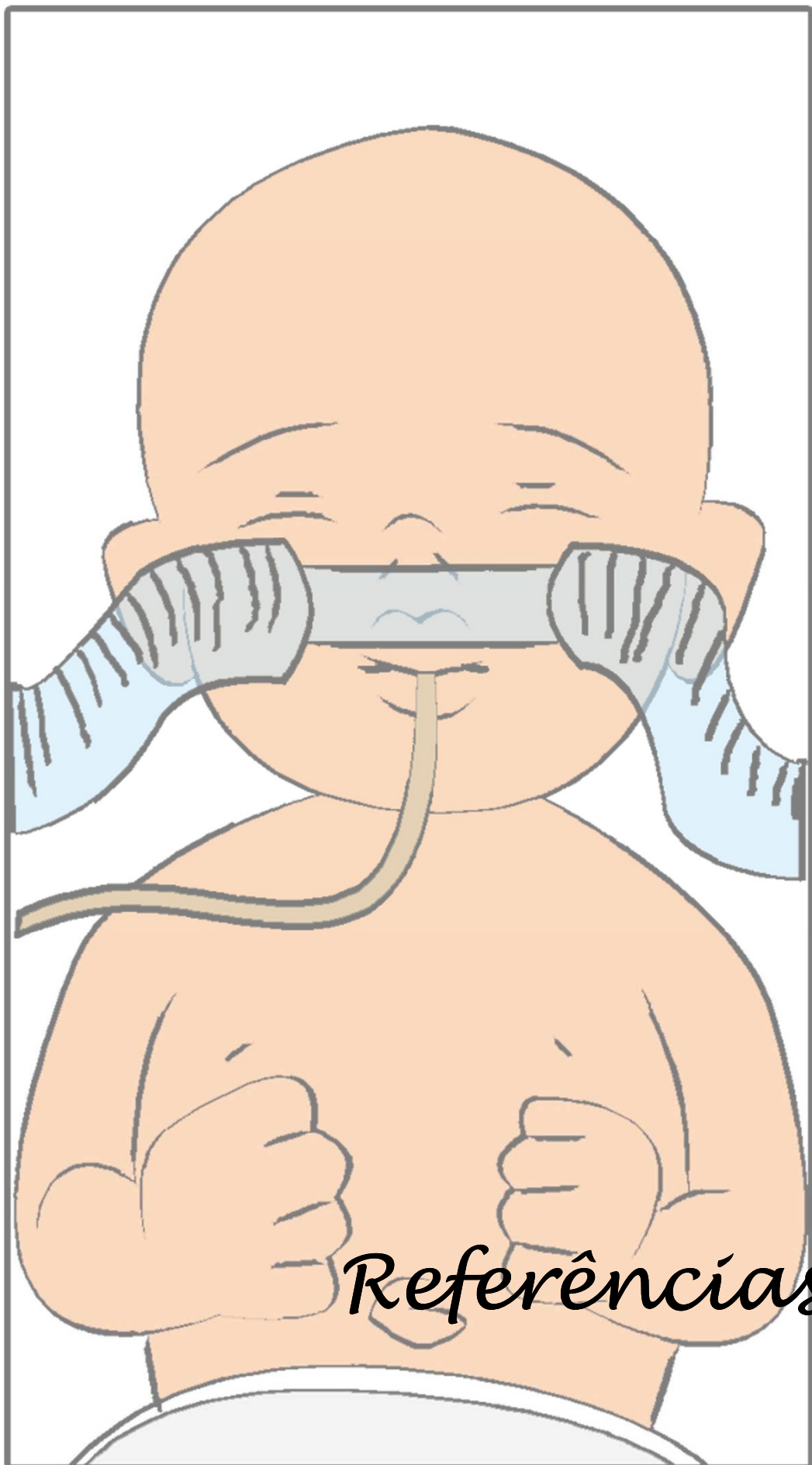
Construímos, então, um material educativo apreendido em seu conteúdo pela participação de profissionais e familiares que servirá de apoio na orientação a familiares de recém-nascidos assistidos em terapia intensiva neonatal.

Consideramos oportuno ressaltar que um material educativo não substitui orientação profissional competente, mas serve como um instrumento instrutivo que facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, é um apoio aos familiares no sentido da compreensão do processo de hospitalização, promoção da educação em saúde, prevenção de doenças e desenvolvimento de habilidades, favorecendo a autonomia e auxiliando no vínculo profissional/família.

A elaboração do material educativo promoveu concordâncias e obteve sugestões de aprimoramento sobre o conteúdo e arte final, permitiu a compreensão pelos familiares sobre a UTI Neonatal como um ambiente de

cuidado e de acolhimento, que os equipamentos e materiais têm funções específicas e devem ser manuseados por profissionais capacitados. Além disso, orientou sobre comportamentos durante a visita, enfatizando que uma comunicação escrita reforça a orientação falada, porém estas ações educativas não substituem as orientações que devem ser realizadas por profissionais capacitados.

Neste estudo percebemos que a educação em saúde assume um papel fundamental no processo de cuidado da enfermagem, assim, recomendamos o uso deste instrumento como apoio educativo em orientações de enfermagem nas unidades de terapias intensivas neonatal, especialmente, por ser uma forma de acolhimento, de estar junto, de esclarecer, tranquilizar e possibilitar tomadas de decisões e autonomia para as famílias.



Referências

REFERÊNCIAS

1. Molina RCM, Varela PLR, Castilho AS, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas Unidades de Terapia Pediátrica e Neonatal: visão da equipe multidisciplinar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007;11(3):437-44.
 2. Oliveira BRG, Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança/família. *Rev Latino Am Enfermagem*. 1999;7(5):95-102.
 3. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Criança. Projeto Minha Gente. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Criança; 1991.
 4. Nascimento AZ, Ribeiro G, Bernardino E, Oliveira ES. Limites e possibilidades da permanência de familiares em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Cogitare Enferm*. 2007;12(4):446-51.
 5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [acesso 16 Dez 2014]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.
 6. Gomes GC, Erdmann AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005;26(1):20-30.
 7. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(2):191-7.
 8. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [Acesso 3 Out 2015]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/09/taxa-de-mortalidade-infantil-no-pais-cai-77-desde-1990>.
 9. Pedroso EG, Bousso RS. O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem. *Acta Sci Health Sci*. 2004;26(1):129-34.
 10. Buarque V, Lima MC, Scott RP, Vasconcelos MGL. Self-help groups, family, newborns, neonatal intensive care unit. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(4):295-301.
-

11. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):91-104.
 12. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):410-4.
 13. Andraus LMS, Minamisava R, Munari DB. Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. *Cienc Cuid Saude*. 2004;3(2):203-8.
 14. Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaucha Enferm*. 2000;21(n esp):70-83.
 15. Guareschi APDF, Martins LMM. Relacionamento multiprofissional x criança x acompanhante: desafio para a equipe. *Rev Esc Enferm USP*. 1997;3(3):423-36.
 16. Colenci R, Abdala KM, Braga EM. A família na sala de espera do centro cirúrgico. *Rev SOBECC*. 2004;9(1):13-20.
 17. Fonseca LMM, Scochi CGS, Mello DF. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(2):166-71.
 18. Santos RV, Mattos CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(4):652-60.
 19. Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):257-63.
 20. Carvalho CMRG, Fonseca CCC, Pedrosa JI. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):719-26.
 21. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(4):1039-47.
-

22. Stefanelli MC, Carvalho EM. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole; 2005.
 23. Pagliuca LMF, Oliveira PMP, Rebouças CBA, Galvão MTG. Literatura de Cordel: veículo de comunicação e educação em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(4):662-70.
 24. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4a ed. São Paulo: Loyola; 2006.
 25. Queiroz MV, Jorge MS. Health education strategies and the quality of care and teaching in pediatrics: interaction, connection and trust in professional discourse. *Interface (Botucatu).* 2006;10(19):117-30.
 26. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Colet.* 2007;12(2):335-42.
 27. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):233-8.
 28. Panobianco MS, Souza VP, Prado MAS, Gozzo TO, Magalhães PAP, Almeida AM. Construção do conhecimento necessário ao desenvolvimento de um manual didático-instrucional na prevenção do linfedema pós-mastectomia. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(3):418-26.
 29. Oliveira MS, Fernandes AFC, Sawada NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):115-23.
 30. Salles PS. Materiais escritos impressos de orientação em enfermagem: revisão integrativa [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2012. [Acesso 05 Dez 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-13032014-115506>
 31. Torres HC, Candido NA, Alexandre LR, Pereira FL. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em diabetes. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):312-6.
 32. Minavo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
-