

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

CAPACITAÇÃO DE MÃES DE BEBÊS PRÉ-TERMO COMO AGENTES DE  
PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO, NO AMBIENTE HOSPITALAR

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

SÃO CARLOS

2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

CAPACITAÇÃO DE MÃES DE BEBÊS PRÉ-TERMO COMO AGENTES DE  
PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO, NO AMBIENTE HOSPITALAR

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Doutor em Educação Especial, área de concentração: educação do indivíduo especial.

SÃO CARLOS

2008

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

J623cm

Joaquim, Regina Helena Vitale Torkomian.  
Capacitação de mães de bebês pré-termo como agentes de  
promoção do desenvolvimento, no ambiente hospitalar /  
Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim. -- São Carlos :  
UFSCar, 2008.  
392 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos,  
2008.

1. Bebês - prematuros. 2. Orientação de mães. 3.  
Programação de ensino. 4. Desenvolvimento infantil. 5.  
Humanização da Assistência Hospitalar. 6. Hospitalização.  
I. Título.

CDD: 618.92011 (20<sup>a</sup>)



Banca Examinadora da Tese de **Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim**

Profa. Dra. Denize Rosana Rubano  
(PUC – São Paulo)

Ass. Denize Rosana Rubano

Profa. Dra. Olga Mitsue Kubo  
(UFSC)

Ass. Olga Mitsue Kubo

Profa. Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello  
(UFSCar)

Ass. Ana Lúcia Rossito Aiello

Profa. Dra. Ilza Zenker Leme Joly  
(UFSCar)

Ass. Ilza Zenker Leme Joly

Profa. Dra. Maria Stella C. de Alcântara Gil  
(UFSCar)

Ass. Maria Stella C. de Alcântara Gil

Profa. Dra. Ana Lucia Cortegoso  
(UFSCar)

Ass. Ana Lucia Cortegoso

Orientadora

Dra. Ana Lucia Cortegoso

Ofereço a meus amores,  
Caroline e Daniel:  
amigos,  
companheiros,  
e filhos.

## AGRADECIMENTOS

**À professora Ana Lucia Cortegoso**

pela dedicação e competência em todos os momentos da realização deste trabalho e,  
pelo acolhimento nas minhas horas difíceis.

**À doutora Sílvia Falcco Alliprandini**

por, novamente, abrir as portas para mim.

**Às amigas especiais Regina e Ísis**

pela ajuda infinda.

**Ao meu cunhado Mauro**

por estar sempre disponível.

**À minha mãe e irmãos, Yacy, Ana, Vera e Valter**

por estarem presente em todos os momentos que eu mais precisei.

**À querida tia Yára**

que não está mais entre nós.

**Ao meu marido e filhos, Edson, Caroline e Daniel**

pelo tempo juntos que tivemos que abdicar.

E finalmente, **a todas as Marias e seus Meninos...**

**Muito obrigada.**



## RESUMO

Este projeto visou produzir conhecimento sobre necessidades e possibilidades de capacitação de mães de bebês pré-termo para atuar como agentes de promoção do desenvolvimento, durante a internação hospitalar destes bebês. Foi desenvolvido por meio de dois estudos articulados, implementados em uma instituição hospitalar, tendo como participantes mães ou cuidadores que tinham bebês internados na instituição, além dos profissionais que atuavam no serviço que abriga estes bebês após alta médica da UTI neonatal e aguardam alta da internação. O Estudo 1 corresponde ao exame do processo de elaboração de um programa de ensino destinado a capacitar estas mães ou cuidadores dos bebês durante a permanência destas crianças neste ambiente, que incluiu desenvolver recursos para capacitação de mães de bebês pré-termo para lidar com seus filhos durante a estadia destes bebês em internação pós-UTI neonatal, considerando as necessidades e peculiaridades deste tipo de situação; identificar os procedimentos utilizados pela equipe para prepará-las neste sentido, por meio de entrevistas e observações (diretas ou por meio de filmagem) de situações de interação mãe-bebê e mãe-profissionais; propor objetivos e condições de ensino compatíveis com tais necessidades e recursos disponíveis. Deste estudo resultou um programa de ensino modular, com unidades correspondentes a conjuntos de habilidades relevantes, em relação às quais foram previstas informações, demonstrações e treinamento em exercício. No Estudo 2, que corresponde à avaliação dos recursos de ensino propostos como condição para capacitação de mães de bebês pré-termo, a partir da implementação de unidades do programa junto a um conjunto de mães de bebês pré-termo, durante sua estadia no ambiente hospitalar, foram obtidas informações destinadas a indicar a eficiência do programa para promover tais habilidades, pelo menos no âmbito do relato verbal das mães participantes. Para tanto, foram realizadas observações diretas da ação destas mães (antes, durante e após a implementação das unidades de ensino a que cada uma foi submetida) e entrevistas (antes e após as atividades de ensino). Tais observações indicaram impacto das atividades implementadas ao revelar mudanças tanto no relato verbal quanto em propriedades de condutas das mães ao interagir com os bebês, bem como propiciaram melhor compreensão sobre condições favorecedoras e desfavorecedoras do preparo da mãe para lidar com seus bebês, em função da rotina e características da situação em que se dá a transição do bebê da UTI neonatal para sua casa.

Palavras - Chave: capacitação de mães; bebês pré-termo; programação de ensino; hospitalização infantil; humanização do ambiente hospitalar.

## *ABSTRACT*

This research aimed to produce (enhance) the knowledge on the necessities and possibilities for the qualification of the mother of preterm baby to work as development improver agent during the hospital internment of this babies. The research was conducted through two articulated studies , implemented in a hospital institution, having as participants the mothers (or equivalent) with interned babies and the professionals who worked on the External Nursery, where the babies stay waiting for the medical advice after the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). The # 1 Study corresponds to the examination of the process of procedures elaboration for a teaching program to the mothers or baby sitter during the baby stay in the NICU which included the development of skills of the mothers of preterm babies to care them during their stay in the NICU, considering the needs and peculiarities of this situation. The #1 Study also searched the identification of the procedures used by the professionals to prepare the mother in that sense, by mean of interviews and observation (direct and through video taping) of situation of mother and baby interaction and mother and professional interaction; and the proposition of the objective and teaching conditions compatible with such necessities and available resources. From this #1 Study resulted a modular teaching program, with corresponding unit of relevant abilities and, related to that, a set of information, demonstration and training exercises. In the #2 Study, which corresponds to the evaluation of the teaching resources, proposed as conditions for the mother training; from the implemented program units starting point, with a group of mothers of preterm babies, during their stay in the hospital environment after leaving the neonatal intensive care unit, information was gathered that could indicate the efficiency of the program to promote such abilities, at least on the spoken feed back level of the participant mothers. For that, direct observation of the action of the mothers (before, during and after the implementation of the teaching modules which each one was submitted) and interviews (before and after the teaching activities). Such observations indicated a possible impact of the implemented activities due to the revealing changes on the spoken report and even in the manner of the mother in interacting with the baby, and also provided a better understanding on the conditions that favor or not the training of the mother to care their baby, regarding the routine and characteristics of the situation on the transition of the baby from the neonatal intensive care unit to their home.

Keywords: qualification of the mother, preterm baby, teaching program, child internment, hospital humanization.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação gráfica das condições a que a participante <i>Pm7</i> foi exposta no estudo.	169
Figura 2. Representação gráfica das condições a que a participante <i>Pm8</i> foi exposta no estudo.	170
Figura 3. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe <i>Apresentar ações Positivas</i> nas diferentes Sessões em que foram observados.	190
Figura 4. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe <i>Interagir com o Bebê</i> nas diferentes Sessões em que foram observados.	191
Figura 5. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe <i>Distribuir a Atenção</i> nas diferentes Sessões em que foram observados.	192
Figura 6. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe <i>Amamentar</i> nas diferentes Sessões em que foram observados.	194
Figura 7. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe <i>Posicionar o Bebê</i> nas diferentes Sessões em que foram observados.	195
Figura 8. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe <i>Realizar Higiene do Bebê</i> nas diferentes Sessões em que foram observados.	196
Figura 9. Distribuição da duração proporcional de cada um dos comportamentos (manter contato visual e tátil com o bebê, acompanhar movimentos e falar com o bebê) observados de <i>Pm7</i> nas diferentes Sessões.	198
Figura 10. Distribuição das médias de duração dos comportamentos de <i>Pm7</i> (manter contato visual e tátil com o bebê, acompanhar movimentos e falar com o bebê) nas diferentes Sessões.	199
Figura 11. Distribuição da duração proporcional de cada um dos comportamentos de olhar (bebê e ambiente) observados de <i>Pm7</i> nas diferentes Sessões.	200
Figura 12. Distribuição das médias de duração dos comportamentos de olhar bebê e ambiente, de <i>Pm7</i> , nas diferentes Sessões.	201
Figura 13. Distribuição da duração média de intervalos entre sinais emitidos pelo bebê e comportamentos da mãe considerados como de reação a estes sinais, para <i>Pm7</i> , nas diferentes Sessões.	202
Figura 14. Distribuição de comportamentos de <i>Pm7</i> , para a classe <i>Manipular o Bebê</i> , nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.	204
Figura 15. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de <i>Pm7</i> componentes da classe geral <i>Manipular o Bebê</i> , nas	206

diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão / tempo em minutos).

Figura 16. Distribuição de comportamentos de *Pm7*, para a classe *Posicionar o Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros. 208

Figura 17. e 17'. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral *Posicionar o Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minuto). 209 210

Figura 18. Distribuição de comportamentos de *Pm7*, para a classe *Interagir com o Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros. 212

Figura 19. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral *Interagir com o Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minuto). 213

Figura 20. Distribuição de comportamentos de *Pm7*, para a classe *Realizar Higiene do Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros. 215

Figura 21. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral *Realizar Higiene do Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minuto). 216

Figura 22. Distribuição de comportamentos de *Pm7*, para a classe *Amamentar o Bebê*, nas sessões observadas, em termos de número de acertos e erros. 217

Figura 23. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral *Alimentar o Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minuto). 218

Figura 24. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Apresentar Ações Positivas* de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados. 224

Figura 25. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Interagir com o Bebê* de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados. 226

Figura 26. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Alimentar Bebê* de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados. 227

Figura 27. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Distribuir Atenção* de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados. 228

Figura 28. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Posicionar o Bebê* de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados. 230

Figura 29. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe <i>Realizar Higiene do Bebê</i> de <i>Pm8</i> , nas diferentes Sessões em que foram observados.	231
Figura 30. Distribuição da duração proporcional de cada um dos comportamentos de olhar (bebê e ambiente) observados de <i>Pm8</i> nas diferentes Sessões.	233
Figura 31. Distribuição das médias de duração dos comportamentos de olhar bebê e ambiente, de <i>Pm8</i> , nas diferentes Sessões.	234
Figura 32. Distribuição da duração proporcional de cada um dos comportamentos (falar com bebê, contato tátil, embalar o bebê, contato visual e acompanhar o movimento do bebê), observados de <i>Pm8</i> nas diferentes Sessões.	235
Figura 33. Distribuição da duração média de intervalos entre sinais emitidos pelo bebê e comportamentos da mãe considerados como de reação a estes sinais, para <i>Pm8</i> , nas diferentes Sessões.	237
Figura 34. Distribuição de comportamentos de <i>Pm8</i> , para a classe <i>Manipular o Bebê</i> , nas diferentes sessões observadas, em número de acertos e erros.	239
Figura 35. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de <i>Pm8</i> componentes da classe geral <i>Manipular o Bebê</i> nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).	241
Figura 36. Distribuição de comportamentos de <i>Pm8</i> , para a classe <i>Interagir com o Bebê</i> , nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.	243
Figura 37. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de <i>Pm8</i> componentes da classe geral <i>Interagir com o Bebê</i> nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/ tempo em minuto).	244
Figura 38. Distribuição de comportamentos de <i>Pm8</i> , para a classe <i>Alimentar o Bebê</i> , nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.	246
Figura 39. e 39' Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de <i>Pm8</i> componentes da classe geral <i>Alimentar o Bebê</i> , nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos (número de acertos ou erros por sessão/ tempo em minuto).	247 248
Figura 40. Distribuição de comportamentos de <i>Pm8</i> , para a classe <i>Realizar Higiene do Bebê</i> , nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.	250
Figura 41. e 41' e 41''. Distribuição de comportamentos de <i>Pm8</i> , para a classe <i>Posicionar o Bebê</i> , nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.	251 252 253
Figura 42. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de <i>Pm8</i> componentes da classe geral <i>Posicionar o Bebê</i> nas	256

diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).

Figura 43. e 43'. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de Pm8 componentes da classe geral *Posicionar o Bebê* nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos). 257  
258

Figura 44. Características do desempenho das participantes (*Pm7*, *Pm8*) nos diferentes módulos ou unidades do programa de ensino. 261

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Classes de comportamentos gerais e específicas esperadas de cuidadores de bebês egressos de UTI neonatal.	65
Quadro 2. Exemplo do plano de trabalho com mães de bebês pré - termo para capacitação em relação a aptidões favorecedoras do desenvolvimento.	70
Quadro 3. Informações dos participantes ( <i>Penf<sub>1</sub></i> , <i>Penf<sub>2</sub></i> , <i>Paux<sub>3</sub></i> , <i>Paux<sub>4</sub></i> ) sobre o tema “orientação” durante o período de hospitalização do bebê.	74
Quadro 4. Informações dos participantes ( <i>Penf<sub>1</sub></i> , <i>Penf<sub>2</sub></i> , <i>Paux<sub>3</sub></i> , <i>Paux<sub>4</sub></i> ) sobre o tema condição das mães durante o período de hospitalização.	78
Quadro 5. Informações dos participantes ( <i>Penf<sub>1</sub></i> , <i>Penf<sub>2</sub></i> , <i>Paux<sub>3</sub></i> , <i>Paux<sub>4</sub></i> ) sobre o tema condição do serviço no que diz respeito a problemas/dificuldades.	80
Quadro 6. Descrição do desempenho da <i>Pm1</i> em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.	84
Quadro 7. Descrição do desempenho da <i>Pm2</i> em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.	90
Quadro 8. Descrição do desempenho da <i>Pm3</i> em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.	96
Quadro 9. Descrição do desempenho da <i>Pm4</i> em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.	103
Quadro 10. Descrição do desempenho da <i>Pm5</i> em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.	108
Quadro 11. Descrição do desempenho da <i>Pm6</i> em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.	114
Quadro 12. Classes gerais de comportamentos que constituem objetivos para um programa de ensino destinado a capacitar mães de bebês em situação de internação pós-UTI n para lidar com estes bebês nestas situações e após a alta hospitalar.	127
Quadro 13. Critérios utilizados para definir condições de ensino no programa.	128
Quadro 14. Seqüência padrão de ações do moderador na implementação das unidades de ensino previstas no programa.	129
Quadro 15. Programa de ensino proposto, em termos de módulos, unidades, atividades, materiais e ações do moderador e dos aprendizes, que constituem as condições de ensino que compõem este programa.	130
Quadro 16. Caracterização geral das mães participantes do Estudo 2 ( <i>Pm7</i> , <i>Pm8</i> ).	164

Quadro 17. Caracterização geral dos bebês das mães participantes do Estudo 2 ( <i>Pm7, Pm8</i> ).	165
Quadro 18. Seqüência das situações em que a participante <i>Pm7</i> foi observada e às quais foi submetida, destaque em negrito das intervenções.	168
Quadro 19. Seqüência das situações em que a participante <i>Pm8</i> foi observada e às quais foi submetida, destaque em negrito das intervenções.	168
Quadro 20. Categorias para classificação de comportamentos observados da mãe em relação ao bebê nas situações de berçário, em relação aos quais foi observada a forma (correta e incorreta).	173
Quadro 21. Categorias para classificação de comportamentos observados da mãe em relação ao bebê nas situações de berçário, em relação aos quais foi observada a ocorrência.	180
Quadro 22. Caracterização das situações de observação e de intervenção a que <i>Pm7</i> foi submetida no decorrer de sua participação no programa de ensino.	187
Quadro 23. Classes gerais e específicas de comportamentos de <i>Pm7</i> observados e avaliados em termos de freqüência de ocorrência.	188
Quadro 24. Classes gerais e específicas de comportamentos de <i>Pm7</i> observados e avaliados em termos de duração.	197
Quadro 25. Classes gerais e específicas de comportamentos de <i>Pm7</i> em relação aos quais foram observados aspectos corretos e incorretos.	203
Quadro 26. Caracterização das situações de observação e de intervenção a que <i>Pm8</i> foi submetida no decorrer de sua participação no programa de ensino.	220
Quadro 27. Classes gerais e específicas de comportamentos de <i>Pm8</i> observados e avaliados em termos de freqüência de ocorrência.	223
Quadro 28. Classes gerais e específicas de comportamentos de <i>Pm8</i> observados e avaliados em termos de duração.	233
Quadro 29. Classes gerais e específicas de comportamentos de <i>Pm8</i> em relação aos quais foram observados aspectos corretos e incorretos.	238
Quadro 30. Aspectos do repertório (relato verbal) inicial e final da participante <i>Pm7</i> em relação ao assunto específico do módulo informação geral nas unidades: postura, deslocar e segurar, obtidos a partir de entrevistas.	271
Quadro 31. Aspectos do repertório (relato verbal) inicial e final da participante <i>Pm8</i> em relação ao assunto específico do módulo cuidar, unidades: amamentação e banho obtidos a partir de entrevistas.	274



## SUMÁRIO

Resumo.

Abstract.

Índice de Figuras.

Índice de Quadros.

APRESENTAÇÃO - Mães e bebês pré-termo – necessidades e possibilidades de produção de conhecimento e de intervenção profissional.	21
INTRODUÇÃO GERAL - Necessidades e possibilidades de ação junto a mães e bebês pré-termo no ambiente hospitalar.	23
1. Internação pós-UTI neonatal: condições adversas ao desenvolvimento infantil e formas de superá-las.	28
2. Classificação do bebê pré-termo e fatores etiológicos.	29
3. A internação em Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTI n) do bebê pré - termo: impacto nas primeiras relações parentais e para o desenvolvimento infantil.	31
4. Prevenção de deficiências futuras em bebês de risco.	36
5. Promoção de interações e preparação para a vida em casa.	38
ESTUDO 1 - Elaboração de programa de ensino para capacitar mães de bebês pré-termo como promotoras de desenvolvimento infantil em situação de internação pós-uti neonatal - Capacitação de mães de bebês egressos de UTI neonatal: desenvolvimento de um programa para promover aprendizagem sobre cuidados e interações.	43
1. Programas de ensino como condição para capacitar mães de bebês pré-termo a promover condições favorecedoras de desenvolvimento infantil e de relação mãe-bebê.	43
2. Ponto de partida para elaboração de um programa de ensino.	47
3. Objetivos de ensino como propostas de enfrentamento de problemas que envolvem condutas humanas.	48
4. Objetivos intermediários para construção de competências relevantes e duradouras.	50
5. Programação de ensino como condição para promover aprendizagem.	52
6. Promoção de comportamentos de mães para estimulação do desenvolvimento de seus bebês desde a internação hospitalar.	56
MÉTODO - Elaboração do programa de ensino.	59
1. Participantes.	59
2. Descrevendo a situação problema: repertório das mães, condições existentes no Berçário e conhecimento disponível sobre habilidades de mães ao lidar com bebês.	60
3. Procedimento.	60
4. Procedimento para formulação de objetivos de ensino.	63
5. Propondo condições de ensino.	69

RESULTADOS - Produtos de comportamentos do programador ao elaborar programa de ensino.	73
1. Situação-problema a ser resolvida com um programa de ensino: caracterizando repertório de mães para lidar com bebês de risco e condições disponíveis em ambiente hospitalar pós-UTI neonatal.	73
a) Informações oferecidas pela equipe.	73
b) Comportamentos de mães de bebês pré-termo em situação no berçário pós - UTI neonatal.	82
i Síntese de observações de comportamentos das mães durante sua permanência no Be: Contexto e condições.	119
c) Funcionamento do berçário de acordo com dados de observação assistemática direta e indireta.	120
• Caracterização das condições do berçário: ambiente físico.	120
• Caracterização das condições do berçário: ambiente sonoro.	121
• Caracterização das condições do berçário: ambiente luminoso.	121
• Caracterização das condições do berçário: profissionais.	122
• Caracterização das condições do berçário: orientação às mães.	124
2. Objetivos terminais propostos para o programa de ensino.	127
3. Condições de ensino para promover capacitação de mães de bebês egressos de UTI neonatal.	128
DISCUSSÃO - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS DE ENSINO: POSSIBILIDADES E LIMIES.	147
1. Implementação parcial do processo de programação de ensino e possíveis decorrências para a implementação do programa.	147
2. Elaboração de programas de ensino como processo de tomada de decisão: a construção de visibilidade sobre necessidades de aprendizagem, objetivos a alcançar e condições de ensino.	148
ESTUDO 2 - Avaliação de um programa de ensino para capacitar mães de bebês pré-termo como promotoras de desenvolvimento infantil em situação de internação em berçário pós-UTI neonatal.	147
MÉTODO - Implementação e avaliação do impacto do programa de ensino para capacitar mães de bebês egressos de UTI neonatal.	153
1. Contato Inicial com Mães para a Participação no Programa.	157
2. Procedimento para o Início da Participação da Mãe no Programa de Ensino.	158
3. Condições para participação no Programa.	159
4. Registro das sessões de aplicação do Programa de Ensino.	161
5. Procedimento de coleta dos dados.	162
6. Participantes.	164
7. Local da coleta de dados.	165
8. Delineamento de Pesquisa.	167
9. Tratamento dos dados.	174
RESULTADOS - Impacto do programa de ensino no comportamento de mães cuidadoras de bebês pré-termo em berçário hospitalar.	187
1. Resultados correspondentes ao desempenho da participante Pm7 ao lidar com seu bebê.	187

2. Resultados correspondentes ao desempenho da participante Pm8 ao lidar com seu bebê.	219
3. Resultados obtidos a partir de registros e observações realizadas durante as unidades de ensino e de permanência no ambiente do berçário das participantes Pm7 e Pm8.	261
4. Resultados relativos a relatos verbais obtidos nas etapas de caracterização de Repertório Inicial e Final das participantes Pm7 e Pm8 submetidas a módulos ou unidades específicas do programa de ensino.	271
5. Resultados obtidos nas entrevistas iniciais e finais com as participantes Pm7 e Pm8 em relação a aspectos gerais do cuidado e ao lidar com o bebê pré-termo.	280
<b>DISCUSSÃO - O comportamento de mães de bebês pré-termo após implementação do programa de ensino.</b>	288
1. Berçário hospitalar: um ambiente de aprendizagem de cuidado e de formação de vínculos.	288
2. Ensinar no berçário hospitalar.	289
3. O repertório das mães cuidadoras antes e após o programa de ensino.	290
4. Eficácia do programa proposto.	292
<b>DISCUSSÃO GERAL - Contribuições para compreensão de necessidades e possibilidades de formação de mães de bebês pré-termo no ambiente hospitalar.</b>	294
1. Condições a que fica exposta à mãe na situação de acompanhamento de bebês egressos de utí n, no ambiente hospitalar.	294
2. Habilidades de mães de bebês pré-termo desejáveis para a promoção de adequadas condições de desenvolvimento.	296
3. Programação de ensino para desenvolver habilidades de mães de bebês pré-termo desejáveis para a promoção de adequadas condições de desenvolvimento.	299
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	304
<b>APÊNDICES.</b>	312



## APRESENTAÇÃO

### **MÃES E BEBÊS PRÉ-TERMO – NECESSIDADES E POSSIBILIDADES DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

A proposta de realização desse estudo surgiu pelo interesse em continuar com o trabalho de pesquisa iniciado com a dissertação de mestrado (Joaquim, 2000), tendo como alvo, no doutorado, a capacitação de mães de bebês pré-termo como agentes de promoção do desenvolvimento de seu próprio filho.

No estudo correspondente à dissertação de mestrado, a pesquisadora elaborou um programa de estimulação tátil e auditiva, com o objetivo de verificar se e como o toque e a música interfeririam no progresso clínico de bebês pré-termo no período em que os mesmos estivessem internados na UTI neonatal (UTI n), entendendo que estes bebês recebem estimulações muito diferentes das que o bebê a termo recebe ao seu nascimento, tanto em relação à intensidade como em relação à qualidade das estimulações provenientes de um ambiente hospitalar e de risco como se caracteriza uma UTI neonatal e os serviços subseqüentes a este.

Os procedimentos de estimulação foram inseridos na rotina da UTI neonatal e correspondiam a uma estimulação tátil pelo toque e a uma estimulação auditiva por meio de músicas (cantigas de ninar) cantadas “ao vivo” na portinhola da incubadora. Os resultados demonstraram que as estimulações alteraram alguns indicadores fisiológicos, principalmente frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal, com padrões diferentes para os dois sujeitos.

Como parte de suas atividades profissionais, a pesquisadora tem desenvolvido, em uma unidade de saúde em que são oferecidos serviços de UTI neonatal e internação em berçário pós-alta na UTI, um grupo de Terapia Ocupacional para mães e familiares de bebês internados, com o objetivo de proporcionar a estas mães (ou equivalentes) oportunidades de compartilhamento de experiência e acesso a informações referentes às situações ali vivenciadas. Após a alta da UTI neonatal, o bebê pré-termo é encaminhado ao serviço de berçário para ganho de peso corporal e estabilização de aspectos clínicos, como a função respiratória. Outro objetivo da permanência do bebê no berçário é promover um maior contato da mãe com seu bebê, cabendo aos profissionais da área de enfermagem realizar as orientações e treino da mãe no manuseio de seu filho nas atividades de rotina de um bebê antes que o mesmo receba alta hospitalar. Assim, o grupo em andamento tem como objetivo

prover oportunidade para trocas de informações entre os pais que ainda estão passando pela situação de internação de grande risco (UTI neonatal) e aqueles que já passaram por essa situação (berçário), além de promover apoio e a possibilidade de reflexão sobre sentimentos por eles vivenciados, como medos, ansiedades e preocupações por ir para casa com um bebê pré-termo e praticamente desconhecido.

Estas foram condições que levaram a pesquisadora a propor este projeto de pesquisa, considerando observações informais indicativas de necessidades e possibilidades de produção de conhecimento e de promoção de acesso a conhecimento disponível para a população que dele necessita.

## INTRODUÇÃO

### NECESSIDADES E POSSIBILIDADES DE AÇÃO JUNTO A MÃES E BEBÊS PRÉ-TERMO NO AMBIENTE HOSPITALAR

#### 1. Internação pós-UTI neonatal: condições adversas ao desenvolvimento infantil e formas de superá-las

O conflito emocional de conceber um bebê pré-termo tem início durante a gravidez, com os sintomas de aborto e repetidas hospitalizações que sinalizam a situação de risco do bebê (ROSSEL; CARREÑO; MALDONADO, 2002). O parto prematuro está permeado pela urgência e envolve um trauma tanto para a mãe, quanto para o bebê (GOMES, 2002). Essa urgência priva a mãe da preparação psicológica do final da gravidez. Deste modo, a mulher tende a se sentir prematura como mãe, pois foi surpreendida, não se sentindo pronta para receber o bebê no mundo (THOMAZ et al, 2005).

Depois do parto a mulher será denominada mãe; porém, como observa Gomes (2002), para que ela possa se apropriar desse bebê e se constituir como mãe necessitará percorrer um longo caminho. Enfrentará uma situação complicada e angustiante, ou seja, será separada de seu bebê logo ao nascimento; apresenta-se a ela um bebê que, em virtude de sua imaturidade e precariedade de suas condições gerais, não consegue responder a seus apelos de contato; ela se vê tendo que compartilhar seu bebê com os muitos profissionais que o rodeiam e que detêm um saber em relação à sobrevivência de seu filho ao qual ela não tem acesso ou que não compreende; ela tem que lidar, ainda, com as possibilidades de perda em relação ao bebê.

Os pais, desde o primeiro contato com a prematuridade, iniciam um período marcado por angústia, temor e incertezas, que muitas vezes se prolonga para além da hospitalização de seu filho, sendo que o cuidado oferecido ao filho pré-termo pode ser ambivalente, mesclando maltrato ou abandono e superproteção. Dessa forma, os pais atravessam distintas etapas afetivas ao longo de suas vidas: choque, medo, culpa, depressão, raiva, rivalidade, e negação, como um “mecanismo” de defesa que pode acompanhar qualquer uma das etapas citadas, sendo que algumas etapas podem iniciar antes do nascimento e outras se manifestam durante a hospitalização (ROSSEL; CARREÑO; MALDONADO, 2002).

Para Gomes e colaboradores (1997), ao nascimento de bebês pré-termo existe a expectativa, baseada na experiência das equipes, de uma internação comparativamente

prolongada destas crianças, paralelamente à possibilidade de intervenções especializadas, eventualmente de caráter invasivo. Essenciais para a sobrevivência do bebê, tais condições podem comprometer o vínculo mãe-bebê em virtude da separação, sendo que o medo de perder (o bebê) acompanha toda a internação.

Dados de literatura indicam que os pais permanecem, no período de internação hospitalar, em um estado de “torpor” (KLAUS; KENNEL, 1992), o que dificulta a apropriação de diversas informações. Para Linhares e colaboradores (1999), a vulnerabilidade psicológica das mães frente ao impacto da prematuridade é inegável, porém constitui-se em momento ideal para a oferta de suporte psicossocial que favoreça o enfrentamento deste período crítico. Embora ocorra essa situação, existe ainda uma relação mãe-bebê que, num primeiro momento, é de importância fundamental para ambas as partes, e mesmo com todas as ansiedades que a situação de um bebê pré-termo suscita, a mãe está direcionada para este vínculo e sua energia e atenção estarão voltadas para ele (GOMES et al, 1997).

Segundo Gasparetto (1998) apesar das mães de bebês pré-termo mostrarem expectativas e dúvidas em relação ao comportamento do bebê, os resultados de seu trabalho indicaram que as mães de bebês pré-termo têm uma avaliação mais positiva do seu próprio bebê, comparado à percepção da maioria das mães de bebês a termo. Neste sentido, para a autora a ansiedade das mães parece ser positiva, demonstrando que estas mães não criam expectativas negativas e esperam o melhor comportamento de seu filho.

A assistência à saúde de bebês pré-termo passou e ainda passa por grandes transformações no decorrer do tempo. Segundo Fonseca e colaboradores (2004), se antes a mãe era excluída da assistência em berçário de risco, mais recentemente passou a ser também sujeito, uma aliada no processo, sendo permitida sua maior permanência junto ao filho pré-termo e participação no cuidado dele. As autoras afirmam que os dados da literatura enfatizam a importância do preparo das mães para a alta hospitalar durante toda a hospitalização do bebê, reduzindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança materna no cuidado domiciliar, pois dessa forma a adaptação da família à criança, após a alta hospitalar, é facilitada.

De acordo com Gomes e colaboradores (1997), os momentos mais angustiantes para as mães, nos quais elas se sentem mais ameaçadas, estão relacionados, de um lado, aos períodos em que têm que enfrentar a possibilidade de perda do seu filho e, de outro, ao temor diante do momento em que o bebê está em vias de receber alta e ir para casa. Esse momento, em que a mãe pode levar o bebê para casa, costuma ser algo ao mesmo tempo esperado e temido, uma vez que o contato mãe-bebê não estará mais respaldado pela equipe e pelo hospital, e o bebê passará a depender exclusivamente de seus cuidados.



Para esses mesmos autores, o que as mães necessitam, ao longo desse período tão difícil, é de acolhimento para a sua dor e sofrimento intensos, e de fortalecimento de sua confiança em relação aos cuidados que vêm desempenhando em relação aos seus filhos que, de fato, necessitam de cuidados de outros (os profissionais), para que possam, efetivamente sobreviverem, se fortalecerem e serem “seus”.

A possibilidade de a mãe ir se aproximando e cuidando de seu bebê na situação de prematuridade vai se dar a partir de um entendimento que ela vai conquistando, em relação a toda a situação que envolve o bebê pré-termo durante a internação. Segundo os resultados do estudo de Gomes e colaboradores (1997), no decorrer da internação os contatos vão ficando cada vez mais estreitos e a mãe vai perdendo a inibição diante de seu bebê, conseguindo desempenhar o seu papel de uma maneira espontânea e natural, e se tornando cada vez mais participativa em relação aos cuidados do bebê.

Gomes (2002) relata que o início da internação está focado na sobrevivência do bebê. Porém, ressalta que os procedimentos de alta técnica e precisão não podem se sobrepor ao contato da mãe com o bebê, sendo importante que a equipe avalie as particularidades que cada caso apresenta. Segundo a autora, a equipe mobiliza-se pelo aspecto técnico: quando o bebê está em estado grave, a equipe considera necessário expor todos os riscos que o bebê corre para as mães. Para estas, essa conduta (que permite o contato com informações que evidenciam a possibilidade de perda) dificulta mais a situação, uma vez que para poder se aproximar e entrar em contato com o bebê, elas precisam ter esperanças, e freqüentemente desejam entrar em contato com aspectos que tragam a relação mãe-bebê para um terreno conhecido, em que possam desempenhar alguma função.

Mães de recém-nascidos pré-termo, que não podem vivenciar de imediato a experiência de segurar e manipular os seus filhos, têm menos oportunidades de estabelecer o contato imediato que normalmente ocorre com os bebês nascidos a termo. Além das dificuldades de ficarem separados dos filhos, os pais de bebês pré-termo internados numa UTI neonatal enfrentam a angústia, tensão e apreensão pela situação do bebê (THOMAZ et al, 2005). Linhares (2004) afirma que o nascimento pré-termo configura-se como uma situação de crise psicológica na família, a qual passa a enfrentar uma situação imprevisível e ansiogênica, geradora de sentimentos de impotência e estresse, especialmente na figura materna.

Embora a situação vivenciada pelo nascimento prematuro seja desfavorável pela conjunção de diferentes fatores relacionados tanto ao próprio bebê como a família, Linhares e colaboradores (2004) ressaltam que a interação mãe-filho pode contribuir

sobremaneira como mecanismo de proteção psicossocial aos bebês vulneráveis devido à condição neonatal adversa, atuando como promotora do seu desenvolvimento e facilitadora do desencadeamento do processo de resiliência no enfrentamento bem-sucedido das adversidades.

Segundo Gil e Almeida (2005) os estudos sobre interação adulto-bebê contribuíram de forma decisiva para colocar em destaque a importância da interação na origem das funções cognitivas e afetivas do ser humano, substituindo o peso anteriormente atribuído à interferência dos aspectos biológicos na constituição dos indivíduos. Ainda de acordo com as autoras, a base dos estudos que atribuem à interação social a constituição do ser humano está na constatação das capacidades perceptivas e comunicativas do bebê desde o seu nascimento. É o reconhecimento das suas múltiplas capacidades o fator decisivo para admitir a reciprocidade de influências entre adultos e bebês, caracterizando, assim, a existência de interações significativas desde o momento em que o bebê nasce. De acordo com Wendland-Carro e Piccinini (1995), estes estudos tiveram grande impulso à medida que investigações recentes apontaram para as capacidades perceptivas e comunicativas que o bebê já possui ao nascer.

Nos anos iniciais de vida de uma criança, não há nada mais crucial para sua sobrevivência do que as pessoas que cuidam dela. O bebê depende do adulto para sua alimentação, conforto, para niná-lo, entre outros cuidados. Para que o bebê e a espécie humana sobrevivam, é necessário garantir a proximidade do adulto - mãe ou cuidador - em relação ao bebê, pois o bebê não dispõe de comportamentos ativos de aproximação (GIL; ALMEIDA, 2005).

Para Wendland-Carro e Piccinini (1995) e Brazelton (1997), além das capacidades perceptivas, as capacidades motoras do bebê constituem importante fonte de interação com o meio e com as pessoas que o cercam; assim, o bebê emite sinais que têm a função de comunicar estados corporais, de ânimo e necessidades, garantindo a proximidade e comportamentos do adulto que atendam seus pedidos. Os autores indicam que o bebê é capaz de se comunicar por meio de um sistema perceptual e comunicativo que inclui um repertório de comportamentos dos quais se podem destacar o choro, o sorriso, as vocalizações, os gestos, até que adquira as primeiras palavras e desenvolva a linguagem. Gil e Almeida (2005) ressaltam a importância do desenvolvimento da comunicação entre mãe e bebê e do papel fundamental da mãe nos primeiros meses de vida do bebê, pois a mãe vai perceber quantas coisas o seu filho é capaz de fazer, além de chorar e de sorrir, para manter a comunicação e a sua presença, e quantas coisas ele vai aprender a partir dos momentos comunicativos. Assim,

a mãe estará contribuindo não só para o desenvolvimento da comunicação e linguagem de seu bebê, mas também para o desenvolvimento da afetividade e o desenvolvimento psicológico dele.

Segundo Linhares, Martins e Klein (2004), a literatura indica que há um padrão interativo em que as mães de crianças nascidas prematuramente e com muito baixo peso demonstram ter maior sensibilidade aos sinais comunicativos do bebê e apresentam alto nível de responsividade. Por meio desse padrão, parece que as mães tentam compensar a adversidade experimentada por estas crianças e agir de maneira apropriada a cada idade de seus filhos a fim de aumentar as oportunidades destes para interações bem sucedidas. Embora, geralmente, a atividade dos pais objetive o encorajamento de uma maior atividade ou responsividade do bebê pré-termo, a abordagem, se excessiva, pode ser contraproducente, levando a menor responsividade por parte do bebê.

Segundo Wendland-Carro e Piccinini (1995), a sensibilidade materna, por meio do reconhecimento dos estados demonstrados por Brazelton (1988, 1990, 1994) e das diferenças individuais de um bebê para outro, exerceria uma influência considerável sobre a natureza da interação mãe - bebê. As primeiras pesquisas clínicas sobre a interação pais - criança foram influenciadas pelo contexto histórico e social da Europa durante e após a II Guerra Mundial. A observação de crianças em orfanatos e creches permitiu que vários estudos fossem publicados, apontando para as conseqüências negativas da privação materna e para a inadequação das instituições, que não forneciam os estímulos e alimentação adequada às crianças (ROSSETTI-FERREIRA, 1984).

Dentre as concepções que impulsionaram os estudos da relação pais - criança, a teoria do apego de Bowlby (1969) é aquela que mais se destaca, pois integra às noções psicanalíticas as abordagens teóricas e metodológicas da etologia e da teoria dos sistemas (WENDLAND, 2001). John Bowlby, nos seus primeiros relatos, enfatizou os efeitos desastrosos da separação e do desenvolvimento infantil em creches, instituições e hospitais. Postulou que, para desenvolver-se normalmente, a criança precisaria ter, durante os primeiros anos de vida, uma relação afetiva contínua e íntima com sua mãe ou mãe substituta permanente. Para ele, a tendência para se estabelecerem fortes ligações afetivas com determinada pessoa, verificada já nos primeiros anos de vida da criança, constitui uma necessidade básica tão fundamental quanto à alimentação e o sexo. Assim, a pessoa com quem a criança estabelece essa ligação afetiva pode nada ter a ver com a satisfação das necessidades primárias propriamente ditas. O autor enfatizou o fato da ligação afetiva se estabelecer de início com relação a uma pessoa específica apenas, habitualmente a mãe.

Alertava para os efeitos prejudiciais que uma descontinuidade nessa relação ou um cuidado compartilhado entre várias pessoas poderiam ter para a criança pequena e para seu desenvolvimento posterior.

Segundo este autor, toda criança nasce com uma necessidade social primária que, de modo freqüente, é satisfeita pelos contatos sociais com a mãe, a qual se torna usualmente sua figura de apego. Assim, o apego decorre de predisposições biológicas não ligadas à satisfação de necessidades básicas, mas à manutenção do contato e proximidade com o parceiro adulto. Para Wendland (2001), os teóricos do apego vêem o período dos primeiros meses de vida não como uma relação inicialmente simbiótica, da qual a criança emerge como diferenciada e separada, mas como uma relação que, desde seu início, permite autonomia aos parceiros no contexto de sua interação.

Rossetti-Ferreira afirma que há um certo consenso entre os autores em caracterizar o apego como um conjunto de comportamentos por meio do qual o indivíduo inicia ou mantém uma relação afetiva estável com um ou mais indivíduos do seu grupo social (ROSSETTI-FERREIRA, 1984; 1986). A característica básica seria a busca de proximidade da pessoa que é objeto de apego por meio de comportamentos proximais, de contato físico e aproximação, até distais como interação e comunicação à distância pelo olhar, sorrir, vocalizar.

O apego surge no decorrer do primeiro ano de vida da criança, sobretudo a partir do segundo semestre, permanecendo intenso durante a primeira infância e passando a diminuir ou modificar suas formas de expressão entre três e quatro anos de vida. Daí em diante, os comportamentos de apego tornam-se menos evidentes, tanto quanto à freqüência com que ocorrem como quanto à intensidade com que se apresentam. Durante toda a infância, adolescência e idade adulta o repertório comportamental do homem apresenta os comportamentos de apego quando novas relações se estabelecem (ROSSETTI-FERREIRA, 1984; 1986).

A relação positiva mãe - criança tem sido associada à segurança do apego no primeiro ano de vida, tanto quanto à menor reincidência de problemas sócio - emocionais e cognitivos nos anos pré - escolares (ZAMBERIAN, 2002). Para Wendland-Carro e Piccinini (1995) uma vez reconhecida a importância da qualidade da interação precoce e sua influência sobre o desenvolvimento infantil, as evidências parecem apontar para o valor positivo que intervenções precoces podem ter sobre a interação mãe - bebê e, por conseqüência, sobre o desenvolvimento infantil.

## 2. Classificação do bebê pré-termo e fatores etiológicos

Segundo Linhares (2004), a academia americana de pediatria definiu quatro categorias de risco: o pré-termo; o recém-nascido que necessita de suporte tecnológico; o recém-nascido com problema irreversível e expectativa de morte; e o recém-nascido em condições familiares adversas. Nesta situação, as condições neonatais de alto risco constituem-se, portanto, em fatores potenciais de forte impacto negativo no desenvolvimento infantil. O bebê pré-termo de baixo peso freqüentemente se enquadra nas quatro categorias e apresenta alta probabilidade de desenvolver problemas de desenvolvimento e aprendizagem.

Recém-nascidos pré-termo são aqueles nascidos com 37 ou menos semanas de idade gestacional, sendo que aqueles com menos de 32 semanas são considerados pré-termo extremos. Os bebês de baixo peso nascem com 2.500 gramas ou menos; os nascidos abaixo de 1.500 gramas, por sua vez, são denominados muito baixo peso, e os bebês nascidos com menos de 1000 gramas são denominados extremo baixo peso (LINHARES, 2004; LINHARES et al, 2004; OMS, 2007). Além da relação entre peso e idade gestacional, deve-se levar em conta o grau de gravidade da condição neonatal do recém-nascido, como, por exemplo, a existência de seqüelas neurológicas decorrentes de hemorragia intracraniana, a presença de malformação congênita, assim como aspectos fisiológicos do tipo nível de oxigenação sangüínea entre outros (LINHARES, 2004; LINHARES; BORDIN; CARVALHO, 2004). Segundo a OMS (2007) os nascimentos prematuros ocorrem em cinco a nove por cento de todas as gestações, sendo a principal causa de mortalidade perinatal em países em desenvolvimento.

O mecanismo etiológico do parto prematuro é pouco conhecido; daí a grande importância dos fatores epidemiológicos associados ao parto prematuro, quais sejam: demográficos, sócio-econômicos, comportamentais, bio-médicos e atenção médica (VAZ, 1986). Segundo Vaz (1986) os fatores demográficos participam com carga sensível, destacando-se a idade materna, o número de gestações, o intervalo gestacional e a gravidez indesejada; como fatores sócio-econômicos o autor indica: o estado civil, educação, nutrição e o nível social; dentre os fatores comportamentais são destaque o fumo e o alcoolismo; nos fatores bio-médicos as raças negra e amarela respondem por maior incidência e, ainda, a estatura materna e diferentes entidades mórbidas como: insuficiência cardíaca congênita, placenta prévia, toxemia gravídica, hipertensão, super distensão uterina e outros. Em relação à atenção médica o autor afirma que ela deve ser voltada para a qualidade do atendimento pré-natal a fim de detectar o parto prematuro, controlá-lo e afastar as causas. Além disso, a

interrupção eletiva da gestação e o elevado número de cesáreas anteriores respondem por elevada incidência de recém-nascidos pré-termo.

Complementando, Linhares (2004) cita como principais fatores relacionados ao nascimento pré-termo as más condições sócio-econômicas, como baixo nível escolar e trabalho com esforço crônico; vícios maternos de fumo, álcool ou drogas ilícitas; problemas psicológicos maternos de ansiedade e depressão; história pregressa de saúde materna de doenças crônicas (hipertensão); história de gestações anteriores envolvendo gemelaridade, abortos e cesáreas; história da gestação atual envolvendo gemelaridade, ruptura prematura da placenta, anemia, baixo peso, hipertensão, eclâmpsia, toxoplasmose e assistência pré-natal insuficiente; parto cesariano.

De acordo com Linhares (2004) o nascimento prematuro leva a uma série de fatores de risco associados, constituindo uma cadeia de adversidades biológicas simultâneas e sucessivas decorrentes da própria condição de risco neonatal. Além dos fatores de risco de natureza biológica e psicológica presentes na vida de crianças nascidas prematuras, também podem ser encontrados fatores sociais de risco devido a condições do ambiente familiar em desvantagem, no tocante a níveis sócio-econômico e educacional; “indicadores geradores de pobreza”, ao mesmo tempo em que são fatores causais da prematuridade, são fatores de risco agravantes para o desenvolvimento desse bebê. Para a autora, o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso, em comparação com as crianças nascidas a termo, apresenta maior probabilidade de ocorrência de problemas em diferentes áreas e fases evolutivas.

De acordo com Linhares, Bordin e Carvalho (2004), a preocupação com o impacto da condição de prematuridade e baixo peso na relação mãe - bebê e a repercussão dessa condição ao longo do desenvolvimento, aprendizagem e adaptação psicossocial da criança impulsionaram a realização de diversas pesquisas, cujos resultados sinteticamente indicaram que: crianças nascidas em condição de baixo peso e de prematuridade, quando comparadas a crianças nascidas a termo com peso igual ou superior a 2.500 gramas são mais propensas a apresentar deficiências cognitivas; desordens emocionais; problemas de aprendizagem e dificuldades comportamentais.

### **3. A internação em Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTI n) do bebê pré-termo: impacto nas primeiras relações parentais e para o desenvolvimento infantil**

Os aspectos citados na literatura indicam que o processo de hospitalização interfere na formação de vínculos afetivos, inicialmente entre mãe-bebê e futuras relações deste com outras pessoas (BOWLBY, 1982; KLAUS; KENNELL, 1992), e que os estímulos recebidos pelo bebê em uma UTI neonatal são, na maior parte das vezes, inadequados, seja pela privação sensorial ou pela superestimulação (FIELD et al, 1986; GORSKI; HUNTINGTON; LEWKOWIZ, 1990; ALS, 1997; SCOCHI et al, 2003).

Diversos autores (JAY, 1982; FIELD, 1990; GORSKI; HUNTINGTON; LEWKOWIZ, 1990; ALS, 1997) indicam as muitas diferenças entre o útero materno e o meio hospitalar, principalmente em uma UTI neonatal, com respeito às dimensões de ritmo, intensidade, qualidade e forma de uma grande classe de estímulos sensoriais, incluindo os táteis, proprioceptivos, vestibulares, auditivos e visuais. O bebê pré-termo não conta com o meio uterino da mãe que o protege das perturbações do meio externo, que o supre constantemente de nutrientes, controla a sua temperatura e os sistemas de regulação hormonal. Segundo Als (1997), há evidências de que o tradicional meio da UTI propicia uma sobrecarga sensorial com sua rotina e manuseio excessivo, ambiente barulhento; freqüente posicionamento do neonatal na posição supina; choro negligenciado; prolongado estado de sono; carência de oportunidades de sucção e interações sociais “pobres” dos neonatos com os profissionais. Isto tudo além da iluminação constante, barulhos de campainhas, alarmes de aparelhos e vozes, manipulação brusca e outros fatores, considerados fonte de estresse para o bebê (MEYERHOF, 1997).

O momento de internação hospitalar para a mãe e família é, inquestionavelmente, estressante e doloroso e os sentimentos em relação ao bebê estão vinculados principalmente à preocupação com sua sobrevivência, o que pode interferir na qualidade da interação entre mãe e filho (KLAUS; KENNELL, 1992; KLAUS, 1972). As características do ambiente hospitalar e as restrições da UTI neonatal aumentam o estresse da família. De acordo com Thomaz e colaboradores (2005), a equipe de saúde, em algumas ocasiões, pode distanciar ainda mais a relação mãe-filho; por exemplo, em situações em que algumas mães se dispersam e distanciam de seus bebês quando algum procedimento técnico está sendo realizado.

O fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo é frustrante para a mãe. Mesmo quando já é possível tocá-lo e acariciá-lo dentro da incubadora,

muitas mães se amedrontam diante dessa situação. Esse medo se justifica pela auto – estima afetada, pelo ambiente da UTI neonatal e pela falta de confiança na própria capacidade de criar o filho (SCOCHI et al, 2003).

Aravena e Fierro (2002) afirmam que as mães experimentam diversos níveis de estresse que podem influenciar sua capacidade para ouvir explicações, tomar decisões e envolver-se com seu bebê. Além disto, a imaturidade neurológica do pré-termo dificulta a resposta aos estímulos oferecidos pelos pais e cria a sensação de não correspondência, gerando sentimento de tristeza e solidão, especialmente durante a primeira semana de vida (ROSSEL; CARREÑO; MALDONADO, 2002). Para Linhares (2004) as características do bebê se refletem na interação com a mãe, causando alterações afetivas, cognitivas e comportamentais decorrentes do impacto da prematuridade do bebê. Este bebê apresenta, usualmente, poucos comportamentos e reações que possam demonstrar melhoras aos olhos dos pais, como, por exemplo, diminuição do peso, dificuldades para sugar, poucas reações (olhos fechados, ausência de choro), ausência de comportamento de interação social, entre outros (GASPARETTO, 1998). Ou, por outro lado, são bebês hipersensíveis que reagem a cada som, a cada campainha, a cada fecho de luz, franzindo as sobrancelhas, mudando de cor, pois sua frequência cardíaca e respiratória aumentam a cada estímulo (BRAZELTON, 1994).

Rossel, Carreño e Maldonado (2002) relatam que a maioria das mães sente-se culpada e impotente frente ao filho pré-termo, percebendo-o pequeno e disforme. Diante desta situação, vêem-se roubadas da euforia em que se encontravam e mergulham em um ambiente de preocupação e agitação. Sentem-se desorganizadas, desnorteadas, ansiosas e terrivelmente cansadas, sendo incapazes de compreender o que está acontecendo e de responder adequadamente.

Quanto ao bebê, de acordo com Kramer e colaboradores (1975), nas UTI neonatais a ênfase é dada à sobrevivência biológica, mas pouca atenção é dispensada às necessidades emocionais e sociais dos bebês pré-termo. Frequentemente fechado em uma incubadora, o bebê pré-termo é quase completamente isolado da estimulação cinestésica e social. Algumas ações mais recentes, iniciadas em meados do ano 2000, a partir da implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil (cuja principal estratégia é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, de acordo com Serruya, Lago e Cecatti, 2004) têm modificado essa situação, sendo possível destacar, entre elas, investimento em estratégias de humanização do cuidado com recém-nascidos pré-termo nos momentos



iniciais de sua vida e nos momentos subsequentes. Como exemplo, é possível mencionar o Método Mãe-Canguru (MMC), adotado como política pública para a assistência do bebê nascido com baixo peso, por meio da Portaria número 693 de 5/07/2000 (Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru) que procura minimizar os efeitos da prematuridade incentivando o contato pele a pele entre mãe e bebê. Com a adoção do método, é esperado que haja um vínculo mãe-filho muito mais forte, o qual auxilia o desenvolvimento psicomotor dos recém-nascidos, notadamente os de baixo peso, e que seja promovido o aleitamento materno (BRASIL, 2002).

Segundo Venancio e Almeida (2004), o Método Mãe-Canguru (MMC) também conhecido como "Cuidado Mãe-Canguru" ou "Contato Pele a Pele", tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer (BPN). Esse método, idealizado e implantado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno - Infantil de Bogotá, Colômbia, foi denominado "Mãe Canguru" devido à maneira pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais (VENANCIO; ALMEIDA, 2004; CARDOSO et al, 2006). Destinado a dar alta precoce para recém-nascidos de baixo peso (RNBP) frente a uma situação crítica de falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno, o novo programa domiciliar de atenção ao RNBP era baseado nos seguintes princípios: a) alta precoce independentemente do peso, desde que o bebê apresentasse condições clínicas estáveis; b) não utilização de fórmula infantil, e sim apenas leite materno; c) incentivo ao contato pele a pele precoce entre mãe e bebê, sendo o mesmo colocado entre as mamas; e d) manutenção do bebê em posição vertical (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

A criação do método, em Bogotá, na Colômbia, surgiu da busca de uma solução imediata para a superlotação das unidades neonatais nas quais muitas vezes se encontravam dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora. A partir dessa experiência, no entanto, estudos subsequentes apontaram que a presença contínua da mãe junto do bebê, além de garantir calor e leite materno, trazia outras vantagens dentre as quais a promoção do vínculo mãe - bebê, condição indispensável para a qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido após a alta da Unidade Neonatal (LAMY et al, 2005). De acordo com alguns autores (LAMY et al, 2005; CARDOSO et al, 2006) ainda é limitada a difusão do conhecimento sobre o MMC e a forma de aplicá-lo, e os objetivos buscados são, ainda hoje, muito divergentes e dependem do grau de desenvolvimento do país, da

organização da assistência neonatal, de seus valores culturais e de suas crenças e até mesmo da localização geográfica.

No Brasil, os primeiros serviços que aplicaram o MMC foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (SP), em 1992, e o Instituto Materno - Infantil de Pernambuco (IMIP), em 1993. Em 1997, o modelo adotado pelo IMIP foi reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas na premiação "Gestão Pública e Cidadania", sendo também premiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como Best Practice. A partir desse momento, houve uma considerável expansão do MMC no País, o que contribuiu para a sua definição como uma política pública (VENANCIO; ALMEIDA, 2004; LAMY et al, 2005; CARDOSO et al, 2006).

No ano 2000, o Ministério da Saúde do Brasil aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao RNBP (MMC), recomendando-a e definindo as diretrizes para sua implantação nas unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). A Norma do Ministério propõe a aplicação do método em três etapas, iniciando nas unidades neonatais (unidades de terapia intensiva neonatal – UTI n, e unidades de cuidados intermediários), passando às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar) (VENANCIO; ALMEIDA, 2004; LAMY et al, 2005). Tal forma de atendimento tem sido utilizada em algumas unidades de saúde em nosso país (BRASIL, 2002).

De acordo com Cardoso e colaboradores (2006), o Brasil foi o primeiro país que adotou o método como política pública e que padronizou seus procedimentos. Atualmente, somente quatro países no mundo adotaram o método como política pública, além do Brasil: Colômbia, Peru, Moçambique e Indonésia.

O MMC aplicado no Brasil pode ser considerado um programa de intervenção complexo e abrangente, que leva em consideração o desenvolvimento global do bebê e o meio em que ele está inserido, fundamenta-se no processo de desenvolvimento contínuo do bebê e introduz algumas possibilidades de entendimento da assistência neonatal em um contexto mais amplo, propondo o resgate dos conhecimentos fisiológicos, psicológicos e neurológicos do ser humano e levando em consideração o indivíduo por completo. Acrescenta substratos baseados no desenvolvimento neuropsicoemocional, contribuindo, assim, para uma atenção equilibrada às necessidades do bebê e de sua família, objetivando a humanização da assistência ao RNBP, e não a substituição da tecnologia nas UTI n (VENANCIO; ALMEIDA, 2004). Segundo Lamy e colaboradores (2005), essa ampliação do olhar sobre o método foi de fundamental importância para a sua disseminação no Brasil. Entretanto, segundo as autoras,

outros dois fenômenos também estão inseridos nesse contexto. Primeiro, o crescente reconhecimento, por parte das equipes de neonatologia, da importância dos cuidados maternos para a recuperação dos bebês; em segundo lugar, o momento atual no qual a humanização da assistência tem sido apresentada como política nacional do Ministério da Saúde.

Para Lamy e colaboradores (2005), a análise do processo de implantação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru pelo Ministério da Saúde permite mapear uma experiência consideravelmente mais ampla do que a dos países que adotaram ou discutem o Método Canguru em países de extrema dificuldade de acesso à assistência neonatal. Nessas regiões, o Método Canguru é apontado como estratégia de substituição de tecnologia (pela ausência ou insuficiência quantitativa de leitos) e de incentivo ao Aleitamento Materno. Por outro lado, a experiência brasileira também é mais ampla do que aquela encontrada nos países desenvolvidos, nos quais também encontramos os elementos ligados às intervenções no ambiente e na forma do cuidado neonatal, incluindo aqui o incentivo ao contato pele a pele o mais prolongado possível como uma das práticas envolvidas.

Segundo Cardoso e colaboradores (2006) as evidências científicas indicam que o MMC traz benefícios à saúde do recém-nascido de baixo peso (RNBP), reduz custo e tempo de internação hospitalar, humaniza a assistência, melhora o vínculo mãe - filho, ao dar à mãe função essencial no cuidado do recém-nascido, e aumenta a adesão ao aleitamento materno exclusivo, mas ainda falta um maior número de estudos comparativos controlados entre o uso do MMC e os cuidados convencionais ao RNBP, sendo importante ressaltar que tanto no Brasil, como nos países desenvolvidos, o Método Mãe-Canguru tem sido proposto como opção para uma parcela dos RNBP e não para substituir a tecnologia hoje utilizada nas unidades neonatais.

A exigência de implementar uma política como esta é justificada pela necessidade de proporcionar à mãe e ao bebê momentos específicos de interação e que essas interações possam ser, tanto quanto possível, semelhantes às que normalmente acontecem após um parto a termo, como, por exemplo, nas propiciadas pela amamentação ou alimentação com mamadeira, nas oportunidades de realização de procedimentos de higiene, como troca de fraldas e banho, na hora do sono ou mesmo nos momentos de “brincadeiras” entre mãe-bebê, dentre outros. Tais procedimentos, na UTI neonatal, são realizados quase que exclusivamente pelos profissionais da enfermagem, e no Berçário as mães que tem a possibilidade de permanecer por mais tempo junto a seu bebê, por diversas razões, são orientadas para a realização de tais tarefas.

Rossel, Carreño e Maldonado (2002) verificaram, em seu estudo com 40 mães de bebês pré-termo de 29 semanas de gestação e peso médio em torno de 1068 gramas, que a recordação da gestação e parto provocava angústia, raiva e frustração em 77% das mães e a hospitalização gerava temor, principalmente da morte. No entanto, depois de algum tempo as mães tornavam-se otimistas e alegres, ainda que com grande incerteza pelo futuro de seus filhos, sendo que a experiência mais reconfortante desde período foi participar ativamente do cuidado de seus bebês (79%). Esses dados corroboram a necessidade de preparar a mãe para os cuidados que naturalmente ela realizaria em seu filho já no ambiente hospitalar.

Segundo Wendland (2001), os estudos sobre interações têm implicações clínicas evidenciadas à medida que o potencial diagnóstico, preventivo e mesmo terapêutico de avaliações da qualidade da interação pais-bebê é reconhecido. Muitos autores insistem na importância das primeiras relações da criança como experiências fundamentais no desenvolvimento do ser humano, conferindo especial atenção às primeiras vivências entre mãe e o bebê, pois estas seriam protótipos, modelos a partir dos quais a criança construiria suas relações ulteriores.

Para Gil e Almeida (2005), o padrão de interação da mãe com seu bebê deve ser entendido como resultado das contribuições de cada um e do modo pelo qual um influencia o comportamento do outro. Esse padrão de interação vai determinar a maneira como o comportamento de apego vai se desenvolver no bebê. O comportamento de apego refere-se às diversas formas de comportamento nas quais a criança se engaja para obter ou manter proximidade com alguém. Com esse comportamento, além de procurar proximidade com a mãe, a criança também busca interagir com ela; a criança chora ou chama insistentemente a mãe até obter atenção e, dessa forma, além de fazer com que a mãe responda a ela, a criança mantém e molda essas repostas, reforçando umas e não outras. Do ponto de vista da teoria do apego, esses comportamentos são responsáveis pela formação do vínculo entre a mãe e a criança.

#### **4. Prevenção de deficiências futuras em bebês de risco**

Estudos que envolvam bebês neonatos em situação de internação e os riscos para o seu desenvolvimento que podem advir dessa situação, poderiam contribuir para a prevenção de futuras deficiências, bem como para a sistematização de um serviço que possa preparar familiares como agentes capacitados para tomar parte do processo de internação e do seguimento do desenvolvimento de seus próprios filhos. Pesquisas com este tipo de clientela e

neste tipo de situação, envolvendo internações de bebês pré-termo, têm sido realizadas, mas os dados obtidos ainda não são conclusivos em larga escala em relação à população brasileira (BOWLBY, 1982; BRAZELTON, 1988, 1990; KLAUS; KENNEL, 1992; GASPARETTO, 1998; LINHARES et al, 1999; GOMES, 2002; FONSECA et al, 2004; THOMAZ et al, 2005).

Para Gorski, Huntington e Lewkowiz (1990), como é praticamente impossível reproduzir o meio intra-uterino precisamente, é necessário produzir uma infra - estrutura com recursos materiais e humanos condizente com os limites e vulnerabilidades do organismo recém-nascido e, simultaneamente, estimulador do crescimento e de seu desenvolvimento. Assim, há a necessidade de atenção para as condições do meio médico e social como fatores que podem influenciar agudamente em eventos fisiológicos atuais e no desenvolvimento futuro do bebê pré-termo (FIELD, 1990; GORSKI; HUNTINGTON; LEWKOWIZ, 1990; BLANCHARD, 1991; ALS, 1997).

Segundo Linhares e colaboradores (2004), a prematuridade, como fator de risco, pode modular percepções distorcidas da criança, por parte da mãe, centrando-se esta na fragilidade do bebê ou na expectativa de um curso de desenvolvimento com seqüelas, que por sua vez podem interferir nas práticas educativas parentais. A literatura indica que a presença da mãe e da família durante a estimulação do bebê torna os pais mais conscientes, assim como incentiva sua função de agentes responsáveis pelo desenvolvimento dos filhos. Quando esta situação envolve grupos em risco, torna-se ainda mais importante potencializar interações adequadas entre mãe e criança, uma vez que aquela, além de promover o desenvolvimento infantil, funciona como recurso protetor para minimizar ou neutralizar o risco, evitando transtornos no desenvolvimento da criança (LINHARES, 2004; LINHARES; MARTINS; KLEIN, 2004).

Eckermean e Oehler (1992) afirmam que o neonato pré-termo é um bebê imaturo, de desenvolvimento neurológico não normativo, que apresenta estado comportamental desorganizado, baixa predisposição perceptiva, sinais comunicativos de difícil interpretação pelo outro, baixa responsividade aos pais, ritmo imprevisível e dificuldade de adaptação às ações do outro. Apesar disto, esses bebês possuem capacidades de recuperação e desenvolvimento se as interações sociais e tecnológicas apropriadamente incentivadoras forem iniciadas quando ele é pequeno (BRAZELTON, 1988, 1994; KLAUS; KENNEL, 1992; LINHARES et al, 1999).

Segundo Shermann e Brum (2004), não há dúvida de que a mãe possui, a tarefa de se ligar ao bebê e auxiliá-lo em seu desenvolvimento. Porém, sabe-se hoje que ao bebê

também cabe essa tarefa e que este possui recursos para enfrentar tal empreitada. O bebê é um indivíduo surpreendentemente bem organizado quando do nascimento, pronto para enviar sinais a seu ambiente, sobre quando as coisas estão correndo bem e quando não. À medida que são cuidados e recebem respostas de quem deles cuida, os bebês obtêm um controle sobre suas reações, que lhes falta inicialmente, dando-lhes uma base a partir da qual eles podem participar e responder aos eventos importantes em seu ambiente; isto, por sua vez, incentiva-os a aprenderem sobre si mesmos (BRAZELTON, 1988).

Para as autoras Shermann e Brum (2004), um fator importante para o estabelecimento da interação é que os pais sejam capazes de entender o bebê e as capacidades que traz consigo ao nascer para a interação e conseqüentemente para recuperar-se. A mãe precisará ser efetiva na interação com o bebê, estar atenta para oferecer estímulo adequado, interpretar o comportamento do bebê, ajustar-se a seu ritmo e ser contingente e previsível (LINHARES, 2004). De acordo com autores como Brazelton (1988, 1994, 1997) e Gil e Almeida (2005), o bebê já possui aptidões diversas, desde capacidades perceptivas e comunicativas até uma diversidade de reações que já se acham presentes ao nascimento, e o reconhecimento dessas capacidades é fator decisivo para admitir que os comportamentos do adulto e do bebê influenciam-se mutuamente.

## **5. Promoção de interações e preparação para a vida em casa**

Tem sido observado que a privação da mãe nos primeiros anos de vida traz prejuízos para o desenvolvimento da criança e que os efeitos dessa privação variam quanto ao grau e não afetam todas as crianças da mesma maneira. Assim, embora haja muitas divergências no que se refere ao alcance e à profundidade dos efeitos da privação da mãe, não há dúvidas de que esses prejuízos existem (GIL; ALMEIDA, 2005).

A literatura mostra que a situação de internação hospitalar de crianças traz aos pais uma situação altamente estressante e problemática, sendo que o que se verifica para pais de bebês pré-termo é uma complexidade de tal situação, pois além de lidar com a situação de internação em si, há as questões emocionais relativas a um nascimento sonhado e idealizado que não se realizou como o esperado, dificultando o processo de formação de vínculo natural que normalmente se dá com pais de bebês de nascimento a termo. De acordo com Rossel, Carreño e Maldonado (2002), a maioria das mães de seu estudo (75% de 40 participantes) se sentia culpada e impotente frente à prematuridade de seu filho, a quem percebiam como pequeno e disforme, sendo que uma das dificuldades especialmente experimentada pelas mães

de prematuros foi à incapacidade de poder estabelecer apropriadamente um vínculo afetivo. Numa visão diferente desta apresentada, Gomes e colaboradores (1997) relata que existe uma relação mãe-bebê que, num primeiro momento, é de importância fundamental para ambas as partes, e mesmo com todas as ansiedades que a situação de um bebê pré-termo suscita, a mãe está direcionada para este vínculo e sua energia e atenção estarão voltadas para ele. De acordo com a autora, o que se observa é que a formação do vínculo mãe - bebê pré-termo, na situação de internação do bebê, ocorre de uma forma muito parecida com a que ocorre com aqueles bebês que não apresentam qualquer tipo de problema, e podem ficar sob os cuidados maternos assim que nascem; entretanto, as inseguranças iniciais é que são maiores em razão da situação que esses bebês apresentam. Posteriormente, mesmo diante de situações difíceis e instáveis, estas mães apresentam um vínculo intenso, sendo capazes de se identificar com as vivências de seus bebês e decodificar suas mensagens.

Diante da situação de internação em UTI neonatal, e dos riscos dela advindos, familiares apresentam atitudes e sentimentos contraditórios em relação ao bebê – sentimentos de vida versus morte do bebê e de bebê idealizado a termo versus bebê real prematuro (LINHARES et al, 1999). Para Fonseca e colaboradores (2004), à medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo suas necessidades no processo de vivenciar o nascimento prematuro, os sentimentos de ter um filho com riscos de danos e morte, as dificuldades de ter que assumir o cuidado cotidiano de um filho que necessitará de cuidados especiais em longo prazo, além dos aspectos relacionados às condições socioculturais. Embora queiram participar de seus cuidados e convívio, têm medo de não serem capazes de desempenhar a “maternagem” de maneira adequada diante da dificuldade que sentem em captar os sinais de interação emitidos pelo bebê.

Rossel, Carreño e Maldonado (2002) referem que os vínculos afetivos entre mães e bebês ficam, a princípio, entorpecidos, em função da imaturidade neurológica dos pré-termo, algo que compromete, neste início específico de vida, sua capacidade de girar, abrir os olhos ou sorrir frente aos estímulos apresentados por seus pais. A ausência destas reações cria nos pais a sensação de não serem correspondidos e gera nas mães um sentimento de tristeza e solidão. Nesse contexto, para que a mulher possa começar a se aproximar do bebê, ela precisará lidar com o impacto que o parto e o bebê pré-termo lhe despertam, sendo que os primeiros contatos serão intermediados pela equipe (GOMES, 2002). Segundo Thomaz e colaboradores (2005), ver, tocar e ajudar a cuidar do filho alivia em parte a angústia e a insegurança.

Para Brazelton (1997), é importante permitir aos pais o descobrimento e admiração das competências interativas de seu bebê, e auxiliá-los neste processo, pois isto pode ser um passo determinante para a construção de sua relação, sobretudo em situações em que estas capacidades podem estar menos visíveis. Dessa forma, é admitida a necessidade do ajustamento da resposta que o adulto fornece ao bebê como garantia do bom desenvolvimento do mesmo; de acordo com esta perspectiva, para revelar as competências do bebê é necessário um adulto atento e disponível (WENDLAND, 2001).

Para Linhares e colaboradores (2004), a mãe, no papel privilegiado de cuidadora primária e em longo prazo do bebê, precisa ser cuidada para que possa desempenhar plenamente as funções maternas com afetividade e efetividade. Para tanto, precisa desenvolver o senso de competência e de autoconfiança, tão necessário para o adequado desempenho destas funções. No estudo de Gomes e colaboradores (1997), a observação revelou uma realidade bastante particular e complexa: essas mães, em geral, vêm ao berçário todos os dias, acompanhando e se interessando pelas mudanças diárias das condições gerais de seus filhos, percebendo detalhes muitas vezes imperceptíveis. Ainda assim, enfrentam muitas incertezas, principalmente no início, quando querem algumas respostas sobre o prognóstico e desenvolvimento do bebê, respostas essas que, muitas vezes, não são possíveis.

Conforme Linhares e colaboradores (2004) indicam, a mãe experienta, de um lado, a necessidade de aproximar-se do bebê e, de outro, restrições que condicionam esse contato, já que a condição de saúde do bebê pode prejudicar ou mesmo impedir que ela exerça de forma independente o papel de cuidadora primária de seu bebê. Nesta situação, fica impedida de realizar os cuidados básicos do bebê de imediato, tais como amamentar, segurar no colo, dar banho e trocar, gerando como consequência uma experiência de baixo senso de competência e sentimento de frustração por parte das mães.

A criança necessita da mãe, pois não existe sozinha; portanto, as habilidades ou dificuldades desta (ou de quem assume o cuidado da criança) tornam-se integrantes na assistência à saúde. Os pais dos recém-nascidos pré-termo e de baixo peso são considerados população de risco, por apresentarem dificuldades para cuidar dos filhos, necessitando de apoio durante a internação e após a alta hospitalar (SCOCHI et al, 2003). Essas dificuldades, segundo os autores, podem ser atenuadas ou reforçadas de acordo com a oportunidade que essa mãe tem ou não de participar, de alguma forma, dos cuidados de seu filho, sendo cada vez mais forte a tendência dos profissionais estarem atentos à introdução de condutas dirigidas ao estabelecimento do contato e interação entre mãe e filho.



Dessa forma, além do acesso e permanência dos pais permitidos, há o incentivo para as mães tocarem e pegarem seus filhos no colo; o contato olho - no - olho; a prestarem alguns cuidados básicos higiênicos e alimentares entre outras ações mais ativas, conforme a estabilização da condição clínica da criança, como: a realização do método mãe-canguru; a alimentação láctea usando o copinho, até a amamentação materna exclusiva, etc. Diante dessa situação, mãe e bebê terão que descobrir um caminho de aproximação e contato, o que promoverá a constituição e desenvolvimento do bebê como sujeito (GOMES, 2002).

A problemática envolvida nesta situação pode repercutir na vida futura destes pais e bebês e nas posteriores relações sociais desse bebê, o que justifica a necessidade de conhecer qual é o repertório de comportamento das mães no momento de interação inicial com o bebê, em que ela precisa estar próxima afetivamente de um bebê que está, fisicamente, distante, para verificação se os mesmos posteriormente serão transformados em condutas adequadas de interação. Para Wendland-Carro e Piccinini (1995), a possibilidade de intervir o quanto antes na relação mãe - bebê tem se apresentado como um meio importante para promover o desenvolvimento sadio do bebê e, também, para prevenir o estabelecimento de condições que possam prejudicá-lo.

Uma maneira de reverter e prevenir essa situação seria proporcionar à mãe condições de interagir com seu bebê de forma natural (como normalmente todas as mães costumam agir) na própria rotina do serviço, capacitando-a para tomar parte dos procedimentos que não sejam técnicos específicos da equipe (como por exemplo, a coleta de exames ou a medicação), mas que fazem parte das rotinas do desenvolvimento, preparando a mãe para os cuidados que ela deverá assumir após a alta do bebê. A literatura nacional indica que o atendimento ao recém-nascido internado em UTI neonatal e serviços subseqüentes, em muitos hospitais, quase sempre é restrito aos médicos e enfermeiros, mas vem mostrando um movimento crescente de formação de equipes multidisciplinares, que tem atuado com o intuito de atender ao bebê em relação a outros aspectos do seu desenvolvimento que não sejam somente as condições clínicas. Mas há, ainda, escassez de materiais didáticos e instrucionais para auxiliar na orientação das mães; os treinamentos são individuais, normativos, sem trocas de experiências ou técnicas criativas, para o preparo das mesmas diante da alta hospitalar de seus filhos (FONSECA et al, 2004). Há, ainda, pouca visibilidade sobre quais são os comportamentos das mães diante da situação de internação hospitalar de seu bebê e quais são os comportamentos dos profissionais frente à necessidade de tratar e orientar a mãe para o cuidado de seu bebê na situação pós - alta hospitalar, tanto os existentes quanto os desejáveis.

Considerando, assim, as condições do ambiente hospitalar no qual bebês de alto risco são submetidos, e que, pelas características próprias desse ambiente, há uma amplitude de eventos que direta e indiretamente provocam efeitos no desenvolvimento do bebê, os objetivos desse trabalho são:

- desenvolver recursos para capacitação de mães de bebês pré-termo para lidar com seus filhos durante a estadia destes bebês em internação pós-UTI neonatal, considerando as necessidades e peculiaridades deste tipo de situação;
- avaliar recursos de ensino propostos como condição para capacitação de mães de bebês pré-termo em período de internação pós-UTI neonatal.
- capacitar mães para que, nos momentos de procedimentos de rotina no atendimento ao bebê (alimentação, troca, banho, brincadeiras entre outros) haja uma interação de qualidade, ou seja, que os momentos de interação não se restrinjam à técnica aprendida do banho, da alimentação, do posicionamento, do manuseio, mas que se constituam também, um momento de afeto, de cumplicidade e formação de vínculos.

É esperado que, a partir dos dados obtidos no decorrer da capacitação desta população, possam ser produzidos recursos de apoio para profissionais e/ou para mães, voltados para a promoção de repertórios comportamentais apropriados destas mães como agentes do desenvolvimento de bebês que necessitam de internação hospitalar, na situação em que o estudo foi desenvolvido e em outros similares.

## ESTUDO 1

### INTRODUÇÃO

#### **ELABORAÇÃO DE PROGRAMA DE ENSINO PARA CAPACITAR MÃES DE BEBÊS PRÉ-TERMO COMO PROMOTORAS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO PÓS-UTI NEONATAL**

**Capacitação de mães de bebês egressos de UTI neonatal: desenvolvimento de um programa para promover aprendizagem sobre cuidados e interações**

#### **1. Programas de ensino como condição para capacitar mães de bebês pré-termo a promover condições favorecedoras de desenvolvimento infantil e de relação mãe-bebê**

O nascimento prematuro gera uma situação de alto nível de estresse nas famílias, principalmente nas mães, em decorrência não somente do impacto da hospitalização quase sempre associada a esses partos, mas também devido aos sentimentos maternos de culpa, de abandono, de preocupação etc (BRAZELTON, 1988; KLAUS & KENNEL, 1992; LINHARES et al, 1999). Por outro lado, mesmo diante dessa situação, há autores que acreditam que esse momento, ainda que de forte estresse, é ideal para apoio e suporte de diferentes naturezas (SCOCHI et al, 2003; FONSECA et al, 2004; LINHARES et al, 2004; THOMAZ et al, 2005). A literatura enfatiza a importância dos cuidados maternos e da permanência das mães junto aos filhos, durante a hospitalização deles, apresentando reflexões sobre a influência e os danos da separação mãe - filho nesse processo.

Embora exista conhecimento demonstrando o contexto que se apresenta a essas mães na situação de estresse gerada pela hospitalização e pelo parto prematuro, é pertinente buscar novas formas de intervenção que atinjam as dificuldades por elas vivenciadas, que muito frequentemente dizem respeito ao entendimento das informações apresentadas pela equipe; ao impacto da aparente fragilidade do bebê; a adaptação a uma nova rotina familiar e pessoal; ao cuidado partilhado do filho com diferentes membros da equipe; e, ainda, dificuldades presentes num novo aprendizado: o cuidado materno a um bebê diferente do que foi sonhado e esperado e que, além disso, necessita de cuidados específicos.

O choque pela hospitalização de um bebê pré-termo pode ser compreendido quando observamos os pais serem confrontados com um ambiente estressante e confuso, sentindo-se impotentes para assumirem os cuidados com seu filho que apresenta risco de vida (LINHARES et al, 1999; GOMES, 2002; SCOCHI et al, 2003). Nessa situação a equipe terá que estar atenta para não se colocar como a “melhor mãe” para o bebê, tanto pelo tempo prolongado de internação que estes bebês demandam, como pelos efetivos cuidados técnicos e de manejo que exigem (GOMES, 2002). Pais assustados, desamparados e inseguros diante do nascimento prematuro de seus bebês e que não encontrem o apoio e a segurança de que necessitam, podem sentir-se inadequados e não saberão o que fazer com seu bebê em situação de risco (SHERMANN E BRUM, 2004).

Como afirmam Linhares e colaboradores (2004), o primeiro passo para que seja possível fornecer suporte às mães dos bebês pré-termo é conhecer o universo psicológico dessas mães e compreender o impacto provocado por esse nascimento, a fim de ativar recursos e mecanismos de proteção. Tanto o bebê quanto a mãe podem enfrentar dificuldades de adaptação, assim como a relação entre ambos pode sofrer prejuízos relevantes.

Ainda que assumir o papel de pais e vincular-se ao bebê seja algo instintivo, não é automático nem instantâneo (BRAZELTON, 1988), devendo ser considerado como um processo contínuo e complexo, principalmente no caso dos bebês pré-termo que, por sua condição diferenciada, acrescentam necessidade de novas aprendizagens aos pais. Lidar com seus bebês na situação de internação hospitalar gera, nessas mães, comportamentos diferentes daqueles imaginados, daqueles aprendidos com os próprios pais, daqueles aprendidos com experiências paternas anteriores e, ainda, com o conhecimento adquirido de outras fontes (livros, filmes, entre outros).

Cortegoso (2001) afirma que uma situação-problema não implica, necessariamente, na existência de um problema instalado. Muitas vezes, pode se tratar de uma situação nova, desconhecida, para a qual os indivíduos não estão preparados, mas que terão de enfrentar. Fato semelhante ocorre com as mães de bebês pré-termo, que se deparam com uma situação para a qual raramente estão preparadas, seja pela antecipação do momento em que tem que lidar com seu bebê ou pelas suas condições especiais, justificando-se então a elaboração de programas de ensino para capacitá-las a lidar com essa situação da melhor forma possível.

Segundo Linhares, Martins e Klein (2004), compreender a relação existente entre a mediação materna de desenvolvimento e o comportamento de crianças em risco para transtornos é de fundamental importância, visto que o desenvolvimento da criança ocorre em

contextos interacionais e por meio deles, e a mãe desempenha um papel central nesses contextos como cuidadora primária e de longo prazo. As autoras afirmam que antes de implementar qualquer programa de intervenção é fundamental conhecer as formas de interação do grupo junto ao qual se quer intervir, sem partir de idéias preconcebidas; ao contrário, é importante aprofundar no conhecimento dos “mecanismos” interacionais envolvidos.

A necessidade de apoio da equipe hospitalar, para mães de bebês hospitalizados, pré-termo entre eles, é enorme, sendo de fundamental importância compreender o contexto em que essas mães estão vivendo ao acompanhar a internação de seus filhos: se existem, e quais são, nestes casos, as condições disponíveis incentivadoras (ou não) da sua participação na rotina hospitalar. Tal compreensão é fundamental tanto do ponto de vista da identificação de condições que podem interferir com qualquer programa de ensino que venha a ser implementado neste contexto, quanto para subsidiar formulação deste tipo de programa, de modo que sejam promovidas, também, habilidades das mães para lidar com esta situação, os profissionais da equipe como parte central dela.

Nessa, como em qualquer outro tipo de situação, é importante desenvolver programas de ensino capazes de atender às especificidades das situações e dos aprendizes. A utilização da tecnologia denominada programação de ensino favorece que isto ocorra, pois os procedimentos derivados do conhecimento produzido no âmbito da Análise do Comportamento apresentam maior potencial para garantir a formulação de condições de ensino com maior probabilidade de levar à aprendizagem efetiva, pela possibilidade de fazê-lo sob forte controle das necessidades do aprendiz. De acordo com Frisanco (2001) o uso da programação de ensino favorece, ainda, propor e implementar condições de ensino diferenciadas, considerando diferenças e necessidades individuais dos aprendizes, em um grau muito maior do que pode ser observado em experiências em que programas de ensino são formulados a partir de outros pontos de partida, como, por exemplo, o conhecimento disponível, a preferência de quem desenvolve o programa, de contratantes, etc.

De acordo com esta autora (FRISANCO, 2001), a expressão programação de ensino denomina um processo de tomada de decisões de um educador, no qual ele vai do ponto de partida em geral nebuloso (uma queixa ou solicitação para atuar) até as decisões mais específicas relativas a como conduzir o ensino de forma a promover as aprendizagens necessárias, passando pela descrição o mais claro possível do “problema” a ser resolvido (por meio de um programa de ensino) e pela especificação das aprendizagens (em termos de comportamentos) que deverão ser promovidas nos aprendizes para que o “problema” existente

possa ser resolvido (por meio dos comportamentos ensinados aos aprendizes). Para Botomé (1981), fazem parte da grande classe de comportamentos denominada “construir programas de ensino”, dentre outros, comportamentos como: especificar os objetivos terminais de um programa de ensino, decompor os objetivos terminais em seus componentes intermediários, necessários para sua consecução, organizar os objetivos intermediários resultantes da análise em uma seqüência para ensino, planejar atividades de ensino para a aprendizagem de cada um dos objetivos intermediários da seqüência, organizar as atividades planejadas para ensino, em unidades ou passos a serem realizados pelo aprendiz, planejar procedimentos de avaliação de desempenho do aprendiz, organizar o material a ser utilizado pelos aprendizes nas diferentes unidades do programa, redigir instruções para cada unidade de trabalho do aprendiz em um programa de ensino, planejar o procedimento de avaliação da eficácia de um programa de ensino etc.

Na perspectiva da Análise do Comportamento, ensinar e aprender são considerados comportamentos, ou seja, relações entre os aspectos do ambiente (antecedentes e conseqüentes) e as respostas do indivíduo, e não apenas ações, ou respostas isoladas dos organismos, mantendo entre si uma relação muito específica: ensinar é um comportamento que se define por um produto indispensável, que é a aprendizagem de alguém. De acordo com Botomé (2000) o ensino é definido pela produção de aprendizagem. Ensinar é, nesse sentido, algo que é feito por alguém; algo que produz uma aprendizagem em outra pessoa. Assim, ensino e aprendizagem se referem a dois processos diferentes, interdependentes, que acontecem com diferentes pessoas, um dos quais (a aprendizagem) é definidor do outro (o ensino). É a relação entre os dois tipos de processos que define se, efetivamente, está ocorrendo ensino.

A concepção de comportamento como uma relação entre o que o organismo faz e o ambiente em que o faz (KUBO; BOTOMÉ, 2001), e a perspectiva de que ensinar e aprender são classes de comportamentos estreitamente relacionadas, oferecem referenciais relevantes quando se trata de decidir quais comportamentos devem ser ensinados, bem como as condições que devem ser planejadas e criadas para que a aprendizagem ocorra. A descrição completa do que o aprendiz deve ser capaz de fazer ao final da experiência de aprendizagem é uma afirmação sobre as relações comportamentais que este indivíduo deverá apresentar nas situações naturais em que ele deverá atuar e que constituem ponto de partida para a proposição de objetivos de ensino, considerando o conhecimento disponível sobre o contexto ou fenômeno com os quais o aprendiz deverá lidar.

Ao final desse processo, para avaliar se o aprendiz atingiu um objetivo comportamental não basta verificar suas respostas, é preciso verificar se elas ocorrem em determinadas condições de estímulo e se conseguem se manter sem o controle de contingências acadêmicas ou sociais vinculadas apenas às situações de ensino (BOTOMÉ, 1977), ou seja, se podem ser mantidas por seus próprios resultados, produtos ou efeitos.

## **2. Ponto de partida para elaboração de um programa de ensino**

De acordo com Botomé (1977), entre outros, o ponto de partida para planejar uma atividade de ensino é o problema ou necessidade que se pretende resolver ou atender por meio da capacitação daqueles a quem esta atividade se destina. Segundo Frisanco (2001), identificar e caracterizar aspectos de um ambiente que apresenta necessidades ou inadequações é condição importante para gerar visibilidade sobre uma situação-problema, cuja compreensão é necessária ao programador, e a qualidade dessa identificação (em termos de abrangência, confiabilidade, etc) contribui para a especificação de objetivos terminais de ensino que possam, efetivamente, orientar a elaboração de um programa de ensino capaz de contribuir para a eliminação ou redução dos problemas identificados.

Embora a literatura indique dificuldades vivenciadas pelas famílias, principalmente mães, diante de um nascimento prematuro e existam políticas públicas que pretendem minimizar o impacto dessa situação, é possível supor que a implementação de programas de ensino, particularmente se elaborados por meio de procedimentos cuidadosos de programação de ensino, possa ser uma medida eficaz para alterar esse contexto, especialmente considerando a ausência de objetivos e estratégias que, freqüentemente, norteiam as ações das equipes hospitalares e das mães. Dessa forma, é necessário, a partir da identificação e descrição dos aspectos envolvidos nessa situação, como repercussões do nascimento de um bebê pré-termo e os cuidados maternos a serem desempenhados e compartilhados com membros da equipe durante a hospitalização, a implementação de ações educativas capazes de gerar comportamentos previstos como componentes do programa de ensino sobre o desempenho das mães no cuidado ao seu bebê pré-termo.

As precariedades das condições para aprendizagem de mães usualmente disponíveis em contextos de atendimento a bebês pré-termo hospitalizados, criam, em geral, dificuldades para que estas mães lidem adequadamente com seus bebês não apenas na situação de internação. A ausência ou insuficiência de capacidades nesta área poderá perdurar e comprometer o desenvolvimento infantil e a qualidade da interação destas mães com seus

filhos. A possibilidade de prever (e promover) a instalação de comportamentos que são relevantes para aumentar a probabilidade de um desenvolvimento pleno do bebê, sob a responsabilidade das mães ou de cuidadores, pode atenuar esta situação, levando-as a desenvolver competências que perdurem para muito além dos momentos em que a equipe de cuidado ao bebê pré-termo pode suprir algumas destas deficiências no cuidado a estes bebês.

Ainda que haja certo conhecimento por parte das mães sobre como cuidar e lidar com seus futuros bebês, o contexto hospitalar, as condições próprias de um berçário e mesmo as condições específicas de um bebê pré-termo, exigem dessas mães condutas além daquelas que elas possivelmente já realizam e conhecem, aprendidas a partir de diferentes experiências ou mesmo de natureza instintiva, como afirma Brazelton (1988). Para haver uma boa descrição do ponto de partida para desenvolvimento de um programa de ensino, ainda é importante conhecer um pouco mais sobre o repertório de mães de bebês pré-termo e, principalmente, das situações com as quais elas lidam no contexto de interesse, um ambiente de internação pós-UTI neonatal, que é a primeira oportunidade para que mães efetivamente assumam cuidados em relação a seus bebês.

### **3. Objetivos de ensino como propostas de enfrentamento de problemas que envolvem condutas humanas**

Na concepção de ensino desenvolvida a partir de conhecimento acumulado sobre o comportamento humano no âmbito da Análise do Comportamento, tal como sistematizada por Zaniolo (1995), objetivos de ensino expressam o que se quer que o aprendiz se torne capaz de realizar, em determinados tipos de situações, e gerando determinados tipos de resultados, a partir de sua exposição a um programa de ensino. É, neste sentido, uma espécie de proposta que o programador de ensino formula, que supostamente deverá resolver ou atenuar o problema a ser resolvido, por meio de um programa de ensino. Dessa forma, o(s) objetivo(s) a ser(em) atingido(s), é (são) o que deve ser inicialmente considerado para planejar atividades em situação de ensino (BOTOMÉ, 1977).

Literatura no âmbito da Análise do Comportamento em geral, e sobre programação de ensino em particular, indica a necessidade de definir objetivos de ensino (expressos como relações organismo - ambiente), sendo esta uma etapa inicial e fundamental para a construção de programas de ensino significativos e passíveis de efetiva avaliação em termos de sua eficácia (BOTOMÉ, 1977; 1981; 1996; JOLY, 1994, 2000; ZANIOLO, 1995; STEFANE, 1996; FRISANCO, 2001), tão logo esteja disponível uma adequada descrição do



problema a ser resolvido por meio deste programa. Botomé (1977) propõe que um objetivo é comportamental quando especifica os três elementos seguintes e as relações existentes entre eles: a) a resposta (observável) que o aprendiz deve dar, frente à (b) uma dada situação de estímulos que deve controlar a ocorrência desta resposta e (c) quais as características deste desempenho (da resposta perante aquela situação de estímulos) para que a resposta tenha probabilidade de se manter produzindo efeitos reforçadores no ambiente. A noção de causa do comportamento é substituída pela de função, e a noção de explicação do comportamento é substituída pela descrição das relações de dependência entre variáveis ambientais e as classes de respostas. A relação entre tais classes e os respectivos eventos antecedentes e conseqüentes define o conceito de comportamento na Análise Funcional referenciada pelo Behaviorismo Radical (VERSUTI-STOQUE, 2006).

Segundo Kubo e Botomé (2001), a partir do exame realizado por Botomé, em 1981, comportamentos-objetivo é uma expressão mais adequada do que a expressão “objetivo comportamental” considerando a noção de comportamento como um conceito não redutível a classes de respostas que um organismo apresenta, e sim como a relação entre a classe de respostas de alguém e o meio em que essa classe de respostas é apresentada. Os autores destacam, ainda, a importância de identificar, como parte significativa deste ambiente, tanto como o que acontece antes da ação de um organismo (o ambiente antecedente a essa classe de respostas, em termos dos estímulos que sinalizam que a ação é necessária, oportuna ou desejável, quanto aqueles com os quais o organismo deve entrar em contato ou que devem levar em consideração para apresentar a resposta com as propriedades desejáveis), quanto o que decorre dessa ação ou existe em seguida a ela - o meio decorrente dela, em termos de resultados, produtos ou efeitos desejáveis desta ação.

De acordo com Botomé (1977) um objetivo comportamental é fundamental (deve ser usado) para o planejamento de atividade de ensino, considerando-a como oportunidades que o aprendiz tem para desenvolver ou treinar sua capacidade de realizar um determinado objetivo (formulado em termos de desempenho do aprendiz); nesta perspectiva, avaliar se o aprendiz atingiu um objetivo comportamental deve ir além da verificação de suas respostas, é necessário observar se ela ocorre em determinadas condições de estímulo e se consegue se manter sem o controle de contingências vinculadas apenas às situações de ensino. Da mesma forma, para Nale (1998), um objetivo de ensino que, de fato, seja comportamental, constitui uma classe de comportamentos e, como tal, não se trata de desempenhos, de respostas do aluno, mas de relações entre desempenhos, condições antecedentes a esses

desempenhos (estímulos discriminativos) e as conseqüências naturais da resposta do aluno se esta ocorrer da maneira adequada e necessária.

#### **4. Objetivos intermediários para construção de competências relevantes e duradouras**

Segundo Botomé (1977), para chegar ao objetivo terminal o aprendiz deveria ser capaz de realizar vários comportamentos intermediários (preliminares), que correspondem a objetivos intermediários no programa de ensino. No processo de programação, a identificação e adequada descrição de todos os objetivos intermediários relevantes para o objetivo terminal, de diferentes níveis de especificidade, é fundamental para que possam ser propostas atividades de ensino que levem o aprendiz a ser capaz de desempenhar cada um deles como condição para apresentar o desempenho terminal esperado. Um objetivo intermediário é um comportamento que constitui uma aprendizagem (por exemplo, um comportamento mais simples que a que está expressa no objetivo terminal) necessária para o aprendiz ser capaz de realizar o que o objetivo de ensino expressa (BOTOMÉ, 1996). Portanto, cada um dos objetivos intermediários propostos a partir da decomposição dos objetivos terminais do programa de ensino é um comportamento, e deve ser descrito como tal. Este comportamento, segundo Botomé (1996) constitui uma aprendizagem intermediária (que está no meio, que é um caminho para...) em relação ao seu objetivo (onde se quer chegar com a aprendizagem). Para o autor, os processos de ensino têm, ou devem ter sua gênese nas necessidades de aprendizagem, e a avaliação desses processos é, fundamentalmente, determinada pela aprendizagem que deles resulta (BOTOMÉ, 2000).

Como comportamento é entendido como relação entre uma ação de um organismo e as condições (antecedentes e subsequentes) do ambiente em que a ação ocorre (BOTOMÉ, 1980), descrever as partes funcionais de um objetivo intermediário significa indicar as condições antecedentes, diante das quais a ação deve ocorrer (condições que sinalizam a conveniência da apresentação da resposta e as condições necessárias para que a ação possa ocorrer de modo desejável), as condições subsequentes desta ação ou resultados, efeitos ou produtos desejáveis destas ações e o padrão de resposta desejável ou propriedades da ação para que os resultados especificados possam ser efetivamente alcançados (BOTOMÉ, 1996; CORTEGOSO, 1999). De acordo com Joly (2000), diante da classe geral de comportamentos que constitui objetivo terminal para o programa de ensino devem ser formuladas perguntas destinadas a identificar os comportamentos mais específicos componentes da classe mais geral. A formulação da questão “que comportamentos fazem

parte desta classe de comportamento”, ou mais especificamente “o que alguém (o aprendiz) deve ser capaz de fazer para conseguir apresentar este comportamento” orienta a identificação dos objetivos intermediários para programas de ensino.

A descrição das partes funcionais de cada um dos objetivos intermediários é necessária, pois permite não apenas melhor compreender a função de cada uma das ações entendidas como relevantes para alcançar os objetivos terminais do programa, mas favorece também um adequado seqüenciamento dos objetivos para o ensino em alguns casos em que os comportamentos são encadeados. Isto se dá porque a descrição completa da relação comportamental que constitui o objetivo possibilita o programador notar que condições subseqüentes de um comportamento são condições antecedentes para outros, ajudando a definir mais adequadamente as condições de ensino que deverão ser criadas para propiciar a aprendizagem de cada um dos objetivos de ensino (BOTOMÉ, 1996; CORTEGOSO, 1999). Quando classes de comportamentos decorrentes dessas perguntas “que comportamentos fazem parte desta classe de comportamento” ou “o que alguém (o aprendiz) deve ser capaz de fazer para conseguir apresentar este comportamento” são suficientemente descritas (com precisão, pertinência e consistência em relação à classe comportamental mais abrangente da qual foram derivadas), a mesma pergunta deve ser feita em relação a essas últimas classes de comportamento, resultando na identificação de novas classes, cada vez mais específicas.

De maneira semelhante, para Botomé (1996), cada objetivo intermediário (ou unidade de aprendizagem) é gerado como resposta à pergunta “O que o aprendiz precisa estar apto a fazer para conseguir realizar esse comportamento?”, a ser formulada em relação a um comportamento anteriormente descoberto ou escolhido. Esse procedimento deve ser repetido para cada novo comportamento (cada nova aprendizagem descoberta) até chegar a obter comportamentos que constituem aprendizagens tão simples que o aprendiz já seja capaz de realizar tais comportamentos antes de iniciar o programa de ensino ou, como considerado por Joly (2000), nível correspondente ao repertório inicial (de entrada) do aprendiz a ser capacitado.

A descoberta das classes e subclasses de comportamentos em níveis cada vez mais específicos, tendo como ponto de partida a classe mais geral, permite que novas decisões possam ser tomadas no que concerne à elaboração de um programa de ensino. Conhecimentos sobre quais comportamentos apresentam o mesmo grau de complexidade ou grau similar, e conhecimento sobre a natureza das relações existentes entre classes de mesmo e de diferentes níveis de especificidade, constituem condições favorecedoras para a tomada de decisões neste processo (JOLY, 2000).

## **5. Programação de ensino como condição para promover aprendizagem**

Mauruto (1999), ao buscar respostas para a pergunta “por que tecnologias de ensino fundamentadas na Análise do Comportamento não foram mais difundidas e significativamente utilizadas no Brasil?”, entrevistou pessoas que haviam participado de experiências com programação de ensino no país, particularmente com ensino programado individualizado. Encontrou, como resultado, indicações de aspectos que seriam responsáveis pela perda de força da programação de ensino como tendência, no país, relacionados a macrocontingências, ao profissional de educação, à instituição educacional e a características intrínsecas a esta proposta de ensino e a sua aplicação. Nesse último aspecto, o alto grau de exigência que apresenta ao programador, para desenvolver programas de ensino considerando todo o processo comportamental envolvido para garantir relevância e eficácia dos programas, foi considerado como um dos aspectos mais relevantes. A autora não encontrou, contudo, qualquer questionamento à eficácia de programas de ensino produzidos nessa perspectiva, como aspecto potencialmente responsável pelo desuso em que esta tecnologia caiu, a partir dos anos 1980. No que tange a este aspecto, resultados muito melhores foram sempre indicados como resultado de situações em que programas de ensino foram desenvolvidos e implementados com base neste conhecimento, quando comparados com outras formas de implementar processos de ensino, sugerindo que é necessário e relevante, ainda, produzir conhecimento sobre a própria tecnologia e sobre seu potencial para promover aprendizagem humana significativa.

Muitos estudos têm sido produzidos (NALE, 1973; MIRANDA, 1986; JOLY, 1994; 2000; ZANIOLO, 1995; STEFANE, 1996; NASCIMENTO, 1997; FRISANCO, 2001; DAREZZO, 2004, entre outros), mais recentemente, objetivando examinar a eficácia de programas de ensino originados a partir de situações-problema que indiquem a necessidade de implementar aprendizagens consideradas desejáveis nos aprendizes. Em relação a estas situações, são geradas propostas de classes de comportamentos que constituem objetivos de ensino, que os aprendizes devem passar a apresentar após serem expostos às condições de ensino que constituem o programa, como forma de lidar com a situação-problema. Os estudos de Joly (1994), de Zaniolo (1995) e de Stefane (1996) são alguns dos trabalhos que produziram dados positivos sobre a eficácia de programas de ensino aplicados em indivíduos com necessidades educativas especiais. No âmbito da formação de educadores e cuidadores podem ser indicados, entre outros, estudos de Joly (2000) e Frisanco (2001) que, da mesma forma, trazem resultados positivos com a utilização de objetivos de ensino bem definidos,

como garantia de melhores resultados de aprendizagem; há ainda, o trabalho de Darezzo (2004) cujos resultados dizem respeito ao impacto do ensino de canções por cuidadores de crianças em creches como forma de favorecer a apresentação de comportamentos desejáveis por parte destas cuidadoras, implementado por meio de um programa desenvolvido com base em alguns conceitos e procedimentos próprios do processo de programação de ensino.

Joly (1994) avaliou os efeitos da aplicação de um programa de ensino para aquisição de um repertório musical por quatro crianças com necessidades educativas especiais. A partir da identificação de variáveis envolvidas no processo de educação musical, foi elaborado um programa por meio de programação de ensino, para gerar comportamentos considerados importantes na aprendizagem de música, relacionados àquelas variáveis anteriormente escolhidas. A programação consistiu na proposição dos comportamentos explicitando seus componentes, as classes de respostas envolvidas, e na elaboração de condições de ensino oferecidas para instalar esses comportamentos. Segundo a autora, os resultados encontrados indicam que, quando o ensino dos comportamentos musicais é programado, a aprendizagem desses comportamentos se dá de maneira gradual e crescente tanto em termos quantitativos, (aprende mais de sessão para sessão) como qualitativos, isto é, a criança aprende comportamentos cada vez mais complexos, havendo indícios de que a criança aprende de maneira mais lúdica e natural.

Zaniolo (1995), em seu estudo, utilizou procedimentos de programação de ensino para elaborar um programa de capacitação para instalação de repertório de dança em crianças com Síndrome de Down e avaliou este programa. Para cada um dos comportamentos envolvidos nesse processo foi realizada uma descrição e, como parte dela, foram explicitados: as classes de estímulos antecedentes, a classe de respostas e a classe de estímulos conseqüentes; além de elaboradas, a partir destes comportamentos, estratégias de ensino, condições oferecidas pelo professor para aprendizagem, as respostas observáveis do aluno e os resultados programados. Os resultados destes dois estudos indicaram que, quando bem programado, o ensino de novas habilidades ocorre de maneira gradual e crescente.

Outro estudo em que houve a implementação de um programa de ensino com crianças com Síndrome de Down foi o de Stefane (1996), que, preocupada com a formação de profissionais de Educação Física e com o ensino de comportamentos relevantes neste campo, e fazendo uso de conceitos da Análise do Comportamento, objetivou demonstrar que comportamentos pré - requisitos, organizados em forma de um programa de ensino, permitem que essas crianças aprendam com facilidade os comportamentos básicos do basquetebol. Este programa foi dividido em unidades de ensino, constituídas por conjuntos de habilidades

motoras hierarquizadas em seqüências, segundo ordem de complexidade e funcionalidade. Para cada habilidade motora ou conjunto de habilidades foram criadas condições facilitadoras de aprendizagem. Os resultados encontrados mostraram que os participantes apresentaram desempenho considerado correto, e que o professor teve a possibilidade de identificar com rapidez e facilidade as habilidades envolvidas nos comportamentos e o grau de dificuldade que os aprendizes apresentavam na aquisição desses comportamentos, o que permitia escolher e modificar as estratégias para o ensino de cada um dos objetivos.

Quanto a educadores e cuidadores, a eficácia de um programa para formar professores de educação infantil para adaptar procedimentos de ensino às características e necessidades dos alunos em situação real foi objeto de estudo de Joly (2000). Esse programa pretendeu ensinar o professor de música a observar seu aprendiz, identificar suas características, suas facilidades, dificuldades, preferências e reações diante de procedimentos musicais e, a partir dessas informações, elaborar o seu planejamento e executar as atividades previstas. O referido programa foi desenvolvido com base na descrição de classes de comportamento envolvidas no processo de planejar, executar e avaliar aulas de musicalização infantil, e os resultados encontrados indicam que os participantes desenvolveram autonomia e domínio de resolução de problemas por meio da adaptação e modificação de procedimentos, assim como da repetição de procedimentos considerados satisfatórios em situações de ensino anteriormente desenvolvidas.

Frisanco (2001) investigou, em seu estudo, os efeitos da aprendizagem de comportamentos de programar o ensino de Artes com dois professores de alunos com necessidades educativas especiais, prevendo a apresentação sucessiva de condições de ensino destinadas à capacitação dos sujeitos em relação a cada um dos comportamentos de programação propostos e observação contínua do desempenho dos professores nas salas de aula de Arte. Os resultados mostraram que houve diferente impacto no desempenho dos dois sujeitos nas situações consideradas para os comportamentos de programar relativos à área em que o ensino deveria ocorrer (arte), sugerindo que aprender comportamentos de programação de ensino influencia no comportamento de ensinar.

O estudo de Darezzo (2004), por sua vez, objetivou verificar em que medida alguns recursos musicais poderiam interferir de maneira favorável na conduta de adultos que cuidam de crianças pequenas em creches ou escolas, quando distantes da mãe. Duas participantes foram expostas a três etapas de um programa de ensino destinado a prepará-las para interagir com bebês com ajuda de canções. Por meio da filmagem de situações de banho de bebês conduzidas por estas cuidadoras, foram obtidas informações em relação ao

desempenho destas profissionais, como: baixa frequência de condutas favorecedoras, mudanças nos padrões de conduta relacionadas à sinalização de manipulações e de condições para aprendizagem dos bebês acerca de seu próprio corpo, com redução na frequência destas condutas no decorrer do estudo (baixo grau de manutenção das condutas). Foi observado, também, aumento na frequência de uso de canções ensinadas no decorrer do programa que podem ser favorecedoras de interação gratificante para os bebês e para as cuidadoras.

De modo geral, os resultados encontrados nos estudos relativos à formação de educadores e cuidadores indicam que um investimento em programação de ensino pode ser uma forma eficaz de capacitá-los para resolver problemas relativos à necessidade de adaptar, de modificar o procedimento ou a estratégia de ensino em função do que é necessário para ensinar os aprendizes. É possível afirmar ainda que o procedimento de programar o ensino possibilite delinear o que é necessário ensinar, a partir da análise de objetivos de ensino.

O conhecimento produzido em estudos como os mencionados, com ou sobre o uso da programação de ensino para o desenvolvimento de programas destinados a promover aprendizagem em diferentes áreas, parecem assegurar a utilidade do uso de programação de ensino em outros contextos. Segundo Botomé (2000), algumas tendências contemporâneas ressaltam aspectos que podem orientar esforços na construção de uma sociedade em benefício de todos e de uma educação capaz de contribuir para construí-la. O conhecimento existente em diferentes áreas e produzido por diferentes processos possibilita o acesso a conceitos orientadores que merecem ser utilizados como princípios importantes para o trabalho educacional. Tais princípios e as relações entre eles referem-se aos aspectos que permitem construir a relação entre os processos de ensinar e aprender e o desenvolvimento de aprendizagens importantes para o futuro, sendo eles: 1) participação ativa dos aprendizes em cada unidade de aprendizagem, 2) exigências feitas em pequenos passos ou etapas da aprendizagem de interesse, 3) conseqüências informativas para cada passo ou etapa realizado pelo aprendiz, 4) encaminhamento imediato de acordo com o que é realizado pelo aprendiz em cada etapa ou passo, e 5) condições apropriadas às características de aprendizagem de cada aluno. De acordo com o autor os desafios da sociedade não são relativos às informações que os indivíduos dominam ou apresentam, mas ao que são capazes de fazer, a partir delas ou em relação a elas, para transformar as circunstâncias existentes em outras melhores para todos.

## **6. Promoção de comportamentos de mães para estimulação do desenvolvimento de seus bebês desde a internação hospitalar**

O contexto que é objeto de interesse para a instalação de comportamentos de promoção e estimulação do desenvolvimento infantil é um serviço destinado a bebês pré-termo, que tendo necessitado de internação em UTI neonatal, encontram-se em uma situação de transição em ambiente hospitalar, usualmente recebendo, além de cuidados técnicos específicos, os cuidados próprios da maternagem. Ao tornar as mães de bebês nesta condição capazes de executarem habilidades funcionais para estimular o desenvolvimento de seus bebês, é esperado que atuem como facilitadoras e promotoras deste processo, tanto nestes momentos quanto no futuro, quando tiverem que responder, longe da equipe profissional, pelos cuidados ao seu bebê.

Para que seja possível dar condição para que sejam construídos repertórios adequados nessas mães, é necessário identificar as habilidades desejáveis e propor, como objetivos terminais, estes comportamentos destas mães cuidadoras, identificar os mais específicos que os compõem e elaborar as condições necessárias para ensinar o que é esperado que as aprendizes (as mães cuidadoras) sejam capazes de fazer, ao interagir com seus bebês. Constitui, assim, objetivo deste estudo, desenvolver um programa de ensino destinado a capacitar mães de bebês pré-termo a lidar com seus bebês, em situação de internação pós-UTI n, a partir do uso da tecnologia conhecida por “programação de ensino”, derivada da Análise do Comportamento.

Como forma de produzir informações tanto sobre o processo de elaboração de programas de ensino, quanto de produzir e avaliar um programa em relação à sua eficácia para promover a capacitação de mães cuidadoras de seus bebês em situação de internação hospitalar, foram propostas perguntas mais específicas como:

- 1) Quais são, efetivamente, as habilidades presentes, fragilidades e interesses de mães na situação de internação hospitalar pós - UTI n de seus bebês pré-termo?
- 2) Em que medida estas mães encontram, na situação de internação pós-UTI neonatal, condições favorecedoras para um desempenho adequado ao lidar com seus bebês?
- 3) Que comportamentos podem ser propostos como objetivos de um programa de ensino destinado a capacitar mães de bebês pré-termo a realizar os cuidados maternos e promover o desenvolvimento no contexto de internação pós-UTI neonatal?



- 4) Que condições de ensino podem ser adequadas para capacitar mães a lidar com seus bebês pré-termo no contexto de internação pós-UTI neonatal?

As informações apresentadas a seguir representam respostas produzidas a estas perguntas, como etapas na elaboração de um programa de ensino destinado a esta população.



## MÉTODO

### ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE ENSINO

O programa de ensino, destinado a capacitar mães de bebês egressos de UTI neonatal, atendidos pelo sistema único de saúde (SUS), internos no Berçário (Be) de uma Santa Casa sediada em uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo, foi elaborado tendo como referências etapas de programação de ensino conforme propostas por Botomé (1981). De acordo com esta proposta, é esperado que o programador de ensino possa, antes de definir condições de ensino, estabelecer objetivos a serem alcançados por meio deste processo, com as seguintes características: 1. referentes ao que é esperado que o **aprendiz** seja capaz de fazer nas situações **naturais** para as quais está sendo capacitado e 2. **comportamentais**, ou seja, expressos como relações entre a ação do organismo, as condições diante das quais esta ação é apropriada e das que necessita para realizá-la (condições antecedentes) e os resultados, produtos ou efeitos desejáveis desta ação no ambiente (condições subseqüentes). Para tanto, é necessário que o programador conte com uma adequada descrição do problema a ser resolvido por meio da ação do aprendiz, ou da situação com a qual ele deve lidar, e leve em conta o conhecimento disponível em relação aos fenômenos presentes ou relacionados a esta situação e às formas de lidar com ela, bem como o repertório provável ou conhecido de seus aprendizes.

São descritos, a seguir, aspectos metodológicos relativos ao desenvolvimento do programa de ensino, em relação a: a) descrição das condições de atenção e cuidado ao bebê pelas mães na situação de internação pós-UTI n (situação-problema a ser resolvida por meio do programa de ensino e identificação de comportamentos de interesse para o programa); b) especificação de objetivos comportamentais a serem alcançados com as mães a partir do programa de ensino; c) proposição de condições de ensino no programa.

#### 1. Participantes

- a) profissionais da equipe de enfermagem que lidavam com mães de bebês internados em berçário hospitalar durante o período de coleta de dados;
- b) mães de bebês pré-termos internados em berçário hospitalar durante o período de coleta de dados.

As mães participantes deveriam atender ao critério de estarem com seus bebês pré-termos internados no berçário hospitalar e de anuência quanto à participação na pesquisa, comprovada pela assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido; já os profissionais, além da anuência e assinatura do Termo, deveriam ser aqueles da equipe de enfermagem que prestavam serviços diretamente às mães e seus bebês no período da coleta de dados.

## **2. Descrevendo a situação-problema: repertório das mães<sup>1</sup>, condições existentes no Berçário e conhecimento disponível sobre comportamentos de mães ao lidar com bebês**

No caso deste programa, foram implementadas providências para obter informações tanto acerca do possível repertório de entrada destes aprendizes, quanto de comportamentos desejáveis a partir da elaboração do programa, a partir das seguintes fontes:

- a) condutas de mães em relação a seus filhos egressos de UTI neonatal observadas em situações diversas de atuação profissional da pesquisadora;
- b) condutas de mães na situação de interesse, ou seja, no Berçário, ao interagir com seus bebês, com outras mães e com a equipe da unidade hospitalar;
- c) relatos verbais de profissionais da equipe da unidade hospitalar, obtidos por meio de entrevistas, e
- d) literatura acerca de desenvolvimento infantil, mães de crianças de risco e outros conhecimentos afins.

## **3. Procedimento**

### *Coleta e análise de dados:*

A elaboração do programa de ensino levou em consideração dados coletados por meio de entrevistas semi - estruturadas (**Apêndice A** - Roteiro de Entrevistas) com as funcionárias, enfermeiras da Unidade de Atendimento Intensivo Neonatal (UTI n) e técnicas de enfermagem do Berçário (Be), bem como registrados por meio de filmagem de comportamentos de mães durante a permanência delas no Be, em situações de presença destas

---

<sup>1</sup>Os procedimentos para coleta de dados da presente pesquisa foram iniciados somente após sua submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, tendo sido aprovado em 20.09.04 - número do protocolo 046/04.

mães no mesmo ambiente que o bebê, particularmente os de contato direto delas com seus filhos, e de orientação de mães pela equipe técnica.

No caso das entrevistas, estas foram gravadas e posteriormente transcritas, na íntegra. Os textos gerados foram então lidos e as informações de interesse apresentadas pelas entrevistadas foram identificadas e sinalizadas por meio do uso de cores correspondentes a diferentes categorias. Estas informações foram então agrupadas de acordo com estas categorias, para os diferentes participantes.

No caso das observações, as sessões observadas foram também transcritas e utilizado o mesmo procedimento de identificação e sinalização de informações de interesse. No caso das situações observadas, foram utilizadas, como parâmetros para identificação de aspectos relevantes dos comportamentos das mães, as classes gerais e específicas de comportamentos relevantes para lidar com bebês já identificadas e descritas no processo de formulação de objetivos de ensino, que ocorreu simultaneamente à descrição da situação-problema. Foram identificados, assim, propriedades presentes no desempenho destas mães, compatíveis e incompatíveis com os comportamentos e propriedades de comportamentos indicados como desejáveis para este tipo de situação.

Desta forma, foi possível identificar, do ponto de vista do conhecimento sobre desenvolvimento infantil e sobre relação mãe-bebê, aspectos relevantes de comportamentos das mães ao se relacionar com seus bebês e desempenhar, em relação a eles, diferentes cuidados, seja por estarem estes comportamentos presentes ou ausentes, nas situações observadas. Foi possível identificar, ainda, aspectos relevantes na forma de organização e uso de critérios para orientação das mães por parte da equipe técnica, em diferentes situações, que contribuíram para a confirmação da relevância de desenvolver condições para a capacitação destas mães para lidar mais apropriadamente com seus bebês, especialmente na condição de internação pós-UTI n.

O conjunto das informações proporcionou a constituição de uma descrição da situação-problema à qual um programa de ensino deveria responder, bem como a identificação de um conjunto de objetivos a serem alcançados por meio deste programa, em relação à capacitação de mães de bebês de risco para lidar com seus filhos, desde o momento em que este deixa a UTI neonatal, e de forma a promover, de forma satisfatória, seu desenvolvimento em todas as dimensões desejáveis, sejam elas relativas a aspectos físicos, emocionais, afetivos e sociais. A compreensão dessa situação, contudo, não se encerrou como condição para iniciar a formulação de objetivos: ela prosseguiu nas etapas subsequentes de elaboração do programa, a partir da confrontação dos dados obtidos com a literatura

relacionada à temática (desenvolvimento infantil, bebê pré-termo etc) e com a experiência da pesquisadora, bem como pelo contato direto da pesquisadora com as mães, com a equipe e com o ambiente hospitalar, no decorrer da implantação do programa de ensino, sendo gradualmente acrescentados comportamentos e dimensões de comportamentos relevantes para um adequado desempenho de mães na promoção de condições favorecedoras de desenvolvimento infantil.

*Ambiente de coleta de dados:*

Em relação às entrevistas

As entrevistas com as Enfermeiras da UTI n aconteceram em seus locais de trabalho, em horários previamente agendados entre pesquisadora e profissionais. Foram obtidas, desta forma, informações com a participante 1 ( $Penf_1$ ) na UTI neonatal e com a participante 2 ( $Penf_2$ ) durante o período em que a mesma trabalhava no serviço de acompanhamento do desenvolvimento de bebês de risco. Das auxiliares de enfermagem, participantes 3 ( $Paux_3$ ) e 4 ( $Paux_4$ ), as informações foram obtidas durante o plantão de cada uma, em momentos que elas definiram como apropriados para a realização da entrevista. A realização das entrevistas ocorreu após o aceite de participação na pesquisa documentado no termo de consentimento livre e esclarecido para funcionários. (**Apêndice B**).

No momento em que foram entrevistadas, as participantes tinham formação na área de enfermagem, sendo duas delas em nível superior ( $Penf_1$  e  $Penf_2$ ) e as outras duas ( $Paux_3$  e  $Paux_4$ ) em nível técnico.  $Penf_1$  e  $Penf_2$  tinham, respectivamente, 36 e 45 anos, e as  $Paux_3$  e  $Paux_4$  28 e 24 anos. O tempo de atuação no berçário variava para cada uma delas, sendo de quatro anos para  $Penf_1$ , oito meses para  $Penf_2$ , dez meses para  $Paux_3$  e quatro anos para  $Paux_4$ . A participante  $Penf_2$  já havia trabalhado por 16 anos na instituição (UTI n) como auxiliar de enfermagem.

Em relação ao tempo de formação, exceto  $Penf_1$  que tinha 14 anos, as outras participantes tinham pouco tempo, variando de um a quatro anos, sendo um para  $Penf_2$ , dois para  $Paux_3$  e quatro para  $Paux_4$ . Quanto aos cargos ocupados na instituição,  $Penf_1$  era enfermeira gestora da UTI neonatal e realizava orientações no Berçário,  $Penf_2$  também era enfermeira da UTI neonatal, e do serviço de acompanhamento de bebês de risco, e ainda oferecia orientação às mães no Berçário;  $Paux_3$  e  $Paux_4$  ocupavam, respectivamente, os cargos de auxiliar de enfermagem e técnica de enfermagem do Berçário.

### Em relação às filmagens

As filmagens foram realizadas em ambiente denominado berçário, sendo esse destinado aos bebês recém-nascidos que necessitaram anteriormente de internação na UTI neonatal do hospital. O berçário é um local onde os bebês permanecem prioritariamente para ganho de peso e, em alguns casos, para estabilização de funções clínicas como, por exemplo a função respiratória. Ainda no berçário as mães são convidadas a estarem presentes durante todo dia e, eventualmente, à noite, de modo que possam conhecer e exercitar os cuidados maternos receber orientações, por exemplo, sobre amamentação, e acompanhar o dia a dia dos bebês. Cabe a cada mãe, neste ambiente, realizar os procedimentos de atenção ao seu bebê, como trocar a fralda, dar o banho, dar a alimentação e ou o peito, ficando os procedimentos técnicos específicos da enfermagem ao encargo da equipe técnica. A realização das filmagens ocorreu após o aceite da coordenadora da UTI neonatal, também responsável pelo berçário e pelas mães presente no momento da realização das filmagens, documentado nos termos de consentimento livre e esclarecido para coordenadora (**Apêndices C**) e para as mães (**Apêndices D**). Participaram dessa filmagem seis mães<sup>2</sup> com períodos e duração da internação não necessariamente concomitantes, mas com características gerais (idade, condição sócio - econômica, escolaridade, entre outras) que podem ser consideradas representativas das mães, usuárias do sistema único de saúde que permanecem no berçário para internação de seus bebês. A filmagem buscou contemplar uma variedade de atividades das mães com seus bebês no berçário. Para algumas das participantes houve a filmagem de mais de um tipo de atividade, determinada pelo contexto existente no dia em que mãe e pesquisadora encontravam-se no berçário.

#### **4. Procedimento para formulação de objetivos de ensino**

O procedimento para elaboração dos objetivos de ensino orientadores da formulação do programa, que simultaneamente aos procedimentos de descrição do problema, incluiu as seguintes atividades, descritas adiante:

- 1) exame das filmagens realizadas na unidade de internação de bebês egressos de UTI neonatal;
- 2) registro sintético, de palavras ou expressões relativas a dimensões (variáveis) do desempenho dos cuidadores presentes às situações filmadas;

---

<sup>2</sup> Estas mães não participaram do Estudo 2, relatado adiante.

- 3) indicação de verbos de ação correspondentes a classes de respostas de cuidadores relacionados ao lidar com o bebê, descrição destas classes em termos de condições antecedentes e subseqüentes, e organização, em termos de relação de especificidade/generalidade entre elas, das classes de comportamentos desejáveis para cuidadores de bebês egressos de UTI neonatal, a partir das observações realizadas, dados obtidos em entrevistas com equipe técnica e de conhecimento disponível sobre atendimento a bebês egressos de UTI neonatal.

A partir das observações registradas por meio de filmagem, foram obtidas informações sobre os comportamentos das mães ou familiares durante a permanência no berçário em situações de interação com o bebê ou com membros da equipe técnica da unidade de saúde, que possibilitaram uma caracterização de comportamentos presentes e ausentes relacionados às interações com o bebê (cuidados maternos e comportamentos sociais) e com a equipe de profissionais, considerando condutas compreendidas como desejáveis pela pesquisadora para estas situações, em função de conhecimento prévio disponível sobre desenvolvimento infantil, particularmente no caso de bebês de risco. A derivação de comportamentos de interesse foi feita, assistindo às filmagens sucessivas vezes, e registrando, de modo anedótico, palavras ou expressões indicativas de aspectos dos comportamentos apresentados pelas mães (com propriedades apropriadas ou não de acordo com este conhecimento) ou omitidos por elas em circunstâncias nas quais determinados comportamentos poderiam ser considerados apropriados considerando este mesmo conhecimento, que chamavam a atenção.

A partir destes registros sintéticos, e tomando como referência os componentes de uma relação comportamental (condições antecedentes, ação e condições subseqüentes), tal como propõe Botomé (1996, entre outros), foram elaboradas descrições sucessivas correspondentes a condutas de mães de bebês de risco que podem ser desejáveis durante a situação de internação hospitalar de seu bebê. O resultado final deste processo de descrições, incluindo classes de comportamentos de diferentes níveis de abrangência, pode ser observado no **Apêndice E** - Descrição comportamental de classes de comportamentos de diferentes níveis de especificidade esperadas de cuidadores de bebês egressos de UTI neonatal. Foi utilizada, em alguns casos, para designar as classes de respostas, a mesma denominação utilizada para indicar a classe de comportamentos de interesse correspondente, como forma de tornar evidente, mesmo em situações de indicação sintética do comportamento, por meio do uso de verbo de ação, qual o comportamento de interesse.



Simultaneamente a este processo de descrição comportamental de classes de comportamentos esperadas de cuidadores de bebês na situação-alvo, foram sendo realizadas, de modo tentativo, organizações das classes de comportamentos identificadas e descritas, de modo a evidenciar classes mais gerais e específicas componentes destas classes mais gerais, bem como a indicação das funções predominantes de cada uma das classes gerais de comportamentos. O resultado deste processo de organização das classes de comportamentos identificadas como relevantes de serem apresentadas por cuidadores de bebês egressos de UTI neonatal pode ser visto, a seguir no Quadro 1.

Quadro 1. Classes de comportamentos gerais e específicas esperadas de cuidadores de bebês egressos de UTI neonatal.

	<b>Classe geral de comportamentos</b>	<b>Classes específicas componentes da mais geral</b>	<b>Tipo de função que predomina</b>
SUPRIR NECESSIDADES DO BEBÊ	INTERAGIR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ	Falar com o bebê, em qualquer oportunidade de interação	Promoção e estimulação da qualidade da relação entre mãe-bebê Conforto psicológico do bebê e da mãe
		Tocar o bebê, sempre que possível ou necessário, de forma adequada	
		Acarinhar o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Alisar a pele do bebê, Beijar o bebê)	
		Pegar o bebê no colo, em qualquer oportunidade de interação e sempre que necessário, de forma adequada (Embralar o bebê)	
		Sorrir para o bebê em qualquer oportunidade de interação (Expressar na face alegria por estar com o bebê)	
		Manter contato visual com o bebê, sempre que possível, ao interagir com ele	
		Manusear o bebê/deslocar o bebê, de forma adequada sempre que necessário	
	OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ	Observar o bebê de modo constante (Olhar para o bebê)	Identificação de necessidades do bebê Identificação da qualidade do estado/bem-estar do bebê

	GARANTIR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA PARA O BEBÊ	Manipular / Deslocar o bebê com segurança (Posicionar o bebê corretamente deitado na incubadora/berço, Posicionar o bebê corretamente para a amamentação, Posicionar o bebê corretamente para a higienização, Posicionar corretamente a cabeça do bebê em diferentes posturas e manuseios)	Segurança e conforto físico, embora envolva também a condição de estímulo em função do modo de fazer
		Segurar o bebê corretamente nas diferentes posturas, manuseios e deslocamentos	
		Proteger o bebê de estímulos nocivos e ou inadequados (estímulos visuais, auditivos, táteis, vestibulares e sociais)	
	GARANTIR CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONFORTO FÍSICO DO BEBÊ	Banhar o bebê	Higiene Conforto físico
		Limpar o umbigo do bebê	
		Enxugar o bebê	
		Trocar o bebê	
		Pentear o bebê	
		Vestir roupa no bebê	
		Passar pomada para assadura no bebê	
Enrolar o cueiro no bebê			
ALIMENTAR O BEBÊ	Posicionar o bebê adequadamente em função das necessidades e situações	Conforto físico	
	Amamentar o bebê no peito	Alimentação, embora envolva também a estimulação e fortalecimento da relação entre mãe - bebê em função do modo de fazer	
	Alimentar o bebê com seringa e chucha/mamadeira		
Alimentar bebê com copinho			
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECE-DÓRAS PARA LIDAR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ NO BERÇÁRIO	Solicitar orientação sobre o bebê	Possibilitar um ambiente propício para troca de informações e orientações Possibilitar a potencialização da interação entre o bebê e mãe Estimular o estreitamento da relação	
	Obter informação sobre o bebê pelo contato com os profissionais		
	Obter informação sobre o bebê pela experiência própria		

		Falar com diversas pessoas sobre o bebê (Diferentes profissionais e mães na mesma situação ou que já passaram por ela)		
		Expressar sentimentos em relação ao bebê (Necessidade de hospitalização, Desenvolvimento normal, entre outros)		
	CRIAR CONDIÇÕES PARA CUIDAR DE SI MESMA	Expressar sentimentos em relação a si mesma		Possibilitar um ambiente propício para apoio emocional e psicológico Possibilitar um ambiente propício para troca de experiências
		Expressar sentimentos e idéias em relação a assuntos diversos: casa, companheiro, outros filhos		
		Reservar um período do dia e/ou da noite para cuidar de si mesma, realizar autocuidados		
		Relaxar		
	TRANQUILIZAR O BEBÊ	Oferecer o peito para o bebê		Promoção e estimulação da qualidade da relação entre mãe-bebê Conforto físico e psicológico do bebê e da mãe
		Pegar o bebê no colo, em qualquer oportunidade de interação e sempre que necessário, de forma adequada (Embralar o bebê)		
		Falar com o bebê, em qualquer oportunidade de interação		
		Manter contato visual com o bebê		
Tocar o bebê, sempre que possível ou necessário, de forma adequada				
Acarinhar o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Alisar a pele do bebê, Beijar o bebê)				
Acomodar o bebê no local em que dorme				

Foram indicadas, ainda, para cada um destes comportamentos, condições que poderiam ser consideradas como favorecedoras ou desfavorecedoras para que as mães apresentassem tais comportamentos, considerando as que eram impostas pelas condições observadas ou existentes no ambiente do berçário externo. Deste processo de exame e organização sucessivos, emergiram classes gerais de comportamentos desejáveis destes cuidadores, tais como interagir adequadamente com o bebê, obter informações sobre o bebê, garantir condições de segurança para o bebê, garantir condições de higiene para o bebê,

alimentar o bebê, criar condições favorecedoras para lidar adequadamente com o bebê no berçário, criar condições favorecedoras para cuidar de si mesma enquanto o bebê estiver no berçário e tranquilizar o bebê.

Uma vez identificadas classes gerais de comportamentos esperados de cuidadores de bebês egressos de UTI neonatal, a partir do processo de organização das diferentes classes de comportamentos identificadas pela pesquisadora, estas foram descritas comportamentalmente, e o resultado pode ser visto no **Apêndice F** - Comportamentos esperados de cuidadores de bebês hospitalizados egressos de UTI neonatal.

A partir destas classes foram, então, propostos objetivos para o programa de ensino, em termos de comportamentos de mães ou seus substitutos, a serem instalados em participantes do programa, de diferentes níveis de abrangência (BOTOMÉ, 1977; 1981; 1996; 2000). Os procedimentos e critérios utilizados para definição dos objetivos de ensino consideraram não somente o contexto geral em que as mães estavam inseridas, isto é, um serviço de atendimento a bebês que haviam necessitado de internação em unidade de atendimento intensivo numa santa casa e que ainda necessitavam de procedimentos técnicos específicos para garantia de sobrevivência, mas também o contexto das mães que, embora pudessem ter tido contato com a maternidade anteriormente, nessa situação parecem desprovidas de autonomia e independência quanto aos cuidados a serem desempenhados por elas. Dessa forma, o programa de ensino pretendeu abarcar as situações nas quais eram solicitados desempenhos das mães nos cuidados de seus bebês inseridos na rotina do serviço.

Como parte do programa, foram então propostos, como objetivos terminais, comportamentos das mães que se referiam a cuidados maternos que eram necessários de serem desempenhados pelas mães no berçário, desde aqueles mais gerais até outros específicos componentes dos mais gerais. Foram contemplados, nos objetivos do programa, ainda, comportamentos das mães que se referiam a propriedades relevantes do contato das mães com seus bebês, considerando o conhecimento existente sobre desenvolvimento infantil, antes, durante ou após esses cuidados. Assim, desde o processo de identificação dos objetivos (Estudo 1), até a implementação do programa (Estudo 2), ocorreu um processo de revisão dos objetivos identificados como relevantes para aquela situação; como resultado deste processo, alguns objetivos inicialmente previstos não foram incluídos no programa. Assim, embora se mantivesse a importância de preparar as mães para lidar com suas próprias necessidades (cuidar de si mesma), foi observado que sua atenção e esforços estavam prioritariamente voltados para o bebê, o que provavelmente concorreria com esse tipo de objetivo no programa; por esta razão, objetivos correspondentes a este conjunto de habilidades acabaram

não sendo mantidos no programa de ensino. Por outro lado, alguns objetivos que não foram identificados especificamente a partir do Estudo 1, foram considerados como necessários, e inseridos como pré-requisitos (embora não constem dos recursos intermediários de planejamento do programa), como aqueles contemplados nos módulos de informações gerais e recomendações gerais ao cuidar e lidar com o bebê pré-termo. Assim, alguns objetivos inseridos nos módulos iniciais como requisitos tanto para “cuidar de bebês” quanto para “interagir com bebês”, referem-se a comportamentos relevantes para a relação de mães com bebês - não apenas com bebês pré-termo. Foram, nestes casos, derivados não das situações em que foram observadas mães participantes do Estudo 1, e sim referenciados pela literatura como benéficos para o desenvolvimento infantil.

## **5. Propondo condições de ensino**

Como parte do processo de definição de condições de ensino a serem implementadas no programa, foram definidos módulos de ensino, unidades e passos (correspondentes a partes do programa de ensino relacionadas a determinados objetivos), bem como atividades didáticas a serem realizadas, ações esperadas do moderador, no caso a pesquisadora, e dos aprendizes/mães-cuidadores e materiais necessários. Como condição favorecedora destas definições, foi organizada uma planilha que permitia tanto observar o conjunto do programa, quanto tomar decisões, em relação a cada parte do programa, associando os vários aspectos que deveriam ser considerados em cada decisão. A planilha proposta pode ser vista no Quadro 2, e corresponde a um recurso favorecedor do comportamento do programador, produzida a partir da proposta de Botomé sobre classes de comportamentos presentes no processo de elaborar programas de ensino (BOTOMÉ, 2000).

Quadro 2. Exemplo do plano de trabalho com mães de bebês pré-termo para capacitação em relação a aptidões favorecedoras do desenvolvimento.

<b>Módulo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Passos</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>A ser apresentado pelo moderador</b>	<b>A ser feito pelos aprendizes</b>	<b>Materiais</b>
<b>INTRODUÇÃO GERAL</b>	Informações Gerais						
	Postura						
	Deslocamentos						
	Segurando o bebê						
<b>CUIDAR</b>	Alimentação	1) amamentação a. postura b. procedimentos 2) copinho 3) mamadeira 4) arrotar					
	Higiene	1) banho 2) troca de fralda e higiene 3) vestuário					
<b>INTERAGIR</b>	Recomendações Gerais						
	Falar						
	Olhar						
	Tocar						
	Embalar						
	Brincar						

Fez parte do processo de elaboração do programa de ensino, em termos de condições de ensino, a definição de critérios a serem levados em consideração para especificação destas condições, e a definição da estratégia geral de ensino das diferentes unidades, que resultou em uma sistemática padrão para desenvolvimento das unidades de ensino, que deveria orientar as ações do moderador nas situações com os aprendizes.





## RESULTADOS

### PRODUTOS DE COMPORTAMENTOS DO PROGRAMADOR AO ELABORAR PROGRAMA DE ENSINO

São apresentados, a seguir, dados relacionados a produtos de comportamentos da pesquisadora que fizeram parte do processo de desenvolvimento do programa de aprendizagem destinado a capacitar mães de bebês egressos de UTI neonatal.

#### 1) SITUAÇÃO-PROBLEMA A SER RESOLVIDA COM UM PROGRAMA DE ENSINO: CARACTERIZANDO REPERTÓRIO DE MÃES PARA LIDAR COM BEBÊS DE RISCO E CONDIÇÕES DISPONÍVEIS EM AMBIENTE HOSPITALAR PÓS-UTI NEONATAL

Os dados obtidos acerca de aspectos descritivos da situação problema são apresentados, a seguir, em relação a: 1) informações oferecidas pela equipe; 2) comportamentos de mães de bebês pré-termo em situação no berçário pós-UTI neonatal; 3) funcionamento do berçário de acordo com observações da pesquisadora.

##### a) Informações oferecidas pela equipe

Em relação a informações obtidas junto à equipe que atua no Berçário, são apresentados a seguir dados relacionados a cada uma das categorias de informações consideradas. No Quadro 3 podem ser vistos resultados obtidos a partir de relatos verbais de profissionais de enfermagem que atuam junto ao berçário, em entrevistas, acerca do tema *orientação*; na primeira coluna à esquerda estão apresentados aspectos de interesse relacionados a este tema, durante o período de hospitalização do bebê, tais como: a quem se destina a orientação; “conteúdo” abrangido pela orientação; formas de realização da orientação; momento e frequência em que realiza a orientação; além de dificuldades e soluções sinalizadas pelo profissional e, ainda, orientação realizada pela equipe médica. Na coluna seguinte estão indicados os diferentes “alvos” das orientações a que se referem as respostas dadas pelos entrevistados, e nas demais colunas há o registro do dado obtido para cada participante, sinteticamente identificadas como *Penf1*, *Penf2*, *Paux3*, *Paux4*.

Quadro 3. Informações dos participantes (*Penf<sub>1</sub>*, *Penf<sub>2</sub>*, *Paux<sub>3</sub>*, *Paux<sub>4</sub>*) sobre o tema “orientação” durante o período de hospitalização do bebê.

ASPECTO CONSIDERADO	Alvos das orientações	<i>Penf<sub>1</sub></i>	<i>Penf<sub>2</sub></i>	<i>Paux<sub>3</sub></i>	<i>Paux<sub>4</sub></i>
A quem se destina a orientação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• técnicos de enfermagem</li> <li>• auxiliares de enfermagem</li> <li>• mães/familiares</li> </ul>	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p>	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>x</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>x</p>
Conteúdo da orientação	Para as técnicas e auxiliares	Treinamento teórico e prático sobre os cuidados, sobre o que deve ser observado, sobre as orientações que devem ser transmitidas aos pais e sobre as dificuldades nas quais devem ser acionadas as enfermeiras.	Principalmente a postura das funcionárias frente às mães e sobre a avaliação que as técnicas devem realizar em relação aos cuidados (mama, amamentação, como colocar o bebê para mamar, como dar o leite, como fazer o banho e segurar o bebê no método-canguru) realizados pelas mães.		
	Para as mães	Dependente da dúvida - problema ou de qual orientação é necessária no momento.	A preparação para os cuidados relativos ao aleitamento materno, das condições de higiene, orientação de banho e medicação, a rotina do BE, a alta e como agir em casa.	Dúvidas trazidas pelas mães quanto a questões familiares (problemas com o marido, relação sexual, uso de anticoncepcional, entre outras) e os cuidados do bebê (não sabe dar o banho, não sabe limpar o coto umbilical não sabe nada), como socorrê-lo caso aspire, como posicioná-lo, quantas vezes trocar a fralda e horário de banho	Os cuidados do bebê, tais como: higiene (no banho, como limpar o umbigo), posicionamento (deixar ele deitado no berço, berço com cabeceira elevada), segurar (como pegar).
Forma de realização da orientação		Forma verbal e quando há necessidade escrita.	Forma verbal, alternada por escrito.	Forma verbal através de explicação diante das dúvidas e geralmente leitura de manual desenvolvido pela equipe da UTI n.	Observação pela mãe do cuidado realizado pela auxiliar/técnica com explicação verbal da profissional e ao final da demonstração a mãe realiza o cuidado. A auxiliar/técnica repete quantas vezes achar necessário, até perceber que a mãe está segura.

Momento em que realiza orientação		<i>PARA AUXILIAR/TÉCNICA</i> Quando começam a trabalhar na instituição.  <i>PARA MÃE</i> Dependente da necessidade do bebê, dependente de qual problema estiver acontecendo ou qual orientação à mãe necessita naquele momento.	<i>PARA AUXILIAR/TÉCNICA</i> Quando começam a trabalhar na instituição.  <i>PARA MÃE</i> Quando bebê recebe alta da UTI n para o BE durante o horário de visita.	Geralmente quando o bebê recebe alta e, às vezes, até quando estão no hospital conforme a mãe pergunta ou conforme técnica /auxiliar vê.	Quando tem alguma dúvida.
Frequência com que realiza as orientações		Diária.	Diária.	Incerta, acontece do dia a dia.	Todo o plantão de 12 horas.
Dificuldades sinalizadas pelo profissional para realização de orientações		Sim, há um processo de adaptação, um processo de treinamento, com muitas dificuldades, há falta de preparo, não é fácil trabalhar com o bebê e com as mães. Equipe estressada por não conseguir atender as necessidades da mãe.	Sim, pela falta de envolvimento, falta de segurança da técnica, desconfiança por parte da mãe.	Com poucas mães, pela falta de entendimento e compreensão da mãe.	Não.
Solução para as dificuldades		Treinar abordando orientação de todos os cuidados e todas as rotinas da unidade na UTI n e BE, muitas vezes as técnicas básicas.	Selecionar e avaliar os funcionários, após equipe formada há necessidade de treinamento intenso e específico.	Explica, orienta, ensina, manda fazer na sua presença tudo que é procedimento da enfermagem. A mãe observa a auxiliar/técnica e vice-versa durante as atividades.	Busca orientação da enfermeira e procura ser simples e objetiva procura dar segurança para a mãe, procura falar na linguagem da mãe e busca criar um ambiente agradável. Tenta conversar, tenta várias vezes, explicar, falar, explicar bem mesmo.
Orientação por parte do quadro médico		Não realiza	Não realiza	Geralmente só fazem prescrição, nunca falam nada sobre como querem que cuide do bebê e para as mães, às vezes, esclarece dúvida em relação à clínica.	Às vezes, sobre a medicação, sobre a mudança do tipo de sonda e sobre estimular seio materno, entre outras coisas desse tipo. Para as mães alguns falam para colocar no peito, para vir ao berçário, para fazer canguru, pois isso incentiva o bebê.

De acordo com os dados presentes no Quadro 3, todas as participantes realizam orientações para as mães e as participantes *Penf<sub>1</sub>* e *Penf<sub>2</sub>* realizam também orientação para as profissionais do quadro de técnica/auxiliar de enfermagem, que são quatro, duas no período diurno e duas no período noturno, em plantões de 12 x 12 horas.

Para *Penf<sub>1</sub>* e *Penf<sub>2</sub>* parece não haver um consenso sobre o conteúdo das orientações que fornecem às técnicas/auxiliares, que varia do papel (procedimento técnico) a ser desempenhado pelas técnicas/auxiliares no serviço até a postura que essas devem ter diante das mães. Quanto às orientações às mães, tais informações estão relacionadas aos cuidados maternos do bebê e à rotina do serviço para *Penf<sub>2</sub>*, e para *Penf<sub>1</sub>* as orientações às mães têm o conteúdo determinado pelas dúvidas - problemas que emergem. Para as participantes *Paux<sub>3</sub>* e *Paux<sub>4</sub>*, os cuidados maternos fazem parte do conteúdo da orientação e para a *Paux<sub>3</sub>* ainda há as questões relativas a relacionamento familiar trazidas pelas próprias mães.

As participantes *Penf<sub>1</sub>*, *Penf<sub>2</sub>* e *Paux<sub>3</sub>* relatam a forma oral para explicação e a leitura de texto ou material escrito, como as maneiras utilizadas para realizar a orientação; já a *Paux<sub>4</sub>* relata a demonstração e posterior desempenho pela mãe. É possível verificar que para as participantes *Penf<sub>1</sub>* e *Penf<sub>2</sub>* as orientações são realizadas diariamente, para *Paux<sub>4</sub>* elas são realizadas nos plantões e *Paux<sub>3</sub>* relata como incerta a frequência. Há consenso entre *Penf<sub>1</sub>* e *Penf<sub>2</sub>* sobre o momento em que as orientações são realizadas para os profissionais técnicos, sendo a partir do momento em que iniciam a ocupar o cargo no Be; no caso das mães o momento das orientações parece estar condicionado a necessidades (explicitadas ou não) do bebê e da mãe, para as participantes *Penf<sub>1</sub>*, *Paux<sub>3</sub>* e *Paux<sub>4</sub>*; quando o bebê recebe alta da UTI n para o Be para *Penf<sub>2</sub>* e quando o bebê recebe alta do hospital, para a participante *Paux<sub>3</sub>*.

Quanto à dificuldade em realizar as orientações, as participantes *Penf<sub>1</sub>* e *Penf<sub>2</sub>* indicam que estas estão relacionadas à equipe no que diz respeito à adaptação dos profissionais ao serviço, ao ambiente físico do Be além das dificuldades decorrentes da falta de preparo e envolvimento dos profissionais. A participante *Paux<sub>3</sub>* diz que, às vezes, encontra dificuldade relacionada à falta de compreensão (entendimento) da mãe e *Paux<sub>4</sub>* diz não encontrar dificuldade, embora aponte maneiras para solucionar as dificuldades, como, por exemplo, procurar ajuda da enfermeira e agir de forma clara, objetiva e agradável. A *Paux<sub>3</sub>* relata que explica, orienta e solicita para que a mãe realize os cuidados na sua presença. Para as participantes *Penf<sub>1</sub>* e *Penf<sub>2</sub>*, a solução diz respeito a um treinamento intenso e específico.

Em relação ao papel do médico na realização de orientação, as participantes *Penf<sub>1</sub>* e *Penf<sub>2</sub>* relatam que o médico não realiza orientação e as participantes *Paux<sub>3</sub>* e *Paux<sub>4</sub>*

relatam que essas orientações estão relacionadas a prescrições, medicação e dúvidas clínicas. A participante *Paux<sub>4</sub>* ainda relata que alguns médicos incentivam a presença das mães no Be, o aleitamento materno e a realização do método mãe-canguru.

O Quadro 4 apresenta os resultados obtidos a partir das entrevistas com profissionais de enfermagem que atuam junto ao berçário; na primeira coluna à esquerda estão apresentados os aspectos considerados relacionados ao tema ***condição das mães durante o período de hospitalização***, tais como: papel da mãe na perspectiva da funcionária, atitudes inadequadas e adequadas das mães na perspectiva da funcionária. Nas colunas seguintes há o registro do dado obtido, em relação a estes aspectos, para cada participante.

Conforme é possível verificar no Quadro 4, as participantes *Penf<sub>2</sub>*, *Paux<sub>3</sub>* e *Paux<sub>4</sub>* dizem acreditar ser o papel da mãe no Be o de cuidadora do bebê. Quanto aos cuidados próprios da maternagem, as participantes *Penf<sub>1</sub>* e *Paux<sub>3</sub>* relatam também ser a mãe a responsável por suprir as necessidades do bebê e, para a participante *Penf<sub>1</sub>*, a presença da mãe relaciona-se à manutenção do elo afetivo. Ainda no Quadro 4 é indicado que, para as participantes *Penf<sub>1</sub>* e *Penf<sub>2</sub>* não há problemas ou é raro atitudes inadequadas das mães, mas para as participantes *Paux<sub>3</sub>* e *Paux<sub>4</sub>* as mães têm dificuldades em lidar com o bebê e em realizar os cuidados necessários. Esses participantes relatam serem adequadas as atitudes das mães na realização do método mãe-canguru, de conversar, acarinhar e falar com o bebê, além do fato de cuidarem do bebê no banho, na troca e higiene.

Quadro 4. Informações dos participantes (*Penf<sub>1</sub>*, *Penf<sub>2</sub>*, *Paux<sub>3</sub>*, *Paux<sub>4</sub>*) sobre o tema condição das mães durante o período de hospitalização.

<b>ASPECTO CONSIDERADO</b>	<i>Penf<sub>1</sub></i>	<i>Penf<sub>2</sub></i>	<i>Paux<sub>3</sub></i>	<i>Paux<sub>4</sub></i>
Papel da mãe na perspectiva da funcionária	Manter elo afetivo, entender as necessidades do bebê no dia a dia, sentir-se segura. Que a mãe aprenda a ter o contato.	Fazer os procedimentos, menos a medicação, ser responsável pelo bebê, ficar com o bebê, fazer o canguru. Não achar que a funcionária tem que estar o tempo todo com o filho dela, é ela que tem que fazer no BE.	Cuidar do bebê (dar leite da forma correta, amamentar, troca de higiene, banho), suprir as necessidades dele. A mãe deve sair do BE consciente que o bebê vai precisar dela 100%, que o bebê é prioridade dela de qualquer forma.	Cuidar do bebê (o banho, o mãe-canguru), sentir-se entusiasmada, de querer fazer, realizar os cuidados maternos. Ela deve sentir-se cada vez mais segura com o bebê.
Atitudes inadequadas das mães na perspectiva da funcionária	Não tem esse problema.	Raro, pois as mães não podem fazer nada que não tenha sido orientado, elas não tomam atitude nenhuma.	Todas tem dificuldades de como lidar/cuidar do bebê. Todas tem dificuldade em alguma coisa, sempre tem alguma coisa, nem a mãe que tem quatro, seis filhos. Não sabem pegar direito, tem medo de machucar o bebê.	No cuidado com a limpeza do coto, na amamentação relativo à massagem e no posicionamento do bebê no leito.
Atitudes adequadas das mães na perspectiva da funcionária		Até cantar essa questão embalar isso a gente nem...num questiona nada.	Conversar, fazer carinho, fazer mãe-canguru e passar segurança.	Dar o banho, fazer a higiene, trocar a roupa, arrumar tudo, falar com o bebê, no mãe-canguru, tocar e massagear.

No Quadro 5 são apresentados os resultados obtidos, nas entrevistas, com profissionais de enfermagem que atuam junto ao berçário; na primeira coluna à esquerda estão apresentados os aspectos considerados relacionados ao tema *condição do serviço* no que diz respeito a problemas ou dificuldades, tais como: presença de problemas/dificuldades no serviço, soluções para os problemas/dificuldades. Nas colunas seguintes há os registros dos dados obtidos para cada participante.

O Quadro 5 permite verificar que os problemas ou dificuldades no serviço existem para todos os participantes referem-se às relações entre funcionários e mães, funcionários e médicos, e médicos e mães. Ainda para a participante *Penf<sub>1</sub>* a questão da condição do ambiente físico pequeno é um problema. As soluções para os problemas e dificuldades parecem estar relacionadas a conversas para todos os participantes, sendo que *Penf<sub>2</sub>* também relata a advertência e a demissão dos profissionais de enfermagem como estratégias de solução para causas graves, a participante *Paux<sub>3</sub>* relata a amizade e auxílio da enfermeira para lidar com as questões médicas e a participante *Paux<sub>4</sub>* indica oferecer ajuda àquelas mães que têm maiores dificuldades em solicitar ajuda.

Quadro 5. Informações dos participantes (*Penf<sub>1</sub>*, *Penf<sub>2</sub>*, *Paux<sub>3</sub>*, *Paux<sub>4</sub>*) sobre o tema condição do serviço no que diz respeito a problemas/dificuldades.

<b>ASPECTO CONSIDERADO</b>	<i>Penf<sub>1</sub></i>	<i>Penf<sub>2</sub></i>	<i>Paux<sub>3</sub></i>	<i>Paux<sub>4</sub></i>
Presença de problemas/dificuldades no serviço.	Condições do ambiente físico, e em relação ao relacionamento profissional: mãe - médico e mãe - funcionário.	As relações entre funcionários do BE e mães e em relação à conduta médica.	Com médicos quanto à possibilidade de conversar sobre os procedimentos.	Com algumas mães que sentem diferenças no tratamento destinado a bebês SUS e de outro convênio.
Soluções para os problemas/dificuldades.	Ouve e entra em um acordo comum, sempre ouvindo os dois lados.	Advertência, demissão, conversa. Se é uma causa grave o funcionário é advertido e há a demissão, se é uma questão de empatia há uma conversa com a mãe. Quanto ao médico não se pode interferir na conduta médica, é necessário muita conversa.	Solicita ajuda da enfermeira e tenta agir de forma amigável e com conversa.	Conversa com todas, oferece ajuda, questiona se precisa de algo.



Os dados obtidos a partir de informações da equipe técnica que atua no Be indicam que há falta de consenso sobre informações presentes nas orientações transmitidas tanto para membros da equipe de enfermagem quanto para as mães, e cada profissional atua segundo suas próprias convicções e experiências. Dessa forma, diferentes formas de agir e pensar co-existem, dificultando o dia a dia de quem recebe essas informações (mães e técnicas), a cada dia apresentadas de modo e com qualidade diferentes. Embora essa variedade possa ser rica em termos da possibilidade de atingir um maior número de necessidades das mães e das técnicas, também dificulta a possibilidade de avaliação do serviço, já que não se tem total controle do que foi ou não transmitido.

A maneira como essas orientações são apresentadas comumente é de forma oral ou leitura, sendo que a demonstração como estratégia de ensino foi citada por uma única participante. É importante ressaltar que nenhum membro da equipe fez referência a apresentar as orientações de maneira mais próxima às capacidades de compreensão das mães e suas características, ou de buscar variações para alcançar esta compreensão; é possível supor, inclusive, que não faz parte da prática rotineira dos profissionais conferir se as mães compreenderam, e como, as informações apresentadas, que continuam sendo apresentadas das mesmas formas.

Os dados indicam, ainda, que não existem momentos definidos, por serem mais apropriados, para apresentação de orientações, cabendo ao profissional essa decisão, em alguns momentos pautada pela necessidade explicitada pela mãe ou não. Já no caso das técnicas, essas somente são capacitadas para o trabalho a partir do ingresso no serviço. Diante desse fato, muitas situações propícias para a transmissão de informações são perdidas, pois o profissional parece estar sob o controle do trabalho técnico que ele deve realizar e não das oportunidades que ele tem de ensinar. Ainda, características próprias das mães nessa situação, de modo geral, deixam-nas mais quietas e menos questionadoras, o que pode levar o técnico a uma interpretação errada do silêncio da mãe – que ela já sabe o que deve fazer, que ela sabe como deve fazer, que ela aprendeu o que observou, por exemplo.

Todos os membros da equipe técnica, participantes do estudo, relatam dificuldades em relação à situação no Be, tanto dificuldades pessoais ou de relacionamentos entre membros da equipe, quanto envolvendo as mães. É possível supor que, embora a permanência das mães no berçário tenha por objetivos sua aproximação ao bebê e a aquisição de noções sobre os cuidados que ela deverá tomar ao lidar com o bebê, não é essa a situação que se verifica, pois o papel que a mãe assume e que lhe é permitido é freqüentemente de

espectadora, já que não é tratada como parceira nos cuidados dispensados ao bebê, e não alcança autonomia para lidar com seu próprio bebê.

Por vezes, o profissional “compete” com a progenitora no papel de mãe, talvez pelo fato de não estar claro seu papel no berçário, ou seja, que este papel está além do cuidado direto dispensado ao bebê, incluindo o de mediador da aprendizagem que a mãe necessita para se capacitar. O fato dos profissionais técnicos serem capacitadas para o serviço apenas quando iniciam sua estada ali, na própria situação, parece ser insuficiente para garantir à equipe o preparo necessário e a segurança indispensável para que possam contribuir com não apenas o bem estar do bebê durante sua estadia no local, mas também para que as mães possam lidar com este bebê de modo apropriado para promover este bem estar, tanto no hospital quanto em sua casa, após a alta hospitalar.

Neste sentido, é importante destacar que a boa vontade da equipe para realizar seu trabalho da melhor forma possível, no atendimento aos bebês em internação pós UTI n, embora presente, não é suficiente para alcançar os resultados propostos para esta situação. Limitações no preparo para atuar neste contexto, limitações relacionadas à existência de normas, padrões e protocolos, e mesmo uma direção específica do funcionamento do Be, com proliferação de decisões individuais (de médicos, por exemplo), incluindo descumprimento de normas estabelecidas (como estímulo à amamentação no seio materno, ao método mãe-canguru e peso adequado como critério para a alta médica) e compreensões desconhecidas sobre aspectos fundamentais do Be (como a presença da mãe e a função disto para o atendimento ao bebê e à própria mãe), são aspectos relevantes do problema a ser resolvido para promover desenvolvimento infantil capaz de superar os riscos a que estão sujeitas estas crianças.

#### **b) comportamentos de mães de bebês pré-termo em situação no berçário pós-UTI neonatal**

Considerando as classes de comportamentos de mães identificadas como relevantes para lidar com bebês, particularmente egressos de UTI neonatal, um novo exame das filmagens foi realizado, para identificar, para cada mãe observada, comportamentos (gerais e específicos) e suas propriedades, presentes e ausentes, em comparação com os desejáveis. Esta atividade, que resultou em um produto, teve tanto a função de completar a descrição do repertório que poderia ser esperado de mães como aquelas a quem se destinaria o programa, favorecendo a elaboração do programa de modo a contemplar, efetivamente, o

desenvolvimento de competências com propriedades relevantes para alcançar os resultados desejáveis em termos de desenvolvimento infantil, quanto para preparar a coleta de dados relativa à avaliação de um programa de capacitação, a partir da identificação de indicadores do impacto do programa. São apresentados, a seguir, dados descritivos sobre os repertórios comportamentais de cada uma das mães observadas em situação de interação com seus bebês, considerando comportamentos usualmente indicados como relevantes para a promoção de desenvolvimento infantil adequado.

No Quadro 6 podem ser vistos os dados relativos a *Pm1*. É possível verificar, a partir das informações apresentadas no Quadro 6, que a *Pm1* realizava os manuseios necessários em seu bebê, mas com aparente insegurança, possivelmente com receio de realizar algo que colocasse em risco o bebê. Ao que pareceu à observadora, nas atividades menos conhecidas para a *Pm1* essa insegurança aumentava, tal como, por exemplo, em situação de amamentação do bebê no peito e quando estimulava a sucção. Os registros evidenciam, ainda, que *Pm1* parecia relaxar somente após ter obtido sucesso com a atividade (cuidado) que estava realizando com o bebê e, nas situações observadas, não buscou auxílio com as auxiliares de enfermagem a não ser quando questionou sobre o tamanho do bico da chucha. Foi possível observar, ainda, que *Pm1* falava adequadamente com o bebê durante o tempo em que o amamentava, embora sua voz sugerisse aflição e preocupação com a situação.

Quadro 6. Descrição do desempenho da *PmI* em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.

Classe/função	Classes específicas previstas	Comportamentos observados/participante	Propriedades relevantes/indicadores
INTERAGIR (ADEQUADAMENTE) COM O BEBÊ	Falar com o bebê, em qualquer oportunidade de interação	<b>Falar com o bebê</b>	<p><b>Topografia:</b> mãe tensa apreensiva, na primeira situação, um pouco mais calma na segunda (musculatura tensa, olhar mudando de foco rapidamente, postura corporal tensa...)</p> <p><b>Situação em que fez:</b> quando bebê está com dificuldade para mamar, quando pega o bico, quando o bebê está mamando na chucha</p> <p><b>Timbre:</b> agudo</p> <p><b>Intensidade:</b> baixo</p> <p><b>Ritmo:</b> pausado</p> <p><b>Consistência com norma (não infantilizada):</b> linguagem adequada para interação com bebê – de senso comum - coloquial, ex: “procurando tetê”, “isso”, “pega direitinho” “tá gostoso, tá?”</p> <p><b>Frequência:</b> apenas quando bebê estava procurando o bico do seio (em um período aproximado de 15 minutos)</p>
	Sorrir para o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Sorrir para o bebê), (Expressar na face alegria por estar com o bebê)	<p><b>Sorrir para o bebê</b></p> <p><b>Expressar na face alegria por estar com o bebê</b> (manter musculatura relaxada, sorridente, mudando expressão..)</p>	<p><b>Frequência:</b> quase a todo momento que volta a própria cabeça para o bebê</p> <p>Duração: enquanto olha para o bebê</p> <p><b>Situação em que fez:</b> quando bebê suga, durante o método mãe - canguru</p>
	Manter contato visual com o bebê, sempre que possível, ao interagir com ele	Não observado	
	Tocar o bebê, sempre que possível ou necessário, de forma adequada	<p><b>Posicionar a cabeça do bebê lateralmente</b></p> <p><b>Apoiar/Espalmar a nuca do bebê</b></p>	<p><b>Frequência:</b> a todo momento diante da necessidade de posicionar a cabeça do bebê adequadamente ou quando a cabeça do bebê estava posicionada incorretamente para determinadas atividades</p> <p><b>Situação em que fez:</b> quando bebê está mamando no peito, quando o bebê está fazendo mãe - canguru, quando o bebê está posicionado para arrotar</p> <p><b>Topografia:</b> com delicadeza, sem machucar mas de maneira precisa e segura</p>
	Manipular o bebê/deslocar o bebê, de forma adequada sempre que necessário	Nas situações descritas acima	

	Pegar o bebê no colo, em qualquer oportunidade de interação e sempre que necessário, de forma adequada (Embalar o bebê)	Não observado	
	Acarinhar o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Beijar o bebê, Alisar a pele do bebê)	<b>Beijar o bebê</b>	Não observado
		<b>“Alisar” a pele do bebê</b>	<b>Frequência:</b> a todo momento diante da necessidade de posicionar a cabeça do bebê adequadamente mãe após posicionar a cabeça passava sua mão carinhosamente <b>Situação em que fez:</b> quando o bebê está fazendo mãe - canguru <b>Topografia:</b> com delicadeza
GARANTIR CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONFORTO FÍSICO PARA O BEBÊ	Banhar o bebê	Não observado	
	Limpar o umbigo do bebê		
	Enxugar o bebê		
	Trocar o bebê		
	Pentear o bebê		
	Vestir roupa no bebê		
	Passar pomada na assadura do bebê		
	Enrolar o cueiro no bebê		
Posicionar o bebê adequadamente em função das necessidades e situações			
GARANTIR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA PARA O BEBÊ	Manipular/Deslocar o bebê com Segurança (Posicionar o bebê corretamente deitado na incubadora/berço, Posicionar o bebê corretamente para a amamentação, Posicionar o bebê corretamente para higienização, Posicionar corretamente a cabeça do bebê em diferentes posturas e manuseios)	<b>Posicionar a cabeça do bebê lateralmente</b> <b>Segurar cabeça do bebê</b>  Ao mesmo tempo em que houve a intenção de segurança pode ter garantido uma estimulação calmante - pacificadora	<b>Topografia (com cuidado, carinho, bruscamente etc):</b> mãe posicionou a cabeça do bebê lateralmente com cuidado <b>Situação diante da qual faz (que permita ver se é adequado ou não):</b> durante o mãe - canguru e quando pos o bebê para arrotar no colo <b>Frequência:</b> todas as vezes que bebê mexia e posicionava a cabeça incorretamente

	<p>Segurar o bebê corretamente nas diferentes posturas, manuseios e deslocamentos (Segurar o bebê no colo de barriga para baixo, Andar com o bebê no colo, Pegar o bebê do trocador para o colo)</p>	<p><b>Segurar o bebê no colo para dar a chucha</b></p> <p><b>Segurar o bebê no colo para arrotar</b></p> <p><b>Segurar o bebê no colo para amamentar</b></p>	<p><b>Topografia (com cuidado, carinho, bruscamente etc):</b> mãe segurou o bebê com cuidado, com delicadeza, mas com certa insegurança necessitando da ajuda da auxiliar de enfermagem</p> <p><b>Situação diante da qual faz (que permita ver se é adequado ou não):</b> durante o mãe - canguru e amamentação e quando pôs o bebê para arrotar no colo</p> <p><b>Frequência:</b> na realização das atividades de alimentar e arrotar</p>
	<p>Proteger o bebê de estímulos nocivos e ou inadequados (estímulos visuais, auditivos, táteis, vestibulares e sociais)</p>	<p>Não observado</p>	
<p>ALIMENTAR O BEBÊ</p>	<p>Amamentar o bebê no peito</p>	<p><b>Auxiliar o bebê para pegar o peito</b></p> <p><b>Segurar o bico do seio entre indicador e médio</b></p>	<p><b>Topografia da resposta:</b> com delicadeza, com cuidado e demonstrando certa apreensão</p> <p><b>Situação em que fez:</b> quando o bebê não consegue “rastrear” o bico do seio, quando o bebê mantém a cabeça girada inadequada para pegar o bico, quando bebê mostra sinais de dificuldade respiratória</p>
		<p><b>Posicionar cabeça lateralmente descrito no item segurar/posicionar</b></p> <p><b>Segurar cabeça do bebê descrito no item segurar/posicionar</b></p>	<p><b>Topografia da resposta:</b> mãe apreensiva, insegura parece relaxar quando se volta para a pesquisadora e diz “agora ele pegou”</p> <p><b>Situação em que fez:</b> bebê buscando seio, insucesso da estratégia, estratégia básica de facilitação de fluxo de leite e liberação de vias áreas superiores</p> <p><b>Frequência:</b> 1 x na rotina do serviço</p>
		<p><b>Manter estratégia de auxílio ao bebê</b></p>	<p><b>Topografia:</b> mãe estimula o reflexo de sucção roçando o bico de seu seio nas comissuras dos lábios do bebê</p> <p><b>Situação em que faz (diante de sucesso ou de fracasso):</b> diante da dificuldade do bebê em pegar o bico do seio</p> <p><b>Duração (tempo que “insiste”):</b> mãe insistiu até o bebê apresentar sucesso - bebê sugar e deglutir e respirar</p>

	Amamentar o bebê com seringas chucas/mamadeiras	<p><b>Mãe dando leite na chucha</b> Auxiliar pede para mãe colocar o bebê de frente para a mãe</p> <p><b>Posicionar bebê mais em pé e de frente para si própria</b></p> <p><b>Segurar bebê pela cabeça</b></p> <p><b>Estimular sucção com bico da chucha (lateral dos lábios)</b></p>	<p><b>Topografia da resposta:</b> mãe tensa, parece não saber o que fazer com o fato do bebê resmungar, engasgar e não pegar o bico da chucha. Não fala nada com o bebê. Fala para a auxiliar “Ai meu filho Ai ..... Eu vou chorar” Questiona a auxiliar sobre o tamanho do furo da chucha “Não é muito leite? Está saindo muito leite não é perigoso ele se afogar”</p> <p><b>Situação em que fez:</b> após o bebê mamar no seio e ter que completar com a chucha <b>Duração:</b> período necessário do consumo estipulado - quantidade de ml prescrita pelo médico</p>
	Alimentar bebê com copinho	Não observado	
OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ	Observar o bebê de modo constante (Olhar para o bebê)	<b>Olhar para o bebê</b>	<p><b>Topografia da resposta:</b> com atenção, e olhar “complacente”</p> <p><b>Situação em que faz:</b> bebê buscando seio, bebê mamando, durante mãe - canguru <b>Duração:</b> por longos períodos de tempo</p>
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA LIDAR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ (NO BERÇÁRIO)	Solicitar orientação sobre o bebê	Não observado	
	Obter informações sobre o bebê através do contato com os profissionais da equipe		Mãe não solicitou ajuda diante da dificuldade do bebê em mamar - insistiu utilizando seu próprio conhecimento e tentativas (pesquisadora não sabe se ela já havia sido orientada)
	Obter informações sobre o bebê através da própria experiência com o bebê	Não observado	
	Expressar sentimentos em relação ao bebê (Necessidade de hospitalização, Desenvolvimento normal, entre outros)	<b>Expressou alívio</b>	<p><b>Topografia da resposta:</b> Expressou alívio</p> <p><b>Situação em que faz:</b> pelo fato do bebê mamar verbalizou em voz alta com sorriso: “Agora ele pegou bem” <b>Duração:</b> somente numa ocasião</p>

	Falar com diversas pessoas (outras mães) sobre o bebê (Diferentes profissionais e mães na mesma situação ou que já passaram por ela)	Falar com a auxiliar de enfermagem Falar com a médica Falar com a fisioterapeuta Falar com as outras mães <b>Falar com a pesquisadora - mãe fala sobre o modo de alimentação do bebê</b>	Não observado  <b>Topografia da resposta:</b> demonstrando segurança <b>Situação em que faz:</b> durante o mãe - canguru, após o bebê pegar o seio <b>Frequência:</b> 1 x somente numa ocasião
CRIAR CONDIÇÕES PARA CUIDAR DE SI MESMA	Expressar sentimentos em relação a si mesma	Não observado	
	Expressar sentimentos e idéias em relação a assuntos diversos: casa, companheiro, outros filhos	Não observado	
	Reservar um período do dia e/ou da noite para cuidar de si mesma, realizar autocuidados	Não observado	
	Relaxar	<b>Relaxar</b>	<b>Topografia da resposta:</b> mãe relaxada, menos tensa <b>Situação em que faz:</b> após o bebê ter sucesso na mamada <b>Frequência:</b> somente na ocasião do sucesso do bebê



No Quadro 7 podem ser vistos aspectos do desempenho da *Pm2*, em relação a comportamentos usualmente esperados em situações de interação adulto-bebê, particularmente de cuidadores como mães, observados nas situações filmadas no Berçário. As informações apresentadas no Quadro indicam que *Pm2* mantinha a fisionomia séria na maior parte dos cuidados realizados, sorrindo para o bebê poucas vezes. Ainda foi possível observar que a participante não falava com o bebê nem mesmo procurava obter informações sobre ele ou mesmo orientação quanto aos cuidados. É possível observar que a *Pm2* apresentou, ao que pareceu à observadora, segurança no manuseio com o bebê enquanto realizava as atividades de diferentes cuidados ou ao lidar com o bebê, principalmente ao deslocar-se com ele no colo ou ao pentear seu cabelo, pois agiu com rapidez e precisão. Os registros evidenciam, ainda que a participante *Pm2* observava o bebê, mas parecia manter o olhar restrito a atividade em si e não no contato olho no olho, entre mãe e bebê.

Quadro 7. Descrição do desempenho da *Pm2* em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.

Classe/função	Classes específicas previstas	Comportamentos observados/participante	Propriedades relevantes/indicadores
INTERAGIR (ADEQUADAMENTE) COM O BEBÊ	Falar com o bebê, em qualquer oportunidade de interação	Não observado	
	Sorrir para o bebê em qualquer oportunidade de interação (Sorrir para o bebê), (Expressar na face alegria por estar com o bebê)	<b>Sorrir para o bebê</b> <b>Sorrir para as outras mães durante o mãe – canguru</b>	<b>Topografia:</b> sorriso rápido, sem emitir sons <b>Situação em que fez:</b> no momento em que a auxiliar lhe entregava o bebê para o mãe – canguru e passado um tempo inicial do mãe – canguru esboço de um sorriso. <b>Frequência:</b> 2x
	Manter contato visual com o bebê, sempre que possível, ao interagir com ele	Não observado	
	Tocar o bebê, sempre que possível ou necessário, de forma adequada	<b>Realizar mãe – canguru com 1 e com 2 bebês</b>	<b>Topografia:</b> mãe sentou-se na cadeira e auxiliar posicionou o bebê em seu colo Mãe parecia receosa com fisionomia facial séria, sem esboçar contentamento, segurança a princípio – fica sentada estaticamente na cadeira só mexe os olhos, passado um tempo mãe esboçou um sorriso <b>Situação em que fez:</b> durante alimentação <b>Frequência:</b> após o banho, durante a alimentação com seringa seguindo rotina do serviço
	Manipular o bebê/deslocar o bebê, de forma adequada sempre que necessário	<b>Deslocar o bebê do trocador para o colo</b>	<b>Topografia:</b> com cuidado e com movimentos precisos, de maneira segura <b>Situação em que fez:</b> após o banho e troca de fraldas do bebê <b>Frequência:</b> após a utilização do trocador
	Pegar o bebê no colo, em qualquer oportunidade de interação e sempre que necessário, de forma adequada (Embalar o bebê)	Não observado	

		Beijar o bebê	Não observado
	Acarinhar o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Beijar o bebê, Alisar a pele do bebê)	Tocar “Alisar” a pele do bebê  <b>Passar a mão na cabeça do bebê</b>  Acolhe o bebê nos braços	<b>Topografia:</b> com fisionomia séria, com expressão facial acentuada - rígida <b>Situação em que fez:</b> durante o mãe – canguru <b>Frequência:</b> 1 x
GARANTIR CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONFORTO FÍSICO DO BEBÊ	Banhar o bebê	Não observado	
	Limpar o umbigo do bebê	Não observado	
	Enxugar o bebê	Não observado	
	Trocar o bebê	<b>Trocar fralda</b>	<b>Topografia:</b> com movimentos rápidos, precisos e de maneira segura. Fisionomia séria <b>Situação em que fez:</b> após o banho do bebê <b>Frequência:</b> a todo momento diante da necessidade de trocar as fraldas, de acordo com a rotina do serviço
	Pentear o bebê	<b>Pentear o cabelo</b>	<b>Topografia:</b> com movimentos rápidos e precisos, sem se demorar na atividade <b>Situação em que fez:</b> após o banho do bebê <b>Frequência:</b> somente após o banho 1x
	Vestir roupa no bebê	Não observado	
	Passar pomada na assadura do bebê	Não observado	
	Enrolar cueiro no bebê	Não observado	
	Posicionar o bebê adequadamente em função das necessidades e situações	Não observado	

GARANTIR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA PARA O BEBÊ	Manipular/Deslocar o bebê com segurança (Posicionar o bebê corretamente deitado na incubadora/berço, Posicionar o bebê corretamente para a amamentação, Posicionar o bebê corretamente para higienização, Posicionar corretamente a cabeça do bebê em diferentes posturas e manuseios)	<b>Deslocar o bebê do trocador para o colo</b>	<b>Topografia:</b> com segurança e rapidez <b>Situação diante da qual faz (que permita ver se é adequado ou não):</b> após procedimentos de cuidados onde é necessário o uso do trocador <b>Frequência:</b> após utilização do trocador 1x
		<b>Segurar o bebê no colo no mãe – canguru</b>	<b>Topografia:</b> mãe rígida, não fala nada <b>Situação diante da qual faz:</b> diante da solicitação da auxiliar para realizar o procedimento <b>Frequência:</b> em concordância com a rotina do serviço
		<b>Deslocar-se (a mãe) pelo ambiente carregando o bebê no colo</b>	<b>Topografia:</b> mãe adequada demonstrando estar segura e confiante <b>Situação diante da qual faz:</b> diante da solicitação da auxiliar para que mude de lugar no ambiente ou que realize determinadas atividades <b>Frequência:</b> quando houve a necessidade em concordância com a rotina do serviço
	Segurar o bebê corretamente nas diferentes posturas, manuseios e deslocamentos (Segurar o bebê no colo de barriga para baixo, Andar com o bebê no colo, Pegar o bebê do trocador para o colo)	Andar com o bebê no colo  Pegar o bebê do trocador para o colo	
Proteger o bebê de estímulos nocivos e ou inadequados (estímulos visuais, auditivos, táteis, vestibulares e sociais)	Não observado		
ALIMENTAR O BEBÊ	Amamentar o bebê no peito	Não observado  Manter estratégia de auxílio ao bebê	Não observado
	Amamentar o bebê com seringa/chuca/mamadeira	<b>Segurar cabeça do bebê – alimentação com seringa</b>	<b>Topografia:</b> mãe segura/toca com dedos da mão propiciando pouca superfície de contato <b>Situação diante da qual faz:</b> durante procedimento de mãe – canguru quando auxiliar vai acoplar seringa com leite em sonda <b>Frequência:</b> 1x
	Alimentar bebê com copo	Não observado	

<p>OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ</p>	<p>Observar o bebê de modo constante (Olhar para o bebê)</p>	<p><b>Manter o olhar na direção do que está fazendo, de modo restrito</b></p> <p>Aqui ela olha para o bebê mas no sentido de olhar para ele, “perceber ele como um todo” não é possível saber, ela parece olhar para a atividade em si como colocar a fralda, pentear o cabelo</p>	<p><b>Topografia:</b> mãe séria parecendo atenta a atividade que está realizando  <b>Situação em que faz:</b> durante o procedimento de troca de fralda e pentear o cabelo e durante o procedimento de mãe – canguru  <b>Frequência:</b> durante quase todo o procedimento de troca de fralda e no início do pentear o cabelo e algumas vezes durante o mãe – canguru</p>
<p>CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA LIDAR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ (NO BERÇÁRIO)</p>	<p>Solicitar orientação sobre o bebê</p>	<p>Não observado</p>	
	<p>Obter informações sobre o bebê através do contato com os profissionais da equipe</p>	<p>Não observado</p>	
	<p>Obter informações sobre o bebê através da própria experiência com o bebê</p>	<p>Não observado</p>	
	<p>Expressar sentimentos em relação ao bebê (Necessidade de hospitalização, Desenvolvimento normal, entre outros)</p>	<p>Não observado</p>	
	<p>Falar com diversas pessoas (outras mães) sobre o bebê (Diferentes profissionais e mães na mesma situação ou que já passaram por ela)</p>	<p>Não observado</p>	
<p>CRIAR CONDIÇÕES PARA CUIDAR DE SI MESMA</p>	<p>Expressar sentimentos em relação a si mesma</p>	<p>Não observado</p>	

	Expressar sentimentos e idéias em relação a assuntos diversos: casa, companheiro, outros filhos	Não observado	
	Reservar um período do dia e/ou da noite para cuidar de si mesma, realizar autocuidados	Não observado	
	Relaxar	Não observado	

No Quadro 8 podem ser vistos dados relativos ao desempenho de *Pm3*, em relação a classes de comportamentos consideradas relevantes para o desenvolvimento infantil, nas situações observadas. É possível observar que *Pm3*, de acordo com a observadora, realizava o manuseio necessário em seu bebê com aparente insegurança, principalmente na atividade de cuidado banho, provavelmente com receio de realizar uma atividade pouco comum para ela e que colocasse em risco o bebê. Ao que pareceu a observadora, nas atividades nas quais o bebê era mais manuseado e naquelas em que sua postura era mais instável, *Pm3* aparentava maior tensão, mantendo os lábios unidos, quase crispados e apresentando gotículas de suor na face. Nestas situações a participante não falava com o bebê. Os registros evidenciam que nos cuidados como amamentar no peito e no método mãe - canguru a *Pm3* aparentava mostrar mais tranquilidade, chegando a falar com o bebê palavras de incentivo e carinho. Ainda foi possível verificar que durante a orientação do banho pela auxiliar, a participante, ao que pareceu a observadora, mostrou-se muito atenta, seguindo passo a passo as orientações, sem demonstrar autonomia no cuidado.

Quadro 8. Descrição do desempenho da *Pm3* em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.

Classe/função	Classes específicas previstas	Comportamentos observados/participante	Propriedades relevantes/indicadores
INTERAGIR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ	Falar com o bebê, em qualquer oportunidade de interação	<p><b>Falar com o bebê</b> Mãe fala: “Tá chorão” – pode ser entendido que ela falou mais para si mesma para as pessoas ao redor dela ou para o bebê?</p> <p><b>Durante o banho</b> fala para o bebê não chorar</p> <p><b>Durante a amamentação</b> e fala pedindo para o bebê pegar o bico/peito “Não é chupar, abre a boquinha. abre a boca” “Para de preguiça ô” “Pega direitinho” “Assim não”</p>	<p><b>Topografia:</b> mãe insegura com medo de errar <b>Timbre:</b> agudo <b>Intensidade:</b> baixo <b>Ritmo:</b> pausado <b>Situação em que fez:</b> durante o banho do bebê – lavando sua cabeça Consistência com norma (não infantilizada): Linguagem coloquial <b>Freqüência:</b> 1x</p> <p><b>Topografia:</b> mãe tranqüila, carinhosa Timbre: agudo <b>Intensidade:</b> baixo, delicado <b>Ritmo:</b> pausado devagarinho mas inquisitiva <b>Situação em que fez:</b> durante a amamentação Consistência com norma (não infantilizada): Linguagem coloquial <b>Freqüência:</b> várias vezes</p>
	Sorrir para o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Expressar na face alegria por estar com o bebê)	<p><b>Sorrir para o bebê</b></p> <p><b>Expressar alegria</b></p>	<p><b>Topografia:</b> mãe calma aparenta alegria - satisfação <b>Situação em que fez:</b> quando estava secando o corpo do bebê <b>Duração:</b> de um sorriso <b>Freqüência:</b> 1 x</p>
	Manter contato visual com o bebê, sempre que possível, ao interagir com ele	Não observado	



	Tocar o bebê, sempre que possível ou necessário, de forma adequada	<b>Procedimento mãe - canguru</b>	<p><b>Topografia:</b> com fisionomia séria, sem expressão facial acentuada  <b>Situação em que fez:</b> durante o mãe - canguru  <b>Frequência:</b> 1 x</p> <p><b>Topografia:</b> com movimentos rápidos, precisos e de maneira segura  <b>Situação em que fez:</b> após o banho do bebê  <b>Frequência:</b> após o banho, durante a alimentação com seringa</p> <p><b>Topografia:</b> mãe sentou-se na cadeira e auxiliar posicionou o bebê em seu colo  Mãe parecia receosa com fisionomia facial séria, sem esboçar contentamento, segurança  <b>Situação em que fez:</b> durante alimentação</p>
	Manipular/Manusear o bebê/deslocar o bebê, de forma adequada sempre que necessário	Não observado	
	Pegar o bebê no colo em qualquer oportunidade de interação e sempre que necessário, de forma adequada (Embalar o bebê)	Não observado	
	Acarinhar o bebê, em qualquer oportunidade de interação Alisar a pele do bebê Beijar o bebê	<b>Beijar o bebê</b>	<p><b>Topografia da resposta:</b> mãe beija suavemente a cabeça do bebê  <b>Duração:</b> de 1 beijo rápido  <b>Situação em que fez:</b> Após a troca de fraldas, quando pega o bebê no colo  <b>Frequência:</b> 1 x</p>

GARANTIR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA PARA O BEBÊ	Manipular/Deslocar o bebê com segurança (Posicionar o bebê corretamente deitado na incubadora/berço, Posicionar o bebê corretamente para a amamentação, Posicionar o bebê corretamente para a higienização, Posicionar corretamente a cabeça do bebê em diferentes posturas e manuseios)	<b>Deslocar o bebê do trocador para o colo</b>  <b>Deslocar-se (a mãe) pelo ambiente carregando o bebê no colo</b>  <b>Pegar o bebê do trocador para o colo</b>	<b>Topografia:</b> mãe parece insegura em ter que segurar e deslocar o bebê <b>Duração:</b> poucos segundos - rápido <b>Situação:</b> após a troca de fraldas, quando pega o bebê no colo, quando vai dar o banho no bebê <b>Frequência:</b> 1 x  <b>Topografia da resposta:</b> Mãe não sabe por onde segurar o bebê - experimenta (por tentativa e erro) um depois outro jeito (posição de suas mãos)
	Segurar o bebê corretamente nas diferentes posturas, manuseios e deslocamentos Segurar o bebê no colo posicionado de barriga para baixo Andar com o bebê no colo Pegar o bebê do colo para o trocador	<b>Segurar incorretamente o bebê nas diferentes posturas e ou manuseios</b>	
	Proteger o bebê de estímulos nocivos ou inadequados (estímulos visuais, auditivos, táteis, vestibulares e sociais)	Não observado	
GARANTIR CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONFORTO FÍSICO PARA O BEBÊ	Banhar o bebê	<b>Lavar a cabeça do bebê</b>  <b>Lavar o rosto do bebê</b>  <b>Lavar o corpo do bebê</b>	<b>Topografia:</b> mãe estava tensa: retrai os ombros, prende os lábios, não fala quase nada no início do procedimento. Aguarda as orientações da auxiliar. Aparenta insegurança em como manipular e segurar o bebê. Mãe vai realizando as atividades esperando pelas orientações da auxiliar que está ao seu lado supervisionando e orientando o banho. <b>Situação em que fez:</b> seguindo a rotina do serviço - horário estipulado para o banho e as orientações da auxiliar <b>Frequência:</b> 1 x de acordo com rotina

Limpar o umbigo do bebê	<b>Limpar o umbigo do bebê</b>	<p><b>Topografia:</b> mãe prende os lábios, não fala nada, realiza a atividade atentamente parece saber como fazer não pede nem aguarda por orientação, com segurança e precisão</p> <p><b>Situação em que fez:</b> após enxugar o bebê</p> <p><b>Duração:</b> mãe se demorou na atividade pois repetia os mesmos movimentos por várias vezes</p> <p><b>Frequência:</b> 1 x de acordo com rotina</p>
Enxugar o bebê	<b>Enxugar o bebê</b>	<p><b>Topografia:</b> mãe prende os lábios, não fala nada. Aparenta insegurança em como manipular e segurar o bebê, em onde e como colocar as mãos para secar o bebê. Mãe parece não saber com segurança o que fazer</p> <p><b>Situação em que fez:</b> Após lavar a cabeça</p> <p><b>Duração:</b> mãe se demorou na atividade pois repetia os mesmos movimentos por várias vezes</p> <p><b>Frequência:</b> 1 x de acordo com rotina</p>
Trocar o bebê	<b>Colocar fralda descartável</b>	<p><b>Topografia:</b> mãe prende os lábios na maior parte do tempo, não fala nada. Aparenta pela lentidão falta de prática na colocação da fralda, demora para realizar as etapas de posicionar e prender. Olha mais de uma vez para o que está fazendo como para se certificar que está correto. Passa a mão nos seus lábios superiores (enxugou seu próprio suor)</p> <p><b>Situação em que fez:</b> Após enxugar o bebê e limpar o umbigo</p> <p><b>Duração:</b> mãe se demorou na atividade pois parecia não ter prática e verificava mais de uma vez o que tinha feito.</p> <p><b>Frequência:</b> 1 x</p>
Pentear o bebê	<b>Pentear o bebê</b>	<p><b>Topografia:</b> com movimentos rápidos e precisos</p> <p><b>Situação em que fez:</b> após o banho do bebê</p> <p><b>Frequência:</b> somente após o banho</p>
Vestir roupa no bebê	Não observado	
Passar pomada na assadura do bebê	Não observado	
Enrolar o cueiro no bebê	<b>Enrolar o cueiro no bebê</b>	<p><b>Topografia:</b> mãe com os lábios na maior parte do tempo unidos, não fala nada. Aparenta pelo modo como colocou o cueiro falta de prática, deixando-o somente por sobre o corpo do bebê. Realiza a atividade rapidamente, parece insegura olha para a auxiliar como não obtém resposta continua</p> <p><b>Situação em que fez:</b> Após finalizar a troca de fralda do bebê</p> <p><b>Duração:</b> poucos segundos</p> <p><b>Frequência:</b> 1 x</p>
Posicionar o bebê adequadamente em função das necessidades e situações	Não observado	

ALIMENTAR O BEBÊ	Amamentar o bebê no peito	<b>Amamentar no peito</b>	<b>Topografia:</b> mãe apresentando tranquilidade, fala com o bebê, pede para ele abrir a boquinha. Rosto da mãe voltado para o bebê <b>Situação em que fez:</b> quando o bebê não consegue pegar e sugar o bico do seio <b>Duração:</b> durante a amamentação
		<b>Manter estratégia de auxílio ao bebê</b>	<b>Topografia:</b> mãe segura, fala com o bebê aproxima o bico do seio nos lábios do bebê <b>Situação em que fez:</b> durante procedimento de amamentação quando bebê apresenta dificuldade em sugar <b>Duração:</b> durante a amamentação
	Alimentar o bebê com seringas ou chupa/mamadeira	Não observado	
	Alimentar bebê com copinho	Não observado	
OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ	Observar o bebê de modo constante (Olhar para o bebê)	<b>Olhar para o bebê</b>	<b>Topografia da resposta:</b> mãe atenta ao bebê, desviando sua atenção no momento em que teve que procurar pela auxiliar <b>Situação em que faz:</b> durante os procedimentos do banho, limpeza do umbigo e troca de fralda <b>Frequência:</b> por quase todo o momento da realização das atividades
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA CUIDAR DE SI MESMA	Expressar sentimentos em relação a si mesma	Não observado	
	Expressar sentimentos e idéias em relação a assuntos diversos: casa, companheiros, outros filhos	Não observado	
	Reservar um período do dia e/ou da noite para cuidar de si mesma, realizar auto cuidados	Não observado	
	Relaxar	<b>Relaxar</b> Mostrou um rosto menos tenso com fisionomia mais relaxada um leve sorriso nos lábios	<b>Topografia da resposta:</b> Permaneceu principalmente no início do banho com lábios tensos/ crispados e ombros retraídos <b>Situação:</b> mãe pareceu relaxar somente após o terminado o procedimento completo do banho e troca
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA LIDAR	Solicitar orientação sobre o bebê	<b>Mãe estava recebendo orientação</b> de como segurar e lavar o bebê durante o banho	<b>Topografia da resposta:</b> mãe atenta, mãe desvia os olhos a procura da auxiliar, mãe pouco pergunta sobre como fazer ou dúvidas que pode ter tido <b>Situação:</b> durante o procedimento do banho

ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ NO BERÇÁRIO	Obter informações sobre o bebê através do contato com os profissionais da equipe	Não observado	
	Obter informações sobre o bebê através da própria experiência com o bebê	Não observado	
	Expressar sentimentos em relação ao bebê (Necessidade de hospitalização, Desenvolvimento normal, entre outros)	Não observado	

No Quadro 9 podem ser vistos aspectos do desempenho de *Pm4* em situações observadas de interação dela com o bebê, considerando comportamentos usualmente considerados adequados do ponto de vista de desenvolvimento infantil. A partir das informações apresentadas neste Quadro, é possível verificar que a *Pm4* mostrava-se calada durante as atividades de cuidados, tanto em relação ao bebê quanto em momentos em que era necessário que a participante falasse; por exemplo, ao ter que responder uma pergunta de profissional da equipe, respondeu de maneira monossilábica. Ao que pareceu à observadora, na grande parte das situações *Pm4* parecia mais atenta ao que estava ocorrendo dentro do berçário do que ao seu próprio bebê. Os registros indicam ainda que a participante, ao segurar o bebê em seu colo, não se mostrava muito cuidadosa, aparentando desconhecimento dos riscos de uma queda. Ainda, quando estimulava a sucção, mantinha a mesma estratégia para isso, embora não estivesse obtendo sucesso.

Quadro 9. Descrição do desempenho da *Pm4* em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.

Classe/função	Classes específicas previstas	Comportamentos observados/participante	Propriedades relevantes/indicadores
INTERAGIR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ	Falar com o bebê, em qualquer oportunidade de interação	Não observado	
	Sorrir para o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Expressar na face alegria por estar com o bebê)	Não observado	
	Manter contato visual com o bebê, sempre que possível, ao interagir com ele	Não observado	
	Tocar o bebê, sempre que possível ou necessário, de forma adequada	<b>Posiciona bebê no colo</b>  <b>Método Mãe - Canguru</b>	<b>Topografia:</b> com falta de firmeza - bebê “solto no colo da mãe” bebê sob o colo da mãe enrolado na manta <b>Situação em que fez:</b> quando bebê está dormindo, mamando no peito, quando o bebê está fazendo mãe - canguru <b>Frequência:</b> Quando não havia necessidade de outro procedimento e posição
	Manipular/Manusear o bebê/deslocar o bebê, de forma adequada sempre que necessário	<b>Mãe se desloca com bebê no colo</b>	<b>Situação em que fez:</b> após o bebê terminar a fisioterapia no trocador espaço percorrido do trocador até a cadeira <b>Duração:</b> poucos segundos <b>Frequência:</b> 1 x
	Pegar o bebê no colo em qualquer oportunidade de interação e sempre que necessário, de forma adequada (Embalar o bebê)	Não observado	
	Acarinhar o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Alisar a pele do bebê, Beijar o bebê)	<b>Tocar “Alisar” a pele do bebê</b>  <b>Passa a mão nas costas do bebê</b>	<b>Topografia:</b> com muita suavidade - quase sem encostar, com os dedos e palma da mão, mãe volta sua cabeça para o bebê e para o ambiente <b>Situação em que fez:</b> quando bebê está dormindo no seu colo <b>Frequência:</b> 1 x mas vários movimentos repetidos

GARANTIR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA PARA O BEBÊ	Manipular/Deslocar o bebê com segurança (Posicionar o bebê corretamente deitado na incubadora/berço, Posicionar o bebê corretamente para a amamentação, Posicionar o bebê corretamente para a higienização, Posicionar corretamente a cabeça do bebê em diferentes posturas e manuseios)	Não observado	
	Segurar o bebê corretamente nas diferentes posturas, manuseios e deslocamentos (Segurar o bebê no colo posicionado de barriga para baixo, Andar com o bebê no colo, Pegar o bebê do colo para o trocador)	<b>Segurar bebê no colo estando sentada em cadeira</b>	<b>Topografia:</b> mãe segura bebê em seu colo, parece tranquila em relação a como está o pegando, segurando quase o deixa livre em suas pernas <b>Situação em que fez:</b> quando bebê está dormindo no seu colo <b>Frequência:</b> 1x
	Proteger o bebê de estímulos nocivos ou inadequados (estímulos visuais, auditivos, táteis, vestibulares e sociais)	Não observado	
GARANTIR CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONFORTO FÍSICO PARA O BEBÊ	Banhar o bebê	Não observado	
	Limpar o umbigo do bebê	Não observado	
	Enxugar o bebê	Não observado	
	Trocar o bebê	Não observado	
	Pentear o bebê	Não observado	
	Vestir roupa no bebê	Não observado	
	Passar pomada na assadura do bebê	Não observado	
	Enrolar o cueiro no bebê	<b>Enrolar o cueiro no bebê</b>	
Posicionar o bebê Adequadamente em função das necessidades e situações	Não observado		



ALIMENTAR O BEBÊ	Amamentar o bebê no peito	<b>Posicionar cabeça lateralmente</b> <b>Segurar cabeça do bebê</b> <b>Segurar bico entre indicador e médio</b> <b>Colocar bico do seio na boca do bebê</b> <b>Tocar suas bochechas</b>	<b>Topografia da resposta:</b> mãe tenta estimular o bebê mamar com as mesmas estratégias repetidas vezes - bebê dormindo não acorda. mãe parece tensa com a situação - não fala nada, cabeça baixa voltada para o bebê, desiste. <b>Situação em que fez:</b> no horário estipulado para a alimentação do bebê <b>Frequência:</b> em torno de 3 - 4 vezes
		<b>Manter estratégia de auxílio ao bebê</b>	<b>Topografia da resposta:</b> mãe tenta estimular o bebê mamar com as mesmas estratégias repetidas vezes - não obtendo sucesso que ele acorde e sugue desiste. <b>Situação em que fez:</b> no horário estipulado para a alimentação do bebê no peito <b>Frequência:</b> várias vezes
	Alimentar o bebê com seringas ou chucha/mamadeira	<b>Mãe dando leite na chucha</b>	<b>Topografia da resposta:</b> <b>Situação em que fez:</b> após o bebê mamar no seio <b>Duração:</b> período necessário do consumo estipulado - quantidade de ml prescrita <b>Frequência:</b> cada 3 h - acordo com rotina
	Alimentar bebê com copinho	Não observado	
OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ	Observar o bebê de modo constante Olhar para o bebê	<b>Mãe volta sua cabeça e olhos em direção ao bebê e ao ambiente continuamente</b>	<b>Topografia:</b> mãe calada, observando atentamente as outras pessoas <b>Situação em que fez:</b> quando o bebê está dormindo em seu colo <b>Frequência:</b> várias vezes essa mãe na maioria das atividades prestava mais atenção ao ambiente externo e o que estava acontecendo com as outras mães do que com seu bebê
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA CUIDAR DE SI	Expressar sentimentos em relação a si mesma	Não observado	
	Expressar sentimentos e idéias em relação a assuntos diversos: casa, companheiros, outros filhos	Não observado	

MESMA	Reservar um período do dia e ou da noite para cuidar de si mesma, realizar auto cuidados	Não observado	
	Relaxar	Não observado	
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA LIDAR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ NO BERÇÁRIO	Solicitar orientação sobre o bebe	Não observado	Mãe não solicitou ajuda diante da dificuldade do bebê em mamar - insistiu utilizando seu próprio conhecimento e tentativas (não sei se ela já havia sido orientada)
	Obter informações sobre o bebê através do contato com os profissionais da equipe	<b>Mãe conversa rapidamente sobre o bebê não mamar com a fisioterapeuta</b> <b>Mãe para de dar de mamar e responde pergunta da fisioterapeuta se o bebê mamou ou não</b>	<b>Topografia:</b> mãe calada, tensa. Responde com poucas palavras o que lhe é perguntado <b>Situação em que fez:</b> quando a fisioterapeuta entre no BE para fazer estimulação em outro bebê <b>Frequência:</b> várias vezes
	Obter informações sobre o bebê através da própria experiência com o bebê	Não observado	
	Expressar sentimentos em relação ao bebê (Necessidade de hospitalização, Desenvolvimento normal, entre outros)	Não observado	

No Quadro 10 podem ser vistos aspectos do desempenho de *Pm5*, em relação a classes de comportamentos consideradas relevantes para a interação adulto-bebê, observados em situações do Berçário. É possível verificar, a partir das informações apresentadas no Quadro, que *Pm5* falava de maneira calma durante o contato com o bebê, aparentando tranquilidade. Ao que pareceu à observadora, a participante mostrava conhecimento acerca dos cuidados realizados, mas apresentou dificuldade em segurar o bebê de forma adequada. Ainda, a partir dos registros, é possível verificar que *Pm5* buscou orientações gerais com outros membros da equipe, no caso o fisioterapeuta, embora, na situação da amamentação, insistisse na mesma estratégia de estimulação da sucção sem obter resultados positivos e sem solicitar auxílio da equipe de enfermagem. Os dados indicam, ainda, que a *Pm5* tocava e acarinhava o bebê durante algumas situações de cuidado ou ao interagir com o bebê.

Quadro 10. Descrição do desempenho da *Pm5* em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.

Classe/função	Classes específicas previstas	Comportamentos observados/participante	Propriedades relevantes/indicadores
INTERAGIR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ	Falar com o bebê, em qualquer oportunidade de interação	<b>Fala com o bebê</b> mãe com rosto e olhos voltados para o bebê fala: “olha o tamanho” <b>Mãe sussurra e estala os lábios para o bebê</b>	<b>Topografia:</b> mãe fala baixinho, delicadamente quase sussurrando <b>Timbre:</b> agudo <b>Intensidade:</b> baixo <b>Ritmo:</b> normal a lento <b>Consistência com norma (não infantilizada):</b> adequado <b>Situação em que fez:</b> quando estava colocando o macacão no bebê devido o tamanho desproporcional do macacão e quando estava enrolando o cueiro no bebê <b>Duração:</b> poucas frases <b>Frequência:</b> 2 x
	Sorrir para o bebê, em qualquer oportunidade de interação Expressar na face alegria por estar com o bebê	<b>Sorri para o bebê ou do bebê devido o macacão ser bem maior que ele?</b>	<b>Topografia:</b> sorriso calmo expressando contentamento <b>Situação em que fez:</b> quando estava colocando o macacão no bebê devido o tamanho desproporcional do macacão e do bebê <b>Duração:</b> de um sorriso <b>Frequência:</b> 1 x
	Manter contato visual com o bebê, sempre que possível, ao interagir com ele	<b>Mãe tentando interagir com bebê para acordá-lo</b> <b>Mãe tenta chamar a atenção do bebê para acordá-lo</b>	<b>Topografia:</b> <b>Duração:</b> Poucos segundos de cada vez <b>Situação em que fez:</b> na interação com o bebê na tentativa de acordá-lo para mamar <b>Frequência:</b> algumas vezes na tentativa de acordá-lo
	Tocar o bebê, sempre que possível ou necessário, de forma adequada	Não observado	
	Manipular/Manusear o bebê/deslocar o bebê, de forma adequada sempre que necessário	Não observado	
	Pegar o bebê no colo em qualquer oportunidade de interação e sempre que necessário, de forma adequada (Embarcar o bebê)	Não observado	

	Acarinhar o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Alisar a pele do bebê, Beijar o bebê)	<p><b>“Alisar” a pele do bebê</b></p> <p>Passa a mão na mãozinha do bebê</p>	<p><b>Topografia:</b> com muita suavidade - quase sem encostar, com os dedos</p> <p><b>Situação em que fez:</b> quando bebê está dormindo no seu colo</p> <p><b>Frequência:</b> 1 x movimentos repetidos</p>
GARANTIR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA PARA O BEBÊ	Manipular/Deslocar o bebê com segurança (Posicionar o bebê corretamente deitado na incubadora/berço, Posicionar o bebê corretamente para a amamentação, Posicionar o bebê corretamente para a higienização, Posicionar corretamente a cabeça do bebê em diferentes posturas e manuseios)	<p><b>Mãe se desloca com bebê no colo</b></p> <p><b>Andando do trocador para a cadeira com bebê no colo</b></p> <p><b>Andando com o bebê no colo para realizar outras tarefas</b> (deixar seu celular em local adequado)</p>	<p><b>Topografia:</b> mãe parece ter segurança em se deslocar com o bebê no colo, conversa com a auxiliar durante o trajeto, olha para os lados</p> <p><b>Situação em que fez:</b> quando terminou de trocar o bebê no trocador e foi se sentar para dar de mamar antes de se sentar leva o celular para outro lado da sala</p> <p><b>Frequência:</b> 2x</p>
	Segurar o bebê corretamente nas diferentes posturas, manuseios e deslocamentos (Segurar o bebê no colo posicionado de barriga para baixo, Andar com o bebê no colo, Pegar o bebê do colo para o trocador)	Segurar incorretamente bebê (mostrou indecisão sobre onde tocar o bebê...)	
	Proteger o bebê de estímulos nocivos ou inadequados (estímulos visuais, auditivos, táteis, vestibulares e sociais)	Não observado	
GARANTIR CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONFORTO FÍSICO PARA O	Banhar o bebê	Não observado	
	Limpar o umbigo do bebê	Não observado	
	Enxugar o bebê	Não observado	
	Trocar o bebê	Não observado	
	Pentear o bebê	Não observado	

BEBÊ	Vestir roupa no bebê	<b>Vestir o bebê (macacão)</b>	<b>Topografia:</b> com delicadeza e certa insegurança para pegar no bebê, a maneira/etapas de vestir o bebê pareciam conhecidas pela mãe não demonstrou dúvidas de como “acertá-lo” – não sabia onde pegar no bebê <b>Situação em que fez:</b> quando chegou ao berçário com a roupinha para o bebê <b>Frequência:</b> 1 x
	Passar pomada na assadura do bebê	Não observado	
	Enrolar o cueiro no bebê	<b>Enrolar o cueiro no bebê</b>	<b>Topografia:</b> com delicadeza mas rapidez, demonstrou já ter feito essa atividade pois, conseguiu segurar o bebê com uma mão e com a outra enrolou o cueiro no corpo utilizando sua barriga também para apoio do bebê <b>Situação em que fez:</b> após vestir o macacão enrolou o bebê com o cueiro <b>Frequência:</b> 1 x
	Posicionar o bebê adequadamente em função das necessidades e situações	Não observado	
ALIMENTAR O BEBÊ	Amamentar o bebê no peito	<b>Segurar bico entre indicador e médio</b>	<b>Topografia da resposta:</b> mãe com delicadeza tenta estimular o bebê mamar, por tentativa e erro experimenta várias estratégias: leite no bico, chama atenção com olhar, toca sua mão, mexe em sua roupinha, fala com ele “é bebê”  <b>Situação em que fez:</b> no horário estipulado para a amamentação  <b>Frequência:</b> várias tentativas para o bebê mamar – insiste de várias formas
		<i>Passar seu próprio leite no bico do seio</i>	
		<b>Manter estratégia de auxílio ao bebê</b>	<b>Situação em que faz (diante de sucesso ou de fracasso):</b> diante da dificuldade do bebê em pegar o bico do seio <b>Duração (tempo que “insiste”):</b> mãe insistiu até se convencer que o bebê não iria mamar - bebê não acordou

	Alimentar o bebê com seringas ou chucha/mamadeira	Mãe dando leite na chucha - coloca o bebê de frente para a mãe - posiciona bebê mais em pé - segura bebê pela cabeça - estimular sucção com bico da chucha (lateral dos lábios)	
	Alimentar bebê com copinho	Não observado	
OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ	Observar o bebê de modo constante Olhar para o bebê	Não observado	
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA CUIDAR DE SI MESMA	Expressar sentimentos em relação a si mesma	Não observado	
	Expressar sentimentos e idéias em relação a assuntos diversos: casa, companheiros, outros filhos	Não observado	
	Reservar um período do dia e ou da noite para cuidar de si mesma, realizar auto cuidados	Não observado	
	Relaxar	Não observado	
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA LIDAR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ NO BERÇÁRIO	Solicitar orientação sobre o bebê	Não observado	Mãe não solicitou ajuda diante da dificuldade do bebê em mamar – insistiu utilizando seu próprio conhecimento e tentativas (não sei se ela já havia sido orientada pela auxiliar e essa mãe já tinha tido outros 2 filhos)
	Obter informações sobre o bebê através do contato com os profissionais da equipe	<b>Mãe conversa com a fisioterapeuta quando essa entra na sala falam da dificuldade do bebê mamar no peito</b>	<b>Topografia:</b> mãe calma, fala sobre seu bebê a fisioterapeuta  <b>Situação em que fez:</b> durante a amamentação  <b>Frequência:</b> 1x
	Obter informações sobre o bebê através da própria experiência com o bebê	Não observado	

	Expressar sentimentos em relação ao bebê (Necessidade de hospitalização, Desenvolvimento normal, entre outros)	Não observado	
	Falar com outras mães sobre o bebê (Diferentes profissionais e mães na mesma situação ou que já passaram por ela)	<p><b>Falar com a fisioterapeuta</b>  <b>Mãe fala com a fisioterapeuta</b> sobre o fato de ter que chegar mais tarde devido aos outros afazeres domésticos, fisioterapeuta orienta que venha sempre para colocar o bebê no peito estimulando a produção de leite</p>	<p><b>Topografia:</b> mãe calma, fala sobre seus afazeres domésticos e sobre o local distante aonde morra (sítio) o que a dificulta chegar mais cedo</p> <p><b>Situação em que fez:</b> durante a amamentação no peito materno na presença da fisioterapeuta no BE</p> <p><b>Frequência:</b> 1x</p>



No Quadro 11 podem ser vistos dados relativos ao desempenho de *Pm6*, observados em situação de interação com seu bebê no Berçário, em relação a classes de comportamentos usualmente relevantes para o desenvolvimento infantil. A partir das informações apresentadas no Quadro, é possível verificar que a *Pm6* aparenta tranquilidade em cuidar do seu bebê, embora, em algumas situações, como o banho, tenha verbalizado, algumas vezes, durante o procedimento, que sentia medo. Ao que pareceu à observadora, nos cuidados em que eram necessários manuseios, *Pm6* comportou-se de modo seguro e cuidadoso, mesmo tendo segurado de forma inadequada em uma situação. Os registros evidenciam ainda que a participante *Pm6* questionou e buscou informações a respeito da condição de seu bebê com a auxiliar, e demonstrou capacidade para expressar, verbalmente, sentimentos. Os dados indicam, ainda, que *Pm6*, durante os cuidados, mantinha o contato olho no olho com o bebê e mostrava aparente atenção ao que estava realizando e ao bebê.

Quadro 11. Descrição do desempenho da *Pm6* em relação a classes de comportamentos desejáveis e aspectos observados.

Classe/função	Classes específicas previstas	Comportamentos observados/participante	Propriedades relevantes/indicadores
INTERAGIR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ	Falar com o bebê, em qualquer oportunidade de interação	<b>Mãe fala com o bebê:</b> “Oi amor”, “Que medo”, “Que medo que a mãe fica”, “Ô dó, a mãe não sabe lavar você”, “Eu tô com dó, ai filha”	<b>Topografia:</b> mãe calma, carinhosa, às vezes, atenta a aspectos do ambiente <b>Situação em que fez:</b> assim que chega ao berçário e durante o banho do bebê Timbre: voz aguda Intensidade: baixa Ritmo: pausado <b>Consistência com norma (não infantilizada):</b> mãe fala e usa linguagem carinhosa e delicada <b>Duração:</b> continuamente, enquanto realiza ações <b>Frequência:</b> 5 x
	Sorrir para o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Expressar na face alegria por estar com o bebê)	<b>Sorri para o bebê</b> ou da situação de dar o banho sentindo-se insegura?	<b>Topografia:</b> mãe receosa, insegura <b>Situação em que fez:</b> quando estava dando banho no bebê <b>Duração:</b> de um sorriso <b>Frequência:</b> 1 x
	Manter contato visual com o bebê, sempre que possível, ao interagir com ele	<b>Mãe interagindo com bebê assim que chega ao berçário</b>	<b>Topografia:</b> olha para o bebê, chama sua atenção, procura manter olho - no - olho <b>Situação em que fez:</b> Na interação com o bebê quando chega ao BE <b>Duração:</b> Poucos segundos durante sua fala inicial <b>Frequência:</b> 1 x
	Tocar o bebê, sempre que possível ou necessário, de forma adequada	Não observado	
	Manipular/Manusear o bebê/deslocar o bebê, de forma adequada sempre que necessário	<b>Mãe desloca o bebê do berço para o colo</b> <b>Mãe se desloca na sala com o bebê no colo</b>	<b>Topografia:</b> mãe segura, olha para os lados e conversa com outras pessoas do BE <b>Situação em que fez:</b> na interação com o bebê quando chega ao BE <b>Duração:</b> poucos minutos, logo após sua chegada <b>Frequência:</b> 1 vez
	Pegar o bebê no colo em qualquer oportunidade de interação e sempre que necessário, de forma adequada (Embalar o bebê)	<b>Pega o bebê do berço para o colo</b>	<b>Topografia:</b> mantém o bebê posicionado de frente para si, chama sua atenção, procura manter contato olho no olho, mexe em seu macacão <b>Situação em que fez:</b> quando chega ao BE e vai pegar o bebê para dar o banho <b>Duração:</b> por algum tempo permanece com o bebê dessa forma interagindo com ele e se deslocando para ler seu peso na papeleta <b>Frequência:</b> 1 vez
	Acarinhar o bebê, em qualquer oportunidade de interação (Alisar a pele do bebê, Beijar o bebê)	Não observado	

GARANTIR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA PARA O BEBÊ	Manipular/Deslocar o bebê com segurança (Posicionar o bebê corretamente deitado na incubadora/berço, Posicionar o bebê corretamente para a amamentação, Posicionar o bebê corretamente para a higienização, Posicionar corretamente a cabeça do bebê em diferentes posturas e manuseios)	<b>Mãe desloca o bebê do berço para o seu colo</b>  Mãe se desloca com bebê no colo: do berço para o trocador, do trocador para a pia e vice - versa, do trocador para a balança e vice - versa, do trocador para a cadeira	<b>Topografia:</b> com delicadeza mas com inadequação pois segurou o bebê pelas extremidades quase sem aproximar o corpo do bebê ao seu colo <b>Situação em que fez:</b> assim que chega ao berçário e vai dar banho no bebê <b>Duração:</b> poucos segundos <b>Frequência:</b> 1 vez  <b>Topografia:</b> com delicadeza mas com insegurança - não sabia onde pegar no bebê para segurá-lo no colo de forma adequada <b>Situação em que fez:</b> quando terminou de limpar o bumbum do bebê, quando terminou de lavar o bebê, quando terminou de trocar o bebê, para pesar o bebê e por fim para sentar-se na cadeira para alimentar o bebê <b>Frequência:</b> 1 vez <b>Duração:</b> poucos segundos
	Segurar o bebê corretamente nas diferentes posturas, manuseios e deslocamentos (Segurar o bebê no colo posicionado de barriga para baixo, Andar com o bebê no colo, Pegar o bebê do colo para o trocador)	Não observado se considerarmos que quando ela teve que pegar o bebê no colo teve dificuldade em escolher onde tocar para segurar?  Quando bebê engasgou com mamada, posicionou o mesmo adequadamente	<b>Topografia:</b> Com cuidado e observando o rosto do bebê – não é possível saber se ela estava prestando a atenção em sinais de falta de respiração <b>Situação em que fez:</b> após a mamada para arrotar <b>Frequência:</b> 1 vez
	Proteger o bebê de estímulos nocivos ou inadequados (estímulos visuais, auditivos, táteis, vestibulares e sociais)	Não observado	

GARANTIR CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONFORTO FÍSICO PARA O BEBÊ	Banhar o bebê	<b>Banhar o bebê</b>	<b>Topografia:</b> com delicadeza e insegurança – não sabia por onde começar as atividades, não mostrava segurança de como fazer. Auxiliar estava do lado da mãe ensinando-a como banhar o bebê verbalmente. Mãe dizia para a filha que não sabia banhá-la <b>Situação em que fez:</b> de acordo com a rotina do serviço dava a impressão de necessitar de alguma sinalização da auxiliar para iniciar o banho <b>Frequência:</b> 1 x
	Limpar o umbigo do bebê	Não observado	
	Enxugar o bebê	<b>Enxugar o bebê</b>	<b>Topografia:</b> com delicadeza e rapidez – parecia meio desajeitada em realizar a atividade. Não mostrava prática na atividade. Cabeça voltada para o bebê atenta ao que esta fazendo <b>Situação em que fez:</b> após o banho <b>Frequência:</b> 1 x
	Trocar o bebê	<b>Trocar o bebê</b>	<b>Topografia:</b> com rapidez e segurança em realizar a atividade. Cabeça voltada para o bebê, atenta ao que esta fazendo <b>Situação em que fez:</b> após o banho <b>Frequência:</b> 1 x
	Pentear o bebê	Não observado	
	Vestir roupa no bebê	<b>Despir o bebê</b>	<b>Topografia:</b> com delicadeza e insegurança – lenta, mãe parecia ter que pensar sobre o que fazer e como fazer – demorava em realizar as ações <b>Situação em que fez:</b> de acordo com a rotina do serviço antes de dar o banho <b>Frequência:</b> 1 x
		<b>Vestir o bebê</b>	<b>Topografia:</b> com delicadeza e segurança – rápida, pega bebê de forma inadequada (extremidades) com o choro do bebê mãe fica mais lenta <b>Situação em que fez:</b> De acordo com a rotina do serviço depois de dar o banho <b>Frequência:</b> 1 x
	Passar pomada na assadura do bebê	Não observado	
	Enrolar o cueiro no bebê	Não observado	
Posicionar o bebê adequadamente em função das necessidades e situações	Não observado considerando que mãe deixa o bebê sozinho por muito tempo no trocador, pega o bebê pelos pés e axilas para colocar na balança		

ALIMENTAR O BEBÊ	Amamentar o bebê no peito	<b>Amamentar o bebê no peito</b>	<b>Topografia da resposta:</b> mãe com facilidade – agilidade posiciona o bebê no peito para mamar, segura o bico do seio entre polegar e indicador <b>Situação em que fez:</b> no horário estipulado para a amamentação após o procedimento do banho <b>Duração:</b> Período de tempo necessário para o esvaziamento do peito Frequência: 1 x
		<b>Manter estratégia de auxílio ao bebê</b>	<b>Situação em que faz (diante de sucesso ou de fracasso):</b> diante da facilidade do bebê em pegar o bico do seio <b>Duração (tempo que “insiste”):</b> não houve necessidade de insistir bebê apresenta boa sucção - deglutição
	Alimentar o bebê com seringas ou chucha/mamadeira	Não observado	
	Alimentar bebê com copinho	<b>Mãe dando leite no copinho</b>	<b>Topografia da resposta:</b> mãe segura do que estava fazendo, parece orientada quanto à posição do copinho na boca, a quantidade de leite a ser oferecida e resposta do bebê (sugar e deglutir). Cabeça da mãe voltada para o bebê. Olha com atenção se o bebê está engolindo. <b>Duração:</b> Período de tempo necessário para tomar a quantidade prescrita <b>Situação em que fez:</b> Após a mamada no peito <b>Frequência:</b> 1 x
OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ	Observar o bebê de modo constante (Olhar para o bebê)	<b>Observar em alguns momentos</b> (em outros, por ex. quando estava dando de mamar conversava com as outras mães)	Esporadicamente alternando com olhares para o ambiente, conversar com as outras mães; ocorreu de o bebê engasgar, em momento em que ela não estava observado o que fazia (alimentar no copinho)
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA CUIDAR DE SI MESMA	Expressar sentimentos em relação a si mesma	Não observado	
	Expressar sentimentos e idéias em relação a assuntos diversos: casa, companheiros, outros filhos	<b>Mãe conversa com auxiliar e com as outras mães</b>	<b>Topografia:</b> mãe calma. Cabeça da mãe voltada para o bebê na maior parte do tempo. Olha com atenção se o bebê está arrotando. Bebê engasga e mãe fica alerta <b>Duração:</b> por alguns minutos <b>Situação em que fez:</b> Após a mamada no copinho <b>Frequência:</b> 1 x
	Reservar um período do dia e ou da noite para cuidar de si mesma, realizar auto cuidados	Não observado	

	Relaxar	Não observado	
CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA LIDAR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ NO BERÇÁRIO	Solicitar orientação sobre o bebê	Mãe não solicitou ajuda diante da dificuldade em ordenar e realizar as tarefas para o banho	
	Obter informações sobre o bebê através do contato com os profissionais da equipe	<b>Mãe solicitou informação sobre o peso do dia do bebê que não estava registrado na papeleta</b>	<b>Topografia da resposta:</b> mãe questiona o motivo da falta do registro de peso, se “contenta” com a explicação <b>Situação em que fez:</b> Após ter chegado ao berçário e não ver o registro do peso de seu bebê na papeleta <b>Duração:</b> poucos segundos <b>Frequência:</b> 1 x
	Obter informações sobre o bebê através da própria experiência com o bebê	Não observado	
	Expressar sentimentos em relação ao bebê (Necessidade de hospitalização, Desenvolvimento normal, entre outros)	<b>Mãe expressou oralmente e gestualmente sentimentos de medo e insegurança em cuidar do bebê e sentimentos de carinho e afetividade pelo bebê</b>	<b>Topografia da resposta:</b> mãe delicada cuidadosa <b>Duração:</b> <b>Situação em que fez:</b> durante a interação com o bebê (banho e mamada) <b>Frequência:</b> várias vezes
	Falar com outras mães sobre o bebê (Diferentes profissionais e mães na mesma situação ou que já passaram por ela)	<b>Falar com a auxiliar de enfermagem</b>  <b>Falar com as outras mães</b>	<b>Topografia:</b> mãe calma <b>Duração:</b> poucos segundos <b>Situação em que faz:</b> quando chega ao BE <b>Frequência:</b> 1 x  <b>Topografia:</b> calma, empolgada com o que está contando que não diz respeito ao seu bebê <b>Situação em que faz:</b> quando está dando de mamar no peito e no copo e quando coloca o bebê para arrotar <b>Duração:</b> <b>Frequência:</b> 1 x

### **i) Síntese de observações de comportamentos das mães durante sua permanência no Be contexto e condições**

Os dados decorrentes da observação das mães durante sua permanência no Be indicam que estas demonstram insegurança e receio no cuidado e no manuseio de seus bebês, principalmente naqueles manuseios em que há maior instabilidade e risco de quedas ao bebê, como, por exemplo, em situações de banho na banheira; ainda, em alguns casos, as mães verbalizam a sensação de medo, principalmente nas situações em que lhes é exigido a execução de atividades nunca antes realizadas. Demonstrações e manifestações de insegurança e medo por parte das mães são fortes indícios de necessidades de apoio destas mães por parte da equipe, principalmente naquelas atividades que são novas para a mãe, como banho dentro da incubadora, na banheira, alimentação no copinho, entre outras. A ausência de um suporte inicial para que as mães possam realizar estas atividades de forma protegida, com acolhimento, orientação e mesmo ajuda física, e esvanecimento destas ajudas de modo a favorecer sua crescente autonomia e protagonismo, dificultam que ela assuma o cuidado ao seu bebê com tranquilidade, atenta a todas as novidades inerentes ao crescimento e desenvolvimento infantil. Aumenta, por outro lado, sua sensação de impotência diante da equipe, e sua omissão no cuidado a seu bebê.

Os dados obtidos indicam, ainda, que, diante da possibilidade de diferentes modalidades (formas) de estimulação do bebê, as mães somente demonstram ser capazes de apresentá-las quando já familiarizadas com o que têm que realizar. Por exemplo, quando da realização do método mãe - canguru, desde que a mãe já tenha se familiarizado com ele, é que se torna capaz de emitir outros comportamentos, como falar e acarinhar o bebê. Já em situações novas e sem auxílio da equipe, em geral estas mães pouco interagem com o bebê, tendendo a realizar a atividade mecanicamente. Aparentemente, muitas das modalidades de interação que a mãe dispensa ao seu bebê são modelos do que vê na conduta dos profissionais; assim, estímulos originados de brincadeiras, toques e balanceios se perdem na rotina do cuidado básico com alimentação, banho, vestir, limpar, etc

As observações realizadas indicam, ainda, que as mães parecem desprovidas de autonomia, agindo em geral a partir de “comandos” ou orientações das auxiliares técnicas de enfermagem, o que pode acarretar dificuldades também observadas em relação a tentar novas estratégias no cuidado ao bebê, repetindo sempre a mesma estratégia; ou, com uma possibilidade ainda mais grave, que essa mãe não seja (ou não encontre condições

favorecedoras para) capaz de observar e reagir aos sinais de seu próprio bebê, ficando então à mercê da “avaliação” de outros.

Embora o foco de atenção da maioria das mães seja o bebê, muitas vezes sua atenção é desviada para aspectos do ambiente e da situação das outras mães e seus bebês. Esta condição pode estar relacionada à proximidade da mãe com tais estímulos, em um ambiente limitado, que propicia e até promove a comparação entre diferentes “casos”, provavelmente numa tentativa de mães de prever (ou compreender) sua própria situação. Neste sentido, embora com isto seja favorecida a criação de um ambiente acolhedor e amistoso entre as mães participantes e funcionários da instituição, também cria uma aparente intimidade que favorece que diferentes questões sejam discutidas no âmbito do berçário, fazendo circular informações nem sempre corretas, generalizáveis ou apropriadas para o contexto e para os objetivos a serem alcançados nesta estadia de mães no local.

Para qualquer mãe, em qualquer condição, a experiência da maternidade trás dificuldades e cria a exigência de novos aprendizados; para mães cujos bebês necessitam de internação hospitalar, o grau dessa dificuldade é maior e vinculado não somente a adequação da mãe ao bebê e vice versa, mas ao ambiente hospitalar, no qual, na maioria das vezes, as necessidades das mães são desconsideradas quando se contrapõem às regras do serviço, às necessidades do bebê, a dinâmica dos profissionais, etc. Importante considerar, ainda, que cada mãe que tem seu bebê num processo de internação hospitalar não pode deixar de dar continuidade aos outros papéis que desempenha (mãe, esposa, filha, amiga, etc), levando para o ambiente hospitalar as exigências de cada uma destas dimensões de sua vida, o que pode contribuir para as dificuldades que encontra nestas situações.

### **c) Funcionamento do berçário de acordo com dados de observação assistemática direta e indireta**

- **caracterização das condições do berçário: ambiente físico**

O espaço físico do berçário corresponde a um quarto de aproximadamente 4 x 3 metros quadrados, sendo que uma de suas paredes tem janelas basculantes por toda extensão até quase meia parede, e em frente a essa parede há a única porta de acesso. Conjugado ao berçário há um espaço de aproximadamente 2 x 2 metros quadrados onde ficam alojados o trocador com a banheira, a balança de pesar os bebês, um armário de quatro portas suspenso e uma pia de mão, além do cesto de lixo higiênico e um saco para roupas usadas.



O berçário comporta a internação concomitante de no máximo seis bebês, que podem estar em incubadoras ou berços, dependendo do estado clínico do bebê. Além dos leitos, dentro do Be existem cinco cadeiras poltronas para amamentação, dispostas uma ao lado da outra, encostadas à parede em que ficam as janelas. Esta disposição das cadeiras impede que a mãe permaneça ao lado da incubadora ou berço de seu bebê, e que as mães possam estar de frente umas para as outras. Ainda há, no local, uma pequena escrivaninha, um banquinho e um suporte para galão de água. Na parede da porta de acesso há o visor para visita de familiares (coberto por persianas e aberto somente no horário das visitas) e, abaixo desse vidro, há uma pia e um pequeno balcão onde estão alguns materiais de uso contínuo como copinhos plásticos, algodão, entre outros. Embaixo desse balcão fica um trocador móvel que é deslocado para os exames clínicos realizados pelo médico ou coleta de exames. Ao lado dessa pia fica um armário estreito onde também são guardados materiais para procedimentos de enfermagem.

- **caracterização das condições do berçário: ambiente sonoro**

O ambiente sonoro dentro do berçário é muito ruidoso devido, principalmente, a alguns fatores como: movimento da porta de acesso ao ser aberta e fechada; porta do armário e gavetas ao serem abertas e fechadas; cadeiras destinadas às mães e banquinho da escrivaninha quando arrastados; pranchetas dos prontuários quando são colocadas abruptamente em suas prateleiras; saltos de sapatos de pessoas em deslocamento no ambiente; conversas entre as pessoas presentes, como, por exemplo, médico e auxiliar, mães e auxiliar, mães entre si etc; entrada e saída de outros profissionais; rádio de uso da equipe técnica, mantido ligado grande parte do tempo; manipulação do trocador da banheira; chuveiro em funcionamento; alarme dos aparelhos e do telefone; travas da portinhola da incubadora (embora as incubadoras sejam vistoriadas por técnicos exatamente para avaliar produção de ruído) ao serem abertas e fechadas e, por fim, o choro dos bebês que, dependendo de sua condição (como no caso de bebês que, sendo de risco, estão neste ambiente mas choram como qualquer bebê em condições normais) e em algumas situações (quando famintos, ou sendo manipulados para procedimentos invasivos, por exemplo), pode ser alto e forte.

- **caracterização das condições do berçário: ambiente luminoso**

Durante todo o dia o berçário recebe luminosidade natural através de suas janelas; quando o dia não está claro e, ao findar das tardes, as luzes do Be ficam permanentemente acessas. Luzes focais concentradas também são acessas quando há coleta de

exames ou necessidade de maior iluminação. Comumente, as incubadoras não são parcialmente cobertas com fraldas ou cueiros, salvo quando há necessidade de fototerapia. Nessas situações, as incubadoras próximas àquela com o foco de luz são protegidas.

- **caracterização das condições do berçário: profissionais**

O médico pediatra que faz o recebimento do bebê ao nascimento é quem o acompanha no berçário, sendo que a maioria dos profissionais visita o berçário pelo menos uma vez ao dia. Nestas situações, o médico conversa com as auxiliares de enfermagem, recebendo informações das condições do bebê; após o exame clínico, o médico faz sua prescrição. Muito freqüentemente as mães não conhecem pessoalmente nem sabem o nome do pediatra que está seguindo seu bebê no berçário, salvo nas situações em que o médico que recepcionou o bebê ao nascimento seja plantonista da UTI n, onde há o contato com o médico nos momentos de visita. Em alguns casos a mãe e o médico acabam se conhecendo e conversando pela primeira vez no próprio berçário.

Quando há a presença de mães no Be durante a visita de médicos, raramente ocorre destes se dirigirem a elas para dar informações ou orientações; isto ocorre, em geral, quando estas julgam necessário e se sentem preparadas, cabendo a elas a iniciativa de comunicação com o médico. Normalmente, apenas as auxiliares são consultadas por este profissional sobre o estado do bebê, mesmo que a mãe esteja presente. Iniciativas de mães, neste sentido, são raras, e tornam-se mais freqüentes quando da proximidade do momento de alta do bebê.

Quando há a alta hospitalar do bebê, a mãe que reside na cidade pode optar por continuar fazendo as consultas mensais com o mesmo pediatra no posto em que ele atua ou então no posto de seu costume ou escolha. Todas as mães cujos bebês necessitaram de internação hospitalar após a alta do mesmo são orientadas a participar do serviço de acompanhamento do desenvolvimento infantil, trazendo seus bebês para consulta periodicamente, conforme agendamento, até os dois anos de idade. Fazem parte deste serviço profissionais que atuam na UTI n.

As enfermeiras da UTI n são as responsáveis pelo serviço desenvolvido no Be, mas sua presença no local fica restrita às situações em que essa presença é especificamente requerida: diante de problemas na rotina, com as mães e ou familiares, ou algum procedimento específico de coleta de exames ou medicação. Quando há a necessidade de informar a mãe sobre o resultado de exames ou algum procedimento específico no bebê, é a

enfermeira que assume esse papel, vindo ao Be no momento em que seu trabalho na UTI n permitir.

O profissional fisioterapeuta, conforme a prescrição médica, realiza intervenção fisioterápica respiratória e neurológica nos bebês, cabendo a esse profissional também a realização de estimulação da sucção no bebê para que ele depois possa ser colocado ao peito para mamar. Este profissional participa da decisão, juntamente com a enfermeira responsável, sobre quem deverá realizar ou não o método mãe-canguru. Está previsto que o fisioterapeuta compareça ao berçário nos horários agendados para as mamadas, no entanto isto nem sempre foi observado.

As mães são convidadas a permanecer no berçário por todo o dia, das sete horas da manhã às nove horas da noite. A elas cabe realizar os cuidados maternos, como dar o banho no bebê, trocar sua fralda, vestir e alimentá-lo no peito ou por outros meios conforme a condição do bebê. Quando a mãe é de outra cidade de origem e está amamentando no peito, ela pode pernoitar no Be, mediante autorização da equipe de enfermagem, sendo que esta situação é rara, até mesmo porque o Berçário não oferece condições apropriadas para este pernoite, em especial considerando que são, muitas delas, mães convalescentes. Durante esse período em que a mãe permanece com o bebê, além dos cuidados maternos ela pode realizar o método mãe-canguru, conforme prescrição conjunta do profissional de fisioterapia e equipe de enfermagem, ficar com o bebê em seu colo ou ao seu lado quando ele está ainda na incubadora ou quando está no berço. Durante a internação do bebê no Be elas podem almoçar e jantar no hospital, não sendo permitido entradas e saídas frequentes do hospital.

Quando a mãe não vem ao hospital permanecer com seu bebê, as auxiliares do Be são orientadas pela equipe de enfermagem a fazer contato telefônico com a mãe e familiares para saber os motivos da ausência da mãe e reforçar a importância de que a mesma compareça para aprender a cuidar de seu bebê. Em alguns casos extremos de ausência ou quando a mãe de alguma forma sinaliza que não irá cuidar do bebê, a assistente social do hospital é chamada para tomar as devidas providências em termos legais.

Os pais dos bebês podem visitá-los por cerca de uma hora no período da tarde e no período da noite e, em algumas situações, a critério da equipe de enfermagem, é permitida a permanência do pai junto com a mãe no Be. Outros familiares podem visitar o bebê nos mesmos horários de visita do pai e observá-lo através do vidro, sendo que em algumas situações a entrada destas pessoas no Be também é permitida, como, por exemplo, quando há o impedimento da mãe permanecer no berçário.

As auxiliares técnicas do berçário trabalham em esquema de plantão 12 X 12 horas; nos horários diários de café, almoço e jantar, uma auxiliar da UTI n as substitui. A presença das auxiliares da UTI n no Be também ocorre quando é necessária a coleta de exames específicos e de exames nos quais o bebê deve ser deslocado ao local e, nessas situações, a mãe pode acompanhar a auxiliar responsável. Esses horários, embora previstos, não são rigidamente obedecidos, devido às rotinas, tanto do Be quanto da UTI n, do que decorre que o médico ou qualquer outro profissional possa realizar visita no berçário num momento em que a plantonista está fora do Be, dificultando que informações relevantes sobre o bebê cheguem até a auxiliar que realiza o atendimento regular da criança. Um mesmo tipo de problema observado está relacionado com períodos de férias das auxiliares do Be, quando a substituição destas é feita em rodízio, alternando a cada dois dias a pessoa que faz a substituição, do que pode decorrer descontinuidade no acompanhamento ou esforço redobrado para manter a comunicação entre aos profissionais.

A presença das mães do Be possibilita, ainda, acesso destas mães a comentários feitos pela equipe acerca de situações vivenciadas por outras mães, sobre a condição de outros bebês ou de situações pessoais das profissionais, podendo gerar ansiedade nestas mães e mesmo circulação de informações privadas indevidamente.

- **caracterização das condições do berçário: orientação às mães**

As orientações às mães são transmitidas durante a realização, pelas mães, das tarefas com o bebê. Na maioria das vezes a auxiliar está orientando a mãe conjuntamente com a realização do seu próprio trabalho, com possibilidade desta orientação ser interrompida pela necessidade de implementação de algum procedimento, pela passagem do plantão ao médico, para atender alguma ligação telefônica ou algum outro profissional ou necessidade. Não há um momento específico na rotina da auxiliar em que ela possa transmitir informações e ou orientação para a mãe.

A forma como as orientações são apresentadas depende de cada auxiliar, sendo que algumas delas demonstram maior atenção às necessidades da mãe, ensinando-a como realizar os cuidados e incentivando que a mãe o faça. Uma destas auxiliares, por exemplo, declarou acreditar que uma forma da mãe aprender é quando a mãe observa como ela faz e que o berçário é um local que possibilita a mãe conhecer seu bebê e seus cuidados. Em algumas situações, auxiliares como esta permanecem ao lado da mãe para auxiliar verbalmente ou apoiar, com ajuda física, o que a mãe está fazendo.

Outras auxiliares, contudo, agem de forma diferente, realizando elas mesmas os cuidados maternos como se eles fossem parte de sua rotina, sem esperar que a mãe chegue ao berçário para, por exemplo, dar o banho. Uma destas auxiliares, por exemplo, com menor tempo de atuação no Be por ocasião das observações realizadas para levantamento de informações sobre o contexto e sobre necessidades a serem atendidas pelo programa de ensino, apresentou verbalizações sugestivas de que não considerava o berçário um local apropriado e propício para que as mães aprendessem a cuidar de seu bebê, e nem que essa proximidade pudesse favorecer a formação dos vínculos entre a mãe e o bebê. E, ainda que só o fizesse para a pesquisadora, suas condutas observadas pareciam coerentes com esta forma dela se manifestar. Esta mesma auxiliar verbalizou, ainda, que independentemente da história de vida das mães, ou de suas condições físicas e emocionais, estas já sabem como cuidar de seus bebês, e demonstrou, em mais do que uma situação, sinais de impaciência diante de dúvidas e questionamentos de mães. Ao invés de ensinar as mães, quando estas manifestavam ou demonstravam dificuldades no cuidado com seus bebês, esta auxiliar tomava a tarefa de cuidado com o bebê para si, sendo exemplo deste tipo de situação uma oportunidade em que uma mãe estava demorando no processo de amamentar o bebê com a “chuca” (um bebê que era, em geral, lento para mamar, demorando em sugar e parando longamente a mamada para respirar), e a auxiliar pegou o bebê do colo da mãe e passou, ela mesma, a amamentar o bebê. Desta forma, foram observados vários momentos em que oportunidades importantes de orientação de mães sobre como estimular o bebê a sugar, como segurar a “chuca” e o bebê, como esperar para o bebê sugar, bem como a necessidade das pausas para o bebê descansar, foram perdidas. Responder monossilabicamente a perguntas da mãe relativas a aspectos relevantes para garantir um bom cuidado ao bebê (por exemplo, quando uma mãe perguntou sobre o nome do bico da “chuca”- ortodôntico - e onde comprar), perdendo a oportunidade de esclarecer a mãe em relação aos benefícios do uso do bico ortodôntico e do quanto é prejudicial ao bebê o bico comum, ainda muito utilizado apesar do conhecimento sobre estes prejuízos, principalmente pela população menos esclarecida. Verbalizações indicativas de uma disposição maior para competir com as mães do que para orientá-las, foram também observadas; por exemplo, quando a auxiliar comparou sua maneira de fazer com o modo como a mãe realiza o mesmo cuidado ao bebê, adjetivando as ações da mãe como inapropriadas e erradas, diante da própria mãe, ao dizer para o bebê “Sua mãe não sabe fazer, ela não sabe dar de mamar para você”.

Situações como estas, mesmo tendo sido observadas especificamente em relação a uma profissional da equipe de enfermagem responsável por plantão no Berçário, ou

seja, não se tratando da norma geral do que é observado no Be, são suficientemente relevantes para merecer especial atenção, já que podem levar a um impacto importante sobre o estado de ânimo das mães, assim como trazem repercussões para a qualidade do cuidado que estas mães oferecerão a seus filhos após a alta hospitalar. Ajudam, ainda, a esclarecer propriedades relevantes de comportamentos tanto de cuidadores quanto de pessoas que têm a responsabilidade de preparar cuidadores para lidar com os bebês.

Enfim, o berçário constitui um espaço que se caracteriza por um serviço oferecido aos pais e bebês egressos de UTI n extremamente importante em relação aos benefícios que essa proximidade pode exercer ao longo da vida dos pais e bebês. Esse é o primeiro momento em que a mãe terá a possibilidade de tocar, segurar, abraçar e olhar para o seu bebê, ampliando e aperfeiçoando formas de interação, como, por exemplo, aquelas já existentes desde o período gestacional, quando a mãe já fala com seu bebê desde os primeiros dias após a confirmação da sua gravidez. Trata-se, assim, de uma situação marcada pelas ambigüidades: a alegria de receber o bebê, o medo pela responsabilidade de cuidar dele, a baixa familiaridade e nível de acolhimento por parte da equipe técnica, em geral mais preocupada em dispensar cuidados específicos ao bebê do que em compreender e apoiar as mães.

No berçário há a continuidade do serviço oferecido na UTI n aos recém-nascidos, e certamente no caso desses bebês acrescido das especificidades de um berçário de risco. Os pediatras que acompanham os bebês no berçário não são necessariamente os mesmos que acompanharam o bebê na UTI n, e sim os que receberam o bebê no momento do parto; como cada bebê é acompanhado, no Be, pelo pediatra que o recebeu no nascimento, existe, neste ambiente, uma diversidade de profissionais, surgindo também uma diversidade de condutas médicas, que são observadas e comentadas pelas mães e levam a insegurança por parte delas em relação às melhores formas de lidar com seus bebês. Além disso, embora existam regras a serem seguidas, estas nem sempre o são, sendo então comum o surgimento de situações de conflito entre funcionários e médicos, e entre mães e médicos, principalmente quando há a comparação, pelas mães, das condutas dos profissionais. Em certo grau, isto também se dá entre as técnicas, ao comparar condutas médicas.

Em relação as auxiliares de enfermagem, como são plantonistas e ficam em número de uma a cada plantão, a cada saída para almoço, jantar ou por outra necessidade, uma técnica da UTI n assume o serviço do berçário. Esta condição leva, em alguns momentos, a um ambiente confuso, com informações desencontradas, mesmo sendo mantidos os mecanismos usuais de transmissão de informações no meio hospitalar (pranchetas para

registro dos protocolos, por exemplo). O fato de cada plantão ser realizado por uma única técnica acarreta, ainda, uma sobrecarga de serviço, principalmente nos períodos em que todos os leitos estão ocupados (seis leitos para uma técnica) e quando, além disso, há a internação de bebês síndrômicos ou pós-cirúrgicos.

Tornando ainda mais complexa a situação no Be, este tem a capacidade para receber até seis bebês; quando a capacidade está completa, isto implica na presença de até seis famílias (mãe ou equivalente) com suas necessidades, carências, receios, etc; há, ainda, circulando no local, os profissionais paramédicos, os funcionários de limpeza, do banco de leite, do controle de infecção e escriturários, que interagem com bebês, mães e técnicas do berçário diariamente. Com tudo isso, a dinâmica de funcionamento do Be é muito menos tranqüila do que seria desejável, tanto do ponto de vista das necessidades de pelo menos parte dos bebês ali internados, quanto de condições favorecedoras para o processo de aprendizagem das mães, que acaba sendo pouco apropriado.

## **2) OBJETIVOS TERMINAIS PROPOSTOS PARA O PROGRAMA DE ENSINO**

São apresentados, no Quadro 12, objetivos de ensino propostos, de acordo com os conceitos e procedimentos anteriormente descritos, como classes gerais de comportamentos a serem instalados em cuidadores de bebês, para que possam lidar de forma o mais adequado possível com seus bebês, tanto no ambiente hospitalar quanto, em muitos casos, após a saída do bebê do hospital. Estes objetivos foram propostos, ainda, a partir da situação-problema anteriormente descrita, em termos de repertórios comportamentais de mães que foram observados, condições disponíveis para estas mães em situações de internação pós UTI n e conhecimento disponível sobre desenvolvimento infantil.

Quadro 12. Classes gerais de comportamentos que constituem objetivos para um programa de ensino destinado a capacitar mães de bebês em situação de internação pós-UTI n para lidar com estes bebês nestas situações e após a alta hospitalar.

<p>É esperado que, ao final do programa de ensino, os participantes sejam capazes de:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) exercer os cuidados próprios da maternagem (amamentar, banhar, trocar, entre outros), de forma a promover e estimular o desenvolvimento infantil;</li><li>2) interagir com o bebê de forma a promover uma relação de qualidade positiva entre mãe e bebê (tocar, embalar etc);</li><li>3) lidar com sinais apresentados pelo bebê em diferentes situações;</li><li>4) manusear (segurar, tocar, deslocar, movimentar) o bebê com segurança.</li></ol>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **3) CONDIÇÕES DE ENSINO PARA PROMOVER CAPACITAÇÃO DE MÃES DE BEBÊS EGRESSOS DE UTI NEONATAL**

São apresentados, a seguir, como produtos de comportamentos presentes no processo de elaboração do programa de ensino destinado a mães de bebês egressos de UTI n, critérios utilizados para propor condições de ensino favorecedoras para aprendizagem pelos aprendizes em potencial, dinâmica geral de desenvolvimento das atividades, e programa de ensino, com especificação de módulos, objetivos específicos correspondentes aos módulos, unidades de ensino e atividades específicas.

No Quadro 13 podem ser vistos critérios utilizados para propor condições de ensino para o programa a ser desenvolvido com mães de bebês em etapa de internação hospitalar pós-UTI n.

Quadro 13. Critérios utilizados para definir condições de ensino no programa.

- repertório dos aprendizes: provável baixo nível de letramento;
- conhecimento sobre processo de aprendizagem: resposta ativa, pequenos passos, consequência imediata, ritmo próprio, exigência gradual (KELLER, 1983);
- recursos disponíveis: ambiente restrito, tempo curto etc;
- facilitação do desempenho da moderadora, que desenvolveria sozinha as atividades de ensino, em uma situação de alta complexidade.

No Quadro 14 pode ser vista uma descrição da sistemática geral de desenvolvimento das atividades de ensino, definida como orientação para as ações da moderadora nas situações pedagógicas de interação com os participantes do programa. De acordo com esta sistemática, as atividades indicadas deveriam ocorrer sempre na ordem especificada pela numeração, salvo imprevistos.



Quadro 14. Seqüência padrão de ações do moderador na implementação das unidades de ensino previstas no programa.

1. Identificar o repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto à maternagem ou sobre suas necessidades, por meio de entrevista,
2. Oferecer informações básicas sobre cuidados maternos, sobre desenvolvimento global de recém-nascidos ou tema sugerido pela mãe, de forma oral,
3. Demonstrar para a mãe posturas e manuseios relativos aos cuidados com o bebê,
4. Solicitar que a mãe simule o cuidado em boneco\*,
5. Solicitar que a mãe realize o cuidado no bebê durante a rotina do serviço ou em momento apropriado,
6. Fornecer *feedback* sobre ações e propriedades das ações da mãe em contato com o bebê,
7. Realizar discussão de material instrucional (escrito ou gravado) sobre cuidados, desenvolvimento, entre outros temas,
8. Elaborar com a mãe um caderno de registro das informações por ela recebidas.

\* Na dependência da participante aceitar esta situação, quando consultada sobre este aspecto.

No Quadro 15, a seguir, é apresentado o programa de ensino proposto, em termos de módulos, unidades, atividades, materiais e ações do moderador e dos aprendizes, que constituem as condições de ensino que compõem este programa. Tais condições constituem, assim, o conjunto das variáveis que, no Estudo 2, serão avaliadas em termos de impacto sobre o repertório de mães cujos bebês passam por internação pós UTI neonatal. Em relação à seqüência de módulos e unidades de ensino a ser desenvolvida, foi definido, como parte da elaboração do programa, que esta seqüência seria decidida considerando indicadores de interesse ou necessidade de cada mãe aprendiz, ou seja, específica para cada caso. Uma descrição mais detalhada deste aspecto pode ser vista adiante, no Estudo 2.

Quadro 15. Programa de ensino proposto, em termos de módulos, unidades, atividades, materiais e ações do moderador e dos aprendizes, que constituem as condições de ensino que compõem este programa.

## MÓDULO 1: INTRODUÇÃO GERAL

**Apresentação:** Há estudos que mostram diferenças importantes entre os estímulos que o bebê recebe no útero da mãe, onde o bebê estava antes de nascer, e os estímulos que recebe no ambiente do hospital. Os estímulos chegam até o bebê pelos diferentes órgãos dos sentidos, através do tato, da visão, da audição, da movimentação, dentre outros. Essas diferenças existem em relação a vários aspectos como: o tipo de estímulo, a quantidade, a intensidade, a qualidade. Facilmente podemos perceber algumas dessas diferenças, por exemplo, em relação aos estímulos chamados táteis, de tato: no útero, o bebê está envolto em líquido, no hospital está em contato com o ar, roupas, lençol; quanto à visão e audição, no útero os estímulos são filtrados pela barreira natural - a própria parede uterina - e no hospital ficam expostos a luzes brilhantes e alarmes de aparelhos eletrônicos... Diante dessa situação é necessário considerar os comportamentos e as “pistas” fisiológicas do bebê em resposta as interações técnicas e sociais.

### UNIDADE 1: INFORMAÇÕES GERAIS PARA INTERVIR COM O BEBÊ PRÉ-TERMO

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. intervir de forma individualizada, isto é, levando em consideração que cada bebê é único e que tem suas próprias necessidades e características e lidando com ele de forma compatível com estas especificidades;
2. equilibrar as necessidades de contenção/suporte (uso de rolinhos) com as de movimentação;
3. manter a cabeça do bebê alinhada (na linha média do corpo);
4. deixar as mãos do bebê livres e próximas ao rosto;
5. falar suavemente antes de tocar ou realizar qualquer atividade ou procedimento;
6. dar contenção, cobrir, colocar roupinhas ou mesmo enrolar o bebê;
7. dar inibição ventral e para os pés nas diferentes posturas, isto é, usar apoio de rolinhos, para posicionar o bebê;
8. evitar super proteger um bebê estável e competente;
9. evitar dar contenção/suporte a um bebê que já está mais “durinho”;
10. evitar mexer no bebê em sono profundo, que é o momento do sono em que ele permanece mais quietinho;
11. evitar mudanças súbitas de posturas ou realizá-las com o bebê bem aconchegado em flexão e com as mãos próximas à boca;
12. evitar o uso de muitos estímulos sensoriais concomitantes;
13. observar como o bebê reage sempre que houver qualquer tipo de interação;

**ATIVIDADES:**

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto a maternagem ou necessidades através de entrevista;
2. leitura e discussão de cada item das informações gerais com os membros do grupo (mães/cuidadoras);
3. demonstração para a mãe de posturas e manuseios relativos aos cuidados com bonecos;
4. simulação pela mãe dos manuseios e cuidados gerais em boneco;
5. elaboração de um painel com frases simples ou figuras das informações gerais;
6. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

**A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:**

1. oferecer material conceitual escrito;
2. dar informações verbais;
3. demonstrar formas e maneiras de seguir as regras gerais no que diz respeito a posturas, manuseios e uso de rolinhos;

4. exemplificar “como” falar e tocar;
5. responder dúvidas das mães.

#### A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. discutir entre os membros do grupo os itens gerais;
2. demonstrar no boneco posturas e manuseios;
3. elaborar painel ou algo semelhante com frases simples e objetivas sobre as informações gerais;
4. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas.

#### MATERIAIS:

1. material teórico;
2. boneco;
3. cartolina;
4. canetinha;
5. cola;
6. revistas;
7. caderninho para registro.

### **UNIDADE 2: POSTURAS ADEQUADAS AO BEBÊ PRÉ-TERMO**

**Apresentação:** O bebê recém-nascido deve ser colocado em diferentes posturas (de lado, de barriga para baixo e para cima) que devem ser modificadas de tempos em tempos. Um ambiente com menos estresse e com rotinas estáveis faz com que o bebê mantenha uma postura mais fletida sem auxílio externo, proporcionando ao bebê benefícios fisiológicos e emocionais.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. observar a postura do bebê na incubadora, no berço, no colo;
2. identificar sinais de inadequação e desconforto (choro, irritabilidade, extensão de pescoço, de membros superiores e inferiores, retração de ombros, dificuldade para respirar e cianose, que é quando o bebê apresenta cor da pele azulada, em algumas regiões do corpo como: nos olhos, nas asas do nariz, nas mãos e nos pés);
3. posicionar o bebê considerando a adequação da posição do pescoço, membros superiores, membros inferiores, e seu estado geral;
4. posicionar o bebê considerando o favorecimento da oxigenação (na posição prona, ou seja, de barriga para baixo);
5. evitar que o bebê fique na mesma postura (suporte de peso na mesma área), por tempo prolongado;
6. posicionar o bebê numa postura mais fletida, com membros direcionados para a linha média e em simetria;

#### ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto a posturas através de entrevista;
2. demonstração para a mãe de posturas adequadas com bonecos;
3. simulação pela mãe de posturas adequadas em boneco;
4. identificação de posturas adequadas ou inadequadas no berçário;
5. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

#### A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. demonstrar formas e maneiras de posicionar adequadamente;
2. dar informação sobre os sinais de desconforto;
3. acompanhar a mãe ao berçário para ela (a mãe) identificar as posturas dos bebês diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);

4. responder dúvidas das mães;

#### A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. demonstrar no boneco posturas adequadas para o bebê;
2. identificar sinais de desconforto ou inadequação na postura dos bebês do berçário;
3. posicionar adequadamente seu bebê na incubadora, no berço e no colo;
4. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

#### MATERIAIS:

1. material teórico - figuras;
2. boneco.

### UNIDADE 3: DESLOCAR O BEBÊ PRÉ-TERMO

**Apresentação:** Quando alguém está se deslocando com o bebê, além de estar tocando o bebê, está também proporcionando estímulos vestibulares por meio do andar; é importante fazer isso de forma cuidadosa, transmitindo segurança a seu bebê.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. deslocar o bebê pré-termo da incubadora para o berço e vice-versa; da incubadora para o colo e vice-versa; da incubadora para a banheirinha e vice-versa; dentre outras situações;
2. identificar sinais de inadequação e desconforto (choro, irritabilidade, extensão de pescoço, de membros superiores e inferiores, retração de ombros, dificuldade para respirar e cianose);
3. manter o bebê aconchegado próximo ao corpo num padrão predominantemente flexor enquanto se desloca;

#### ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto a deslocar o bebê através de entrevista;
2. demonstração para a mãe de deslocamentos adequados com bonecos;
3. simulação pela mãe de deslocamentos adequados em boneco;
4. identificação de deslocamentos adequados ou inadequados dentro do berçário, entre as mães;
5. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

#### A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. demonstrar formas e maneiras de deslocar-se adequadamente com o bebê;
2. acompanhar a mãe ao berçário para que a mãe realize o deslocamento com o bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
3. identificar dificuldades nas mães;
4. propor soluções junto com as mães;
5. responder dúvidas das mães;

#### A SER FEITO PELAS MÃES/ CUIDADORAS:

1. simular no boneco como se deslocar com o bebê;
2. deslocar adequadamente seu bebê no ambiente do berçário;
3. identificar dificuldades;
4. propor soluções;
5. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

#### MATERIAIS:

1. boneco.

## UNIDADE 4: SEGURAR O BEBÊ PRÉ-TERMO

**Apresentação:** É importante transformar todo o contato tátil com o bebê em possibilidade de transmitir carinho e segurança, pois os bebês respondem a variações de textura, pressão e dor, por exemplo.

OBJETIVOS: É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. segurar o bebê pré- termo de forma a suportar seu peso com toda sua mão, nas diversas situações de manuseios e ou cuidados;
2. identificar sinais de inadequação e desconforto por parte do bebê (irritabilidade, choro, vermelhidão na pele, dificuldade para respirar e cianose);
3. manter uma pressão nas mãos suficiente para garantir a segurança do bebê;
4. evitar segurar ou puxar o bebê pelas extremidades;

ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto a segurar o bebê através de entrevista;
2. demonstração para a mãe de como segurar adequadamente com bonecos;
3. simulação pela mãe de segurar adequado em boneco;
4. identificação de segurar adequados ou inadequados dentro berçário, entre as mães;
5. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. demonstrar formas e maneiras de segurar adequadamente o bebê;
2. acompanhar a mãe ao berçário para que a mãe realize o segurar o bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
3. identificar dificuldades nas mães ao segurar o bebê;
4. propor soluções junto com as mães;
5. responder dúvidas das mães;

A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. simular no boneco como segurar o bebê;
2. segurar adequadamente seu bebê no ambiente do berçário;
3. identificar dificuldades em si e nas outras mães ao segurar o bebê;
4. propor soluções;
5. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

MATERIAIS:

1. boneco;

## MÓDULO 2: CUIDAR DO BEBÊ PRÉ-TERMO

### UNIDADE 1: ALIMENTAÇÃO

**Apresentação:** O leite materno é o alimento completo (possui substâncias e nutrientes na medida ideal) e oferece ao bebê condições de defesa (por que contém os anticorpos da mãe), protegendo-o contra infecções, desnutrição, alergias e outras doenças. Além disso, o ato de amamentar propicia contato direto entre a mãe e o bebê, sendo mais uma oportunidade para que mãe e bebê se relacionem e se conheçam.

## PASSO 1: AMAMENTAÇÃO

*Em relação à postura na amamentação:*

OBJETIVOS: É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. posicionar o bebê adequadamente de forma que permita a amamentação no peito e a observação de sinais que indiquem desconforto;
2. mãe sentar de forma relaxada e confortável em uma cadeira sem braços, com as costas retas, o colo, os ombros e os braços relaxados;
3. colocar o bebê de frente para a mãe, barriga com barriga, com o queixo encostado na mama;
4. segurar a mama com os dedos da mão que não está segurando o bebê;
5. segurar o corpo do bebê até pelo menos a região glútea - das nádegas (bum-bum);
6. posicionar o bebê de forma mais fletida com membros direcionados para a linha média e em simetria;

ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto à postura na amamentação através de entrevista;
2. demonstração para a mãe de posturas e manuseios relativos à postura para amamentação com bonecos;
3. simulação pela mãe da postura adequada para amamentação no boneco;
4. identificação em si e/ou nos outros membros do grupo de posições inadequadas;
5. identificação de sinais de desconforto do bebê e dela mesma;
6. solicitação para que a mãe realize o cuidado no bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
7. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. dar informações sobre a amamentação;
2. apresentar de forma verbal, escrita ou por figuras, posturas adequadas;
3. apresentar de forma verbal, escrita ou por figuras, sinais comuns de desconforto;
4. demonstrar com boneco;
5. acompanhar a mãe ao berçário para que a mãe realize o amamentar o bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
6. responder dúvidas das mães;

A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. posicionar o boneco no colo simulando o mamar no peito;
2. elencar possíveis sinais de desconforto;
3. posicionar o bebê no colo para mamar;
4. identificar sinais de desconforto;
5. propor possíveis soluções;
6. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

MATERIAIS:

1. figuras;
2. filmes;
3. boneco
4. material escrito;

Observação: Posturas Alternativas:

1. Invertida: com o bebê abaixo da axila materna, com a barriga apoiada na parte lateral das costelas da mãe. O corpo do bebê fica apoiado pelo braço materno, e a mão do mesmo lado apoia a cabeça;
2. Com o bebê sentado na perna materna, com a boca um pouco mais acima do que a mama. Nessa e na outra postura a cabeça do bebê é apoiada pela mão da mãe;

*Em relação aos procedimentos na amamentação:*

OBJETIVOS: É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. amamentar o bebê no peito;
2. despertar o bebê antes de amamentar, fazendo pequenos estímulos, como tocar suavemente a face ou as plantas dos pés;
3. ajudar o bebê a sugar, estimulando o reflexo de procura fazendo rápidos toques com o dedo indicador ao redor da boca do bebê (pontos cardeais) ou roçando o bico do seio ao lado da boca do bebê;
4. deixar o bebê mamar e esvaziar bem um peito antes de oferecer o próximo;
5. não deixar o bebê dormindo por mais de seis horas, se isso acontecer ele deve ser acordado para ser alimentado;
6. alimentar o bebê a intervalos previstos (no BE seguir a rotina – horários pré - determinados para as mamadas);

Observação: na pega adequada à boca do bebê deve estar suficientemente aberta, abocanhando a porção maior possível da aréola (parte marrom da mama), com o lábio superior virado para cima e o lábio inferior virado para fora.

***O bebê pré-termo suga - deglute - respira e faz uma pausa. (1:1:1)***

As sucções são lentas e profundas.

ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto à amamentação através de entrevista;
2. demonstração para a mãe de posturas e manuseios relativos à amamentação com bonecos;
3. simulação pela mãe da amamentação em boneco;
4. realização de leitura e discussão de material instrucional (escrito ou gravado) sobre amamentação.
5. assistir filmagem de outras mães amamentando;
6. solicitação para que a mãe realize o cuidado no bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
7. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. fornecer informações sobre o amamentar;
2. apresentar material teórico (escrito e/ou figuras);
3. demonstrar com boneco;
4. apresentar fita de VHS;
5. responder dúvidas das mães;

A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. ler texto e discutir as informações com moderador e ou outros membros do grupo;
2. identificar em fita VHS maneiras adequadas e inadequadas de amamentar no peito;
3. experimentar com boneco a posição de colocar o bebê no peito e de segurá-lo/posicioná-lo;
4. identificar dificuldades;
5. propor soluções e alternativas;
6. amamentar o próprio bebê no peito;
7. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

MATERIAIS:

1. material teórico sobre amamentação;
2. filme VHS;
3. boneco;
4. fraldas;

## PASSO 2: ALIMENTAÇÃO NO COPINHO

**Apresentação:** O uso do copinho é indicado enquanto o bebê não puder amamentar somente no peito, evitando que o bebê se acostume com o bico de chucas e mamadeiras.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. segurar o bebê em estado de alerta, sentado ou semi sentado no colo;
2. encostar a borda do copinho até que o leite toque seu lábio inferior;
3. aguardar que o bebê retire o leite, sugando-o, e o degluta;
4. evitar derramar o leite na boca do bebê;
5. manter o bebê no colo com o tórax elevado ;

**ATIVIDADES:**

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto à alimentação no copinho através de entrevista;
2. demonstração para a mãe de posturas e manuseios relativos à alimentação com bonecos.
3. simulação pela mãe de alimentação em boneco;
4. realização de leitura e discussão de material instrucional (escrito ou gravado) sobre alimentação com copinho;
5. assistir filmagem de alimentação por copinho;
6. solicitação para que a mãe realize o cuidado no bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
7. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

**A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:**

1. fornecer informações sobre o alimentar com copinho, por exemplo: quando utilizar essa forma de alimentar o bebê; cuidados de higiene, entre outras;
2. apresentar material teórico (escrito e/ou figuras);
3. demonstrar com boneco;
4. apresentar fita de VHS;
5. responder dúvidas das mães;

**A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:**

1. ler texto e discutir as informações com pesquisador e ou outros membros do grupo;
2. assistir fita VHS de alimentação por copinho;
3. experimentar com boneco a posição e a forma de segurar para alimentação com copinho;
4. identificar dificuldades durante o uso do copinho;
5. propor soluções e alternativas;
6. alimentar o próprio bebê com copinho;
7. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

**MATERIAIS:**

1. material teórico sobre alimentação com copinho;
2. filmes;
3. boneco;
4. fraldas de boca;

## PASSO 3: CHUCA ou MAMADEIRA

**Apresentação:** O uso da chuca ou mamadeira somente é recomendado se não for possível a amamentação no peito nem no copinho, pois quando o bebê experimenta outro bico dentro da boca ele pode ficar confuso e, às vezes, isso o leva a abandonar o peito. Quando for necessário o uso de chuca ou mamadeira, elas devem ser bem limpas e esterilizadas a cada uso.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. segurar o bebê em estado de alerta, sentado ou semi sentado no colo da mãe ou do cuidador;



2. aguardar que o bebê retire o leite, sugando-o, e o degluta;
3. manter o bico da chucha/mamadeira cheio de leite, sem ar;
4. utilizar bico da chucha/mamadeira do tipo achatado (tipo ortodôntico, adequado ao tamanho do bebê);
5. não aumentar tamanho normal do furo do bico;
6. evitar derramar o leite na boca do bebê pré-termo;

#### ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto à alimentação na chucha/mamadeira através de entrevista;
2. demonstração para a mãe de posturas e manuseios relativos à alimentação com chucha/mamadeira em bonecos;
3. simulação pela mãe de alimentação com chucha/mamadeira em boneco;
4. realização de leitura e discussão de material instrucional (escrito ou gravado) sobre alimentação com chucha/mamadeira;
5. assistir filmagem de alimentação com uso de chucha/mamadeira;
6. solicitação para que a mãe realize o cuidado no bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
7. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

#### A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. fornecer informações sobre o alimentar com chucha/mamadeira, por exemplo: quando utilizar essa forma de alimentar o bebê; cuidados de higiene, entre outras;
2. apresentar material teórico (escrito e/ou figuras);
3. demonstrar com boneco;
4. apresentar fita de VHS;
5. responder dúvidas das mães;

#### A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. ler texto e discutir as informações com observador e outros membros do grupo (mães/cuidadoras).
2. assistir fita VHS de alimentação com chucha/mamadeira;
3. experimentar com boneco a posição e a forma de segurar para alimentação com chucha/mamadeira.
4. identificar dificuldades durante o uso da chucha/mamadeira;
5. propor soluções e alternativas;
6. alimentar o próprio bebê com chucha/mamadeira;
7. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

#### MATERIAIS:

1. material teórico sobre alimentação com chucha/mamadeira;
2. filmes;
3. boneco;
4. fraldas de boca;

### **PASSO 4: FAZENDO O BEBÊ ARROTAR**

**Apresentação:** Colocar o bebê para arrotar com maior frequência é uma das maneiras simples de diminuir a regurgitação ou retorno do leite, algo comum que acontece com os bebês pré-termo após as mamadas.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. arrotar o bebê, antes de ser colocado deitado, após as mamadas;
2. colocar o bebê na posição vertical no colo, após as mamadas, para arrotar e depois de lado, no berço;
3. permanecer com o bebê na posição vertical, nos próximos 15 a 30 minutos;

#### ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto o arrotar através de entrevista;
2. demonstração para a mãe de postura de arrotar com bonecos;
3. simulação da postura de arrotar com boneco;
4. solicitação para que a mãe coloque seu bebê para arrotar durante a rotina do serviço ou em momento apropriado e indique quando isto acontecer;
5. existindo outras mães que estão colocando bebê para arrotar, solicitação para que a mãe observe e indique quando o bebê arrotou;
6. elaborar com a mãe um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

#### A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. fornecer informações sobre o arrotar;
2. apresentação de forma verbal, escrita ou por figuras, da postura adequada;
3. demonstração com boneco;
4. responder dúvidas das mães;

#### A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. posicionar o boneco para arrotar;
2. posicionar o bebê para arrotar;
3. identificar o arroto;
4. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

#### MATERIAIS:

1. boneco;
2. fralda;
3. toalhinha;

### UNIDADE 2: HIGIENE

**Apresentação:** O banho não responde somente às necessidades de higiene, mas também é um momento importante de intimidade e relação entre a mãe e o bebê. O banho nos bebês tem sido descrito como algo prazeroso, pois lembra o ambiente líquido e quente característico do útero materno, mas durante o banho o bebê pode sentir insegurança e chorar pois está “desprotegido” - sem roupa; pode “estranhar” a mudança de temperatura com o contato com a água e a falta de apoio constante, pois o bebê não fica todo em contato nem com a mão da mãe, nem com a banheira. Ao final do banho o mãe - canguru pode ser realizado.

#### PASSO 1: BANHO

*Em relação aos procedimentos no banho:*

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. remover a fralda, retirar o excesso de fezes com algodão úmido;
2. proceder ao enrolamento do bebê, proporcionando segurança com a ajuda de uma fralda de pano ou de uma toalha – fralda;
3. posicionar o bebê na bacia com água morna de modo que seu corpo fique submerso até o pescoço, em ambiente fechado, evitando as perdas de calor;
4. tampar os ouvidos do bebê com seus dedos médio e polegar;
5. iniciar o banho pelo rosto sem sabão: limpar, os olhos utilizando bolas de algodão uma para cada olho, limpar as narinas e orelhas, quando necessário, com fusos de algodão;
6. ensaboar o pescoço, membros superiores, tórax anterior, costas e membros inferiores sucessivamente, lembrando-se de ir retirando o enrolamento com panos aos poucos;
7. retirar o sabonete;
8. ensaboar a região genital (períneo), removendo o sabão com algodão;
9. lavar a cabeça do bebê por último;
10. retirar o bebê da bacia, enrolando-o em toalha ou pano macio, secando a pele com movimentos

compressivos e suaves, sem friccioná-la;

#### ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto o banho através de entrevista;
2. demonstração para a mãe do banho com boneco;
3. realização de simulação com boneco;
4. solicitação para que a mãe realize o cuidado no bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
5. realização de leitura e discussão de material instrucional (escrito ou gravado) sobre banho;
6. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

#### A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. discutir/comentar os procedimentos do banho;
2. identificar as dificuldades e possíveis soluções;
3. simular com boneco;
4. realizar o banho no próprio bebê;
5. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

#### A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. fornecer informações sobre o banho;
2. demonstrar o banho;
3. discutir as dificuldades e possíveis soluções;
4. elaborar junto com os membros do grupo um roteiro que facilite a realização do banho (o roteiro também deve contemplar dicas simples que precedem o banho, como por exemplo: “teste a temperatura da água com o cotovelo ou braço”; “nunca utilizar talco”);
5. responder dúvidas das mães;

#### MATERIAIS:

1. boneco;
2. bacia/banheirinha;
3. água;
4. cartolina;
5. papel;
6. canetas e canetinhas;
7. toalha fralda;
8. cueiro;

Observação: ao utilizar sabonete e xampu usar os neutros, não os colocando diretamente na pele do bebê.

### **PASSO 2: TROCA DE FRALDA E HIGIENE**

**Apresentação:** A pele do bebê pré-termo é fina e sensível, sendo então fácil adquirir assaduras. As fraldas devem ser trocadas sempre que sujas de fezes, urina ou a pequenos intervalos regulares de tempo.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. retirar a fita da fralda com delicadeza, evitando o ruído excessivo;
2. observar a condição da pele, que não deve estar vermelha; caso esteja vermelha, limpar em todas as trocas com água e sabonete neutro, secar a pele e dar banhos de sol. Utilizar pomada se houver indicação médica;
3. observar a condição do cocô (fezes), que não deve ser escuro, fétido (com cheiro ruim) e sem consistência; caso ocorra com frequência essa condição procurar o médico;
4. limpar a região do períneo de frente para trás, com algodão umedecido em água morna (no menino a ponta do “pipi” deve ser exposta delicadamente para a limpeza e na menina deve-se limpar a vagina abrindo os grandes lábios para retirar resíduos de fezes e urina);

5. limpar a região do períneo e nádegas, colocando o bebê de lado – nunca elevar seus quadris pelas pernas e pés;
6. secar bem a pele com panos macios (toalha fralda ou cueiro) ou algodão;
7. colocar fralda limpa, observando o tamanho apropriado, quando necessário dobrar a fralda descartável ou cortar na região das pernas;

#### ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto à troca de fralda e higiene através de entrevista;
2. demonstração para a mãe da troca e limpeza com boneco;
3. realização de simulação com boneco pela mãe;
4. solicitação para que a mãe realize o cuidado no bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
5. assistir fita VHS da situação com outras mães - identificar erros e acertos;
6. discussão de alternativas quando necessário;
7. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

#### A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. fornecer informações sobre troca de fraldas e higiene;
2. demonstrar como limpar a região do períneo;
3. demonstrar a troca de fraldas;
4. discutir as dificuldades e possíveis soluções;
5. responder dúvidas das mães;

#### A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. realizar a simulação da limpeza e troca de fralda.
2. elencar as dificuldades encontradas;
3. identificar soluções;
4. realizar a limpeza e troca no próprio bebê;
5. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

#### MATERIAIS:

1. fralda;
2. cueiro;
3. boneco;
4. algodão;
5. água;

Observação: o bebê deverá ser colocado em decúbito (deitado) elevado, posição anti-refluxo, devendo ser rolado lateralmente de um lado para outro, procurar não elevar as pernas do bebê recém-nascido evitando assim aumentar a pressão abdominal favorecendo o refluxo gástrico esofágico (RGE) e bronco aspiração, quando não existir tamanho de fralda apropriado para o bebê recortar as laterais para as pernas para que não favoreça abdução (pernas abertas) exagerada do quadril.

### PASSO 3: VESTUÁRIO

**Apresentação:** Quando o bebê não estiver mais na incubadora ele vai começar a usar as roupas que foram compradas ou que ele ganhou; lembre que a pele do bebê é sensível e fina, prefira as roupinhas de algodão e use somente sabão neutro ou de coco para lavá-las; evite o sabão em pó e os amaciantes. Lembre que o bebê pré-termo tem dificuldade em manter a temperatura, portanto, mantenha-o sempre bem agasalhado com roupinhas e manta.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. identificar a necessidade de vestir o bebê;
2. vestir o bebê de maneira adequada no que diz respeito as suas condições fisiológicas/clínicas;
3. vestir o bebê de maneira adequada no que diz respeito às condições climáticas;

#### ATIVIDADES:

1. identificação do repertório inicial da mãe no que diz respeito a dúvidas quanto a vestuário através de entrevista;
2. demonstração para a mãe do vestir com boneco;
3. realização de simulação com boneco pela mãe;
4. solicitação para que a mãe realize o cuidado no bebê diante da observadora (durante a rotina do serviço ou em momento apropriado, a combinar);
5. assistir fita VHS da situação com outras mães - identificar erros e acertos;
6. discussão de alternativas quando necessário;
7. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

#### A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:

1. dar informações sobre o vestir;
2. demonstrar como vestir no boneco;
3. acompanhar a mãe na atividade durante a rotina do serviço;
4. discutir as dificuldades e possíveis soluções;
5. responder dúvidas das mães;

#### A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:

1. realizar simulação no boneco;
2. discutir as dificuldades encontradas;
3. identificar soluções;
4. realizar o vestir no próprio bebê;
5. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

#### MATERIAIS:

1. boneco;
2. roupinhas;
3. cueiro;

### **MÓDULO 3: INTERAGIR**

**Apresentação:** Nascer pré-termo significa passar repentinamente de um ambiente acolhedor, o útero materno, para um outro extremamente diferente, o externo. Muitos recém - nascidos, principalmente o pré-termo, recebem nesse novo ambiente uma variedade de estímulos, muitas vezes não compatíveis com suas capacidades, mas os bebês respondem e interagem com seu ambiente desde o momento do nascimento dando sinais de que estão gostando ou não. Os estudiosos têm relatado que o desenvolvimento futuro destes bebês é claramente favorecido se os seus pais puderem conhecê-los ainda no berçário, tendo a oportunidade de tocá-los e sentir algo por seus pequenos bebês antes de levá-los para casa. Os familiares, principalmente a mãe, devem ser encorajados a aproximar-se fisicamente do bebê e participar dos seus cuidados, exercendo a maternagem.

#### **UNIDADE 1: RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA INTERAGIR COM O BEBÊ PRÉ – TERMO**

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. produzir interrupção de choro nas primeiras semanas de vida por meio do uso da voz humana carinhosa;
2. tocar o bebê pré-termo com um toque firme e uma pressão constante (não de forma leve ou hesitante);
3. evitar a hiper-estimulação com várias modalidades sensoriais concomitantes;
4. interagir com o bebê diante dos sinais emitido por ele;

5. observar suas respostas comportamentais e fisiológicas;
6. diminuir o estresse e a dor;
7. contribuir para o conforto, segurança e desenvolvimento do bebê;

**ATIVIDADES:**

1. leitura e comentários/discussão dos itens;
2. elaboração de material gráfico (painel ou outro tipo) sobre as recomendações gerais;
3. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

**A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:**

1. fornecer informações sobre recomendações gerais;
2. apresentar material teórico (escrito e/ou figuras);
3. apresentar relatos de experiências;
4. responder dúvidas das mães;

**A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:**

1. discutir os itens das recomendações gerais;
2. elaborar material gráfico na forma de painel ou outras;
3. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

**MATERIAIS:**

1. material teórico;
2. papel;
3. figuras;
4. canetinhas;
5. revistas;

## **UNIDADE 2: FALAR COM O BEBÊ**

**Apresentação:** O bebê, mesmo durante a gestação, já é capaz de ouvir sons e até a voz da própria mãe. Após o nascimento reconhece a voz da mãe e se acalma ao ouvi-la quando irritado ou desgostoso. Desde antes do nascimento é importante falar com o bebê e depois, além de falar, repetir os sons que o bebê faz, pois ouvindo sua voz e a de seus pais o bebê vai experimentar os sons que futuramente formarão as palavras.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. manter interação verbal com bebê através da fala, estimulando-o que mame, sugue, além de palavras de carinho: bebê da mamãe, querido, dentre outras;
2. manter interação verbal com bebê nos momentos apropriados, considerando seu estado comportamental e fisiológico;
3. manter interação verbal com bebê nos momentos que antecedem os procedimentos técnicos e ou interações sociais;
4. falar com bebê de forma adequada no que diz respeito a volume, frequência, conteúdo;

**ATIVIDADES:**

1. simulação com boneco;
2. role play – expressar sentimentos/palavras em relação a essa situação;
3. falar com o bebê, durante a permanência no berçário;

**A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:**

1. apresentar texto sobre a importância de falar com o bebê para o seu desenvolvimento global;
2. demonstrar formas adequadas para falar com o bebê;
3. estimular/solicitar que as mães do grupo identifiquem os momentos adequados para falar/conversar com o bebê;
4. responder dúvidas das mães;

**A SER FEITO PELAS MÃES/CUIDADORAS:**

1. expressar opinião sobre a informação que falar com o bebê é importante;
2. trocar experiência pessoal sobre o assunto entre as mães do berçário;
3. falar com o próprio bebê durante os momentos de interação no hospital;
4. identificar sinais de respostas do bebê diante dessa ação;
5. expressar sensações e sentimentos próprios;

**MATERIAIS:**

1. texto sobre desenvolvimento global;
  2. texto sobre importância do estímulo verbal para o desenvolvimento da linguagem e cognição;
- Observação: Você pode cantar para seu bebê;

**UNIDADE 3: OLHAR PARA O BEBÊ**

**Apresentação:** A visão é um dos principais sentidos para aprendermos sobre o mundo a nossa volta; é possível estimular esse sentido no bebê, estabelecendo e mantendo contato olhos nos olhos com ele nas atividades de cuidados diários como: amamentação, banho e troca, e ainda, nos momentos de interação.

**OBJETIVOS:**

1. manter contato visual com o bebê durante as interações, estimulando-o que também “olhe” para o rosto da mãe;
2. manter contato visual com o bebê nos momentos apropriados, considerando seu estado comportamental e fisiológico;

**ATIVIDADES:**

1. simulação entre as mães do grupo ou com a moderadora;
2. assistir fitas de VHS que mostrem essa interação ou falta dela;
3. olhar o próprio bebê durante os momentos de interação no hospital;

**A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:**

1. apresentação de texto sobre a importância de olhar para o bebê para o seu desenvolvimento global e visual;
2. estimular/solicitar que as mães do grupo identifiquem quais os momentos adequados para manter o contato visual com seu bebê;
3. responder dúvidas das mães;

**A SER APRESENTADO PELAS MÃES/CUIDADORAS:**

1. expressar opinião sobre a informação de que manter contato visual/olhar para o bebê é importante.
2. trocar experiência pessoal sobre o assunto entre as mães;
3. manter contato visual com o próprio bebê durante os momentos adequados de interação no hospital;
4. identificar sinais de respostas do bebê diante dessa ação;
5. expressar sensações e sentimentos próprios;
6. Elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

**MATERIAIS:**

1. texto sobre desenvolvimento;
2. texto sobre importância do contato visual para o desenvolvimento global e visual;

## UNIDADE 4: TOCAR

**Apresentação:** O sentido do tato é acionado bem cedo nos bebês, uma vez que se encontram cercados e são acariciados por tecidos e líquidos mornos desde o início da vida uterina. Os bebês gostam de ser abraçados e, freqüentemente, aninham-se e moldam-se ao corpo de quem os segura. Tocar de forma adequada é um ato de carinho; assim, sempre que tocar o bebê, observe os sinais emitidos por ele para se certificar de que ele está gostando.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa, sejam capazes de:

1. manter interação com bebê através do toque;
2. manter interação através do toque com o bebê nos momentos apropriados, considerando seu estado comportamental e fisiológico;
3. tocar o bebê com palma da mão, durante interação, de modo que o mesmo sintam-se contido e protegido;
4. tocar o bebê de forma adequada no que diz respeito à pressão, local e área abrangida;

**ATIVIDADES:**

1. simulação com boneco;
2. simulação entre as mães do grupo;
3. tocar o próprio bebê durante os momentos de interação no hospital;

**A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:**

1. fornecer informações sobre o tocar adequado;
2. apresentação de texto sobre a importância de tocar para o bebê para o seu desenvolvimento;
3. estimular/solicitar as mães do grupo a identificar quais os momentos adequados para tocar o bebê durante a internação;
4. responder dúvidas das mães;

**A SER APRESENTADO PELAS MÃES/CUIDADORAS:**

1. expressar opinião sobre a informação de que tocar o bebê é importante;
2. trocar experiência pessoal sobre o assunto entre as mães do grupo;
3. tocar o próprio bebê durante os momentos de interação no hospital;
4. identificar sinais de respostas do bebê diante dessa ação;
5. expressar próprias sensações e sentimentos;
6. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

**MATERIAIS:**

1. texto sobre desenvolvimento;
2. texto sobre importância do tocar para o desenvolvimento global;

## UNIDADE 5: EMBALAR

**Apresentação:** O ato de embalar pode acalmar o bebê quando ele estiver irritado, podendo até estimular o sono. Além disso, o estímulo recebido pelo bebê quando ele é embalado está relacionado, entre outras coisas, a atenção e concentração, funções importantes para o futuro desenvolvimento do bebê.

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa de ensino, sejam capazes de:

1. embalar o bebê, quando o bebê estiver no colo, estando a mãe em pé ou sentada, proporcionando “agradáveis” estímulos vestibulares;
2. embalar o bebê nos momentos apropriados, considerando seu estado comportamental e fisiológico;
3. embalar o bebê de forma adequada no que diz respeito à intensidade, duração, freqüência e direção;



**ATIVIDADES:**

1. simulação com boneco;
3. embalar o próprio bebê durante os momentos de interação no hospital;

**A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:**

1. fornecer informações sobre o embalar adequado;
2. apresentação de texto sobre a importância de estímulos diversos para o desenvolvimento do bebê;
3. estimular/solicitar as mães do grupo a identificar os momentos apropriados para embalar o bebê.
4. responder dúvidas das mães;

**A SER APRESENTADO PELAS MÃES/CUIDADORAS:**

1. opinar sobre benefícios, conseqüências boas e ruins do embalar o bebê;
2. trocar experiência pessoal sobre o assunto entre as mães do grupo;
3. embalar o próprio bebê durante os momentos de interação no hospital;
4. identificar sinais de respostas do bebê diante dessa ação;
5. expressar próprias sensações e sentimentos;
6. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

**MATERIAIS:**

1. texto sobre desenvolvimento;
2. texto sobre estímulos diversos para o desenvolvimento global;
3. boneco;

**UNIDADE 6: BRINCAR**

**Apresentação:** Brincar é algo muito importante para o desenvolvimento da criança, e embora seja próprio das crianças brincarem, elas precisam aprender. Para o bebê pré-termo, esta é uma aprendizagem que já pode começar desde muito cedo. Além do mais, brincar é bom também para a mãe, como forma de “curtir” o bebê. Mas o que é brincar? Brincar pode ser entendido como fazer coisas para divertir-se, sem se preocupar com outros resultados. Coisas que façam rir, ter sensações gostosas, ocupar o tempo divertindo-se. No caso, mamãe e bebê juntos. Aos poucos, se a mãe se diverte, se sente bem, se ri, o bebê vai aprendendo a se divertir também: com sua mãozinha, com os dedos da mãe, fazendo caretas, com o esconder e aparecer...

**OBJETIVOS:** É esperado que os aprendizes, ao final do programa de ensino, sejam capazes de:

1. manter interação através do brincar quando o bebê estiver na incubadora, no berço ou no colo, num momento apropriado – em estado de alerta ou acordando;
2. apresentar uma modalidade de estímulo (falar, sorrir, movimentar, “cuti”, dentre outros) de cada vez, de acordo com as respostas do bebê;
3. manter interação através do brincar com o bebê nos momentos apropriados, considerando seu estado comportamental e fisiológico;
5. brincar com bebê de forma adequada no que diz respeito à frequência, intensidade, duração;

**ATIVIDADES:**

1. simulação com boneco;
2. brincar com o próprio bebê durante os momentos de interação no hospital;
3. elaboração com a mãe de um caderninho de registro das informações por ela aprendida;

**A SER APRESENTADO PELO MODERADOR:**

1. identificar com mães do grupo os momentos apropriados para brincar com o bebê;
2. identificar com as mães formas adequadas para brincar com o bebê.;
3. fornecer informações sobre o brincar adequado;
4. responder dúvidas das mães;

**A SER APRESENTADO PELAS MÃES/CUIDADORAS:**

1. opinar/comentar sobre a informação que brincar para o bebê é importante;
2. trocar experiência pessoal sobre o assunto entre as mães do grupo;
3. brincar com o próprio bebê durante os momentos de interação no hospital;
4. identificar sinais de respostas do bebê diante dessa ação;
5. expressar sensações e sentimentos próprios;
6. elaborar um caderninho de registro das informações aprendidas;

**MATERIAIS:**

1. texto sobre desenvolvimento ou texto sobre estímulos diversos para o desenvolvimento global;
2. texto sobre o brincar;
3. boneco.

## DISCUSSÃO

### ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS DE ENSINO: POSSIBILIDADES E LIMITES

#### **1. Implementação parcial do processo de programação de ensino e possíveis decorrências para a implementação do programa**

Na literatura sobre programação de ensino (BOTOMÉ, 1981, 1996, 2000; CORTEGOSO, 1999) é indicado um conjunto de classes de comportamentos componentes da classe “elaborar um programa de ensino”, que inclui: descrever o problema que deve ser resolvido por meio do programa de ensino; propor objetivos terminais, que resolveriam o problema, sob uma forma comportamental; analisar os objetivos intermediários em todas as ações necessárias para alcançá-los; especificar o repertório de entrada da população para a qual se destina o programa, necessário para iniciar o ensino; descrever os objetivos intermediários e o repertório de entrada sob uma forma comportamental; ordenar os objetivos intermediários em uma seqüência adequada para ensino; planejar as condições antecedentes (e de decomposição) facilitadoras para a aprendizagem de cada objetivo intermediário; planejar as conseqüências que devem ocorrer em cada objetivo intermediário; dividir o programa nos passos que o aprendiz deve realizar; organizar os passos do programa em unidades de ensino; planejar a avaliação do desempenho do aprendiz; planejar a avaliação do programa de ensino; propor forma geral do programa de ensino; preparar (e/ou esquematizar) o material (e/ou informações) necessários para cada passo do programa de ensino; redigir instruções, informações, textos etc, de acordo com a forma como será desenvolvido o programa de ensino.

Frisanco (2001), com a suposição de que algumas destas classes de comportamentos desempenham um papel fundamental no processo de elaboração de programas de ensino eficazes, verificou o impacto do ensino de aptidões para propor e analisar objetivos de ensino sobre o ensino de artes para pessoas com necessidades educativas especiais. A autora encontrou indicações de que estas habilidades podem constituir uma base relevante para o ensinar, mesmo quando as outras classes de comportamentos componentes da mais ampla “elaborar programa de ensino” não chegam a ser especificamente instaladas. Neste sentido, o desenvolvimento do programa de ensino objeto de interesse neste estudo, foi desenvolvido sem que todos os comportamentos incluídos neste processo comportamental

fossem apresentados de forma sistemática e examinados em termos de suas propriedades e produtos; a seqüência em que ocorreram, considerando as peculiaridades da situação considerada, foi também definida em função de possibilidades e circunstâncias decorrentes da situação natural. Desta forma, é possível identificar algumas lacunas no processo de elaboração do programa, sendo que algumas delas correspondem a lacunas (ou insuficiência) no processo de descrição da etapa de programação e dos procedimentos por meio dos quais a etapa foi implementada (por exemplo, em relação à inclusão de condições de ensino relacionadas a objetivos não tornados explícitos – como no caso daqueles que estavam relacionados aos módulos de informações sobre cuidados gerais com o bebê) bem como lacunas correspondentes a etapas não implementadas tal como previsto na literatura (como no caso de descrição de partes funcionais de objetivos intermediários), ainda que possivelmente a programadora estivesse sob controle de aspectos relevantes das relações comportamentais pretendidas.

Tais lacunas podem, então, estar relacionadas a um impacto do programa de ensino ainda restrito sobre o repertório das mães, que sugere a necessidade de rever o programa, desde a descrição do problema a ser resolvido por meio dele, passando principalmente pela análise dos objetivos mais gerais e seus intermediários e o exame do repertório de entrada dos aprendizes (esperado e existente), buscando revelar outros pré-requisitos importantes para promover repertórios mais amplos e precisos em relação aos aspectos envolvidos com lidar com bebês pré-termo de modo a propiciar cuidado e desenvolvimento adequados para estas crianças.

## **2. Elaboração de programas de ensino como processo de tomada de decisão: a construção de visibilidade sobre necessidades de aprendizagem, objetivos a alcançar e condições de ensino**

O planejamento de procedimentos de ensino que venham a solucionar os problemas com os quais professores normalmente se defrontam deve ser precedido pela explicitação precisa daquilo que se quer ensinar, por um conhecimento, mesmo que parcial, sobre quem vai ser ensinado e pela caracterização de alguns aspectos do ambiente em que o ensino se processa e que podem contribuir com ou dificultar o trabalho de ensinar (Zanotto, 2000).

De acordo com Luna (2000), a leitura dos vários textos de Skinner sobre a educação evidencia peculiaridades que falam da coerência de suas análises, da ênfase no

aluno e naquilo que este aluno deve aprender ou aprende como objeto da educação, da necessidade de respeitar o ritmo próprio e a história de vida de cada aprendiz. Falam, ainda, da necessidade de um planejamento capaz de, por um lado, tornar a aprendizagem algo reforçador e, de outro, garantir um ensino que promova um indivíduo cada vez mais capaz de gerenciar sua aprendizagem e de prescindir de intermediários. Do ponto de vista do professor, a ênfase encontrada nas obras de Skinner sempre ressaltam a importância do planejamento orientado por, e reavaliado em função do aluno e de sua aprendizagem. Destaca, por fim, a relevância de examinar o comportamento da escola em geral, e do professor em particular, naquilo que ambos têm de responsabilidade maior: responder efetivamente pela transformação do aluno em direção a um indivíduo competente e autônomo, pronto para responder às transformações que virá a enfrentar.

Um ensino assistemático e não planejado impede a identificação de suas próprias falhas, impossibilita a crítica e a revisão do que é feito sob o nome de ensino e gera perigosos subprodutos, como a atribuição de culpa ao aluno e a falta de responsabilidade daquele que ensina em relação ao processo e ao produto de seu trabalho (Zanotto, 2000). De acordo com esta autora, ainda, o aluno aprende comportamento novo quando aprende a emitir, pela primeira vez, uma resposta que não possui em seu repertório ou a emitir formas de respostas diferentes das que já possui; quando aprende a emitir respostas diferenciadas, sob condições variadas e, também, quando continua mantendo a resposta aprendida mesmo quando ela produz conseqüências diferentes das produzidas originalmente.

Para que uma nova resposta seja ensinada, o professor deve partir de outras respostas já aprendidas pelo aluno, adotar procedimentos que possibilitem construir uma nova resposta; para tanto, o professor pode fazer uso de diferentes procedimentos, como a modelagem, em que o professor atua reforçando diferentemente respostas do aluno de modo a, gradual e sucessivamente, construir a resposta final que quer ensinar pela mudança gradual de propriedades das respostas que a definem na direção do padrão final desejado; o uso de modelos a imitar ou de instruções que induzem o aluno a emitir uma resposta, de modo a possibilitar que outros estímulos passem a produzir a resposta emitida inicialmente por indução e o planejamento de melhores contingências de ensino que não somente possibilitam ao aluno a aquisição de novos comportamentos, mas também sua manutenção em situações novas (Zanotto, 2000).

No presente estudo não foram previstas avaliações específicas do programa de ensino durante sua execução, ficando esta reservada para quando o bebê recebesse ‘alta’, de modo a maximizar o uso do tempo disponível da mãe para a implementação das atividades de

ensino; se, por um lado, esse aspecto foi positivo (pela razão indicada), por outro impediu que a avaliação do programa fosse feita antes do término da participação da mãe, possibilitando que mudanças para aquela participante fossem acrescentadas ao programa. Os resultados indicam que tais providências seriam úteis para implementações futuras do programa, ainda que ocorram de forma simples e rápida.

O ensino oferecido será tanto mais efetivo quando mais o professor conseguir fazer com que as habilidades que procura ensinar se aproximem daquelas que serão significativas para o aluno, fora da escola. É possível afirmar que o ensino tenderá a ser tanto mais efetivo quanto mais se aproximar daquilo que ocorre em situações reais, em relação a: a) condições oferecidas diante das quais o aluno deve se comportar em situação de aprendizagem; b) desempenho que o aluno deve ter face às mesmas; c) conseqüências desse desempenho (NALE, s/d; MATOS, 2001). Considerando esse aspecto, é possível afirmar que o programa elaborado permite que o aprendiz, durante todo o tempo, esteja em situação real, já que o mesmo foi desenvolvido para o ambiente hospitalar, portanto, em situação natural para esse contexto. A possibilidade de treino em situações equivalentes, com uso de bonecos, permitiu que a participante, antes do contato com seu próprio bebê ou simultaneamente a esse contato, pudesse apresentar as respostas de interesse em uma condição segura (para o bebê), aumentando a sensação de segurança da mãe para exercitar a habilidade pretendida e adquirir destreza na sua movimentação, inclusive pela possibilidade de repetição sem desconforto para o bebê.

Keller (1983, p.136) apresenta, resumidamente, as características que parecem mais nitidamente distinguir a proposta da Análise do Comportamento de métodos tradicionais de ensino, as quais incluiriam:

“1) o ritmo individualizado do curso, que permite ao aluno prosseguir com velocidade adequada à sua habilidade e à sua disponibilidade de tempo; 2) o requisito de perfeição em cada unidade, para poder prosseguir, de forma que o aluno só tem permissão para avançar quando já demonstrou domínio completo do capítulo precedente; 3) o uso de palestras e demonstrações como veículo de motivação, ao invés de fonte de informação crítica; 4) a ênfase dada à palavra escrita nas comunicações entre professores e alunos e, finalmente, 5) o uso de monitores, permitindo repetição de testes, avaliação imediata, tutela inevitável, e acentuada ênfase no aspecto sócio - pessoal do processo educacional”.

De acordo com Skinner, em *Contingências de Reforço* (1975), resolver um problema não é apresentar a resposta solução, e sim criar as condições para que esta resposta, inicialmente não disponível (seja porque o organismo não a tem em seu repertório, ou porque existe algum impedimento para que possa ser apresentada), torne-se disponível ou possa ser

emitida. A elaboração de um programa de ensino pode ser compreendida, assim, como um processo de solução de um problema, que envolve um conjunto de tomadas de decisão por parte do programador.

Fórmulas conhecidas de elaborar programas de ensino que têm como ponto de partida o que vai ser ensinado (ao invés do que deve ser aprendido) podem, e geralmente isto ocorre, serem mais rápidas na geração do produto final, um plano de ensino. No entanto, tendem a constituir muito mais demonstrações de erudição e sabedoria de quem os propõe, do que respostas relevantes e apropriadas para as situações que requerem a atuação dos aprendizes, mesmo quando ornamentadas por aparatos pedagógicos e tecnologias avançadas que enfatizam meios no lugar das finalidades – estas muitas vezes pouco conhecidas.

Descrever de forma o mais completa e precisa a situação com a qual os aprendizes devem ser capazes de lidar, em situação natural; expressar de forma comportamental aquilo que devem se tornar capazes de fazer nestas situações, e propor condições favorecedoras destas aprendizagens considerando o conhecimento disponível sobre os processos envolvidos com o aprender humano parecem ser condições que aumentam muito a probabilidade de produzir resultados relevantes e significativos em termos de educação. No caso do presente estudo esses aspectos foram, completa ou parcialmente, garantidos, sendo um exemplo de atendimento parcial a esta condição o que se refere à descrição comportamental do que os aprendizes deveriam ser capazes de fazer que, mesmo quando não especificados em termos de condições antecedentes, subsequentes e propriedades da resposta, foram monitorados pela pesquisadora. No entanto, os critérios últimos – em termos de ciência e em termos de ensino – são o que de fato venha a ser produzido de mudança, nos repertórios comportamentais daqueles que são expostos a programas de ensino, a partir desta exposição. Neste sentido, a avaliação rigorosa de propostas como as que constituem programas de ensino, é parte do próprio processo de ensinar, mais do que objeto de escolha por quem é responsável pela implementação de um programa de ensino (também é um princípio do Ensino Programado Individualizado - EPI, de Keller).

Conforme afirma Frisanco (2001), e já indicado neste trabalho, a definição de objetivos de ensino parece constituir, efetivamente, parte fundamental do processo de programação de ensino, capaz de orientar decisões futuras do programador, ainda que não sejam garantidas todas as etapas do processo de elaboração de programas de ensino.

No Estudo 2, a seguir, são apresentados esforços relacionados à avaliação do programa elaborado e descrito no Estudo 1, a partir de sua implementação junto a mães de

bebês egressos de uma UTI e da coleta e organização de dados relacionados ao desempenho dos aprendizes, mães/cuidadoras, em situações de interação com seus bebês.



## ESTUDO 2

### INTRODUÇÃO

#### **AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ENSINO PARA CAPACITAR MÃES DE BEBÊS PRÉ-TERMO COMO PROMOTORAS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM BERÇÁRIO PÓS-UTI NEONATAL**

No processo de ensino-aprendizagem, sob a perspectiva da programação de ensino, objetivos de ensino, além de orientar quem ensina e quem está sendo ensinado, permitem fornecer uma medida para avaliar o progresso alcançado pelo procedimento. Nesse sentido, de acordo com Lorena (2007), a avaliação do programa de ensino é também uma etapa no processo de elaboração de programas, de modo que seja possível verificar se, e quanto, os aprendizes foram capacitados para lidar com a situação-problema a partir das condições de ensino oferecidas. Se os aprendizes não estão suficientemente aptos, será necessário rever a descrição da situação-problema ou dos objetivos terminais. Revisões ao longo do desenvolvimento de um programa de ensino devem ser realizadas, por meio de uma nova proposta de intervenção ou completando aspectos que ainda não haviam sido considerados, com o propósito de gerar ensino eficaz e aprendizagem efetiva.

Neste sentido, e conforme já ressaltado anteriormente, avaliar se o aprendiz atingiu um objetivo comportamental deve ir além da verificação de suas respostas, é necessário observar se a resposta ocorre em determinadas condições de estímulo e se pode se manter sem o controle de contingências vinculadas apenas às situações de ensino (BOTOMÉ, 1977). Segundo este autor, a avaliação tanto do desempenho do aprendiz quanto do programa de ensino devem levar em conta mais do que a resposta do aprendiz.

Em artigo publicado em 1998, sobre Programação de Ensino no Brasil, Nale afirma que no país instalou-se a preocupação em avaliar cursos programados em bases diferentes das comumente utilizadas: buscando identificar o controle que as contingências programadas exerciam, sobretudo no sentido de levar os alunos a realizarem tarefas propostas e aprenderem os comportamentos estabelecidos como objetivos. Assim, a avaliação tem por base principalmente produtos das respostas dos alunos, relacionados aos vários objetivos do curso e coletados em diferentes momentos do processo de ensino: imediatamente antes da aplicação do programa, em momentos estratégicos ao longo dessa aplicação, e ao final da

mesma, entre outras possibilidades. Segundo Nale (1998), neste mesmo artigo sobre programação, mais abundantes são os estudos em que se procedeu à avaliação direta de desempenhos componentes de objetivos comportamentais e em que, como regra, constata-se, também, a preocupação em avaliar a aprendizagem em situações que se aproximam, no grau máximo possível, da situação natural.

Em relação à ocorrência de aprendizagem, Kubo e Botomé (2001) indicam que não é apenas o que o aluno faz, mas suas relações com seu meio que evidenciam o que, de fato ele está produzindo de transformações nesse meio; nesse sentido, o que evidenciará a aprendizagem é o que ele conseguirá fazer em seu meio. Quando o aprendiz não está sendo capaz de apresentar classes de repostas que constituam uma outra relação com o meio, de forma a gerar conseqüências (resultados) que constituam uma alteração significativa (ou de interesse) nesse meio, isto constitui o que pode ser chamado de comportamento inapropriado, ineficaz ou equivocado.

Um aspecto importante da alteração no comportamento do aprendiz não é o desempenho inicial nem o desempenho final e sim a mudança de um para outro: quando essa mudança é produzida pela ação do professor, pode ser dito que houve ensino. Se ela ocorrer sem a intervenção de alguém, houve apenas aprendizagem, uma vez que a natureza e as situações também ensinam, sem a ajuda das pessoas (KUBO; BOTOMÉ, 2001). Uma outra característica pode ser indicada no que constitui o ensinar: aumento da probabilidade de ocorrência das novas maneiras de agir, em situações com propriedades semelhantes às da situação-problema. Toda aprendizagem que ocorre nesses termos tem alguma probabilidade de generalizar-se, de alguma forma e em algum grau, para outras situações diferentes, em algum aspecto ou grau, daquela que foi apresentada ao aprendiz.

Segundo Kubo e Botomé (2001), as condições de ensino e os objetivos, quando são de boa qualidade, tendem a possibilitar outras aprendizagens relacionadas a estes objetivos e decorrentes das condições de ensino. Cabe ao professor lidar com outros comportamentos do aprendiz, pois raramente um organismo aprende, ao agir no ambiente, apenas aquela unidade de aprendizagem que alguém ensinou.

Considerando a relevância de produzir procedimentos de ensino mais eficazes e econômicos para realizar a capacitação de aprendizes em processos informais de ensino, constituem perguntas de pesquisa, neste estudo:

- Em que medida objetivos comportamentais e diferentes condições de ensino propostos a partir de um processo de programação de ensino, individualmente, contribuem para preparar mãos para os desempenhos

definidos como desejáveis para atuar como promotoras do desenvolvimento infantil desde o ambiente hospitalar?

- Qual é o impacto de um programa de ensino para mães de bebês pré-termo internados num berçário hospitalar, a partir de aprendizagens desejáveis para desempenhar condutas de cuidado favorecedoras do desenvolvimento infantil e da relação entre mães e bebês?
- Em que medida a elaboração de um programa de ensino com base na tecnologia derivada do conhecimento produzido no âmbito da Análise Experimental do Comportamento, constitui base eficaz para a promoção de processos de ensino, neste âmbito?
- Em que medida a elaboração do presente programa de ensino permite gerar produtos a serem utilizados em capacitações futuras de novas mães aprendizes em contextos semelhantes?



## MÉTODO

### IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA DE ENSINO PARA CAPACITAR MÃES DE BEBÊS EGRESSOS DE UTI NEONATAL

Para a realização do programa de ensino houve o cuidado para que o mesmo não interferisse na rotina do serviço do Be, no que diz respeito aos procedimentos de enfermagem, de fisioterapia e visita clínica do médico. Assim, o programa foi aplicado durante todos os dias da semana (segunda a sexta-feira), em função da disponibilidade das mães participantes, com duração prevista de 45 a 60 minutos, sendo alternada a presença da pesquisadora entre manhãs e tardes, com o objetivo de alcançar o maior número possível de mães. A hora do dia reservada para aplicação do programa no período da manhã foi por volta de 10h30min horas, horário em que o bebê já teria sido alimentado e não interferindo, também, no horário de almoço da mãe na instituição; no período da tarde, com critério semelhante, o horário foi definido em torno das 16h30min horas.

As atividades do programa realizadas na forma de treino em serviço seguiam os horários e rotina da própria unidade, com acordo prévio entre pesquisadora, mãe e técnica de enfermagem sobre a realização de cada treino. As outras atividades foram realizadas seguindo um cronograma de dias e horários semanais de comum acordo com pesquisadora e cada participante. Podia ocorrer, assim, de a implementação dos módulos que compunham o programa de ensino se dar diariamente, em dias alternados ou conforme acordo entre as partes.

A realização do programa se deu em consonância com um plano que previa um conjunto de módulos, cada um deles abordando um tema específico da maternagem (amamentação, higiene, trocas, entre outros) ou do desenvolvimento infantil e formas de acompanhá-lo e estimulá-lo, sem uma seqüência predefinida, de modo a atender a necessidades e especificidades de cada uma das aprendizes e do contexto. Assim, a definição **do que** seria e **quando** seria ensinado partia das necessidades das mães identificadas no contato diário nas sessões de observação ou nos módulos aos quais as mães já haviam sido submetidas, de solicitações da enfermagem, principalmente da auxiliar *Paux4* e, ainda, de verbalizações das próprias mães solicitando que a pesquisadora as ensinasse sobre o banho, sobre o desenvolvimento infantil, sobre o uso de talcos e perfumes, por exemplo. A possibilidade de elaboração e implementação de novos módulos além dos definidos como

básicos existia, e poderia ocorrer em função de necessidades apresentadas pela mãe ou percebidas pela pesquisadora, desde que houvesse acordo da participante.

A opção por implementar o programa em pequenos módulos independentes se deu devido ao fato de a permanência da mãe no Be estar sempre condicionada à permanência do bebê nesta unidade, que pode variar em termos de número de dias, bem como em relação à antecedência com que a mãe é informada sobre a perspectiva de alta. Assim, embora haja a previsão de que a alta seja informada à mãe com, em média, três a quatro dias de antecedência, por vezes a liberação do bebê ocorre mais repentinamente e, mesmo quando há tal antecedência, nos dias anteriores à saída do bebê a mãe tem uma sobrecarga de atividades no hospital (acompanhamento do bebê na avaliação com neuropediatra, vacinação do bebê e agendamento do acompanhamento do bebê no serviço de seguimento do desenvolvimento de bebês de risco, etc). Como decorrência dessas ocorrências, cada mãe esteve disponível para participar do programa por um número diferente de dias, e aquelas que permaneceram na unidade um menor número de dias puderam ser submetidas a apenas um ou alguns módulos de todos os previstos. Da mesma forma, a não existência de seqüência pré-definida para realização dos módulos com cada uma das participantes foi uma condição favorecedora para que necessidades identificadas em relação ao repertório de cada mãe servissem como critério para a definição de seqüência de desenvolvimento dos módulos.

### **1. Contato Inicial com Mães para a Participação no Programa**

O primeiro contato entre a mãe e pesquisadora foi realizado durante as visitas que aquela ou familiares podem realizar na UTI neonatal; essas visitas eram permitidas, no período de realização do estudo, todos os dias da semana em dois horários: das 16h30min às 17h00min horas e das 21h00min às 21h30min horas. Nesse momento a pesquisadora se apresentava, perguntava sobre a situação do bebê, sobre a situação da mãe, explicava seu trabalho de pesquisa, convidava a mãe a participar do programa tão logo o bebê recebesse alta da UTI n para o Be e colocava-se à disposição para suporte ou outros esclarecimentos.

Devido ao fato do horário das altas da UTI n não serem totalmente previstos, isto é, elas poderiam ocorrer em diferentes dias e em diferentes momentos em decorrência de diversos fatores, foi solicitado pela pesquisadora, às auxiliares técnicas de enfermagem do Be que, tão logo a mãe iniciasse o contato com o Be, a pesquisadora fosse avisada para a reiteração do convite para participação no programa, se já tivesse sido realizado durante a

internação do bebê na UTI n, ou para que esse convite fosse feito naquele momento. Este aviso por parte da equipe, contudo, nem sempre ocorreu.

## **2.Procedimento para o Início da Participação da Mãe no Programa de Ensino**

Para que se efetivasse a participação da mãe no Programa de Ensino ela deveria atender aos critérios de condição para participação no programa explicitados a seguir, conversas entre a pesquisadora e auxiliares foram mantidas para que as auxiliares pudessem indicar, sob seu ponto de vista, daquelas mães presentes no berçário, quais se beneficiariam com a participação no programa de ensino em estudo.

## **3.Condições para participação no programa<sup>2</sup>**

Foram requisitos para inclusão de participantes no programa, que estas apresentassem:

1. capacidade visual e auditiva,
2. condições físicas, incluindo de saúde, para permanecer no hospital,
3. ausência de sinais de alteração emocional que possam indicar dificuldades para se relacionar com outras pessoas,
4. acordo com a internação e com os cuidados básicos da internação,
5. disposição, expressa verbalmente, para aprender a lidar com o bebê,
6. disponibilidade de tempo para se relacionar com o bebê para além dos cuidados básicos.

Foi definido como relevante, ainda, que as mães participantes apresentassem, como parte de seu repertório comportamental inicial, comportamentos como:

1. atender ordens simples,
2. relacionar-se com outras pessoas,
3. identificar sinais humanos relacionados a necessidades e sentimentos,
4. reagir a sinais humanos, como expressões faciais e corporais de bebês.

Nos casos destes comportamentos considerados como relevantes, poderia então ocorrer exclusão de mães do estudo, caso tivessem sido observados indícios de que tais

---

<sup>2</sup> estariam excluídas mães com grave depressão pós parto ou com algum problema mental anterior (usuários de drogas, psicopatologias etc), e não aquelas com certo desequilíbrio emocional esperado devido à situação pela qual estavam passando, em função do nascimento do bebê e de suas condições de saúde.

comportamentos não estivessem presentes em seus repertórios, nas situações em que a pesquisadora pode realizar suas observações. Isto, contudo, não ocorreu, já que as observações realizadas não indicaram tais “lacunas” nos repertórios das mães consultadas e os contatos futuros com as mães participantes do estudo confirmaram esta conclusão inicial.

Foram considerados como desejáveis, embora sua ausência não implicasse em exclusão do programa, comportamentos como:

1. identificar alguns sinais básicos de reação do bebê (chorar, fazer caretas, dormir...),
2. reagir a sinais do bebê, como choro,
3. interagir com o bebê (falar, olhar, sorrir, tocar, proteger...),
4. reconhecer necessidades básicas de um bebê (alimentação, higiene, afeto, proteção...),
5. atender (minimamente) necessidades do bebê (alimentar, limpar, segurar...),
6. reconhecer sua responsabilidade e relação com o bebê.

Para a verificação de se as mães atendiam ou não às exigências acima, a pesquisadora utilizou, apenas, indícios advindos de observação e conversa informais com as possíveis participantes; ainda, dentre as auxiliares *Paux4* atuou como incentivadora da participação das mães, também oferecendo dicas de necessidades e dificuldades das mães, em sua opinião.

De acordo com o procedimento previsto, então, tão logo o bebê recebia alta da UTI n e a mãe iniciasse o período de visitas e permanência no Be, e havendo o aceite por escrito da mãe em participar do estudo (documentado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), eram iniciadas sessões de filmagem de situações da mãe no ambiente do Be, particularmente quando em contato com seu bebê, e também, na medida do possível, da mãe em interação com a funcionária técnica de enfermagem, para obter dados necessários à caracterização dos comportamentos da mãe em relação ao bebê e ao ambiente hospitalar em geral. A partir da obtenção de uma amostra de seu repertório para que após as intervenções fosse possível verificar diferenças em seu comportamento, era dado início à aplicação do programa de ensino, seguindo seqüência explicitada no procedimento padrão do programa, ou seja, apresentação seqüencial das seguintes condições de ensino: 1) Oferecer informações básicas sobre cuidados maternos, sobre desenvolvimento global ou tema sugerido pela mãe de forma verbal; 2) Demonstrar para a mãe posturas e manuseios relativos aos cuidados; 3) Solicitar para que a mãe simule o cuidado em boneco (A realização da terceira seqüência será determinada pela escolha da mãe); 4) Solicitar para que a mãe realize o cuidado no bebê



durante a rotina do serviço ou em momento apropriado; 5) Realizar discussão de material instrucional (escrito ou gravado) sobre cuidados, desenvolvimento, entre outros temas; 6) Elaborar com a mãe um caderninho de registro das informações por ela aprendidas. Essas condições foram oferecidas individualmente aos participantes.

Para identificação do repertório inicial das mães participantes do programa foi realizada entrevista geral (**Apêndice G**) com cada uma delas buscando-se as seguintes informações: a) você recebeu informações sobre como cuidar de seu bebê? b) as informações estavam relacionadas a qual(is) assuntos? c) no berçário, quais os cuidados com o bebê que você realiza? d) você tem tido dificuldade em cuidar de seu bebê? e) qual sua dificuldade? f) nesse momento o que você acha mais importante para o cuidado de seu bebê? g) o que você acha que iria te ajudar a cuidar de seu bebê h) o que você gostaria de saber sobre os bebês que necessitaram de internação?

Além dessas informações gerais, imediatamente antes do início de cada unidade era realizada uma entrevista específica relativa aos assuntos que seriam abordados na unidade. Nas situações em que era possível realizar entrevista correspondente a todas as unidades do módulo a ser iniciado, este foi o procedimento adotado; em situações em que seria abordado apenas assunto correspondente a uma unidade (por ser esta a necessidade imediata da mãe ou pela disponibilidade limitada de tempo), a entrevista era realizada somente em relação às questões abordadas na unidade em questão. As entrevistas finais foram realizadas após a alta hospitalar dos bebês. Para a participante *Pm7*, a entrevista foi realizada na primeira visita-consulta da mãe e bebê no serviço de seguimento do desenvolvimento de bebês de risco do hospital; para a outra participante, *Pm8*, a pesquisadora, após agendamento e aceite prévio, realizou a entrevista na casa da própria participante.

#### **4.Registro das sessões de aplicação do Programa de Ensino**

Foram gravadas em filmadora digital as sessões de implementação dos módulos do programa de ensino, para posterior análise dos comportamentos das participantes e registro fiel de informações sobre a implementação do programa. Nas sessões de ensino a filmadora teve como foco a(s) mãe(s) participante(s); nas sessões em que houve o treino em serviço o foco esteve voltado para mãe e bebê conjuntamente.

Um caderno de registro, elaborado pela(s) mãe(s) participante(s), ao final de cada sessão, constituiu uma forma de registro do programa, sendo que nesse caderno a participante era incentivada a registrar o que havia aprendido e a anotar as dúvidas que ela

gostaria de discutir com a pesquisadora; algumas das participantes usaram o caderno para fazer um pequeno resumo do que tinham lido ou ouvido durante o período com a pesquisadora; outra forma de registro utilizada foi um diário de campo no qual a pesquisadora realizava registros diversos possibilitando uma descrição da situação contextual vivida pelas participantes diariamente.

## **5.Procedimento de coleta dos dados**

Os dados sobre desempenho das mães com seus bebês foram coletados a partir de filmagens feitas em alguns momentos em que mães participantes dispensavam cuidados com o bebê durante a rotina do Be (como por exemplo: banho na incubadora, no banho, na troca de fraldas, na alimentação no copinho, na amamentação no peito) ou, ainda, em momentos em que mãe e bebê estavam em aparente interação (como, por exemplo, bebê no colo da mãe, mãe ao lado da incubadora e no mãe-canguru, entre outras).

As entrevistas com as mães foram realizadas em uma sala separada do berçário, sendo, mediante autorização das mães, gravadas em fita cassete; nesta mesma sala também foram implementadas condições de ensino correspondentes aos módulos do programa, quando não se tratava do treino em serviço, uma vez que neste caso era realizado no próprio berçário.

Durante a coleta de dados não eram todas as mães que estavam com seu bebê internado no Be que eram convidadas a participar do programa, uma vez que foram incluídas no estudo apenas mães de bebês nascidos prematuramente que não apresentassem patologias diagnosticadas ao nascimento. Assim, todas aquelas que atendiam a estes critérios e aos outros correspondentes a repertório inicial da mãe, eram informadas da realização da pesquisa e convidadas a ler o termo de consentimento livre e esclarecido. Para aquelas que não atendiam ao critério relativo às condições do bebê ou que não aceitavam participar do estudo, a pesquisadora se colocou à disposição para eventuais necessidades de orientação das mães e para a participação destas conjuntamente com as mães que atendiam ao critério só que sem o controle necessário para a pesquisa (filmagem e realização de entrevistas). Algumas das mães que tiveram seus bebês internados no período da coleta de dados e que não quiseram participar da pesquisa, alegaram motivos variados, tais como já serem mães de outros bebês (o que lhes conferia, segundo elas, o conhecimento dos cuidados ao bebê internado) ou o fato de que se sentiriam obrigadas a vir ao hospital para a participação na pesquisa.

Quanto à utilização da câmera filmadora para as mães que manifestavam o desejo de não serem filmadas (no contexto geral do Be) a pesquisadora tomava o máximo cuidado de somente dirigir o foco para as mães participantes. Idem para a situação das auxiliares técnicas de enfermagem, quando manifestavam o desejo de não serem filmadas. Muitas mães, mesmo não participando diretamente do programa, declararam, quando consultadas, sua concordância com a situação da filmagem, via assinatura de termo de consentimento, relatando não se sentirem incomodadas, fato que ocorria também com auxiliares técnicas de enfermagem da UTI n que, em alguns momentos do dia permaneciam no berçário (como nos horários de almoço e café das auxiliares plantonistas do berçário ou mesmo para determinados procedimentos técnicos de enfermagem nos quais a presença de auxiliares da UTI n se fazia necessária).

Em relação às enfermeiras e auxiliares técnicas de enfermagem, no período de implementação do programa ocorreu uma mudança no quadro de profissionais. Em função disso, das quatro profissionais que participaram da entrevista no Estudo 1, três permaneceram na equipe, sendo uma delas alocada não mais no berçário e sim na UTI n.

Quando da entrada de uma nova auxiliar técnica (Paux5) no berçário, a pesquisadora se apresentou e explicitou os objetivos de seu trabalho e da pesquisa que estava sendo desenvolvida com as mães, convidando a mesma para participar. Essa auxiliar técnica do berçário não quis participar da entrevista alegando não gostar de falar. Durante os meses que se seguiram, e durante a implementação do programa, essa auxiliar mostrou-se muito pouco colaborativa com a pesquisadora, havendo indícios de que tenha atuado de modo a comprometer a disposição de mães para participar do estudo e mesmo em relação ao desenvolvimento da pesquisa. Fatos alheios à pesquisa culminaram com a transferência dessa auxiliar para outro setor; então, por um período de tempo algumas das auxiliares técnicas da UTI n passaram a fazer seus plantões no Be, até que uma nova auxiliar técnica de enfermagem iniciou o trabalho de plantonista do berçário (Paux6).

Ao final do estudo, apenas duas das auxiliares técnicas plantonistas no berçário permaneciam neste local de trabalho, sendo que uma delas participou da entrevista do Estudo 1 (Paux4), e a outra aquela que, quando de sua entrada no serviço e convite a participação da pesquisa manifestou desejo de não realizar entrevista nem ser filmada nos momentos de relação com as mães, embora não tenha se oposto a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Paux6).

## 6.Participantes

As participantes do Estudo 2 foram outras mães que não as que participaram do Estudo 1. Considerando que ocorreu intervalo em torno de sete meses entre as atividades de observação realizadas como parte do Estudo 1 e as incluídas no Estudo 2, os bebês daquelas mães já não estavam mais internados no berçário quando do início do Estudo 2. Deste segundo estudo participaram mães que atendiam aos critérios para a participação (definidos pela ocorrência de nascimento prematuro de seus bebês, ausência de patologias diagnosticadas ao nascimento dos mesmos, necessidade de internação hospitalar em UTI n, internação do bebê no berçário pós UTI n no momento da implementação do programa de ensino, presença do repertório inicial da mãe definido como requisitos para inclusão de participantes no programa apresentados anteriormente) e manifestação de anuência com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram do programa de ensino sete (7) mães (*Pm7, 8, 9, 10, 11, 12, 13*); foram coletados dados, de acordo com os procedimentos explicitados, em relação a essas sete mães; contudo, apenas dados de duas delas, *Pm7* e *Pm8*, são apresentados no Estudo 2, tendo sido escolhidas estas mães em função de: a) terem tido oportunidades diferentes em relação a quantidade e tipo de módulo do programa de ensino aos quais foram expostas, e b) serem representativas das outras, em termos de idade e número de filhos.

No Quadro 16 podem ser vistas caracterizações gerais destas participantes e de seus bebês.

Quadro 16. Caracterização geral das mães participantes do Estudo 2 (*Pm7, Pm8*).

<b>CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS MÃES</b>		
<i>Participantes</i>	<i>Pm7</i>	<i>Pm8</i>
<i>Idade (anos)</i>	21	37
<i>Escolaridade</i>	Ensino médio incompleto	Ensino Médio completo
<i>Atividade Profissional</i>	Do lar	Do lar
<i>Situação Conjugal</i>	Solteira	Casada 10 anos
<i>Gestação</i>	Múltipara	Múltipara
	Única	Única
<i>Cidade de Origem</i>	Da mesma cidade onde residiam	Da mesma cidade onde residiam
<i>Quanto Tempo Permanece no Hospital (BE)</i>	Fica normalmente pouco, em dias alternados da semana	Quase todos os dias das 8:30 às 17:30 h

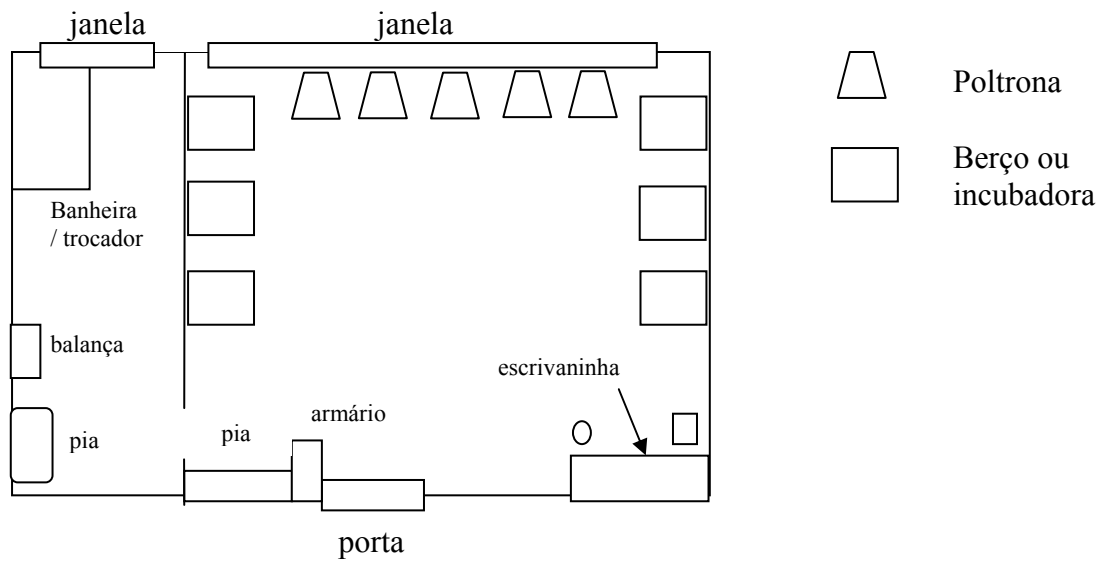
Quadro 17. Caracterização geral dos bebês das mães participantes do Estudo 2 (Pm7, Pm8).

<b>CARACTERIZAÇÃO GERAL DO BEBÊ</b>		
<i>Participantes</i>	<i>Pb7</i>	<i>Pb8</i>
<i>Idade Gestacional</i>	Aproximadamente 33 semanas	Aproximadamente 30 semanas
<i>Peso ao Nascimento (gramas)</i>	1810	845
<i>Peso na Internação BE (gramas)</i>	1920	1015
<i>Peso na Alta Hospitalar (gramas)</i>	2465	2040
<i>Diagnóstico Clínico ao Nascimento</i>	Membrana Hialina grau II e Anóxia neonatal	Prematuridade, Membrana Hialina e PIG
<i>Apgar</i>	2, 8	sem informação
<i>Tempo de internação do bebê no início do estudo (dias)</i>	20	46
<i>Tempo de Internação na UTI n (dias)</i>	13	18
<i>Tempo de Internação no BE (dias)</i>	13	42
<i>Total de dias de internação</i>	26	60

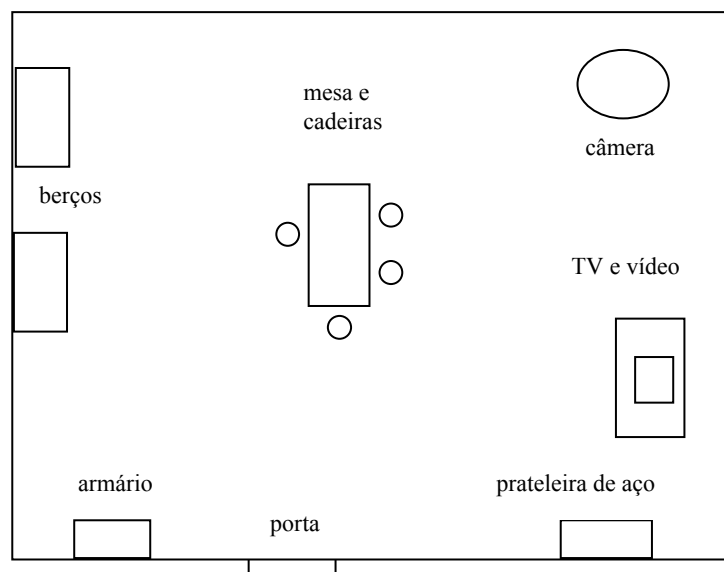
## 7. Local da coleta de dados

Os dados foram coletados em dois ambientes de uma Santa Casa de Misericórdia de uma cidade do interior do estado de São Paulo, denominados: Berçário (Be) e Sala das Mães.

Berçário (Be): local onde os bebês pré-termo ficam internados após a internação em UTI neonatal, aberto a permanência diária das mães, descrito no Estudo 1 (página 120).



Sala das Mães: local onde foram realizadas as sessões de intervenção, sendo que até então essa sala não estava sendo utilizada. Essa sala tinha aproximadamente 42 metros quadrados (6 x 7m), sem janelas e com uma única porta de acesso. Ficavam alocados, nesse local, berços e incubadoras da UTI n e do Be que não estavam sendo utilizados (encostados em uma das paredes), além de algumas cadeiras plásticas e um pequeno aparador (utilizado como mesa pela pesquisadora). Havia também um pequeno armário com materiais para atividades plásticas, artesanais e bonecos, e a pesquisadora instalou, na sala, televisão e vídeo cassete, para uso nas atividades de ensino. Filmadora e tripé eram instalados na sala nas situações de coleta de dados.



## **8.Delineamento de Pesquisa**

Como forma de avaliação do impacto do programa, e de diferentes condições de ensino nele contidas, foram comparadas propriedades de comportamentos apresentados pelas mães em relação a cuidados com o bebê em momentos diferentes da implementação do programa de ensino, sendo que cada mãe passou por um conjunto específico de atividades de ensino, considerando os diferentes módulos e unidades previstas. Assim, dados sobre possíveis efeitos das variáveis independentes (ensino de cuidados maternos no ambiente hospitalar) sobre as variáveis dependentes (aspectos do comportamento materno) foram obtidos por meio da observação (filmagens) dos comportamentos da mãe no ambiente hospitalar, nos momentos em que ela se relacionava com o bebê, antes, durante e após o desenvolvimento de módulos do programa de ensino.

As observações obtidas por filmagens tinham durações definidas em função das condições do contexto específico considerado para cada mãe, a cada oportunidade de coleta de dados, e cada uma das mães participantes teve um número diferente de oportunidades de observação anteriores à introdução do programa.

Nos Quadros 18 e 19 a seguir podem ser vistas, na seqüência em que ocorreram, as situações pelas quais passaram cada uma das participantes do Estudo 2. Em negrito, foram destacadas situações semelhantes, ou seja, envolvendo o mesmo tipo de ação da mãe em relação ao bebê: banho, amamentação, alimentação com copinho etc.

Legenda
S: Sessão de Observação (1, 2, 3...)
I: Intervenção
TS: Treino em Serviço

Quadro 18. Seqüência das situações em que a participante *Pm7* foi observada e às quais foi submetida, destaque em negrito das intervenções.

<i>Pm7</i>					
S <sub>1</sub>	S <sub>2</sub>	S <sub>3</sub>	S <sub>4</sub>	I <sub>1</sub>	S <sub>5</sub>
Troca de fralda	Bebê no colo	Amamentação	Amamentação	<b>Informação Geral</b>	Amamentação

Quadro 19. Seqüência das situações em que a participante *Pm8* foi observada e às quais foi submetida, destaque em negrito das intervenções.

<i>Pm8</i>																						
S <sub>1</sub>	S <sub>2</sub>	S <sub>3</sub>	I <sub>1</sub>	S <sub>4</sub>	S <sub>5</sub>	I <sub>2</sub>	S <sub>6</sub>	S <sub>7</sub>	S <sub>8</sub>	I <sub>3</sub>	S <sub>9</sub>	I <sub>4</sub>	TS <sub>1</sub>	S <sub>10</sub>	S <sub>11</sub>	S <sub>12</sub>	S <sub>13</sub>	I <sub>5</sub>	S <sub>14</sub>	S <sub>15</sub>	S <sub>16</sub>	I <sub>6</sub>
Mãe – Canguru e Alimentação seringa	Deslocar-se com o bebê	Bebê incubadora mãe ao lado	<b>Informação Geral</b>	Mãe – Canguru	Mãe – Canguru e Alimentação seringa	<b>Informação Geral: deslocar, segurar, postura</b>	Amamentação no peito	Transferir bebê do berço e deslocar-se com bebê	Alimentação no copinho (orientação auxiliar)	<b>Banho</b>	Alimentação no copinho (orientação auxiliar) e arrotar e deslocar-se com bebê	<b>Banho</b>	<b>Banho</b>	Transferir bebê do berço e deslocar-se com bebê	Banho e bebê no colo	Bebê no berço mãe ao lado	Amamentação no peito (orientação auxiliar)	<b>Amamentação</b>	Banho	Amamentação no peito	Bebê no colo alimentação por chucha e arrotar	<b>Dúvidas da mãe</b>



Nas Figuras 1 e 2 a seguir, as condições a que cada uma das participantes foi exposta durante o estudo podem ser vistas em relação à sua ocorrência nos dias em que foram desenvolvidas atividades com estas mães, com sinalização das condições de observação, intervenção e treino no decorrer da intervenção.

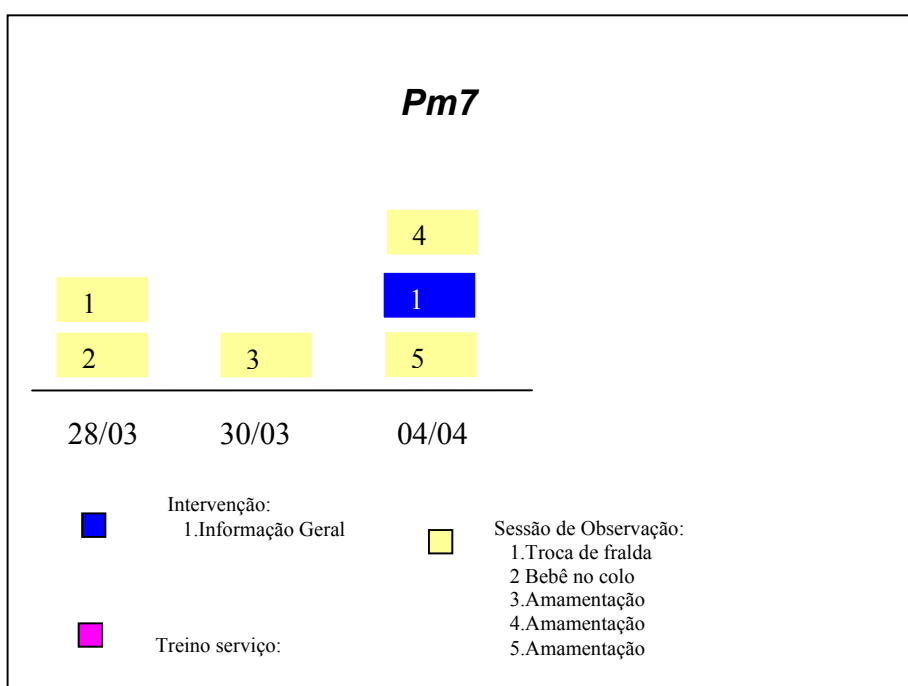


Figura 1. Representação gráfica da distribuição das condições a que a participante *Pm7* foi exposta no estudo.

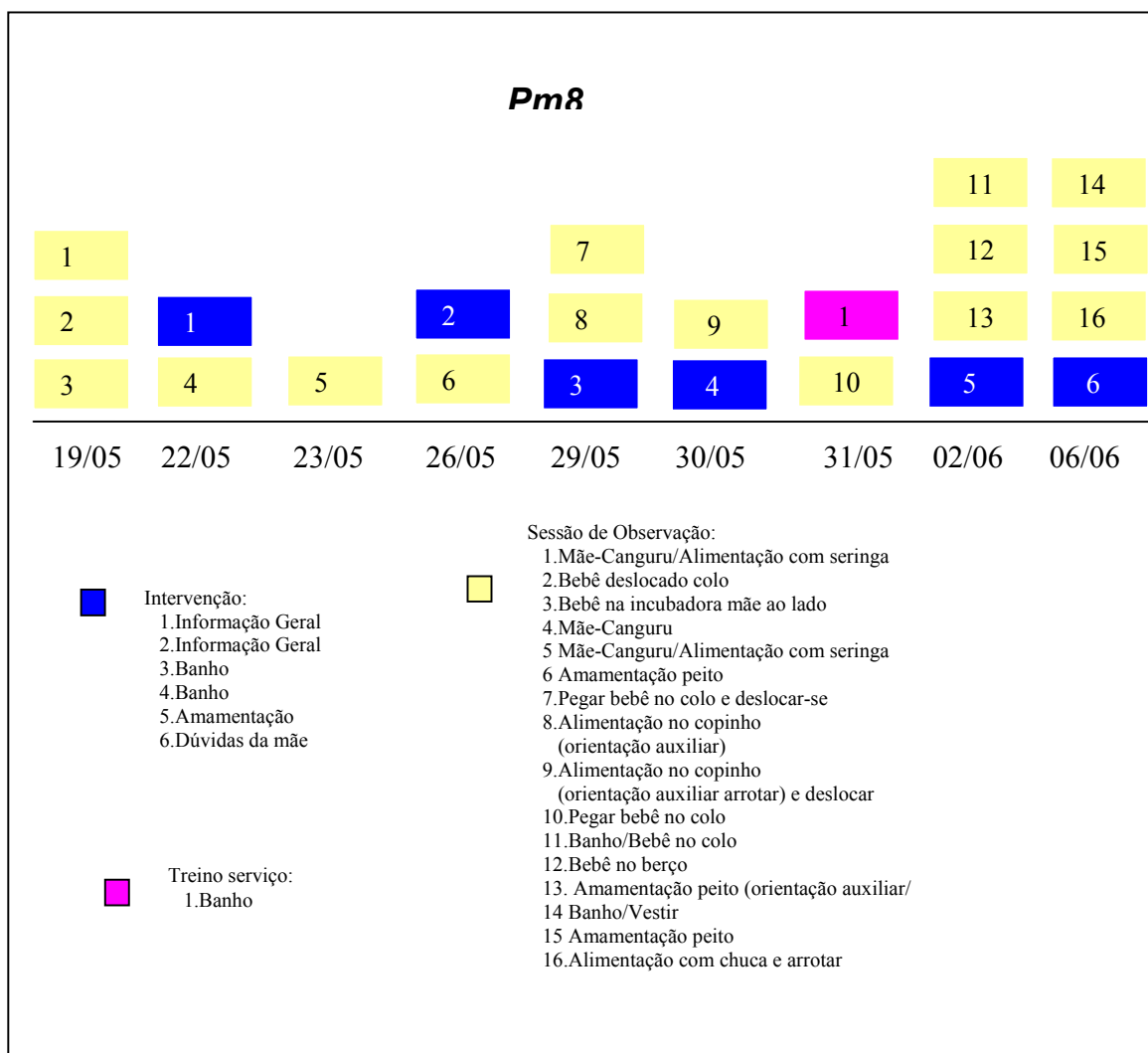


Figura 2. Representação gráfica da distribuição das condições a que a participante *Pm8* foi exposta no estudo.

O número de observações realizadas antes de iniciar o programa foi limitado a três ou quatro situações, para aumentar a probabilidade de que houvesse tempo para a mãe participar de módulos do programa. Esse número foi definido, tomando por base o estado clínico do bebê, especialmente seu peso, a necessidade de permanecer na incubadora e a possibilidade de permanência da mãe no Be coincidindo com a presença da pesquisadora.

A partir do momento que a mãe iniciava o programa, novas filmagens eram realizadas no ambiente do Be, já que isto possibilitava coletar dados adicionais sobre alguma

situação abrangida pelo conteúdo do programa ou, então, de qualquer outra situação vivenciada na rotina que coincidissem com a presença da pesquisadora no Be e que pudesse auxiliar na avaliação do impacto do programa ou mesmo na identificação de variáveis intervenientes relevantes.

## **9. Tratamento dos dados**

### Quanto às filmagens

As filmagens foram transcritas literalmente e, a partir destes textos foram realizadas tentativas de organização dos dados em função dos objetivos do estudo. Neste processo, que contribuiu para a definição de categorias de análise e formas de representação dos dados, foram construídas tabelas correspondentes a cada situação considerada, indicando o desempenho da mãe, a interferência da auxiliar e da pesquisadora, nos casos em que estas pessoas estavam presentes. Nessas tabelas, o desempenho da mãe foi classificado pelos sinais positivos e negativos, considerando conhecimento disponível sobre desenvolvimento infantil e atenção a bebês pré-termo (BRAZELTON, 1988, 1990, 1994, 1997; KLAUS & KENNEL, 1993; GASPARETTO, 1998; BRASIL, 2002), sendo indicada por esta a justificativa para a classificação de cada aspecto como positivo ou negativo (**Apêndice - H**). A partir destas, foram construídas tabelas que representavam situações semelhantes ou correspondentes, mas com dados obtidos em momentos diversos (tempos cronológicos diferentes), para cada mãe, com o objetivo de identificar e ressaltar semelhanças e diferenças de desempenho das mães, existentes nestas situações, uma amostra desta etapa pode ser vista no **Apêndice - I**.

Para análise do desempenho da mãe em situações de interação com o bebê, foram propostas categorias para classificação de cada um dos comportamentos das classes de interesse, correspondentes a propriedades destes comportamentos. Para algumas classes de comportamentos, a variável considerada foi frequência de ocorrência; para outras, foi considerada duração; em alguns casos, a latência; em grande parte delas, foi considerado o padrão de acerto ou erro apresentado pela mãe. As definições destas categorias podem ser vistas nos quadros a seguir. No Quadro 20, podem ser vistas as definições dos comportamentos específicos e as relacionadas a formas corretas e incorretas destes comportamentos em relação aos quais estas

foram as propriedades observadas; no Quadro 21 podem ser vistas as definições relacionadas à definição de comportamentos em relação aos quais foi observada a ocorrência.

Quadro 20. Categorias para classificação de comportamentos observados da mãe em relação ao bebê nas situações de berçário, em relação aos quais foi observada a forma (correta e incorreta).

<b>Comportamentos</b>	<b>Forma correta</b>	<b>Forma incorreta</b>
<b>Relativo a manuseio do bebê</b>		
Transferir bebê berço/trocador – colo (forma)	a) segurar o bebê com apoios, para ele, nas cinturas escapular, pélvica e cabeça, b) com braços flexionados (menor distância entre bebê e corpo da mãe desde o início), até encostar bebê ao seu corpo	a) segurar o bebê por qualquer das extremidades, superiores e/ou inferiores e b) manter braços estendidos, resultando em bebê distante do corpo da mãe por maior extensão
Deslocar-se com o bebê no colo (forma)	manter o bebê a) próximo ao corpo da mãe, b) com postura fletida; e c) mãe deslocar-se de maneira lenta e evitando obstáculos	manter o bebê a) distante do corpo da mãe, b) com membros estendidos e cabeça sem apoio); c) mãe deslocar-se rapidamente, desatenta a obstáculos
Em estando o bebê acordado ou sonolento, no colo ou no berço, mudar posição do bebê, sendo consideradas como posições: deitado, em pé, de barriga para baixo, de barriga para cima, sobre o lado direito, sobre o lado esquerdo (ocorrência - intervalo, forma)	Ocorrência (sim): “trocar” bebê de posturas depois de algum tempo, principalmente na presença de sinais de vermelhidão na pele ou nas protuberâncias ósseas,  Forma correta: desde que o bebê a) mantenha o alinhamento da cabeça em relação ao tronco, b) flexão dos membros nos diferentes decúbitos	Ocorrência (não): não “trocar” bebê de posturas depois de algum tempo, principalmente na presença de sinais de vermelhidão na pele ou nas protuberâncias ósseas,  Forma incorreta: a) com desalinhamento da cabeça ou b) extensão dos membros nos diferentes decúbitos
Manusear o bebê com mudanças amplas de posição do bebê ao movimentá-lo durante a realização de atividades de cuidado ao bebê, como trocas, banho e posicionamentos; são consideradas mudanças amplas aquelas que deslocam todo o corpo do bebê ou a maior parte do corpo dele	a) delicadamente, b) demonstrando segurança; b) com mínimo de movimentação necessária para conseguir o objetivo final	a) bruscamente, b) por meio de tentativas, demonstrando insegurança, c) com movimentos desnecessários para a finalidade, repetindo ações já feitas

<b>Relativos a posicionamento do bebê</b>		
Posicionar o bebê em padrão flexor (membros estão próximos entre si e do eixo do corpo, como na postura fetal em que o bebê parece estar encolhido) sempre que ocorrer manuseio, isto é, toda situação em que a mãe mudar o bebê de posição ou lugar (forma, frequência)	Alinhar a) a cabeça e tronco do bebê na linha média do corpo (eixo vertical) e b) braços e pernas próximos ao corpo e próximo ao rosto/boca para os braços (posição “encolhida”)	Não alinhar a) a cabeça e tronco do bebê na linha média do corpo (eixo vertical) e b) braços e pernas próximos ao corpo e próximo ao rosto/boca para os braços (posição “encolhida”)
Deitar o bebê nas pernas da mãe (forma)	Deitar o bebê nas pernas da mãe: a) mãe com pernas fechadas, pés apoiados no chão; b) bebê com alinhamento da cabeça, c) bebê com flexão dos membros e d) bebê próximo ao corpo da mãe (menor distância entre bebê e tronco da mãe)	Deitar o bebê nas pernas da mãe, a) mãe com pernas abertas, não simétricas ou dobradas; b) bebê sem alinhamento da cabeça, b) bebê em extensão dos membros e c) bebê distante ao corpo da mãe (maior distância entre bebê e tronco da mãe)
Segurar o bebê no colo com um só braço ao realizar outras atividades que não sejam diretamente relacionadas ao bebê (forma)	Manter o bebê a) firmemente encostado ao seu próprio corpo, b) bebê em postura o mais fletida possível considerando extensão do braço da mãe, e com prioridade para cabeça (em relação a pernas, por exemplo)	Manter o bebê a) levemente encostado ou distante ao seu próprio corpo, b) em postura estendida considerando extensão do braço da mãe, e sem prioridade para cabeça (em relação a pernas, por exemplo)
Posicionar o bebê para amamentação (forma)	Posicionar o bebê a) de frente para a mãe (barriga com barriga), b) com cabeça e tronco mais elevados que o restante do corpo e estas partes apoiadas no colo da mãe numa altura suficiente para o bebê abocanhar toda a aréola da mama; c) postura do bebê o mais alinhada e fletida possível (linha média); d) seguro até a	Posicionar o bebê a) de lado para a mãe, b) numa posição horizontal, muito baixa em relação à mama; c) postura do bebê estendida com braços e pernas largados e pescoço estendido para trás; d) seguro somente pelo tronco superior.

	região glútea.	
Posicionar o bebê no trocador (forma), sendo que decúbito relaciona-se a posição do corpo quando está deitado: dorsal-barriga para cima, ventral-barriga para baixo e lateral, de lado	Posicionar o bebê no trocador em decúbito dorsal (deitado de costas) mantendo a) alinhamento da cabeça e b) flexão dos membros o máximo possível	Posicionar o bebê no trocador em decúbito dorsal (deitado de costas) com bebê a) sem alinhamento da cabeça e b) sem flexão dos membros
Posicionar o bebê no berço (forma) sendo que decúbito relaciona-se a posição do corpo quando está deitado: dorsal-barriga para cima, ventral-barriga para baixo e lateral, de lado.	Posicionar o bebê no berço em qualquer tipo de decúbito (lateral, ventral e dorsal) mantendo a) alinhamento da cabeça e b) flexão dos membros o máximo possível com auxílio de rolinhos	Posicionar o bebê no berço sem manter a) alinhamento da cabeça e b) flexão dos membros o máximo possível, em qualquer tipo de decúbito (lateral, ventral e dorsal)
Sentar ou estar/permanecer sentada com o bebê em poltrona do berçário (forma)	Sentar ou estar/permanecer sentada de maneira confortável (apoio nas costas) desde que o bebê mantenha a) alinhamento da cabeça, b) flexão dos membros e c) proximidade ao corpo da mãe, preferencialmente próximo a região de seu peito	Sentar de maneira confortável ou desconfortável sem que o bebê mantenha a) alinhamento da cabeça, b) flexão dos membros e c) proximidade ao corpo da mãe, distante da região de seu peito
Segurar o bebê para o banho (forma)	Segurar o bebê colocando a) polegar e dedo médio da mãe nos ouvidos do bebê; b) cabeça e tronco superior do bebê apoiado na palma e antebraço do mesmo membro dessa mão da mãe	Segurar o bebê sem colocar a) polegar e dedo médio da mãe nos ouvidos do bebê; b) cabeça e tronco superior do bebê sem apoios na palma e antebraço do mesmo membro dessa mão da mãe
<b>Relativos à interação com o bebê</b>		
Falar com o bebê durante a realização de qualquer atividade ou interação com o bebê (forma, frequência, e duração)	Emitir sons ou verbalizações por meio de voz humana presencial, de forma baixa, porém, em tom “normal” da fala; em ritmo pausado, tonalidade normal para o falante, nem agudizada nem grave, com	Emitir sons ou verbalizações, por meio de voz humana, em altura alta ou inaudível, em ritmo acelerado/rápido, grave, com uso excessivo de diminutivos (infantilização da linguagem), pronúncia incompreensível) e inadequado ao

	pronúncia clara, uso de inflexões mais acentuadas, em padrão usual da comunicação vigente (sem infantilização, adequada ao contexto)	contexto
Embalar o bebê desde que o bebê esteja em estado de alerta ou semi - alerta e que não seja concomitante a atividades incompatíveis, que são aquelas em que há a presença de estímulos que exigem respostas diferenciadas do bebê como, por exemplo, “mamar” (forma, frequência)	Embalar o bebê em seu colo estando sentada ou em pé com a) movimentos suaves e ritmados no b) sentido horizontal de um lado para o outro	Embalar o bebê em seu colo estando sentada ou em pé com a) movimentos rápidos e sem ritmo, qualquer que seja o sentido; b) em sentido diferente do que o horizontal independentemente do ritmo;
Estabelecer contato tátil com o bebê; deve ser considerado um episódio, mesmo que ocorra repetição da ação, até o momento em que outro comportamento tenha início ou cesse a repetição da ação. (forma, frequência)	Estabelecer contato tátil com o bebê, por a) alguns segundos, utilizando b) maior área corporal possível de forma que produza determinada pressão c) sem sinais de dor, de desconforto ou vermelhidão	Estabelecer contato tátil com bebê a) por tempo muito curto, b) em área restrita c) com sinais de dor, desconforto ou vermelhidão no local tocado
Despertar o bebê para mamar estando ele dormindo profundamente durante o episódio de alimentação (forma, frequência)	Ocorrência (sim): Despertar o bebê para mamar estando ele dormindo profundamente Forma correta: a) Movimentar suavemente o bebê em seus braços (da mãe) e/ou b) abrir a roupa do bebê (para que diminua sua temperatura) e/ou c) chamar a atenção do bebê, por exemplo, através da fala, ou com pequenos toques aparentando delicadeza	Ocorrência (não): Não despertar o bebê para mamar estando ele dormindo profundamente Forma incorreta: a) Movimentar ou tocar forte e bruscamente (cutucar) o bebê e/ou atritar partes do corpo do bebê e/ou b) despir totalmente o bebê e/ou c) chamar a atenção do bebê, por exemplo, através da fala alta ou com pequenos toques aparentando força excessiva



<b>Relativos à higiene do bebê</b>		
Retirar a fralda usada (forma)	Retirar a fralda usada do bebê cuidadosamente sem a) barulho das fitas ao serem destacadas e b) contato com fezes	Retirar a fralda usada do bebê, puxando as fitas a) brusca e rapidamente produzindo ruído e b) permitindo o contato com fezes
Colocar a fralda limpa (forma)	a) Limpar e secar a região do períneo antes de colocar a fralda limpa, b) abrir e ajustar a fralda ao corpo do bebê, c) evitar o barulho das fitas adesivas ao serem destacadas	a) Colocar a fralda sem limpar a região do períneo b) colocar a fralda sem abri-la e ajustar ao corpo do bebê, c) sem evitar o barulho das fitas adesivas ao serem destacadas
Limpar a região do períneo do bebê, ao trocar fraldas (menino) (ocorrência e forma)	a) usando algodão/pano macio, limpo, umedecido em água e sabonete neutro; b) passando por toda a área do períneo; c) de frente para trás; d) puxando/retraindo a pele da ponta do pênis delicadamente para trás; e) sujeira eliminada por completo	a) usar material inadequado (tecido áspero, sujo, seco, sem produto que desinfete...); b) passar em apenas parte da área do períneo; c) de trás para frente; d) sem puxar/retrair a pele da ponta do pênis ou fazendo isto bruscamente; ou e) sinais de sujeira presentes
Limpar a região do períneo do bebê, ao trocar fraldas (menina) (ocorrência e forma)	a) usando algodão/pano macio, limpo, umedecido em água e sabonete neutro; b) passando por toda a região do períneo; c) de frente para trás; d) abrindo delicadamente os grandes lábios para remover acúmulo de fezes/urina; d) sujeira eliminada por completo	a) usar material inadequado (tecido áspero, sujo, seco, sem produto que desinfete...); b) passar em apenas parte da área do períneo; c) de trás para frente; d) sem abrir delicadamente os grandes lábios ou fazendo isto bruscamente; ou e) sinais de sujeira presentes
Enxugar o bebê (forma)	a) Enxugar todo o corpo e “dobrinhas” do bebê de forma a retirar umidade, b) com toalha macia ou toalha fralda, c) passando tecido na pele do bebê com leveza (força), lenta e não repetidamente, sem deixar o bebê todo descoberto.	a) Presença de umidade no corpo do bebê; b) uso de tecido áspero; c) esfregando o tecido na pele do bebê (com força excessiva, rapidamente e/ou repetidamente) , deixando o bebê todo descoberto.
Enrolar o cueiro no bebê após realizar atividades de banho ou troca e nos momentos em que o bebê pareça estar desconfortável	Enrolar o cueiro no bebê de maneira que a) não fiquem sobras e emaranhados de tecido, b) deixar os braços do bebê livres	Enrolar o cueiro no bebê de maneira que a) fiquem sobras e emaranhados de tecido, b) prender os braços do bebê

(forma)		
Preparar bebê para o banho (forma)	a) Retirar as roupas que permitem a remoção da fralda usada; b) retirar com algodão/pano macio ou lenço umedecido resíduos de fezes; c) retirar o restante da roupa da bebê	a) Retirar toda a roupa do bebê expondo-o a perda de calor (temperatura); b) não retirar ou retirar com tecidos ásperos resíduos de fezes
Banhar o bebê (forma: seqüência das ações)	Banhar o bebê a) em tempo aproximado de 10 min.; b1) iniciando pelas regiões do corpo menos prováveis de conter resíduos de fezes: rosto, tronco, membros, costas e por último a cabeça ou b2) iniciar pela cabeça mas enxugando-a antes de lavar o restante do corpo na seqüência indicada	Banhar o bebê a1) em tempo menor de 10 min., sem ter conseguido fazer tudo o que é necessário ou super manuseando o bebê ou a 2) em tempo maior de 10 minutos com exposição do bebê a risco de perda de calor (temperatura); b1) iniciando pelas regiões do corpo mais prováveis de conter resíduos de fezes como perineo ou b 2) iniciar pela cabeça sem enxugá-la antes de lavar o restante do corpo
Preparar o banho (forma: seqüência das ações)	a) Dispor próximo à banheira os utensílios: sabonete, toalha, roupas e fralda do bebê; b) limpar e encher a banheira com água morna; c) testar a temperatura da água com cotovelo ou antebraço	a) Dispor longe do alcance os utensílios: sabonete, toalha, roupas e fralda do bebê; b) não limpar a banheira e encher com água muito fria ou muito quente; c) colocar o bebê na água sem testar a temperatura
Ensaboar o bebê (forma)	a) Ensaboar o bebê passando o sabonete/xampu líquido ou fazendo espuma do sabonete em barra na própria mão antes de colocar na pele do bebê; b) passar delicadamente a mão ensaboada no corpo do bebê	a) Ensaboar o bebê passando o sabonete/xampu direto na pele do bebê; b) não passar ou passar bruscamente a mão ensaboada no corpo do bebê
Vestir o bebê (forma, freqüência)	Vestir o bebê a) sem segurá-lo pelas extremidades b) cobrindo primeiro partes corporais com maior possibilidade de perda de calor, como tronco c) não demorando em detalhes da roupa evitando perda de calor	Vestir o bebê a) segurando pelas extremidades b) não cobrindo partes corporais com maior possibilidade de perda de calor, como tronco c) demorando em detalhes da roupa, como gola, levando a perda de calor

Despir o bebê (forma, frequência)	Despir o bebê a) sem segurá-lo pelas extremidades b) sem descobrir todas as partes corporais ao mesmo tempo, evitando as de maior perda de calor como tronco c) não demorando em detalhes da roupa	Despir o bebê a) segurando pelas extremidades b) descobrindo todas as partes corporais ao mesmo tempo, não evitando perda de calor c) demorando em detalhes da roupa
<b>Relativos à alimentação do bebê</b>		
Alimentar no peito, considerando um episódio o período todo que a mãe se mantém nesse comportamento mesmo que apresente outros comportamentos para auxiliar que o comportamento alvo se mantenha ou até o momento em que outro comportamento tenha início ou cesse a ação (forma, frequência)	Colocar o bebê para mamar no peito a) estando o bebê em estado de alerta ou semi alerta b) nos intervalos de tempo estabelecidos	Colocar o bebê para mamar no peito a) estando o bebê dormindo profundamente ou deixar de colocar, com o bebê alerta ou semi alerta b) sem considerar os intervalos de tempo estabelecidos
Oferecer leite na chucha (forma, frequência)	Oferecer leite na chucha a) estando o bebê em estado de alerta ou semi alerta, b) com o bico da chucha cheio de leite, c) dando pausas a cada três goles do bebê caso ele não faça as pausas sozinho	Oferecer leite na chucha a) estando o bebê sonolento ou dormindo, b) com o bico da chucha com ar, c) sem dar pausas a cada três goles do bebê caso ele não faça as pausas sozinho d) deixar de dar a chucha com o bebê alerta ou semi alerta
Oferecer leite no copinho (forma, frequência)	Oferecer leite no copinho a) estando o bebê em estado de alerta ou semi alerta b) encostando a borda do copinho no lábio superior do bebê, c) esperando que ele sugue o leite sem derramar o leite na boca do bebê	Oferecer leite no copinho a) estando o bebê sonolento ou dormindo b) deixando espaço entre a borda do copinho e o lábio superior do bebê ou pressionando o copo na boca do bebê, c) derramando o leite na boca do bebê d) deixar de dar o copinho com o bebê alerta ou semi alerta
Auxiliar na pega do mamilo (forma, frequência)	Introduzir o mais possível a parte escura do mamilo (aréola) na boca do bebê	Introduzir pouco da parte escura do mamilo (aréola) ou somente o bico do mamilo na boca

		do bebê
Estimular o arrotar durante o período de duração da mamada e ao seu final (forma, frequência)	Manter a) o bebê em posição vertical entre os seios da mãe com cabeça voltada lateralmente b) dar batidas ritmadas com a mão espalmada nas costas do bebê c) manter o bebê por no mínimo 30 minutos em posição vertical	Manter a) o bebê em posição deitada ou semi deitada b) deixar de dar batidas nas costas do bebê ou realiza-las aparentemente de leve ou com força aparentemente demasiada c) não manter o bebê por no mínimo 30 minutos em posição vertical

Quadro 21. Categorias para classificação de comportamentos observados da mãe em relação ao bebê nas situações de berçário, em relação aos quais foi observada a ocorrência.

<b>Comportamento-alvo</b>
Estabelecer contato visual com bebê: Olhar em direção aos olhos do bebê, buscar o olhar do bebê, “olhos nos olhos”
Manter contato visual: uma vez estabelecido o contato visual, mantê-lo, enquanto o bebê mantiver o olhar ou por pelo menos dois segundos
Manter olhar na direção do bebê ao realizar qualquer tipo de manipulação ou interação com o bebê, durante todo o procedimento
Com bebê no colo, em repouso, olhar para o bebê, independentemente da duração do olhar
Interromper procedimento com bebê, em qualquer situação em que a mãe dirija sua atenção a outros aspectos do ambiente, e haja risco para o bebê na continuidade do procedimento
Acompanhar com os olhos o movimento do bebê, em qualquer situação em que ele se movimente espontaneamente no campo visual da mãe, independentemente da amplitude do movimento
Dirigir atenção (olhar) a aspectos do ambiente durante situações de interação com o bebê, devendo ser considerado um episódio cada vez que a mãe desvia o olhar do bebê
Realizar ações indicativas de sentimentos positivos em relação ao bebê (beijar, abraçar, falar coisas carinhosas, acertar detalhes da roupa ou cueiro/manta) quando estiver realizando atividades ou interagindo com o bebê
Sorrir quando estiver realizando atividades ou interagindo com o bebê
Estimular sucção tocando suavemente as comissuras labiais, lábios superior e inferior do bebê com ponta dos dedos ou bochecha ou roçar levemente bico do seio nos lábios do bebê ou gotejar leite nos lábios do bebê
Facilitar amamentação no peito aproximando bebê à mama ou ao bico da mama ou vice-versa ou elevando bebê na altura do bico da mama
Facilitar amamentação segurando mama entre dedos da mão

Colocar o bebê na posição mãe – canguru apoiado de barriga na região do peito da mãe (entre seus seios) segurado pela região dos glúteos e costas com cabeça posicionada lateralmente
Posicionar o bebê no berço após alimentação em decúbito lateral mantendo o alinhamento da cabeça e flexão dos membros o máximo possível
Recolher as roupas sujas do bebê em local apropriado
Guardar as roupas sujas do bebê em local apropriado
Estabelecer contato tátil com o bebê (modo descrito)
Manter contato tátil com o bebê por pelo menos dois segundos
Observar o bebê estando distante dele a pequenos intervalos de tempo
Solicitar informações sobre o bebê na presença de membros da equipe
Expressar sentimentos seus em relação ao bebê, considerando o que a mãe diz (meu bebê, que olhos lindos, etc) e sua entonação (afetuosidade)
Expressar sentimentos em relação a si mesma
Falar com outras mães sem que interfira na atividade ou interação com o bebê
Relaxar demonstrando menos tensão (face/ombros)
Reagir a sinais emitidos pelo bebê tais como: caretas de dor, resmungos, choros, soluços, espirros, etc; <b>Adequada:</b> buscando diminuição de desconforto, mesmo que tentativa; <b>inadequada:</b> com outras ações, indicativas de ter notado sinal, mas não funcionais para lidar com o que pode estar levando ao sinal



Em relação a alguns comportamentos, foi observada a duração dos episódios, entendida como o intervalo entre o início do comportamento, tal como definido nos quadros anteriores, e seu final. Esta propriedade foi observada para os comportamentos manter contato visual: uma vez estabelecido o contato visual, mantê-lo enquanto o bebê mantiver o contato; manter olhar na direção do bebê ao realizar qualquer tipo de manipulação ou interação com o bebê, durante todo o procedimento; acompanhar com os olhos o movimento do bebê, em qualquer situação em que ele se movimenta espontaneamente no campo visual da mãe, independentemente da amplitude; Dirigir atenção (olhar) a aspectos do ambiente durante situações de interação com o bebê; Estabelecer e Manter contato tátil com o bebê por mais de um segundo; falar com bebê e embalar o bebê. No caso do comportamento de reagir aos sinais do bebê, foi observada a latência, ou seja, o intervalo entre o início da apresentação de alguma manifestação do bebê entendida como um sinal, e a apresentação, pela mãe, de algum comportamento aparentemente relacionado a este sinal. Foi observado, ainda, no caso do comportamento de alterar a posição do bebê, decorrido algum tempo dele na mesma posição, a duração do intervalo entre o primeiro e o segundo posicionamento do bebê.

No caso de frequência de ocorrência, foram construídas representações dos dados na forma de polígonos de frequência, para cada um dos comportamentos da classe e para o total. Neste caso os dados foram representados em termos de frequência por minuto (número total de eventos observados dividido pelo tempo da sessão em minutos). No caso da representação de erros e acertos, foram indicados os percentuais de erros e de acertos, conforme definições propostas, considerando o número total de comportamentos apresentados pela mãe em cada sessão; as representações foram feitas em histogramas. No que se refere à duração, os dados foram representados em termos de duração média dos episódios em que o comportamento foi observado (tempo total de apresentação do comportamento dividido pelo número de episódios na sessão) e de percentual de tempo em que o comportamento esteve ocorrendo considerando o tempo total da sessão. Estas representações foram feitas, também, por meio de histogramas. No caso em que a propriedade de interesse foi a latência, a representação dos dados foi feita com base no tempo médio de duração dos intervalos entre os dois eventos de interesse (emissão de sinais pelo bebê e reação da mãe).

Em termos de fidedignidade, um pesquisador independente recebeu uma amostra de filmagens, categorias de análise e uma versão preliminar das respectivas definições, um impresso para registro das informações (**Apêndice - J**) e instruções (**Apêndice - K**). A partir de dúvidas apresentadas pelo pesquisador auxiliar, e dos resultados alcançados por ele ao classificar os episódios de desempenho da mãe, foram realizados ajustes nas

definições das categorias. A mesma amostra de situações para classificação, já que nas demais situações a ocorrência dos comportamentos que deveriam ser re-classificados era quase nula, juntamente com as definições de categorias ajustadas, impresso para registro e instruções foram encaminhadas para o pesquisador independente.

Os índices de fidedignidades foram calculados da seguinte maneira: para comportamentos em relação aos quais foi considerada a ocorrência, foram comparados diretamente os valores indicados pelos dois observadores; foram considerados satisfatórios todos os casos em que o nível de concordância foi igual ou superior a 80%, tomando o maior valor dos indicados pelos observadores como referência para cálculo do máximo de discordância aceitável. Este cálculo foi realizado sempre que houve contagem de frequência de episódios, fossem eles relativos a número de possibilidades (em função de ocorrências no ambiente) ou número de ocorrências do comportamento da mãe. Nos casos em que foram consideradas formas corretas e incorretas de apresentação do comportamento da mãe, este cálculo foi realizado para cada uma destas condições. O mesmo parâmetro (máximo de 20% de discordância entre observadores) foi utilizado para cálculo de fidedignidade em relação a duração (de comportamento ou intervalo) e latência.

Na primeira etapa de fidedignidade, estes índices foram alcançados para 18 diferentes situações (14 comportamentos, alguns em mais do que uma sessão) examinadas pelos observadores (contra 28 situações em que o nível mínimo de concordância não foi alcançado, tendo isto ocorrido para 18 comportamentos diferentes), para verificações de frequência de ocorrência dos eventos de interesse; na segunda etapa, em que foram feitas classificações, pelos dois observadores, apenas de uma parte destes comportamentos, nas mesmas situações (seis comportamentos em relação aos quais a frequência de ocorrência era de interesse), em apenas um deles a concordância foi alcançada nas duas situações consideradas e, em relação ao outro, a concordância se deu em apenas uma das situações consideradas. No caso dos comportamentos em relação aos quais foi considerada a duração, os índices de concordância propostos como aceitáveis foram alcançados em relação a dois dos quatro comportamentos; para um dos comportamentos este índice foi alcançado em apenas uma das situações consideradas, e para o último comportamento não foi alcançado em qualquer das duas situações.

Os resultados alcançados a partir dos cálculos de fidedignidade (síntese destes resultados podem ser vistos no **Apêndice - L**) indicam: 1) necessidade de melhora de definições a serem utilizadas por observadores independentes (como no caso do contato visual), sendo que a partir dos registros do segundo observador foi possível identificar



elementos para melhora das definições (por exemplo, no caso do comportamento “sentar/permanecer na cadeira”, em que a definição não indicava como proceder quando havia mudança de propriedades relevantes do comportamento durante sua apresentação); 2) dificuldades relacionadas ao processo de coleta de dados, como no caso do comportamento verbal, considerando que, em alguns casos, a verbalização da mãe era difícil de ser captada, principalmente pelo segundo observador (o primeiro podia contar com a memória, uma vez que havia presenciado as situações consideradas); a necessidade de melhora nas definições também apareceu em relação a comportamentos relacionados, como no caso de manusear, posicionar e mudar posição do bebê, com indicações do segundo observador de dificuldades para isolar cada um destes aspectos; neste caso, também foi observado impacto de erro de observação de um comportamento sobre a observação de outro comportamento (por exemplo, não tendo sido identificado comportamentos de mudar posição do bebê, o segundo observador considerou que não havia como observar posicionamento do bebê – sendo que estes deveriam ser comportamentos independentes, cabendo observar modo de posicionamento do bebê pela mãe sempre que ela o manuseasse); 3) dificuldades para o cálculo proposto considerando que o número de ocorrências dos eventos de interesse é, em geral, baixo, para a grande maioria dos comportamentos; sendo assim, e não havendo números fracionados, torna-se alta a probabilidade de não alcançar um critério como o estabelecido – 20% do maior valor encontrado, mesmo quando as diferenças de números absolutos é pequena (entre um e dois, por exemplo). Foram utilizados, para apresentação dos resultados, os dados produzidos pela pesquisadora, permanecendo a necessidade de aprimoramento de definições e procedimentos de classificação para aumentar a confiabilidade nos dados produzidos.

#### Quanto às entrevistas com as mães participantes

As entrevistas foram transcritas e, a partir das falas registradas, foram propostas categorias temáticas para classificação das verbalizações, tais como: situação da mãe durante a hospitalização do bebê (do ponto de vista emocional – presença ou não de pensamentos “ruins”, sentimentos experimentados etc; de auto cuidado – ocorrência ou não, quais etc), conhecimento da mãe em relação aos cuidados maternos (se existem ou não, em relação a quais aspectos etc); acesso a orientação ou informação (se recebeu ou não, de quem, quais, quando etc), dificuldades em cuidar e lidar com o bebê (se existem, quais são etc), entre outras. A partir destas categorias, foram então identificadas semelhanças e diferenças das respostas entre as mães participantes no início e ao final do programa.



## RESULTADOS

### IMPACTO DO PROGRAMA DE ENSINO NO COMPORTAMENTO DE MÃES CUIDADORAS DE BEBES PRÉ-TERMO EM BERÇÁRIO HOSPITALAR

Os dados apresentados no presente capítulo correspondem aos valores de variáveis observadas, para cada uma das participantes, em relação às classes gerais de comportamento consideradas neste estudo e aos comportamentos específicos correspondentes a estas classes. As Figuras de 3 a 23 correspondem aos dados da participante *Pm7*. As Figuras de 24 a 43 correspondem aos dados da participante *Pm8*. Para cada uma delas são apresentados, inicialmente, dados gerais correspondentes à frequência de ocorrência de classes de comportamentos consideradas no estudo; em seguida, dados relacionados a desempenhos corretos e incorretos da participante e, finalmente, dados relacionados a outras propriedades de comportamentos de interesse, tais como duração e latência.

#### 1. Resultados correspondentes ao desempenho da participante *Pm7* ao lidar com seu bebê

No Quadro 22 podem ser vistas descrições das situações em que *Pm7* foi observada, que correspondem às sessões de I a V, bem como das intervenções do programa de ensino às quais a participante foi submetida, representadas pelas atividades previstas no módulo de informação geral.

Quadro 22. Caracterização das situações de observação e de intervenção a que *Pm7* foi submetida no decorrer de sua participação no programa de ensino.

TIPO DE SITUAÇÃO	ATIVIDADE MÃE	CONTEXTO
Sessão I – observação (sete minutos)	Trocar fraldas do bebê	Bebê em estado de alerta; Participante e bebê encontram-se sozinhos no espaço destinado ao trocador; Presença da pesquisadora operando a filmadora.
Sessão II – observação (cinco minutos)	Bebê no colo da mãe, no berçário	Bebê em estado de alerta, Participante e bebê encontram-se no berçário conjuntamente com profissionais e outras mães e bebês; Pesquisadora operando a filmadora.

continuação

<b>TIPO DE SITUAÇÃO</b>	<b>ATIVIDADE MÃE</b>	<b>CONTEXTO</b>
Sessão III – observação (três minutos)	Amamentação no peito	O estado aparente do bebê é de sono profundo, Não há a presença de outras mães no berçário; Presença de profissionais dialogando durante toda a situação; Pesquisadora operando a filmadora.
Sessão IV – observação (seis minutos)	Amamentação no peito	O estado aparente do bebê é de sono; Há a presença de outras mães e profissionais no berçário; Pesquisadora operando a filmadora.
<b>Intervenção I</b>	<b>Módulo “Informações Gerais”</b>	<b>Ver descrição Figura 44 (apresentada adiante)</b>
Sessão V – observação (nove minutos)	Amamentação no peito	O estado do bebê é de aparentemente sonolência, estando no princípio da observação em estado de alerta; Presença de outras mães e intensa movimentação de profissionais no berçário; Pesquisadora operando a filmadora.

No Quadro 23 podem ser vistas as classes de comportamentos, gerais e específicas, observadas no caso de *Pm7*, em relação às quais foi indicada, nas figuras adiante, a frequência de ocorrência, nas situações consideradas neste estudo.

Quadro 23. Classes gerais e específicas de comportamentos de *Pm7* observados e avaliados em termos de frequência de ocorrência.

<b>CLASSE GERAL DE COMPORTAMENTOS</b>	<b>CLASSES ESPECÍFICAS DE COMPORTAMENTOS</b>
Amamentar	Estimular sucção
	Facilitar a amamentação aproximando bebê ao peito ou vice versa
	Facilitar a amamentação segurando bico do peito entre os dedos
	Auxiliar a pega do mamilo
	Despertar bebê para mamar
Apresentar ações positivas	Apresentar ações indicativas de afeto
	Sorrir
	Expressar seus sentimentos ou opinião em relação ao bebê
Distribuir a atenção	Manter olhar na direção do bebê

continuação

	Estando em repouso, dirigir o olhar ao bebê
	Dirigir a atenção ao ambiente
	Estabelecer e manter contato visual
	Acompanhar com os olhos o movimento do bebê
Interagir com o bebê	Estabelecer contato tátil
	Manter contato tátil
	Falar com o bebê
	Reagir aos sinais do bebê
Posicionar bebê	Posicionar em postura Mãe - Canguru
	Posicionar no berço em decúbito lateral
	Posicionar em padrão flexor
	Mudar posição do bebê
Realizar higiene do bebê	Recolher roupas usadas
	Guardar roupas usadas
	Vestir o bebê
	Despir o bebê

As Figuras de 3 a 8 a seguir apresentam **dados de frequência de ocorrência** de comportamentos de *Pm7*, independentemente destes comportamentos terem sido apresentados com propriedades específicas corretas ou incorretas, uma vez que, nestes casos, mesmo versões diferentes das definidas como corretas podem constituir respostas desejáveis da mãe ao relacionar-se com o bebê, do ponto de vista de desenvolvimento infantil. Um exemplo disto é o comportamento de falar com o bebê, que pode ser considerado preferível à não ocorrência deste tipo de interação, ainda que as propriedades da fala da mãe não sejam as melhores. Estes indicadores são, assim, relevantes, principalmente considerando o potencial que representam para avaliação de impacto de intervenções sobre o repertório da mãe, tal como o programa de ensino sob exame neste estudo.

A Figura 3 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, para comportamentos componentes da classe geral Apresentar ações positivas na interação com o bebê. A linha tracejada representa o momento em que houve intervenção.

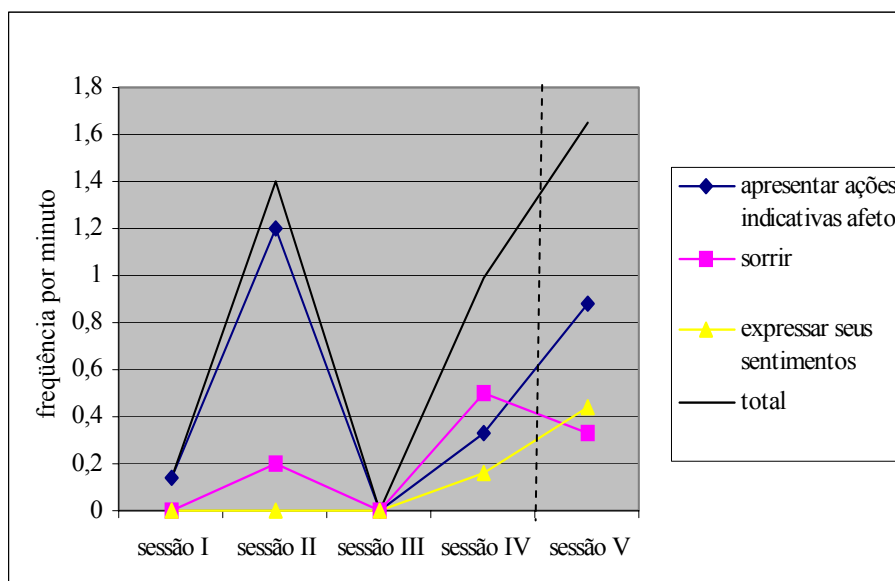


Figura 3. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Apresentar ações Positivas* nas diferentes Sessões em que foram observados.

Os dados apresentados na Figura 3 indicam uma tendência geral de frequência de comportamentos da classe apresentar ações positivas em relação ao bebê, coincidente, em grande parte, com os três comportamentos componentes da classe, ainda que em alguns casos mais acentuada do que em outros. É possível observar, por meio dos dados apresentados, que os comportamentos componentes da classe geral ações indicativas de aspectos positivos tiveram evolução da primeira para a segunda Sessão, no caso dos comportamentos apresentar ações indicativas de afeto e sorrir, havendo uma queda para esses mesmos comportamentos da segunda para a terceira Sessão, sessão na qual o bebê estava dormindo e, nestas condições, o comportamento não pode ocorrer. Pela Figura, é possível notar que ações indicativas de afeto e sorrir voltaram a ser observados, com frequência maior do que na Sessão 2, e tendendo a aumentar, no caso de apresentar ações indicativas de afeto; já para o comportamento sorrir, foi verificado redução de frequência. Quanto ao comportamento expressar sentimentos, uma evolução parece ter ocorrido a partir da terceira Sessão. Embora os dados indiquem um aumento dos valores já a partir da terceira Sessão, a participação no módulo, informação geral do programa pode ter contribuído para o aumento dos valores na Sessão IV para a V. É relevante destacar que, na primeira Sessão, a situação observada era de troca de fraldas; na Segunda, de interação com o bebê no colo; a partir da terceira Sessão, todas as situações eram de amamentação, o que pode ter contribuído, pela repetição da atividade, para que a mãe se sentisse mais tranquila e alcançasse melhores resultados nas Sessões IV e V.

A Figura 4 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, para comportamentos componentes da classe Interagir com o bebê.

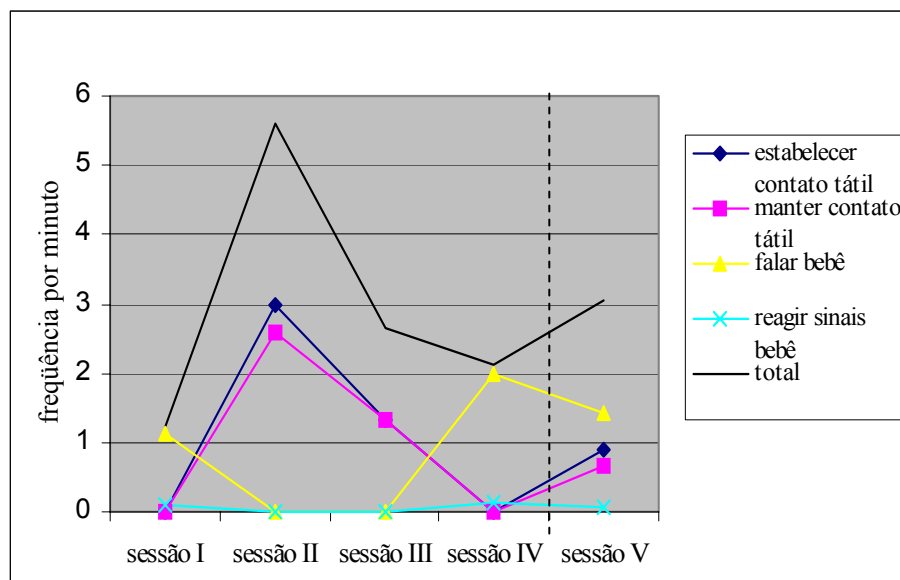


Figura 4. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Interagir com o bebê* nas diferentes Sessões em que foram observados.

Os valores dos dados apresentados indicam que a tendência geral definida pelo conjunto de comportamentos mais específicos, com aumento de frequência da primeira para a segunda Sessão, subsequente diminuição e elevação final, foi definida, particularmente, pelos resultados observados em relação aos comportamentos estabelecer e manter contato tátil. A participação de *Pm7* em atividades do programa pode estar relacionada às mudanças no desempenho desta mãe, para estes comportamentos, porque uma das informações oferecidas, ainda que superficialmente, no módulo a que foi submetida, fazia referência à importância do tocar para a relação entre mãe e bebê e para o desenvolvimento futuro do bebê e, além das informações, formas adequadas para realizar o toque foram demonstradas pela pesquisadora.

Em relação ao comportamento falar com o bebê, sua ausência na Sessão II pode ser em decorrência de que nesta situação a mãe estava com o bebê no colo sem uma atividade específica, mas em interação principalmente pelo contato tátil, ainda que nesta Sessão o bebê estivesse em estado de alerta, portanto, em situação propícia para a emissão deste comportamento. Já na Sessão III, esta ausência de interação verbal com o bebê pode estar relacionada ao fato de que o bebê se encontrava dormindo, embora o estado de sono do

bebê não fosse um impedimento para a emissão deste comportamento da mãe na situação de amamentar. Além disso, neste dia o ambiente do berçário era de maior calma e quietude se comparado aos demais dias, já que estavam presentes somente duas auxiliares que dialogaram, entre si, durante toda a duração da Sessão, o que pode ter levado *Pm7* a se manter atenta ao diálogo, ainda que mantendo o olhar, ao menos parte do tempo, dirigido ao bebê, conforme dados apresentados a seguir.

Quanto ao comportamento reagir aos sinais do bebê, os dados indicam que, mesmo tendo ocorrido, sua frequência foi baixa, e respostas **adequadas** foram observadas apenas nas duas últimas sessões, eventualmente em função de maior familiarização da mãe com o bebê e com suas reações – sinais.

A Figura 5 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, para comportamentos componentes da classe geral Distribuir a Atenção.

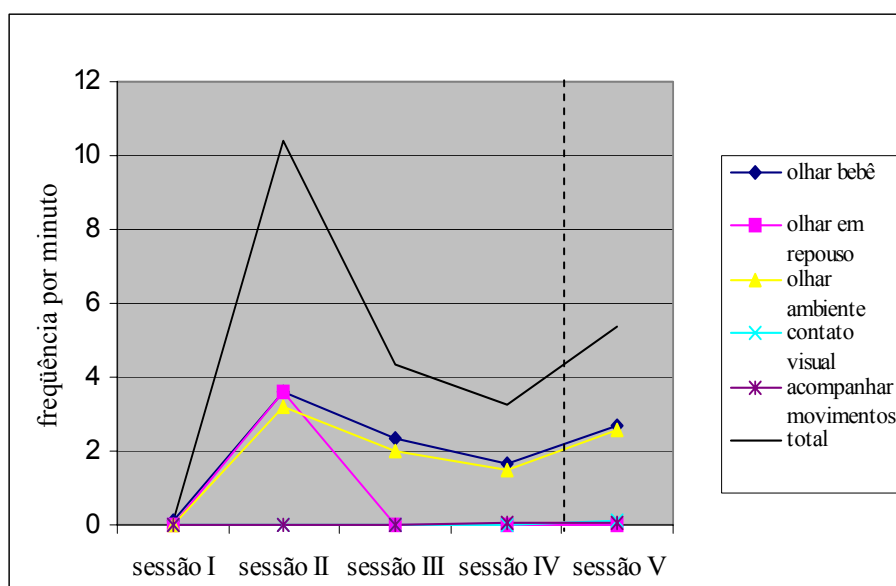


Figura 5. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe ***Distribuir a Atenção*** nas diferentes Sessões em que foram observados.

Pelos dados apresentados, é possível verificar que os comportamentos componentes da classe geral distribuir a atenção pela participante *Pm7* indicam que sua atenção esteve distribuída entre o bebê e aspectos do ambiente, com pequena predominância para olhar para o bebê. A tendência geral de desempenho identificada para esta classe de comportamentos foi, também, semelhante à observada em relação a estes dois



comportamentos, ou seja, aumento na segunda Sessão, redução nas duas seguintes (embora para valores superiores aos da primeira sessão) e recuperação na última Sessão. No caso dos outros comportamentos específicos da classe, apenas na Sessão II foi observada a ocorrência de período com a mãe mantendo olhar para o bebê estando em repouso. Nesta Sessão a situação era que *Pm7* estava com o bebê em seu colo no berçário sem nenhuma atividade específica

O comportamento manter contato visual ocorreu apenas no início da Sessão V. No entanto, é relevante destacar que, em situações anteriores (como na Sessão I e Sessão II), ocorreram condição para que este comportamento se apresentasse, já que o bebê estava desperto; já nas Sessões III e IV, o bebê encontrava-se dormindo (estado de sono), ficando então inviabilizado o contato visual da mãe com o bebê. Parece adequado afirmar que, embora o foco de atenção da participante estivesse voltado para o bebê, pouco em termos de possibilidade de interação e estimulação visual foi obtida, já que o comportamento contato visual como definido não foi apresentado nas primeiras Sessões observadas e, quando ocorreu, foi em baixa frequência. Quanto ao comportamento acompanhar os movimentos do bebê, esse somente foi observado nas duas últimas Sessões, sendo que a proporção da resposta da mãe foi a mesma em ambas as Sessões isto é  $\frac{1}{2}$  (ou seja, em metade das oportunidades).

O comportamento de, olhar para o bebê, estando em repouso somente foi observado na Sessão II, já que nas demais Sessões a situação para a apresentação do comportamento, conforme definição elaborada, tal seja *com bebê no colo, em repouso, olhar para o bebê, independentemente da duração do olhar*, não ocorreu.

A Figura 6 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, para comportamentos componentes da classe geral Amamentar.

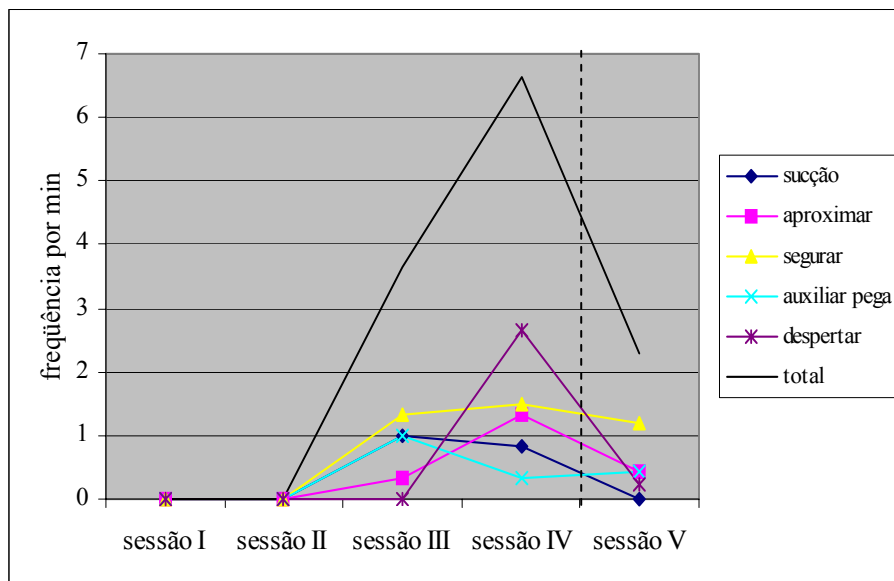


Figura 6. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Amamentar* nas diferentes Sessões em que foram observados.

Os dados apresentados na Figura 6 permitem verificar que a tendência geral dos comportamentos componentes da classe coincide principalmente com os comportamentos específicos facilitar a amamentação segurando bico do peito entre os dedos e aproximando bebê ao peito ou vice versa. Ainda é possível verificar que o pico presente na Sessão IV coincide com a apresentação do comportamento despertar o bebê nesta sessão.

É possível verificar ainda, a partir dos dados apresentados, que os comportamentos específicos componentes da classe geral amamentar ocorreram nas três últimas Sessões, nas quais a situação que comportava a emissão destes comportamentos estava presente. Os dados apresentados indicam que os valores dos comportamentos facilitar a amamentação aproximando o peito ao bebê e vice versa, facilitar a amamentação segurando bico do seio entre os dedos e despertar o bebê tiveram seus valores aumentados da Sessão III para a Sessão IV, e apresentaram queda na Sessão V. Já para os comportamentos estimular sucção e auxiliar a pega os valores diminuíram da terceira para a quarta Sessão, sendo que na Sessão V o comportamento estimular sucção não ocorreu.

É possível supor que a participação de *Pm7* no módulo informação geral tenha provocado mudanças no seu comportamento no que diz respeito, principalmente, ao comportamento despertar o bebê em que os valores apresentados sinalizam para uma queda na sua frequência que pode ser decorrente da não apresentação de formas incorretas deste comportamento após sua participação no módulo (diferente do que ocorreu na sessão IV). Em relação aos comportamentos segurar o bico do peito entre os dedos e aproximar o peito ao

bebê ou vice versa, cujos valores apresentam variação num mesmo padrão, isto é, ambos aumentaram da terceira para a quarta Sessão e depois diminuíram na quinta, o aumento de frequência de emissão destes comportamentos pode ser atribuído a tentativas da participante de alcançar resultados positivos na atividade de amamentar o bebê no peito, e sua subsequente redução, efeito do fracasso em conseguir que o bebê se alimente a partir destes seus comportamentos.

A Figura 7 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, para comportamentos componentes da classe geral Posicionar o Bebê.

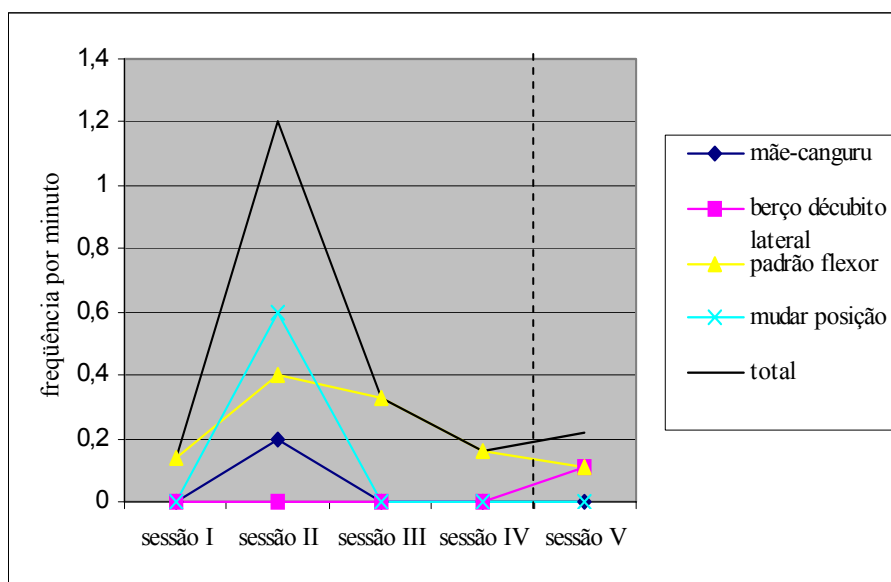


Figura 7. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Posicionar o Bebê* nas diferentes Sessões em que foram observados.

Os valores dos dados apresentados indicam que a tendência geral definida pelo conjunto de comportamentos mais específicos, coincidente, em grande parte, com três dos comportamentos componentes da classe, de aumento da Sessão I para a Sessão II e subsequente queda para a terceira Sessão, e continuidade desta queda embora menos acentuada para Sessão seguinte (IV). O ligeiro aumento na última Sessão observada decorre do comportamento específico posicionar o bebê em decúbito lateral presente somente na Sessão V.

Ainda, os dados apresentados indicam que os comportamentos específicos, posicionar em mãe-canguru, padrão flexor e mudar posição do bebê, componentes da classe geral Posicionar o bebê tiveram maiores valores na Sessão II, sendo que nas Sessões seguintes houve uma diminuição desses valores, provavelmente pelo fato das três últimas Sessões observadas estarem relacionadas a Amamentar o bebê no peito. Este fato, isto é, as três últimas situações observadas de *Pm7* serem amamentação no peito torna a apresentação do comportamento posicionar em mãe - canguru incompatível. Já em relação ao comportamento posicionar o bebê no berço em decúbito lateral, o mesmo só foi observado na última Sessão (V), embora poderia ter ocorrido nas duas Sessões anteriores a essa, já que a emissão desse tipo de comportamento é adequada após os episódios de amamentação.

A Figura 8 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, para comportamentos componentes da classe geral Realizar Higiene do Bebê.

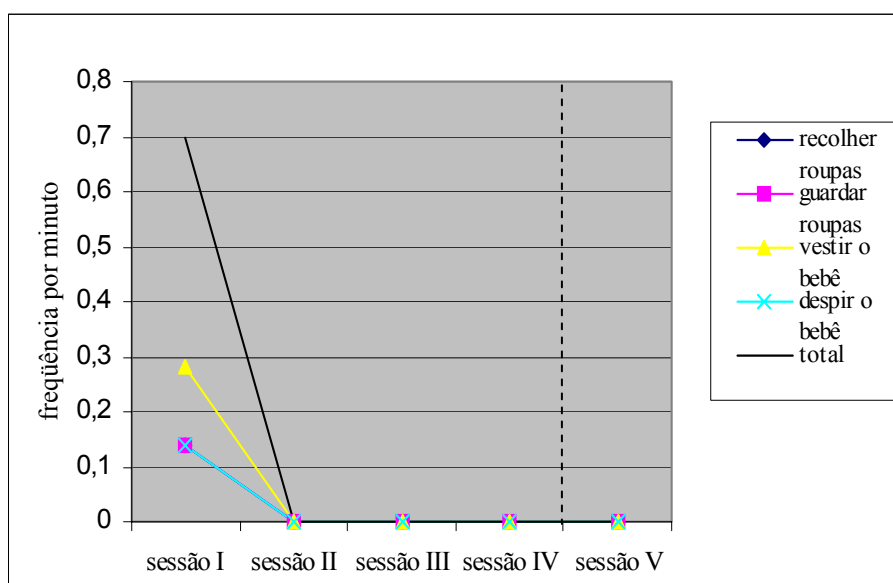


Figura 8. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe **Realizar Higiene do Bebê** nas diferentes Sessões em que foram observados.

Os dados apresentados na Figura 8 indicam que a tendência geral de diminuição dos valores da primeira Sessão para as subseqüentes foi definida para todos os comportamentos componentes da classe mais geral

Os dados indicam, ainda, que os comportamentos componentes da classe geral realizar higiene do bebê, recolher roupas, guardar roupas usadas, vestir e despir o bebê

ocorreram na Sessão I, situação na qual (troca de fraldas) a condição para a apresentação dos comportamentos ocorreu, diferente da Sessão II que, embora houvesse uma condição compatível com a ocorrência destes comportamentos (bebê no colo de sua mãe sem uma atividade específica), esses não se apresentaram. Situação diferente ocorreu nas demais Sessões (III, IV e V) em que mãe estava engajada na amamentação de seu bebê e, portanto, numa situação incompatível com a apresentação de comportamentos desta classe geral.

No Quadro 24 podem ser vistas as classes de comportamentos, gerais e específicas, observadas no caso de *Pm7*, em relação aos quais foi indicada, como dimensão relevante, a duração, nas situações consideradas neste estudo.

Quadro 24. Classes gerais e específicas de comportamentos de *Pm7* observados e avaliados em termos de duração.

CLASSE GERAL DE COMPORTAMENTOS	CLASSES ESPECÍFICAS DE COMPORTAMENTOS
Distribuir Atenção	Estabelecer e Manter contato visual com o bebê
	Dirigir a atenção ao bebê – manter olhar em direção ao bebê
	Dirigir a atenção ao ambiente – manter olhar em direção ao ambiente
	Acompanhar com os olhos o movimento do bebê
Interagir com o bebê	Falar com bebê
	Estabelecer e Manter contato tátil

Para os comportamentos Mudar a posição do bebê e Reagir aos sinais do bebê foi considerada respectivamente a duração do intervalo da emissão do comportamento e a latência da resposta emitidos pela mãe participante.

Nas Figuras de 9 a 13, são apresentados dados relativos à duração observada de comportamentos em relação aos quais esta dimensão foi considerada relevante, no estudo.

No caso da Figura 9, os dados são apresentados em termos de proporção da duração destes comportamentos em cada Sessão, em relação à duração total de cada Sessão.

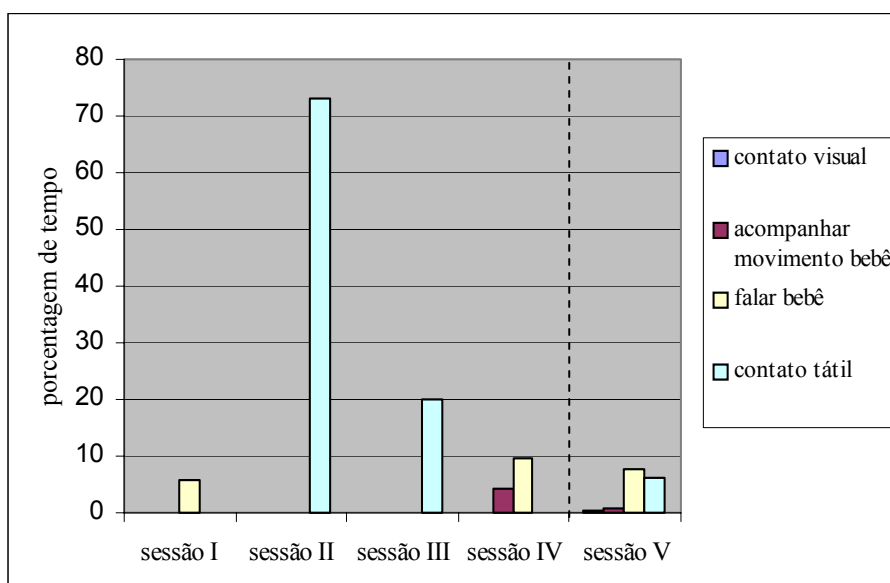


Figura 9. Distribuição da duração proporcional de cada um dos comportamentos (manter contato visual e tátil com o bebê, acompanhar movimentos e falar com o bebê) observados de *Pm7* nas diferentes Sessões.

É possível verificar na Figura 9 que a duração do comportamento contato visual foi praticamente nula na única Sessão (V) que o referido comportamento se apresentou de acordo com a definição elaborada. Quanto ao comportamento acompanhar com os olhos o movimento do bebê, esse também se apresentou com durações mínimas nas duas últimas Sessões IV e V. Para o comportamento contato tátil as durações foram diminuindo comparando os valores da Sessão II com III e V, fato que pode ser em decorrência da atividade na qual a participante estava engajada, isto é, na Sessão II (bebê no colo da mãe) não havia uma atividade específica como nas outras duas em que o comportamento se apresentou (amamentação), indicando que neste tipo de situação pouco de estimulação tátil foi dispensada ao bebê, tanto em relação à duração do comportamento quanto à sua frequência, dado apresentado anteriormente (Figura 4). Já o comportamento falar com o bebê teve episódios com durações aumentadas da primeira Sessão (I) em relação às Sessões IV e V.

No caso da Figura 10, podem ser vistas as médias de duração de cada um dos comportamentos observados de *Pm7*, em cada Sessão, considerando o número de ocorrências destes comportamentos nas Sessões.

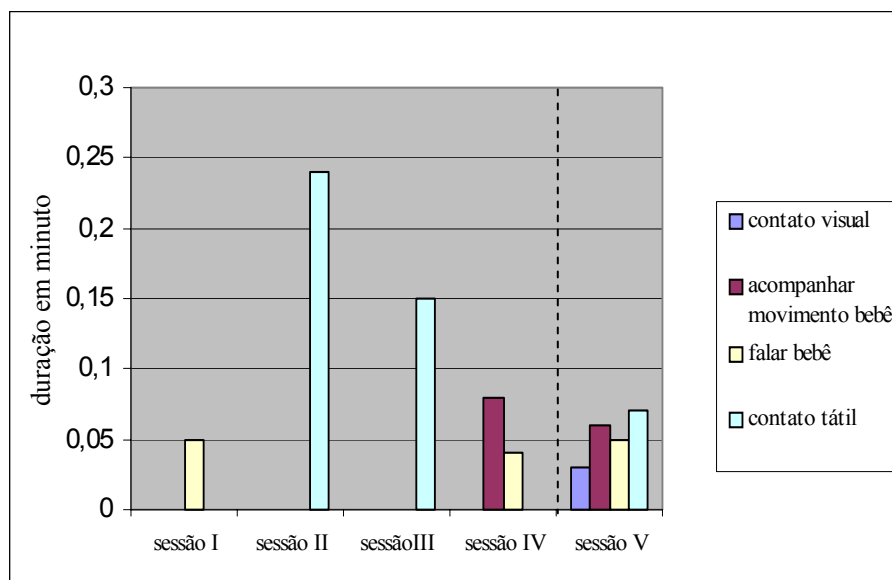


Figura 10. Distribuição das médias de duração dos comportamentos de *Pm7* (manter contato visual e tátil com o bebê, acompanhar movimentos e falar com o bebê) nas diferentes Sessões.

É possível verificar, nos dados apresentados na Figura 10, que a duração média do comportamento falar com o bebê praticamente se manteve nas Sessões em que o comportamento se apresentou (Sessões I, IV e V, em torno de 0,05). É possível supor, contudo, que a exposição da mãe às informações apresentadas no módulo tenham ao menos mantido este comportamento, já presente na sessão anterior à intervenção.

Para o comportamento estabelecer/manter contato tátil os valores indicam um decréscimo na duração no decorrer das Sessões nas quais o comportamento se apresentou. Quanto ao comportamento acompanhar com os olhos o movimento do bebê, esse se apresentou nas Sessões IV e V, sendo que na última Sessão com valor da média de duração do comportamento inferior à Sessão anterior.

Estabelecer/Manter contato visual, por sua vez, foi um comportamento que se apresentou somente na última Sessão, com valor em torno de 0,03 minutos.

É possível verificar que somente após a intervenção, ocorrida após a sessão IV, todos os comportamentos componentes da classe geral de interesse foram observados.

Na Figura 11 são apresentados dados relacionados à duração da Distribuição de Atenção da mãe participante *Pm7*, nas situações observadas, em termos de foco de atenção: bebê ou ambiente.

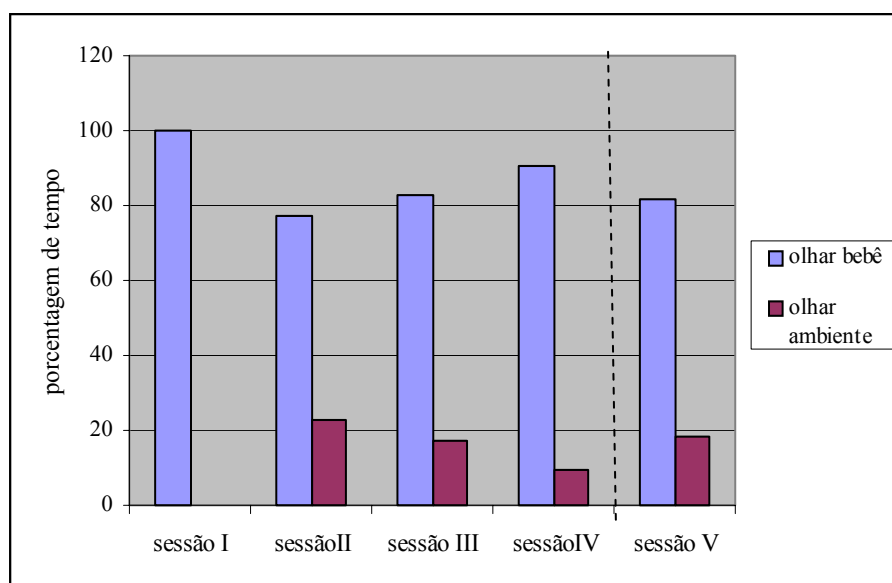


Figura 11. Distribuição da duração proporcional de cada um dos comportamentos de olhar (bebê e ambiente) observados de *Pm7* nas diferentes Sessões.

A partir dos dados apresentados, é possível observar que a atenção da mãe participante *Pm7* prevaleceu em todas as Sessões (I a V) voltada para o bebê, sendo que na Sessão I exclusivamente para o bebê provavelmente pelo fato de que nesta Sessão (I) mãe e bebê encontravam-se sozinhos no espaço do berçário destinado ao trocador. Nas demais Sessões nas quais *Pm7* se encontrava no berçário conjuntamente com outras mães e seus bebês, além dos profissionais da equipe, sua atenção se dividiu ora para o bebê ora para o ambiente. Embora esse fato não tenha colocado em risco o bebê, pode ter contribuído para a ausência de alguns comportamentos da mãe considerados importantes para o desenvolvimento infantil. Um exemplo desta situação é estabelecer e manter o contato visual com o bebê, que poderia ocorrer na Sessão II, já que o bebê encontrava-se em estado de alerta, no colo de *Pm7*, sem que esta estivesse realizando uma atividade específica que pudesse ser incompatível com olhar nos olhos do bebê, ou seja, no que Gandra e Farias (acesso em: 14 set. 2007) consideram, baseadas nos estudos de Winnicott, como “simples contato sem atividades”, criando condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas.

No caso da Figura 12, podem ser vistas as médias de duração dos comportamentos da classe Distribuição da Atenção, observados de *Pm7*, em cada sessão, considerando o número de ocorrências destes comportamentos nas Sessões.



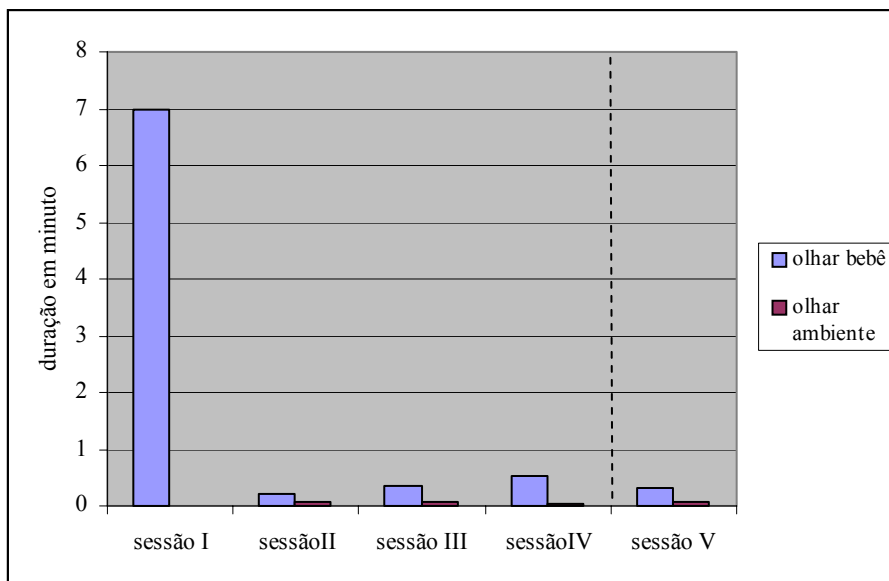


Figura 12. Distribuição das médias de duração dos comportamentos de olhar bebê e ambiente, de *Pm7*, nas diferentes Sessões.

Os dados apresentados na Figura 12 permitem verificar que a média de duração de ocorrência dos comportamentos olhar para o bebê e olhar para o ambiente desconsiderando a Sessão I já que houve uma única ocorrência do comportamento, atingiu valores mínimos próximos a 1, sendo que a comparação entre os dois comportamentos permite afirmar que a duração média do comportamento olhar para o bebê foi superior a média do olhar para o ambiente. O fato de que na Sessão I a mãe participante e bebê encontravam-se sozinhos no espaço destinado ao trocador pode ter contribuído para a manutenção de sua atenção somente para o bebê e para a atividade em que estava engajada, diferente das demais Sessões em que a presença de outras mães, bebês e funcionários no berçário podem ter concorrido com sua atenção dirigida ao bebê.

Ainda que a duração média do comportamento olhar para o bebê tenha sido reduzida, e se mantido, exceto na Sessão I, abaixo de 1, os dados indicam que a variação desta duração, considerando os vários episódios, foi maior para as três últimas sessões quando comparadas à segunda (na segunda Sessão foi de 0,016' a 0,55'; na terceira de 0,13' a 0,91'; na quarta de 0,03' a 1'4'' e na quinta e última Sessão de 0,016' a 1'9''), ou seja, passaram a ocorrer pelo menos alguns episódios de maior duração deste comportamento, sugerindo aumento da atenção da mãe ao bebê. Já em relação ao comportamento olhar para o ambiente, a variação das durações nos vários episódios manteve-se relativamente estável, sendo a média apresentada na figura representativa da tendência deste comportamento (Figura 5).

Na Figura 13, são apresentados dados relativos à latência do comportamento Reagir aos sinais do bebê no qual esta dimensão foi considerada relevante, no estudo para a participante *Pm7*.

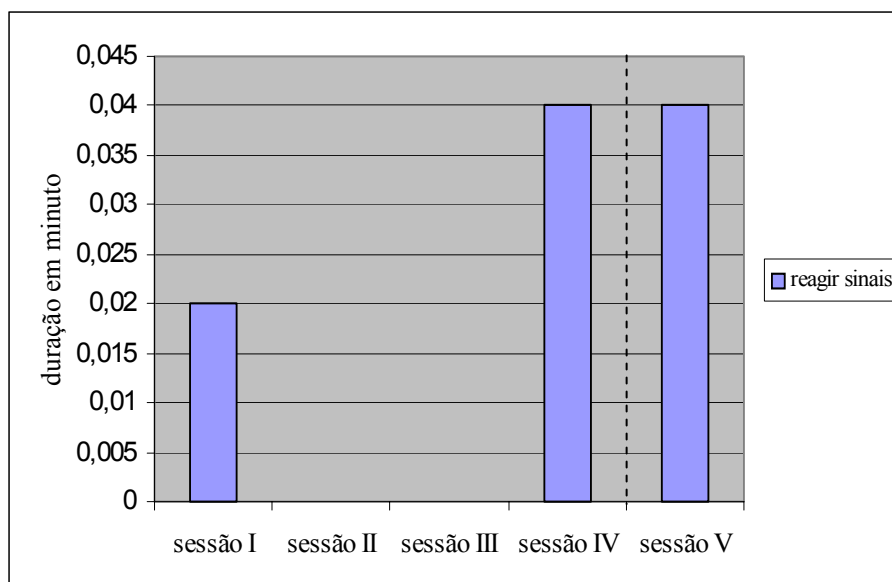


Figura 13. Distribuição da duração média de intervalos entre sinais emitidos pelo bebê e comportamentos da mãe considerados como de reação a estes sinais, para *Pm7*, nas diferentes Sessões.

A partir dos dados apresentados na Figura 13 é possível verificar que a duração média do intervalo entre emissão de sinais pelo bebê e emissão de comportamentos considerados como reação da mãe aos sinais do bebê, independente do tempo total de duração das Sessões, variou, se comparadas a primeira com as duas últimas Sessões em que o comportamento ocorreu (0,02 na Sessão I, contra 0,04 nas Sessões IV e V). A variação encontrada em cada Sessão em que o comportamento foi observado foi de 1'' a 2'' para a Sessão I, de 2'' a 3'' para a Sessão IV e de 1'' a 4'' para a Sessão V, valores que indicam que nas Sessões iniciais a *Pm7* rapidamente reagia aos sinais do bebê e, com o decorrer das Sessões, sua resposta foi emitida após um período mais longo (embora não muito mais longo). Esta mudança pode sugerir uma menor ansiedade da mãe para com os sinais do bebê, o que pode ter contribuído para a adequação das suas respostas observadas com maior frequência nas últimas Sessões.

Em relação aos dados relativos a intervalos entre emissões do comportamento da mãe *Pm7* de Mudar a posição do bebê no qual esta dimensão foi considerada relevante no estudo, verifica-se que o mesmo somente ocorreu na Sessão II, situação na qual a mãe estava com seu bebê no colo sem uma atividade específica, compatível para a apresentação do

comportamento conforme a definição do comportamento apresentado no presente estudo, ou seja, “trocar” *bebê de posturas depois de algum tempo, principalmente na presença de sinais de vermelhidão na pele ou nas protuberâncias ósseas*. O comportamento de troca de posição do bebê, neste caso, ocorreu durante os cinco minutos que correspondem a Sessão II, cujos valores encontrados entre os intervalos em que o comportamento se apresentou foram de 52” e de 3’52”. Já nas três Sessões finais, em que a participante estava engajada na situação de amamentação no peito, o comportamento não foi observado, embora isto fosse desejável, ao menos no caso da última Sessão, que durou nove minutos. A realização de troca de posição, neste caso, poderia inclusive ter auxiliado na estimulação do bebê para a própria amamentação no peito.

No Quadro 25 a seguir podem ser vistas classes gerais de comportamentos observados de Pm7, em relação aos quais foram avaliadas formas corretas e incorretas de apresentação dos comportamentos, no caso desta participante, bem como os respectivos comportamentos específicos componentes da mais geral.

Quadro 25. Classes gerais e específicas de comportamentos de Pm7 em relação aos quais foram observados aspectos corretos e incorretos.

CLASSE GERAL DE COMPORTAMENTOS	CLASSES ESPECÍFICAS DE COMPORTAMENTOS
Manipular o bebê	Transferir o bebê do berço para o trocador ou colo e vice-versa
	Deslocar-se com o bebê
	Mudar posição do bebê
	Manusear o bebê
Posicionar o bebê	Deitar bebê nas pernas (mãe)
	Segurar bebê no colo ao realizar outras atividades
	Posicionar para amamentação
	Posicionar no trocador
	Posicionar no berço
	Sentar/Permanecer com bebê na poltrona do berçário
Interagir com o bebê	Falar com bebê
	Estabelecer/Manter contato tátil
	Reagir aos sinais do bebê
Realizar higiene do bebê	Retirar fralda usada
	Despir o bebê
	Vestir o bebê

continuação

Amamentar	Alimentar no peito - oferecer o peito
	Auxiliar na pega do mamilo
	Despertar bebê para mamar

São apresentados a seguir, da Figura 14 até a Figura 23, dados relacionados à frequência dos comportamentos de interesse de *Pm7*, considerando a emissão correta ou incorreta destes comportamentos, de acordo com as definições apresentadas.

Na Figura 14, podem ser vistos dados relativos ao conjunto dos comportamentos componentes da classe **Manipular** o bebê, em termos de frequência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões a que *Pm7* foi observada.

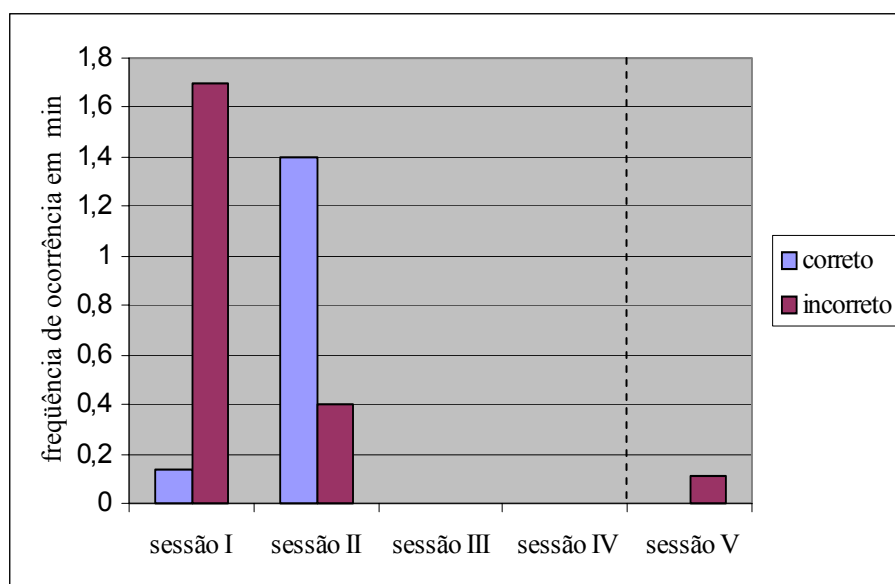


Figura 14. Distribuição de comportamentos de *Pm7*, para a classe **Manipular o Bebê**, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.

É possível verificar que comportamentos da classe geral **manipular o bebê** ocorreram em três Sessões, sendo que nas duas primeiras o comportamento foi observado tanto de modo correto quanto incorreto, e na última Sessão somente de modo incorreto. É relevante destacar, no caso destes dados, que a manipulação do bebê, nas três situações em que este estava sendo amamentado (Sessões III a V), pode ser considerada como incompatível com a atividade em andamento. No caso da última sessão, contudo, a manipulação foi observada, tendo sido considerada, exatamente por isso, como incorreta, já que se deu em função da participante não ter se preparado anteriormente para a atividade (não havia retirado a camiseta que trajava); neste caso, embora a mãe não tenha propriamente realizado

manuseios excessivos e desnecessários do bebê, colocou-se em uma condição em que foi necessário realizar deslocamentos sucessivos do bebê, de um lado para o outro, para retirar a camiseta – o que levou à indicação da presença de comportamentos incorretos.

Os dados das duas primeiras Sessões indicam que houve uma inversão da frequência do modo correto e incorreto entre uma sessão e a outra. Este fato pode estar relacionado ao contexto em que a manipulação do bebê foi observada, ou seja: na Sessão I, a atividade era a troca de fraldas; neste caso, a manipulação foi intensa e, neste sentido, provavelmente mais sujeita a erros; já na Sessão II, em que a participante se encontrava com o bebê no colo, aparentemente interagindo com ele, as manipulações estavam, aparentemente, mais sob controle da participante, favorecendo o aparecimento de propriedades adequadas nesta manipulação.

A Figura 15, a seguir, apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da sessão, para os diferentes comportamentos componentes da classe geral ***Manipular o Bebê***.

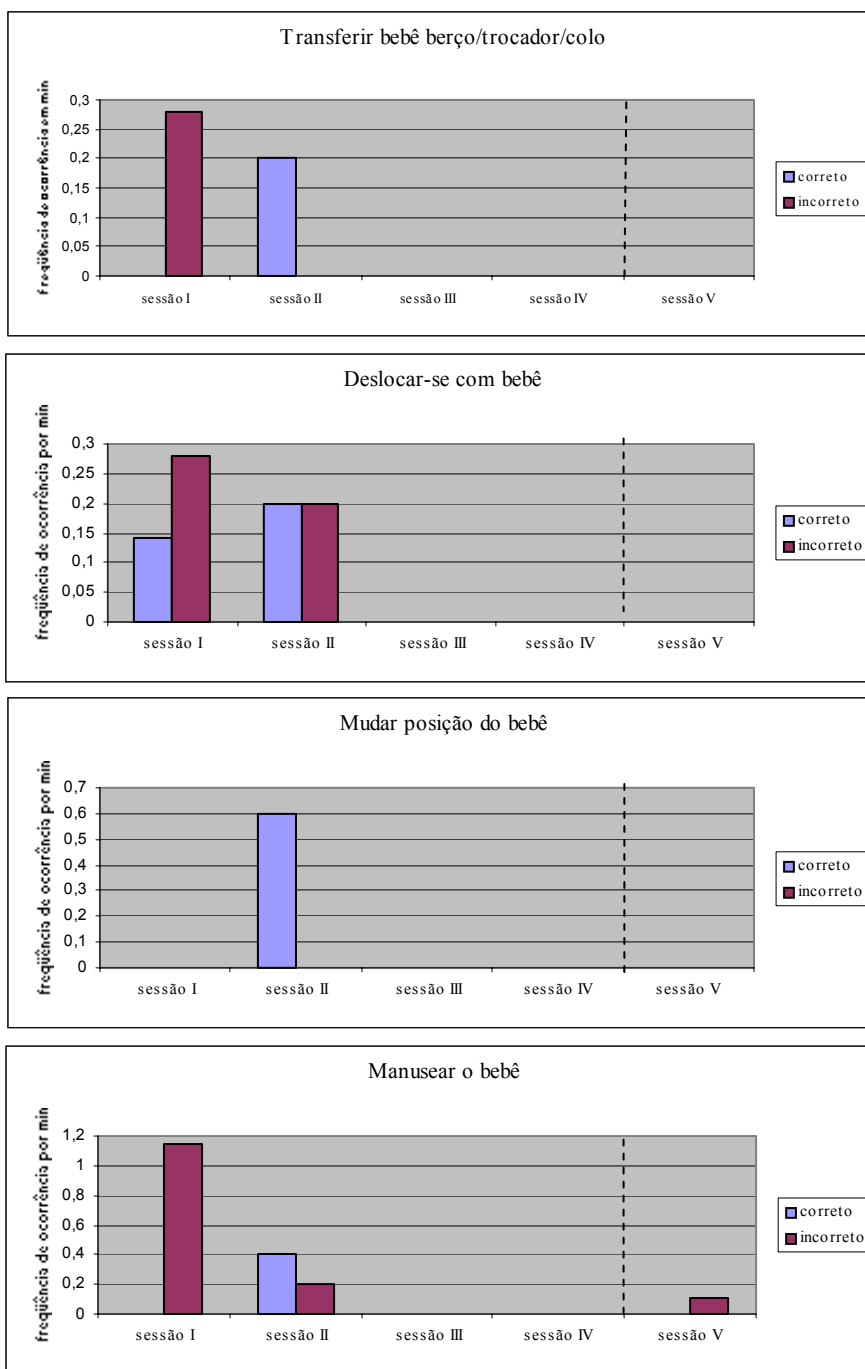


Figura 15. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral *Manipular o Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão / tempo em minutos).

É possível verificar que o comportamento **transferir o bebê** do trocador/berço para o colo e vice-versa ocorreu somente nas duas primeiras Sessões, sendo que na Sessão I de forma incorreta. Já na Sessão II o mesmo comportamento ocorreu de forma correta. No caso das Sessões III, IV e V, não foi observado o comportamento, pois nessas Sessões a

condição diante da qual o comportamento ocorreria não se apresentou, devido a participante estar, durante as três Sessões, amamentando seu bebê no peito.

Os dados apresentados indicam que o comportamento **deslocar-se com o bebê no colo** ocorreu nas duas primeiras Sessões de forma correta e incorreta. Na Sessão I o valor correto obtido foi 0,14, e o incorreto 0,28, praticamente o dobro dos valores corretos. Na Sessão II os valores corretos e incorretos são coincidentes e correspondem a 0,2. No caso das Sessões III, IV e V, não foi observado o comportamento, uma vez que a atividade de amamentação, que durou todo o tempo das três Sessões, era incompatível com o deslocamento da mãe com o bebê (embora pudesse ocorrer, e tenha sido observado em outras situações no Be).

Em relação ao comportamento **mudar o bebê de posição**, o mesmo ocorre somente na Sessão II e de modo correto. Nas outras Sessões, a mãe esteve engajada em atividades que eram incompatíveis com a apresentação deste comportamento, uma vez que a mudança de posição do bebê, neste caso, aplica-se a situações em que o bebê, estando em repouso por um certo tempo, deve ter sua posição alterada a partir do intervalo de tempo decorrido ou da presença de sinais de desconforto ou risco para o bebê.

O comportamento **manusear o bebê** ocorreu em três Sessões, sendo que na Sessão I somente de modo incorreto, na Sessão II tanto de forma correta (mais freqüentemente) quanto incorreta e, na última Sessão, apenas de modo incorreto. Esses valores indicam que na Sessão I, correspondente à troca de fraldas, o bebê foi constantemente manuseado e isto ocorreu sempre de modo incorreto (movimentando o bebê excessivamente, deixando bebê sem apoio para a cabeça etc); já na Sessão II o valor dos manuseios foi consideravelmente menor e, ainda, a forma correta prevaleceu em relação à incorreta. Na Sessão V, que corresponde à amamentação no peito, o comportamento somente foi observado porque a mãe iniciou o processo de amamentação, já tendo o bebê no colo, sem ter se preparado adequadamente para isto (não havia retirado sua camiseta). Além disso, que já caracterizaria um manuseio incorreto (por requerer movimentação desnecessária do bebê), a mãe fez vários deslocamentos do bebê em seu colo, com risco para o bebê, para conseguir retirar a roupa e oferecer o peito ao bebê.

Na Figura 16 podem ser vistos os dados de todos os comportamentos componentes da classe **Posicionar** o bebê, em termos de freqüência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões a que *Pm7* foi observada.

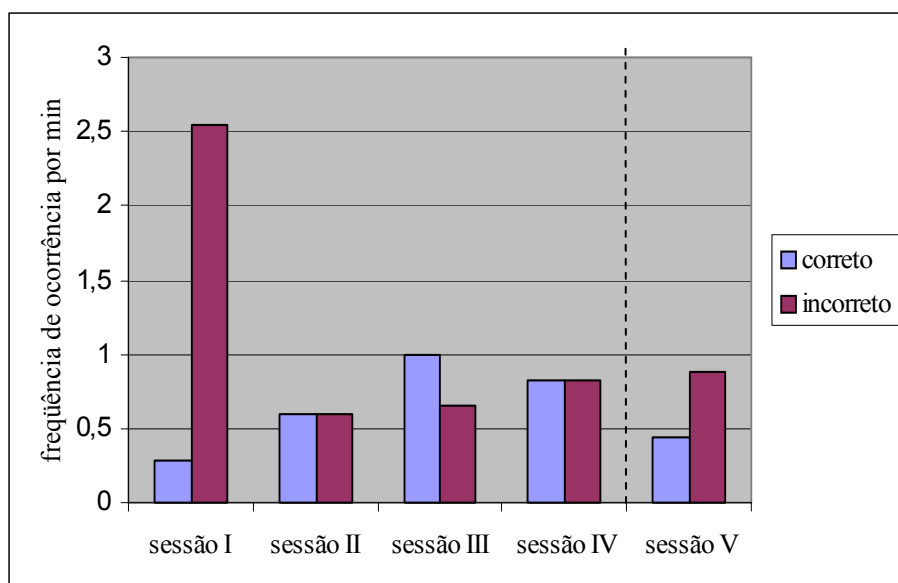


Figura 16. Distribuição de comportamentos de *Pm7*, para a classe ***Posicionar o Bebê***, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.

Os dados apresentados indicam que em todas as Sessões houve a ocorrência do modo correto e incorreto dos comportamentos específicos componentes da classe geral posicionar o bebê. É possível verificar que na Sessão I houve maior variação dos valores correto e incorreto, respectivamente 0,28 e 2,55, o que pode ser devido a atividade realizada pela participante – troca de fraldas, seguida da Sessão III em que os valores corretos são superiores aos incorretos, relação que se inverte novamente na última Sessão, que pode ser explicada pelo comportamento da mãe de não posicionar corretamente o bebê para a amamentação em decorrência dela própria não ter se preparado para a atividade. Já nas Sessões II e IV esses valores são equivalentes.

As Figura 17 e 17' apresentam os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da sessão, para comportamentos componentes da classe geral ***Posicionar o Bebê***.



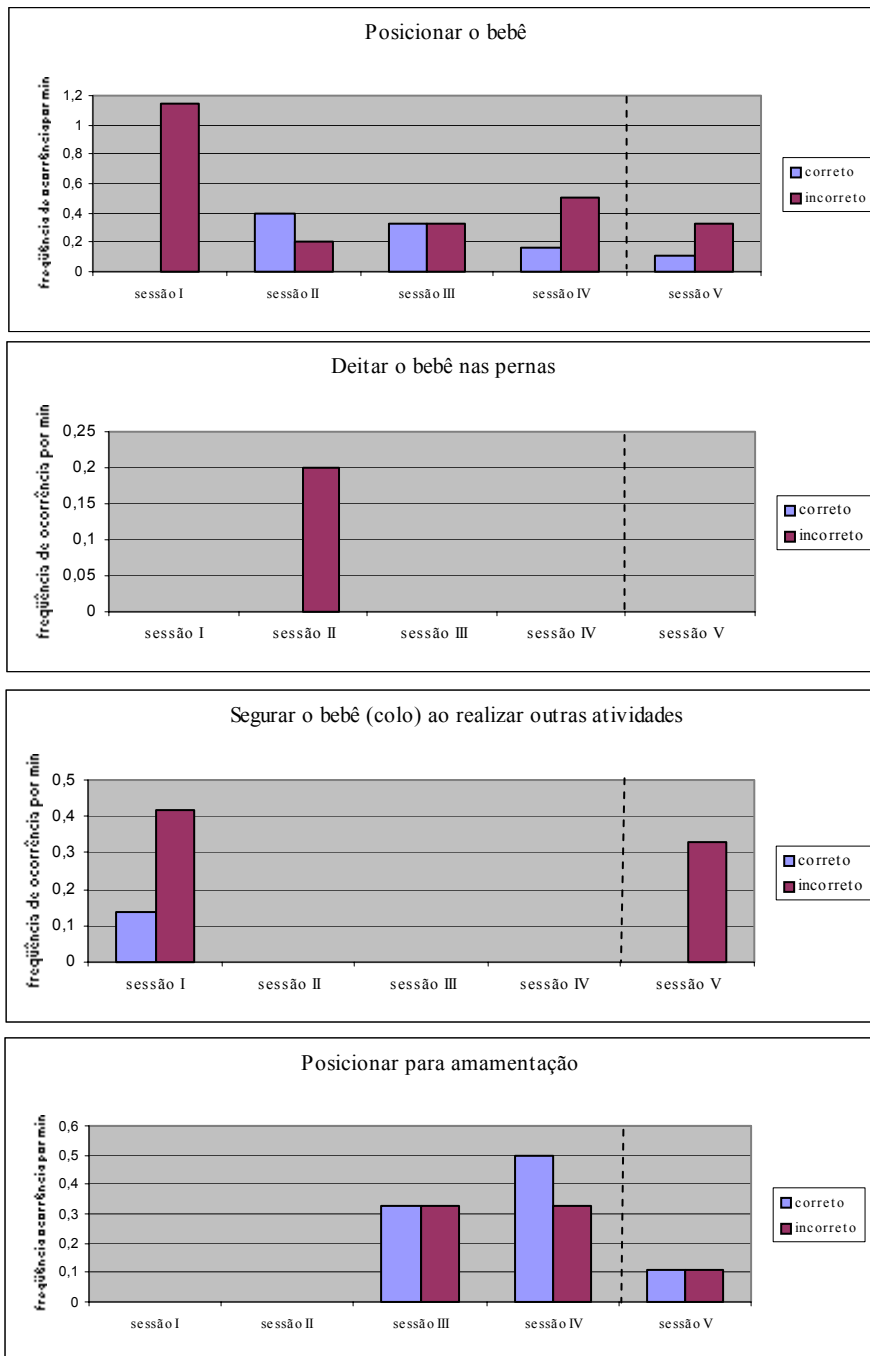


Figura 17. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral *Posicionar o Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minuto).

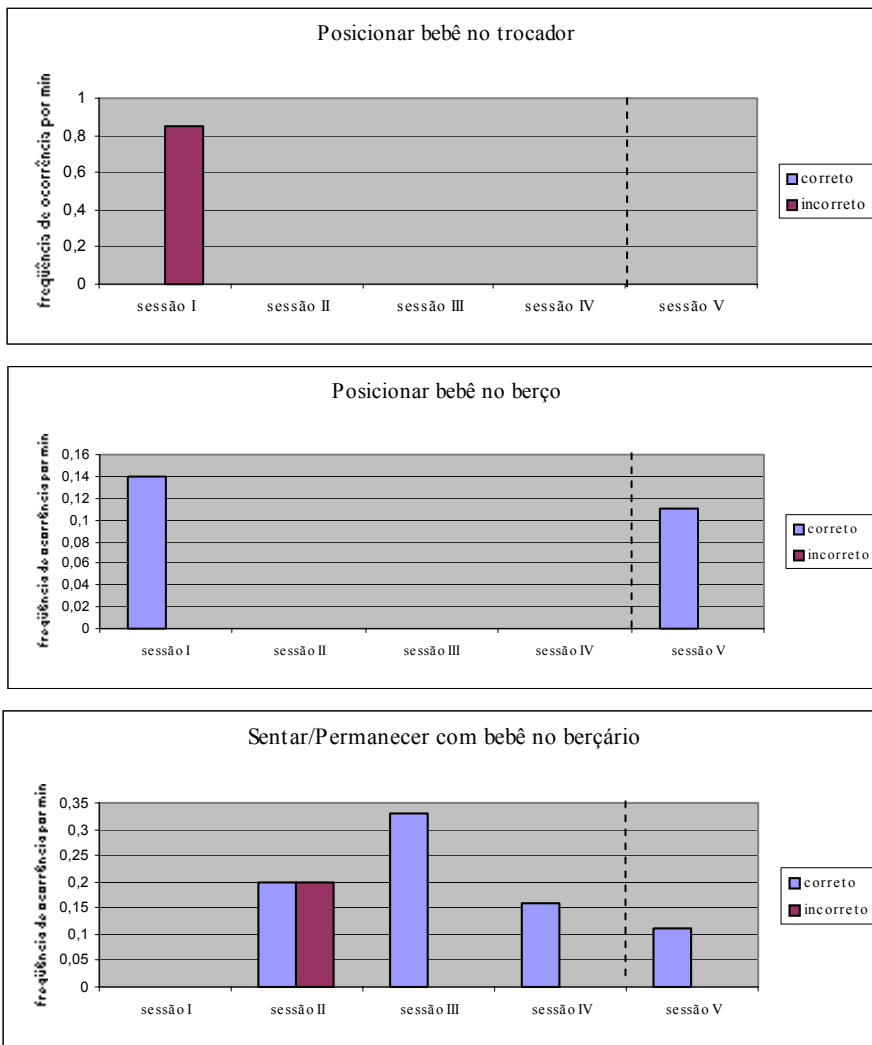


Figura 17'. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral **Posicionar o Bebê**, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minuto).

É possível verificar que o **comportamento posicionar o bebê adequadamente em padrão flexor** ocorreu nas quatro últimas Sessões, embora nas duas últimas os valores encontrados tenham sido inferiores aos valores do modo incorreto. É possível notar, ainda, que na Sessão I o modo incorreto de realização do comportamento foi predominante e em valores superiores às demais Sessões, provavelmente pelo fato da Sessão I ser relativa a atividade troca de fraldas, que requer constantes posicionamentos. Na Sessão II, na qual a participante estava com seu bebê no colo, os dados também indicam que o posicionar adequadamente ocorreu em dobro do valor incorreto. Nas três últimas Sessões, em situações de amamentação, o modo correto do comportamento foi observado, sendo que nas duas últimas Sessões em valores inferiores ao modo incorreto, provavelmente pela

necessidade constante de posicionamento do bebê devido ao mesmo encontrar-se acordado (e, portanto, mais sujeito à ocorrência de erros, diferentemente da Sessão III, situação em que o bebê estava dormindo).

Os dados mostram, ainda, que o comportamento **deitar bebê nas pernas** da mãe ocorreu somente na segunda Sessão, de modo incorreto, situação em que o bebê encontrava-se, no início, no colo de *Pm7*. Embora esse comportamento não tenha ocorrido na Sessão V, tal comportamento poderia ter ocorrido, condição esta que diminuiria a necessidade de excessivo manuseio do bebê pela participante na situação em que retirou sua camiseta para amamentar o bebê no peito, segurando o bebê com apenas um braço e realizando sucessivas mudanças do bebê de um braço para o outro.

O comportamento **segurar o bebê ao realizar outras atividades** ocorreu na primeira e na última Sessão, I e V; os dados indicam que o comportamento ocorreu de modo correto e incorreto na primeira Sessão e incorreto na última. Na Sessão I, em situação de troca de fralda, é muito comum que esse tipo de comportamento ocorra; na Sessão V isto já não se verifica (amamentação). Para essa participante, o comportamento ocorreu, como já destacado, por *Pm7* não ter se preparado anteriormente para a realização da atividade amamentação no peito.

O comportamento **posicionar o bebê para amamentação no peito** ocorreu nas três últimas Sessões, situações nas quais ocorreu a atividade de oferecer leite no peito ao bebê. Os dados indicam que o comportamento ocorreu de modo correto e incorreto, com valores equivalentes na Sessão III e na Sessão V; já na Sessão IV o modo correto prevaleceu sobre o incorreto.

O comportamento **posicionar o bebê no trocador** ocorreu somente na Sessão I, situação na qual a ocorrência do comportamento era esperada – troca de fraldas. Os dados indicam a ocorrência somente do modo incorreto do comportamento.

Em relação ao comportamento **posicionar o bebê no berço**, este ocorreu nas Sessões I e V somente de forma correta. O fato desse comportamento ter sido observado desde a primeira situação de observação, e também na última, após *Pm7* ter recebido apenas orientações gerais - pertencentes ao primeiro módulo do programa de intervenção - pode ser devido ao fato desse ser um tipo de orientação prontamente recebido pelas mães assim que ingressam no berçário.

Os dados apresentados indicam que o comportamento **sentar com bebê na poltrona do berçário** ocorreu nas quatro últimas Sessões, sendo que na primeira Sessão a condição para que o comportamento ocorresse não existiu, já que a participante se manteve

durante todo o momento de observação no espaço destinado ao trocador. É possível verificar que o comportamento ocorreu de forma correta nas três últimas Sessões, provavelmente pelo fato de que nessas Sessões a situação era de amamentação, o que exige da mãe uma postura adequada e confortável para ela e para o bebê; ocorreu de maneira correta e incorreta na Sessão II, situação em que a participante se encontrava numa situação de interação livre com o bebê.

Na Figura 18 podem ser vistos os dados de todos os comportamentos componentes da classe **Interagir com o Bebê**, em termos de frequência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões em que *Pm7* foi observada.

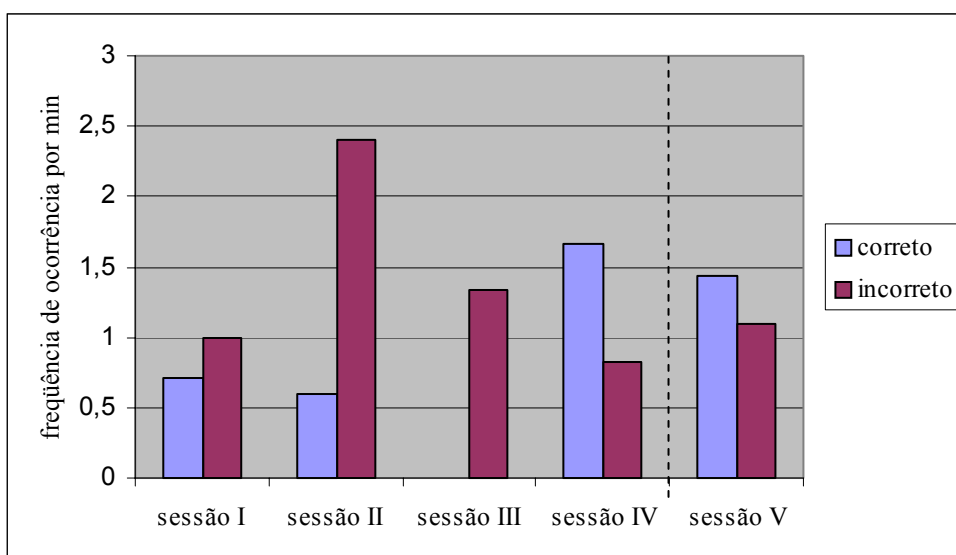


Figura 18. Distribuição de comportamentos de *Pm7*, para a classe **Interagir com o Bebê**, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.

É possível verificar, pelos dados apresentados na Figura 18, que interações corretas e incorretas ocorreram nas Sessões I, II, IV e V, sendo que somente nas Sessões I e II os episódios de modo incorretos foram mais frequentes que os do modo correto, e significativamente maior; na Sessão III somente ocorrências de interação incorretas foram observadas. Os resultados apresentados na Figura permitem ainda afirmar que nas primeiras sessões os valores encontrados relativos aos modos corretos de apresentação dos comportamentos são pequenos, o que se modifica nas duas últimas Sessões IV e V. Ainda que os valores do modo incorreto tenham sido superiores após a intervenção, isto pode ser considerado preferível à ausência de comportamentos da classe geral interagir com o bebê.

A Figura 19 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada sessão,

dividida pela duração da sessão, para comportamentos componentes da classe geral *Interagir com o Bebê*.

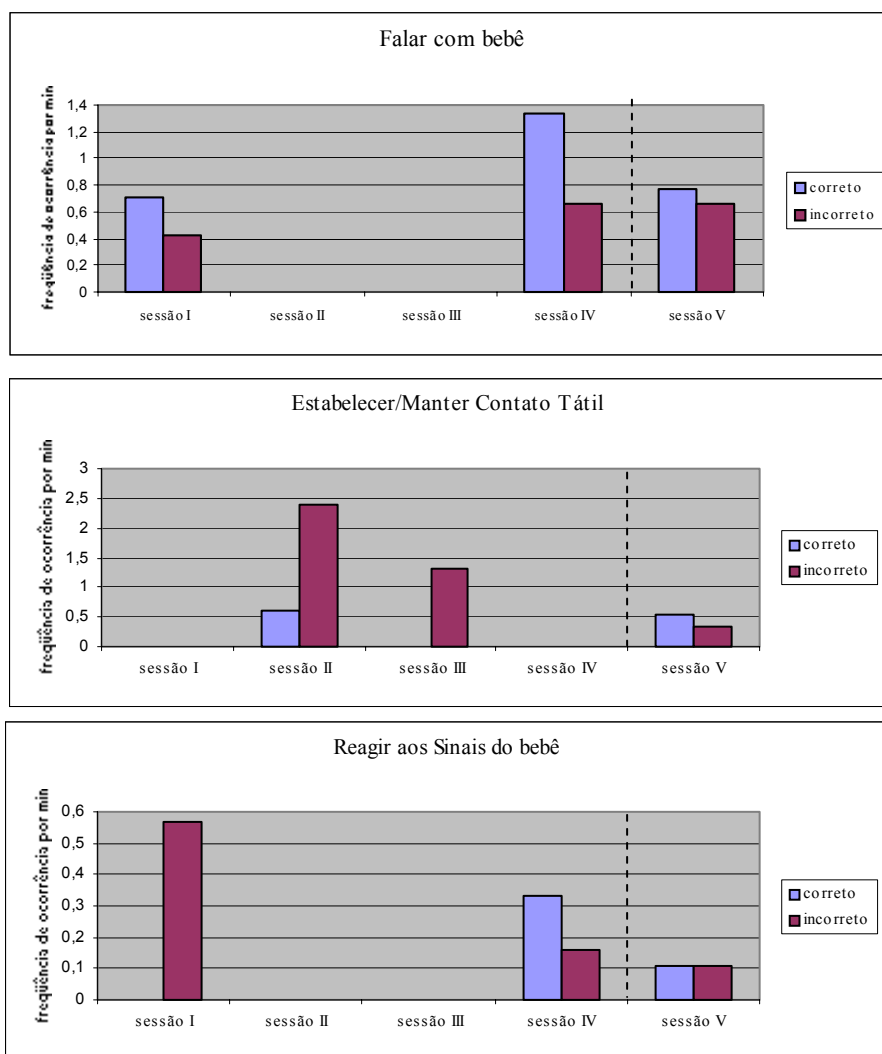


Figura 19. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral *Interagir com o Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minuto).

Os dados relativos ao comportamento **falar com o bebê** indicam que o mesmo ocorreu nas Sessões I, IV e V e, nas três Sessões, os valores do modo correto foram superiores ao incorreto. Ainda é possível verificar que nas sessões II e III esse comportamento não ocorreu, embora a condição para sua apresentação existisse, principalmente na situação que corresponde à Sessão II em que a participante *Pm7* estava com seu bebê no colo no berçário e o bebê estava em estado de alerta (acordado). Já na Sessão III, embora o bebê estivesse aparentemente em estado de sono profundo, a participante *Pm7* poderia ter utilizado da fala para despertar o bebê para mamar, já que mesmo estando em estado de sono profundo os

bebês devem ser alimentados nos horários determinados pelo serviço, em média a cada três horas. Parece que o comportamento falar com o bebê já era algo praticado pela *Pm7* antes de sua participação no módulo de informação geral, embora mereça destaque ter sido observada uma aparente mudança no conteúdo da fala da participante, pois além de palavras relacionadas à atividade em si (como na troca de fraldas e amamentação, nas quais ela disse, por exemplo: “vamo acoida”, “é pra mama”), a participante, na última Sessão (V), verbalizou palavras que indicativas de afeto em relação ao bebê, como: “ai que lindinho”, “ai que bonitinho”.

É possível verificar que o comportamento **contato tátil** ocorreu em três das Sessões nas quais *Pm7* foi observada, II, III e V, sendo que nas duas Sessões anteriores à participação de *Pm7* no módulo do programa, a frequência de comportamentos de modo incorretos foi superior à forma correta, havendo uma inversão nesta relação na Sessão V, que ocorreu imediatamente após a participação de *Pm7* no módulo informação geral. Embora o comportamento contato tátil não tenha ocorrido na Sessão IV, a condição diante da qual o comportamento poderia ter ocorrido (e seria desejável que ocorresse, do ponto de vista de oportunidade para estímulo ao desenvolvimento infantil), foi observada.

Quanto ao comportamento **reagir aos sinais do bebê**, é possível verificar, na Figura 19, que o mesmo ocorreu na Sessão I e nas Sessões IV e V, sendo que na primeira oportunidade que corresponde à Sessão I só se observa a ocorrência do modo incorreto; já nas demais Sessões (IV e V) ambos os modos são apresentados.

Em relação aos comportamentos **embalar e brincar com o bebê**, embora tenham sido considerados como de interesse, tais comportamentos não foram observados em qualquer das Sessões em que *Pm7* foi observada, ainda que as Sessões I e II apresentassem condições diante das quais o comportamento poderia ter ocorrido; aparentemente, esses tipos de comportamentos não são comuns no ambiente deste berçário.

O fato de *Pm7* ter participado somente do módulo inicial do programa, cujas atividades estavam relacionadas principalmente a informações gerais de como lidar/cuidar de bebês pré - termo, pode estar relacionado à ausência de comportamentos específicos componentes da classe geral interagir com o bebê, como falar, tocar, brincar e embalar, nas situações observadas. Neste módulo, comportamentos como falar e tocar o bebê, que fazem parte da classe mais geral interagir, chegaram a ser, de algum modo, ainda que superficialmente, abordados (forma e momentos apropriados para o comportamento de tocar o bebê, e momento adequado para apresentação do comportamento falar com o bebê). Os comportamentos de embalar e brincar com o bebê, por sua vez, não chegaram a ser

mencionados como possibilidade de interação da mãe com o bebê, especificamente, no Módulo pelo qual passou *Pm7*.

Na Figura 20 podem ser vistos os dados de todos os comportamentos componentes da classe ***Realizar higiene do bebê***, em termos de frequência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões em que *Pm7* foi observada.

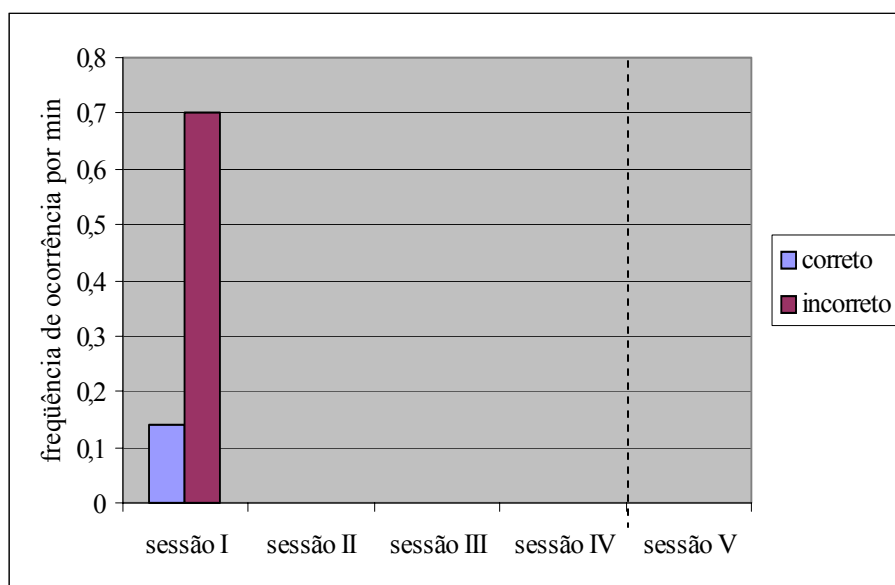


Figura 20. Distribuição de comportamentos de *Pm7*, para a classe ***Realizar Higiene do Bebê***, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.

Os dados apresentados indicam que a ocorrência de comportamentos realizar higiene do bebê somente foi observada na Sessão I, situação mais provável de apresentação desse comportamento, e na qual os valores encontrados no modo incorreto prevalecem em relação ao modo correto (0,7 e 0,14 respectivamente). Os dados apresentados revelam que comportamentos tais como, limpar a região do períneo, não foram observados, mas deveriam ser; e ainda, comportamentos tais como enrolar o cueiro no bebê, esperados como forma de garantir manutenção de temperatura corporal do bebê, não o foram, nem nesta sessão (em que o bebê ficou muito tempo sem roupa), nem em outras nas quais mesmo o bebê estando vestido o uso do cueiro pode ser aconselhável para aconchegar o bebê.

A Figura 21 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da sessão, para comportamentos componentes da classe geral ***Realizar Higiene do Bebê***.

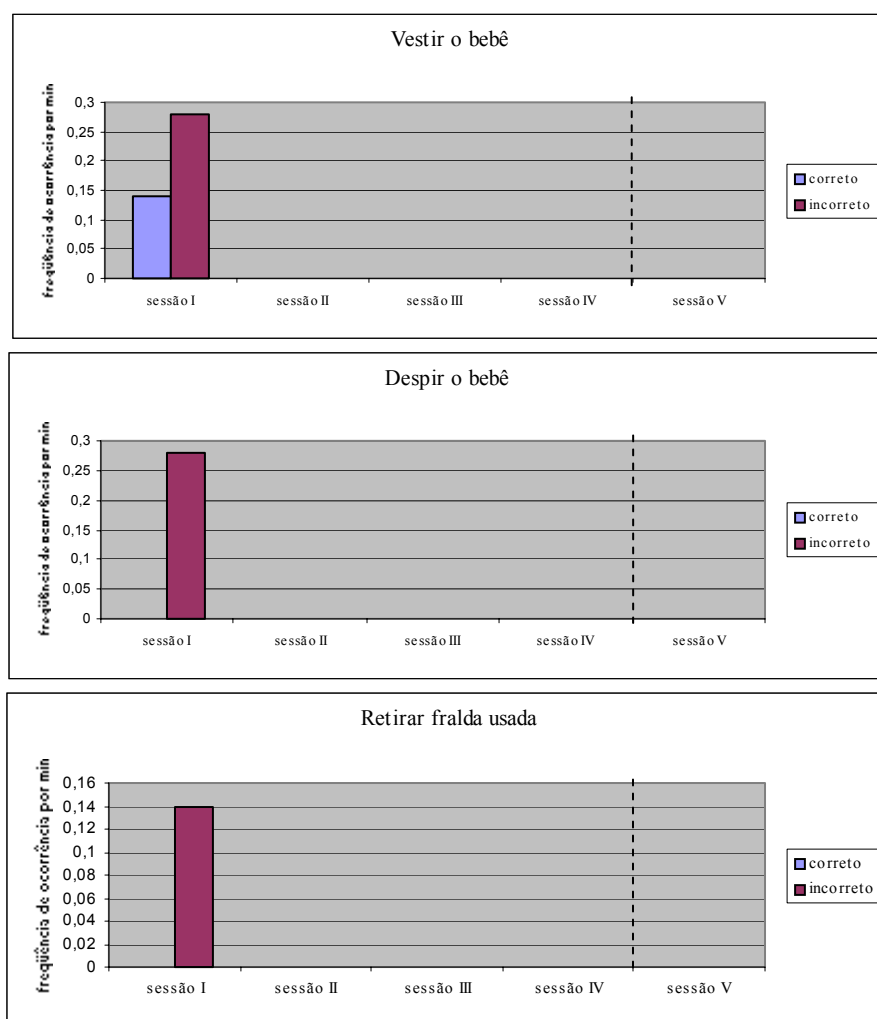


Figura 21. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral *Realizar Higiene do Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minuto).

É possível verificar pelos dados apresentados em relação ao comportamento retirar a fralda do bebê que esse comportamento ocorreu somente na Sessão I e de modo incorreto. Quanto ao comportamento despir o bebê esse também ocorreu somente na Sessão I e de modo incorreto. Observações assistemáticas de situações em que mães foram instruídas pela equipe a realizar cuidados como estes, indicam que, embora tenham sido dadas orientações relacionadas a situações de troca do bebê, estas foram, usualmente, genéricas, e não incluíram, por exemplo, informações relacionadas a evitar produção de barulho de retirada das fitas adesivas da fralda e não segurar o bebê pelas extremidades, aspectos incorretos observados no desempenho da mãe.



Em relação ao comportamento vestir o bebê os dados indicam que o comportamento ocorreu de modo correto e incorreto com valores aproximados a 0,15 e 0,3 respectivamente.

Embora tenha ocorrido uma situação de troca de fraldas por *Pm7*, na sessão I, o fato de que a mãe não apresentou ações e cuidados mínimos componentes da cadeia comportamental envolvida nesta troca (não retirou resíduos de suor e urina da região de períneo do bebê antes de colocar fralda limpa) levou a desconsiderar este comportamento como tendo ocorrido, mesmo que fosse de modo inadequado, no caso desta mãe.

Na Figura 22, podem ser vistos os dados de todos os comportamentos componentes da classe Amamentar o bebê, em termos de frequência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões a que a *Pm7* foi observada.

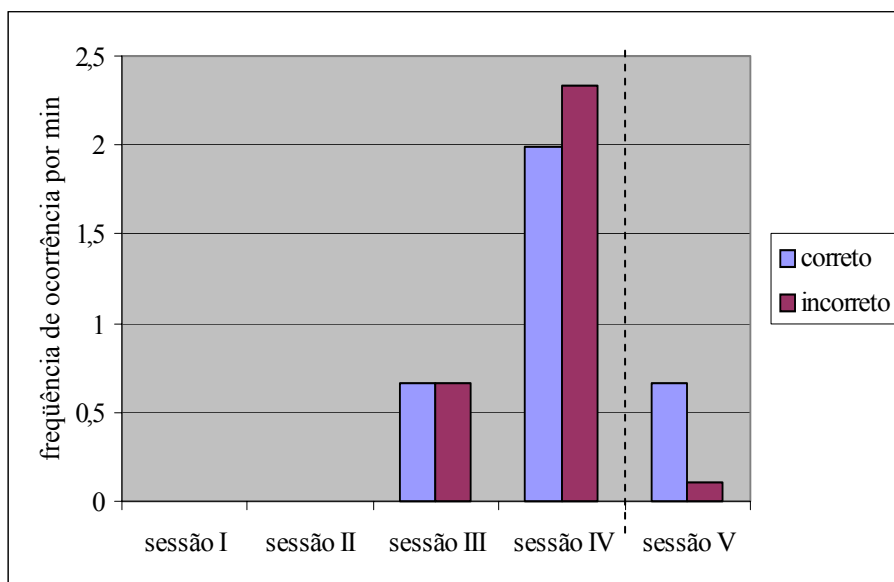


Figura 22. Distribuição de comportamentos de *Pm7*, para a classe *Amamentar o Bebê*, nas sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.

É possível verificar que comportamentos da classe geral *Amamentar o Bebê* ocorreram nas três últimas Sessões, nas Sessões III, IV e V, de modo correto e incorreto, sendo que na Sessão III os valores medidos são equivalentes, na Sessão IV os valores medidos do modo incorreto são superiores ao modo correto e na última Sessão V, os valores do modo correto são superiores ao incorreto. Tal melhora pode ser atribuída, em algum grau, à participação de *Pm7* no programa, representado pelas atividades do módulo informação geral; embora esse módulo não tenha abordado informações relacionadas diretamente a amamentação do bebê, como o próprio nome do módulo indica, foram apresentadas

informações gerais sobre posturas adequadas , manuseios corretos, meios de interagir com o bebê, observação do bebê entre outras.

A Figura 23 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm7*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da sessão, para comportamentos componentes da classe geral *Amamentar o Bebê*.

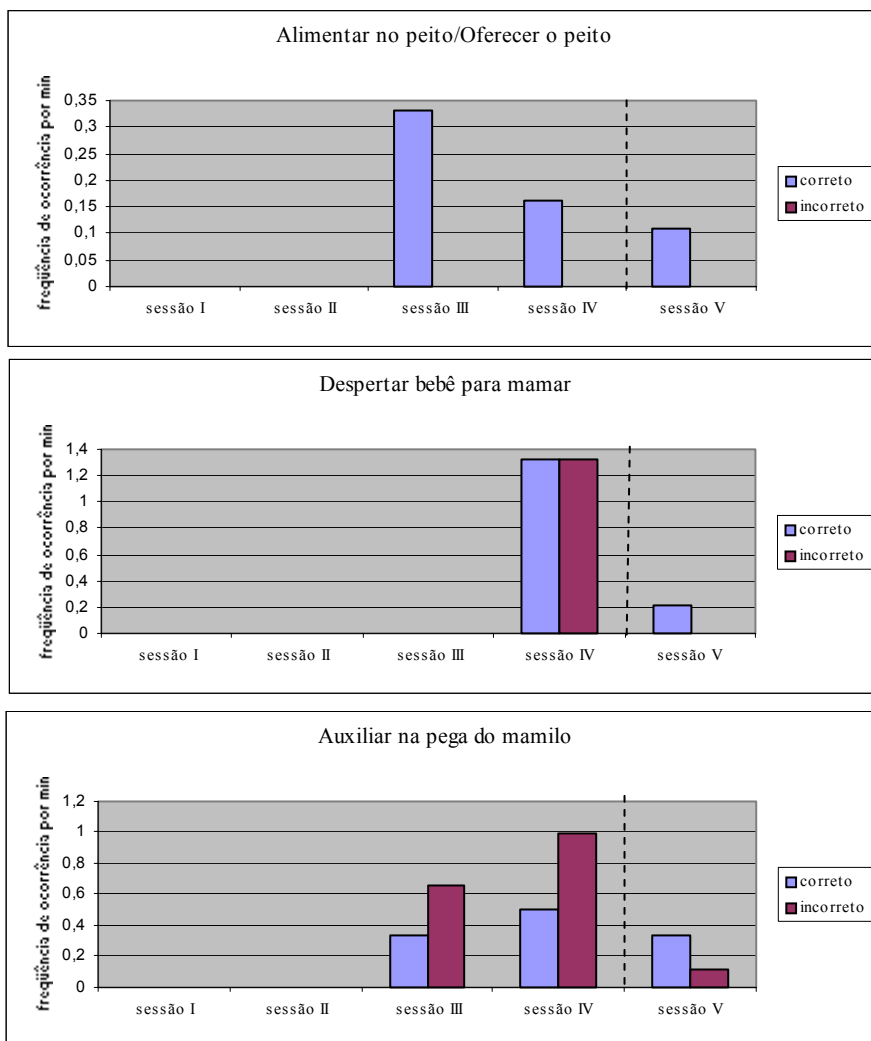


Figura 23. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm7* componentes da classe geral *Alimentar o Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minuto).

É possível verificar pelos dados apresentados que o **comportamento alimentar o bebê no peito** ocorreu nas três últimas Sessões, sendo que nas outras Sessões I e II a condição para a apresentação do comportamento não existiu, sendo ainda incompatível para a primeira situação, que era de troca de fraldas. Os valores encontrados em todas as

Sessões correspondem, no caso deste comportamento, à emissão definida como correta do comportamento.

Quanto ao comportamento **auxiliar na pega do mamilo**, de modo semelhante aos outros comportamentos pertencentes à classe geral alimentar o bebê, ocorreu somente nas três últimas Sessões, com emissões corretas e incorretas. Nas sessões III e IV os valores do modo incorreto de apresentação do comportamento são superiores aos do modo correto, relação que se inverte na última Sessão V, após a participação de *Pm7* no programa, embora não tenham sido oferecidas, no decorrer de sua participação no programa, informações diretamente relacionadas com este comportamento.

Os dados indicam que o comportamento **despertar o bebê** para mamar ocorreu nas duas últimas sessões, sendo que na IV de modo correto e incorreto e na Sessão V somente de modo correto. Na Sessão III, embora a condição para a apresentação do comportamento estivesse presente, o comportamento não ocorreu, diferentemente das Sessões I e II em que a condição não se apresentou. É possível supor que informações obtidas no módulo a que *Pm7* foi submetida, tenham modificado seu modo de tocar o bebê; assim, o comportamento despertar o bebê pelo toque presente de modo incorreto na Sessão IV não foi observado na Sessão V seguinte.

Ainda que o comportamento **estimular o arrotar** tenha sido de interesse, esse comportamento não foi observado, embora, as três últimas situações observadas, que correspondem à amamentação do bebê, comportassem o comportamento de estimular o arrotar, que poderia e deveria ter ocorrido durante e ao final da situação. É possível supor que comportamentos específicos componentes da classe geral **Amamentar o bebê** sejam comportamentos que recebam pouca atenção quanto à necessidade de orientação às mães pela equipe de profissionais, como se comportamentos considerados cotidianos já fizessem parte do repertório de cuidados das mães aos seus bebês; é possível, ainda, que os mesmos sejam ensinados pela equipe e não aprendidos pelas mães.

## **2. Resultados correspondentes ao desempenho de *Pm8* ao lidar com seu bebê**

No Quadro 26 podem ser vistas descrições das situações em que *Pm8* foi observada, que correspondem às sessões de I a XVI, bem como das intervenções do programa de ensino às quais a participante foi submetida, representadas pelas atividades previstas no módulo de informação geral, continuação deste módulo, informação geral, e as unidades postura e deslocar, módulo banho, continuação do banho e treino em serviço deste módulo,

módulo alimentação, passo 1 amamentação e ainda, a pedido da participante *Pm8*, últimas orientações antes da alta.

Quadro 26. Caracterização das situações de observação e de intervenção a que *Pm8* foi submetida no decorrer de sua participação no programa de ensino.

<b>TIPO DE SITUAÇÃO</b>	<b>ATIVIDADE MÃE</b>	<b>CONTEXTO</b>
Sessão I – observação (quatro minutos)	Mãe - Canguru com Alimentação na Seringa	Bebê dormindo no colo da mãe em posição canguru Dentro do berçário auxiliares da UTI n e auxiliar do Be dialogando sobre procedimentos a serem realizados; Ao final da gravação choro alto de um bebê; Pesquisadora operando a filmadora.
Sessão II observação (um minuto)	Bebê deslocado no colo da mãe	Bebê dormindo; Participante, seu bebê no colo de uma auxiliar de enfermagem da UTI n encontram-se próximas a porta do berçário; No Be estão outras mães e bebês e profissional do Be; Profissionais dialogando ao longo da gravação; Pesquisadora operando a filmadora.
Sessão III observação (dois minutos)	Bebê na incubadora mãe ao lado	Bebê dormindo na incubadora; No Be estão outras mães, seus bebês e profissional do Be em silêncio; Choro de bebê esporádico; Barulho do ranger da porta do Be; Pesquisadora operando a filmadora.
<b>Intervenção I</b>	<b>Módulo “Informação Geral”</b>	<b>Ver descrição na Figura 44 (apresentada adiante)</b>
Sessão IV observação (seis minutos)	Mãe - Canguru	Bebê dormindo; No Be estão outras mães, seus bebês e profissional do Be; Mães e profissionais dialogando ao longo da gravação; Pesquisadora operando a filmadora.
Sessão V observação (oito minutos)	Mãe - Canguru com Alimentação na Seringa	Bebê dormindo; No Be estão outras mães, seus bebês e profissional do Be; Mães e profissionais dialogando ao longo da gravação; Auxiliar relatando uma situação pessoal; Auxiliar conversa com pesquisadora; Pesquisadora operando a filmadora.
<b>Intervenção II</b>	<b>Módulo “Informação Geral”</b>	<b>Ver descrição na Figura 44 (apresentada adiante)</b>

Sessão VI observação (três minutos)	Amamentação no peito	Bebê em estado de sonolência, chorando e mamando; No Be estão outras mães, seus bebês e profissional do Be; Mães e profissionais dialogando ao longo da gravação; <i>Pm8</i> está usando máscara que cobre nariz e boca; Pesquisadora operando a filmadora.
Sessão VII observação (três minutos)	Transferir bebê do berço para o colo e deslocar-se com bebê para poltrona Be	Bebê aparentemente dormindo no berço; No Be estão outras mães e seus bebês e profissional do Be; Auxiliar dialogando ao longo da gravação com outra mãe; Pesquisadora operando a filmadora.
Sessão VIII observação (sete minutos)	Alimentação no copinho orientação auxiliar	Bebê aparentemente dormindo No Be estão outras mães, seus bebês e profissional do Be, <i>Pm8</i> solicita orientação da auxiliar de enfermagem; <i>Pm8</i> está usando máscara que cobre nariz e boca; Pesquisadora operando a filmadora
<b>Intervenção III</b>	<b>Módulo “Banho”</b>	<b>Ver descrição na Figura 44 (apresentada adiante)</b>
Sessão IX observação (18 minutos, 7’ - 6’ - 5’)	Alimentação no copinho, orientação auxiliar arrotar e Posicionar para arrotar e Deslocar bebê para trocador 5’	Bebê em estado de sono; No Be estão outras mães, seus bebês e profissional do Be; Auxiliar dialoga no início da gravação com a mãe participante, transmite orientação; Be silencioso em comparação aos dias anteriores; <i>Pm8</i> está usando máscara que cobre nariz e boca; <i>Pm8</i> solicita orientação da pesquisadora; Pesquisadora operando a filmadora.
<b>Intervenção IV</b>	<b>Módulo “Banho”</b>	<b>Ver descrição na Figura 44 (apresentada adiante)</b>
<b>Treino em Serviço I</b>	<b>Módulo “Banho”</b>	<b>Ver descrição na Figura 44 (apresentada adiante)</b>
Sessão X observação (dois minutos)	Transferir bebê do berço para colo e Bebê no colo na poltrona Be	Bebê em estado de alerta; No Be estão outras mães, seus bebês e profissional do Be; <i>Pm8</i> dialoga com a auxiliar sobre amamentação no peito; <i>Pm8</i> está usando máscara que cobre nariz e boca; Pesquisadora operando a filmadora

Sessão XI observação (17 minutos 14' - 3')	Banho e Bebê no colo	Bebê em estado de sonolência depois alerta; No Be estão outras mães, seus bebês e profissional do Be; Auxiliar dialogando ao longo da gravação com outras mães, Bebê chorando; <i>Pm8</i> dialoga com a pesquisadora; Pesquisadora operando a filmadora
Sessão XII observação (cinco minutos)	Bebê no berço, mãe ao lado	Bebê aparentemente dormindo no berço; Mãe participante ao lado para medir sua temperatura; <i>Pm8</i> está usando máscara que cobre nariz e boca; No Be estão outras mães e seus bebês e profissional da UTI n; Choro alto de um bebê; Pesquisadora operando a filmadora.
Sessão XIII observação (quatro minutos)	Amamentação no peito e Orientação auxiliar	Bebê em estado de sonolência; No Be estão outras mães, seus bebês e profissional do Be; Auxiliar dialogando ao longo da gravação com outras mães e mãe dialogando entre si; Bebês chorando; <i>Pm8</i> está usando máscara que cobre nariz e boca; <i>Pm8</i> dialoga com a pesquisadora; Pesquisadora operando a filmadora.
<b>Intervenção V</b>	<b>Módulo “Amamentação”</b>	<b>Ver descrição na Figura 44 (apresentada adiante)</b>
Sessão XIV – observação (10 minutos)	Banho	Bebê em estado de alerta e resmungando ao longo de toda a gravação; <i>Pm8</i> e bebê encontram-se sozinhos no espaço destinado ao trocador; <i>Pm8</i> dialoga com a pesquisadora; Presença da pesquisadora operando a filmadora.
Sessão XV – observação (três minutos)	Bebê no colo da mãe, sendo amamentado no peito	Bebê em estado de alerta, Participante e bebê encontram-se no berçário com profissionais, duas auxiliares de enfermagem, e outras mães e bebês; Mães e profissionais dialogando ao longo da gravação; <i>Pm8</i> dialoga com pesquisadora; <i>Pm8</i> está usando máscara que cobre nariz e boca; Pesquisadora operando a filmadora.
Sessão XVI – observação (cinco minutos 3' - 2')	Bebê no colo da mãe, sendo alimentado por chupa e posicionado para arrotar	Bebê em estado de sonolência no início da gravação, durante a gravação dormindo e quando posicionado para arrotar, ao final, acordado em alerta, Participante e bebê encontram-se no berçário com duas auxiliares de enfermagem, e outras mães e bebês; Mães e profissionais dialogando ao longo da

		gravação, provocando ruído alto; <i>Pm8</i> participa da conversa; <i>Pm8</i> está usando máscara que cobre nariz e boca Pesquisadora operando a filmadora.
<b>Intervenção VI</b>	<b>Módulo “Dúvidas da mãe antes da Alta médica”</b>	<b>Ver descrição na Figura 44 (apresentada adiante)</b>

No Quadro 27 podem ser vistas as classes de comportamentos, gerais e específicas, observadas no caso de *Pm8*, em relação às quais foi indicada, nas figuras adiante, a frequência de ocorrência, nas situações consideradas neste estudo.

Quadro 27. Classes gerais e específicas de comportamentos de *Pm8* observados e avaliados em termos de frequência de ocorrência.

<b>CLASSE GERAL DE COMPORTAMENTOS</b>	<b>CLASSES ESPECÍFICAS DE COMPORTAMENTOS</b>
Amamentar	Estimular sucção
	Facilitar a amamentação aproximando bebê ao peito ou vice versa
	Auxiliar a pega do mamilo
	Despertar bebê para mamar
	Estimular o arrotar
Apresentar ações positivas	Apresentar ações indicativas de afeto
	Sorrir
	Expressar seus sentimentos ou opinião em relação ao bebê
	Expressar sentimentos em relação a si mesma
	Solicitar informação na presença de membros da equipe
	Falar com outras mães
Distribuir atenção	Relaxar demonstrando menos tensão (face/ombros)
	Manter olhar na direção do bebê
	Dirigir a atenção (olhar) ao ambiente
	Estabelecer contato visual
	Manter contato visual
Interagir com o bebê	Acompanhar com os olhos o movimento do bebê
	Estabelecer contato tátil
	Manter contato tátil
	Falar com o bebê
	Reagir aos sinais do bebê
	Embalar o bebê

continuação

Posicionar bebê	Posicionar em postura Mãe - Canguru
	Posicionar no berço em decúbito lateral
	Posicionar em padrão flexor
Realizar higiene do bebê	Recolher roupas usadas
	Guardar roupas usadas
	Vestir o bebê
	Despir o bebê
	Limpar boca do bebê

As Figuras de 24 a 33 a seguir apresentam **dados de freqüência de ocorrência** de comportamentos de *Pm8*, independentemente destes comportamentos terem sido apresentados com propriedades específicas corretas ou incorretas, uma vez que, como já sinalizado para a participante *Pm7* nestes casos, mesmo versões diferentes das definidas como corretas podem constituir respostas desejáveis da mãe ao relacionar-se com o bebê, do ponto de vista de desenvolvimento infantil.

A Figura 24 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm8*, em termos de freqüência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração total da Sessão, para comportamentos componentes da classe geral Apresentar ações positivas na interação com o bebê. A linha vertical tracejada representa as os momentos nos quais foram realizadas as intervenções.

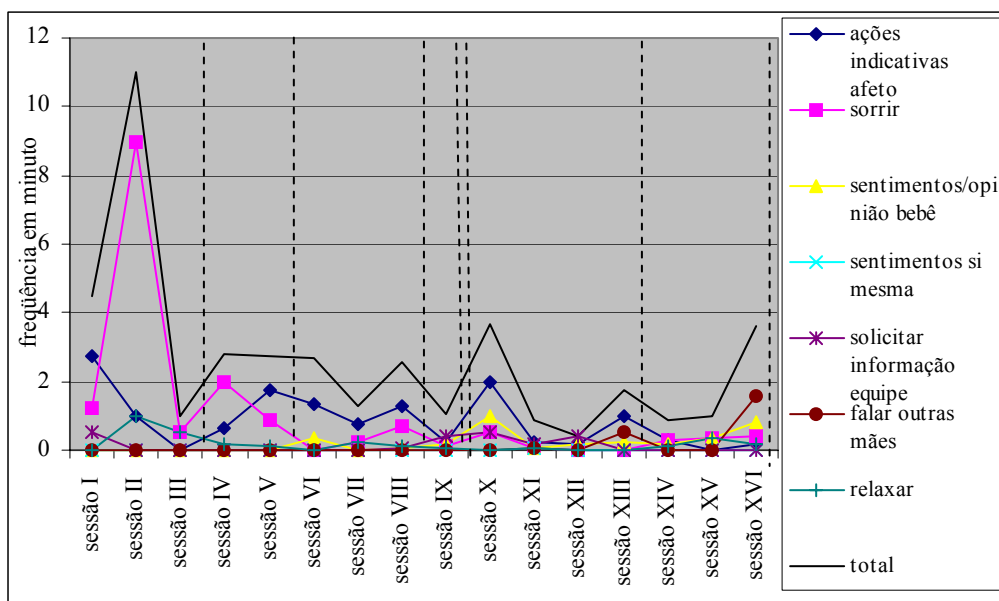


Figura 24. Distribuição da freqüência de ocorrência de comportamentos da classe **Apresentar Ações Positivas** de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados.



É possível observar, a partir dos dados da Figura 24, que os valores dos comportamentos componentes da classe geral apresentar ações positivas tendem a se manter estáveis nas Sessões IV, V, VI, VIII, apresentando um pico na Sessão X e XVI, acompanhando principalmente os comportamentos **apresentar ações indicativas de afeto, sorrir e falar com outras mães**. Ainda em relação aos dois primeiros comportamentos é possível verificar que apresentam, nas primeiras sessões tendências inversas, assim o comportamento sorrir apresenta elevação da primeira para a segunda Sessão e o comportamento apresentar ações indicativas de afeto apresenta queda. Quanto aos demais comportamentos os dados da Figura (24) indicam que não apresentam valores superiores a dois (2), permanecendo próximos a zero (0) principalmente nas Sessões iniciais. Ocorre uma mudança para elevação desses valores para o comportamento **expressar sentimentos /opinião em relação ao bebê** nas Sessões VI, X e XVI talvez pelo fato da mãe estar mais acostumada com as manifestações do bebê diante de situações repetidas, como foi o caso da amamentação no peito, em que a *Pm8* referiu não dar certo (dar de mamar no peito) estando o bebê dormindo. **Falar com outras mães** também é um comportamento que apresenta elevação na última Sessão, conforme mencionado anteriormente, o que pode estar relacionado ao fato do contexto daquele dia em que as mães presentes no berçário estavam comentando assuntos outros não relacionados à sua condição nem à dos bebês. Em relação ao comportamento **relaxar demonstrando menos tensão** verifica-se que esse se manteve em valores mínimos e sua elevação se verifica nas sessões em que a *Pm8* apresenta menos dificuldades com a situação. O comportamento **solicitar informação na presença de membros da equipe** ocorreu na primeira Sessão (I) e nas sessões IX, X e XII que dizem respeito a situações em que a *Pm8* procura saber sobre os procedimentos a que seu bebê será submetido, ou como nas outras sessões em que a participante solicita orientação da equipe de auxiliares sobre como realizar algumas atividades, como, por exemplo, posicionar o bebê para arrotar, na Sessão IX. O **comportamento expressar sentimentos sobre si mesma** ocorreu somente numa única Sessão XI, e uma única vez, embora *Pm8* mantivesse o comportamento de falar com o bebê e falar sobre assuntos relativos à sua rotina e à rotina do bebê constantemente, o que poderá ser observado na Figura 25, a seguir.

A Figura 25 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm8*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, exceto para o comportamento embalar o bebê que ocorreu nos três minutos finais da Sessão XI, para comportamentos componentes da classe

geral Interagir com o bebê. A linha vertical tracejada representa os momentos nos quais foram realizadas as intervenções.

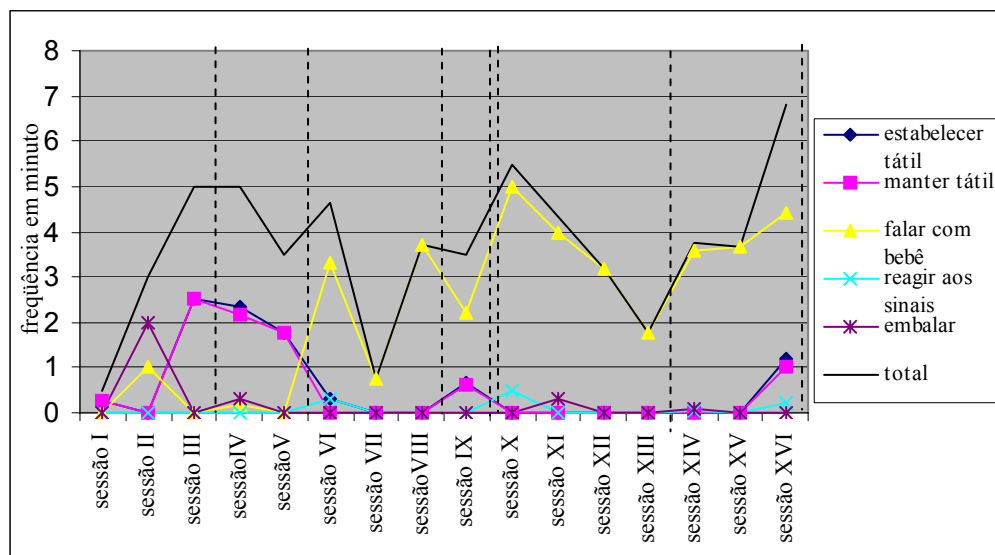


Figura 25. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe *Interagir com o bebê* de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados.

A partir dos dados observados na Figura 25 é possível verificar que a tendência geral dos comportamentos específicos componentes da classe geral correspondem aos valores dos comportamentos **falar com o bebê** e **estabelecer e manter contato tátil**, principalmente. Assim, o comportamento falar com o bebê apresenta valores baixos nas cinco primeiras Sessões, havendo um aumento na Sessão seguinte provavelmente pelas participações de *Pm8* nas atividades representadas pelo módulo informação geral, ao qual a participante foi submetida por duas vezes; a seguir há queda para esse comportamento, seguida de subsequente elevação com repetição dessa mudança nas duas Sessões seguintes, isto é, elevação e queda. É possível observar também que nas sessões subsequentes às próximas participações da mãe em novos módulos do programa a tendência de elevação da frequência do comportamento se confirma, nas Sessões X e IX. Já para o comportamento **estabelecer e manter contato tátil**, o mesmo se apresenta com valores elevados principalmente nas primeiras sessões, especificamente nas Sessões III, IV e V, fato que pode ser devido às situações nas quais se encontram mãe e bebê (mãe - canguru e bebê na incubadora), que parecem estimular este tipo de contato entre a díade. A queda para esse tipo de comportamento pode ser em decorrência da diminuição de formas incorretas deste

comportamento, já que nos módulos informação geral foi comentado, com a participante, embora de maneira superficial, como deve ser o toque adequado ao bebê.

**Embalar o bebê e reagir aos sinais** do bebê são dois dos comportamentos componentes da classe que apresentaram valores baixos, praticamente em quase todas as Sessões (próximos de zero). Uma explicação para esse fato relacionado ao comportamento **reagir aos sinais do bebê** é a característica da participante *Pm8* de freqüentemente estar falando com o bebê, com membros da equipe, com a própria pesquisadora e, ainda, com outras mães, o que pode contribuir para o fato dela estar menos atenta a possíveis sinais do bebê. É possível observar elevações dos valores desse comportamento após as intervenções. Quanto ao comportamento **embalar o bebê**, o mesmo é observado na Sessão II e, em baixa freqüência, nas outras sessões, sendo que nessas outras sessões em que o comportamento se apresenta de forma incorreta é possível ainda afirmar sua inadequação, já que o mesmo é apresentado, por exemplo, durante a amamentação no peito e para retirar o excesso de água do banho, colocando o bebê em risco de engasgo e de queda, respectivamente.

A Figura 26 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm8*, em termos de freqüência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, exceto para os comportamentos estimular o arrotar e despertar o bebê nas Sessões IX e XVI, para comportamentos componentes da classe geral Alimentar o bebê. A linha vertical tracejada representa os momentos nos quais foram realizadas as intervenções.

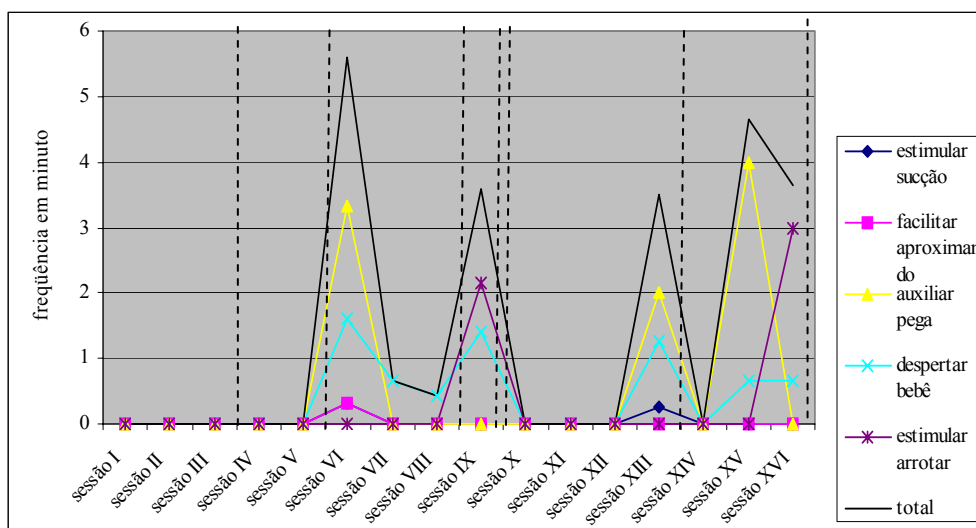


Figura 26. Distribuição da freqüência de ocorrência de comportamentos da classe *Alimentar bebê* de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados.

É possível verificar pelos dados apresentados na Figura 26 que os comportamentos componentes da classe seguem a tendência geral dos comportamentos **auxiliar a pega, despertar o bebê e estimular o arrotar**, principalmente. Assim, é possível verificar que da Sessão V para a VI ocorre elevação seguida de queda e posterior elevação seguida novamente de queda e mais uma vez uma elevação seguida de queda e elevação imediatamente na seqüência. Os dados indicam que as duas primeiras elevações foram coincidentes aos momentos de intervenção. O comportamento **facilitar a amamentação** ocorreu numa única sessão, posterior à intervenção, mas sua baixa freqüência provavelmente esteja relacionada às dificuldades apresentadas por *Pm8* em relação à amamentação no peito, fato que pode ser corroborado com os valores do comportamento **auxiliar a pega** que, embora se apresentem elevados, indicam a forma incorreta do modo como a participante oferece o bico do peito ao bebê e ao comportamento estimular a sucção, que também se apresenta em uma única Sessão. O fato de que alguns comportamentos específicos da classe geral amamentar o bebê mantiveram-se incorretos mesmo após as intervenções pode ser considerado um indicativo da necessidade de maior treino da mãe.

A Figura 27 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm8*, em termos de freqüência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração total da Sessão, para comportamentos componentes da classe geral Distribuir atenção. A linha vertical tracejada representa os momentos nos quais foram realizadas as intervenções.

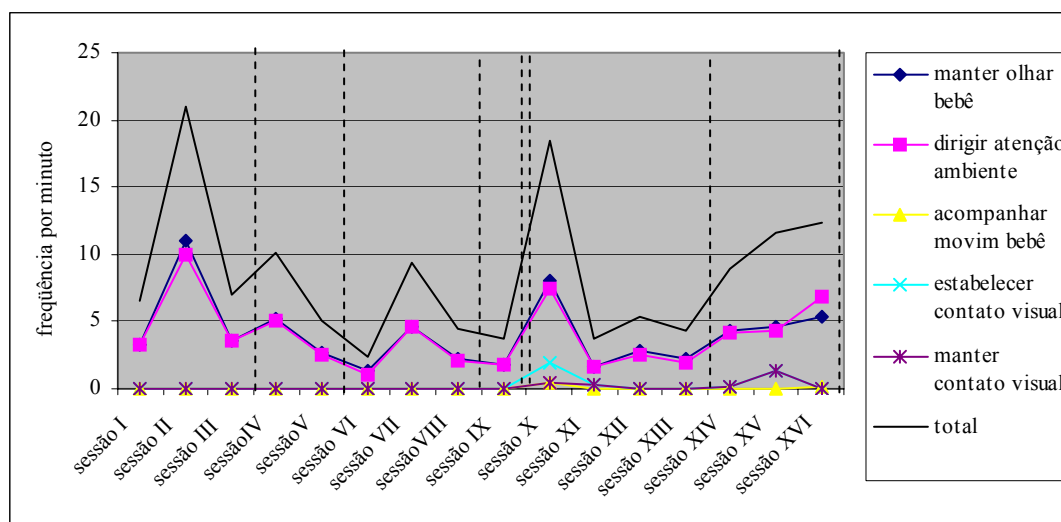


Figura 27. Distribuição da freqüência de ocorrência de comportamentos da classe **Distribuir Atenção** de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados.

Os dados apresentados na Figura 27 permitem observar que a tendência geral dos comportamentos específicos que compõe a classe mais geral acompanham principalmente

a tendência dos comportamentos **dirigir atenção ao bebê** e **dirigir atenção a aspectos do ambiente**. Desta forma é possível perceber uma elevação de valores da primeira para a segunda Sessão e subsequente queda, seguida por uma pequena elevação (Sessão IV) e quedas por duas vezes sucessivas (Sessões V e VI), seguida novamente por uma pequena elevação (VII) e queda menos acentuada acompanhada de posterior elevação (X) e queda (XI), seguidas para as demais Sessões de uma elevação a cada Sessão até a Sessão final. Três das mudanças de tendência para elevação ocorreram nos momentos de intervenção e duas mudanças que sinalizam quedas também coincidiram com momentos de intervenção. Em relação a esses dois comportamentos, **dirigir atenção (olhar) para o bebê** e **para aspectos do ambiente**, é possível afirmar que há uma pequena diferença a favor do comportamento dirigir atenção (olhar) ao bebê, a não ser na última Sessão XVI em que o valor para esse comportamento é menor do que o valor encontrado para o comportamento dirigir atenção a aspectos do ambiente. Quanto aos outros três comportamentos componentes da classe se observa que os valores se encontram muito próximos a níveis mínimos de apresentação, embora em relação aos comportamentos **estabelecer** e **manter contato visual**, a participante, em algumas das sessões em que foi observada, poderia ter apresentado esse comportamento, já que o bebê permanecia acordado em estado de alerta. Ainda que esse tipo de comportamento, estabelecer e manter olhar ao bebê, tenha sido comentado superficialmente no módulo de informação geral, talvez não tivesse sido de forma suficiente que permitisse a participante compreender o significado da expressão contato visual com o bebê: “*olhos nos olhos*”.

Em relação ao comportamento **acompanhar os movimentos do bebê**, os dados da Figura 27 revelam que o mesmo esteve presente somente em duas Sessões, fato que pode ser explicado pelas mesmas razões indicadas para o comportamento reagir aos sinais do bebê, que mostram *Pmδ* menos atenta a aspectos mais sutis do comportamento do bebê.

A Figura 28 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pmδ*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, para comportamentos componentes da classe geral Posicionar o bebê, exceto para o comportamento posicionar em mãe - canguru na Sessão IX, contexto no qual a participante posicionou o bebê em postura mãe - canguru para estimular o arrotar; assim, no caso deste comportamento, foi considerado, para cálculo, a duração correspondente ao tempo em que este era o contexto observado, e este foi inferior ao total da sessão, durante a qual ocorreu. A linha vertical tracejada representa os momentos nos quais foram realizadas as intervenções.

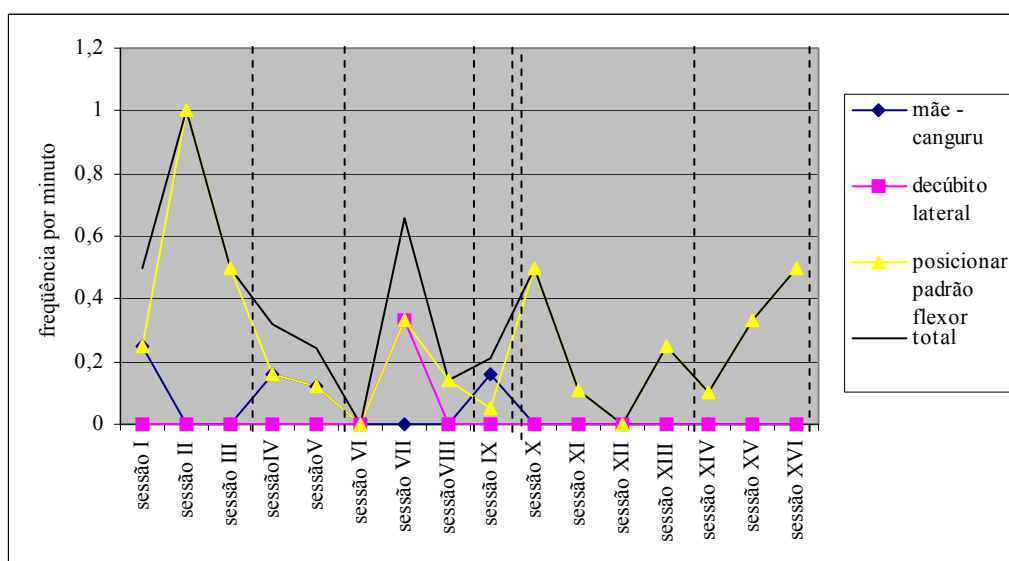


Figura 28. Distribuição da frequência de ocorrência de comportamentos da classe **Posicionar o Bebê** de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados.

A partir dos dados apresentados na Figura 28 é possível perceber que a tendência dos comportamentos componentes da classe geral é definida pelo comportamento **posicionar o bebê em padrão flexor**, que ocorre ao longo das sessões com valores não superiores a um (1). Este fato, isto é, a apresentação dos comportamentos com valores baixos, pode ser em decorrência da aparente falta de habilidade em manusear o bebê que *Pm8* demonstrava, o que parecia dificultar que a participante realizasse qualquer tipo de atividade, principalmente aquelas que exigiam maior movimentação do bebê (manuseio), garantindo um posicionamento do bebê mais adequado definido como padrão flexor (“*membros próximos entre si e do eixo do corpo, como na postura fetal em que o bebê parece estar encolhido*”), indicado na literatura como um posicionamento que propicia estímulo ao desenvolvimento motor e emocional do bebê. Em relação ao **comportamento posicionar em decúbito lateral**, a baixa frequência também pode ser devido a este mesmo tipo de razão, embora este seja um comportamento indicado pelos membros da equipe de enfermagem por diversas vezes às mães presentes no berçário. Ainda é possível afirmar que, após os dois momentos nos quais a participante foi submetida à intervenção, cujas atividades estavam relacionadas ao banho (preparação, posturas e manuseios), os valores encontrados nas Sessões subsequentes (VII e IX) mostram a apresentação desses comportamentos.

Em relação ao comportamento **posicionar o bebê em mãe - canguru** é possível verificar que o comportamento é apresentado nas situações de alimentação com seringa, na execução do método mãe-canguru e em uma de duas das situações em que o bebê

foi posicionado para arrotar, na sessão IX. Ainda se observa que esse tipo de comportamento é apresentado pela participante *Pm8* mais freqüentemente nas Sessões iniciais, provavelmente, pelas situações a que o bebê é submetido com seu crescimento, isto é, mamar no peito, tomar banho na banheira, por exemplo, o que pode interferir na conduta da mãe, fazendo com que ela “não se lembre” ou “não tenha tempo” de posicionar o bebê em posição canguru, embora esses motivos não devessem ser impeditivos; no entanto, na Sessão X, em que estava com o bebê no colo, *Pm8* poderia ter apresentado o comportamento e mesmo assim não o fez. Parece possível supor que o incentivo por parte da equipe para a realização do método ocorre nos dias iniciais de contato da mãe com o bebê no berçário, principalmente pelo fato de que nesses dias iniciais, a maioria dos bebês pré-termo está na incubadora e sem roupa. O comportamento **mudar a posição do bebê**, embora considerado no estudo, não foi observado conforme definição elaborada.

A Figura 29 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm8*, em termos de freqüência de ocorrência de apresentação de todos os comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da Sessão, exceto para os comportamentos recolher roupas usadas na Sessão XI, Vestir o bebê nas Sessões IX e XI, Despir o bebê na Sessão IX e o comportamento limpar a boca do bebê nas Sessões IX e XVI, para comportamentos componentes da classe geral Realizar higiene do bebê. A linha vertical tracejada representa os momentos nos quais foram realizadas as intervenções. Nestas situações indicadas, foi considerado, para cálculo da freqüência/minuto, o tempo que durou cada uma das situações específicas a que se refere cada comportamento, conforme Quadro 25.

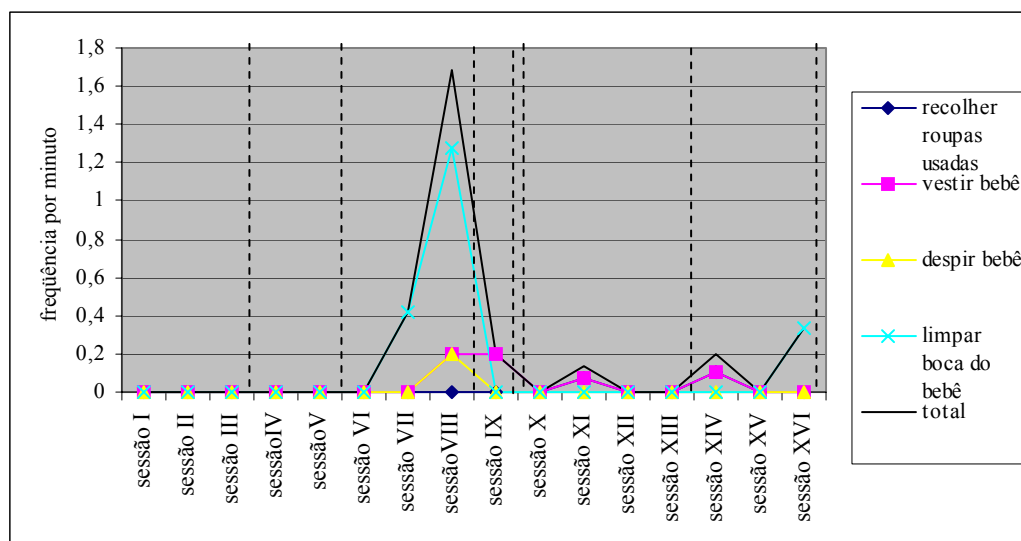


Figura 29. Distribuição da freqüência de ocorrência de comportamentos da classe **Realizar Higiene do Bebê** de *Pm8*, nas diferentes Sessões em que foram observados.

Os dados apresentados na Figura 29 permitem observar que a tendência geral dos comportamentos componentes da classe foi definida pelo conjunto dos comportamentos, mas principalmente por **limpar a boca do bebê** e **vestir o bebê**, apresentando assim elevação da Sessão VIII para Sessão IX e subsequente queda, mantendo estabilidade no que diz respeito ao comportamento limpar a boca do bebê até a última Sessão XVI, em que o comportamento se apresenta novamente com elevação. Já para o comportamento vestir o bebê, foi observado aumento de frequência nas Sessões XI e XIV - nas quais as situações em que a mãe participante foi observada era de banho do bebê, e portanto compatíveis com a apresentação desse tipo de comportamento; em relação às outras sessões, em que a mãe foi observada em situações diversas, o comportamento não se apresentou, com exceção à Sessão IX em que, embora não se tratasse de uma situação de banho, Pm8 apresentou o comportamento, pois considerou que o bebê tivesse que ser trocado após referir sentir cheiro de fezes, o que na realidade não se verificou. Nesta Sessão IX também é possível verificar a apresentação do comportamento despir o bebê, sendo que nas demais (XI e XIV), o bebê já se encontrava despido ao iniciar a sessão. O comportamento **guardar as roupas** do bebê, embora considerado no presente estudo, não foi observado.

O comportamento solicitar **informações da equipe** ocorreu nas Sessões I, VIII, IX, X, XI e XII, sessões nas quais a participante solicitava informações como, por exemplo, na Sessão I, se seu bebê faria o exame e se ela iria ou não acompanhar o bebê, ou então, como nas Sessões VIII e IX sobre a necessidade do bebê estar em estado de alerta para a alimentação no copinho.

O Quadro 28 apresenta as classes de comportamentos, gerais e específicas, observadas no caso de Pm8, em relação aos quais foi indicada, como dimensão relevante, a duração, nas situações consideradas neste estudo.



Quadro 28. Classes gerais e específicas de comportamentos de *Pm8* observados e avaliados em termos de duração.

CLASSE GERAL DE COMPORTAMENTOS	CLASSES ESPECÍFICAS DE COMPORTAMENTOS
Distribuir Atenção	Estabelecer e Manter contato visual com o bebê
	Dirigir a atenção ao bebê – manter olhar em direção ao bebê
	Dirigir a atenção ao ambiente – manter olhar em direção ao ambiente
	Acompanhar com os olhos o movimento do bebê
Interagir com o bebê	Falar com bebê
	Embalar o bebê
	Estabelecer e Manter contato tátil

Para os comportamentos Mudar a posição do bebê e Reagir ao sinais do bebê foram consideradas, respectivamente, a duração do intervalo entre emissões do comportamento e a latência entre o surgimento do sinal e o início da resposta emitida pela mãe participante.

As Figuras de 30 a 33 apresentam dados relativos à duração observada de comportamentos em relação a qual esta dimensão foi considerada relevante, no estudo. Na Figura 30, os dados são apresentados em termos de proporção da duração destes comportamentos em cada Sessão, em relação à duração total de cada Sessão.

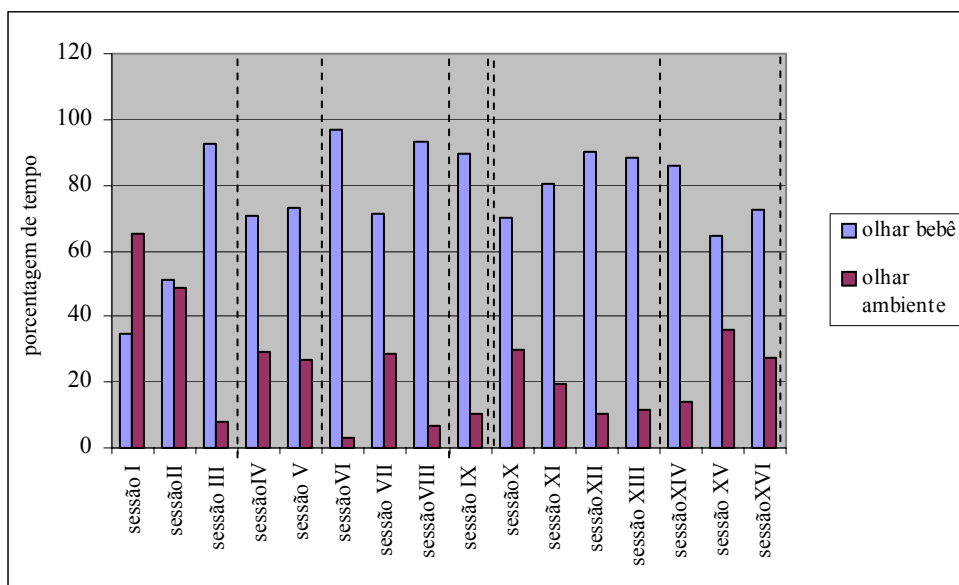


Figura 30. Distribuição da duração proporcional de cada um dos comportamentos de olhar (bebê e ambiente) observados de *Pm8* nas diferentes Sessões.

A partir dos dados apresentados na Figura 30 é possível observar que a distribuição da atenção pela participante *Pm8* permanece em todas as Sessões voltada principalmente para o bebê, exceto na Sessão I, situação em que o bebê era alimentado por seringa em posição mãe – canguru, sendo que nessa Sessão os valores encontrados são de 34,75 para o bebê e 65,25 para o ambiente. Ainda é possível observar que na Sessão II os valores encontrados são muito próximos (49 e 51) condição que se modifica nas Sessões seguintes. Já nas demais sessões essa relação se inverte e se mantém em valores próximos e acima de 70 por cento para observar o bebê. Parece possível afirmar que as sessões em que os valores encontrados se aproximam de 100, correspondiam a situações em que a participante tinha que realizar atividades novas para ela, como na Sessão VIII, cujo contexto era a alimentação no copinho, ou nas situações em que ela demonstrou maior dificuldade, como na Sessão XIII, em que o bebê era alimentado no peito. Nas duas últimas Sessões, XV e XVI, a atenção ao ambiente por parte da mãe aumentou, o que pode ser devido ao contexto do berçário nessas situações em que auxiliar e mães, inclusive *Pm8*, conversavam sobre assuntos diversos. Parece possível afirmar, ainda, a partir dos dados, um possível efeito da intervenção no que diz respeito à manutenção, e mesmo aumento do comportamento olhar para o bebê.

Na Figura 31, podem ser vistas as médias de duração dos comportamentos da classe Distribuir Atenção observados de *Pm8*, em cada sessão, considerando o número de ocorrências destes comportamentos nas Sessões.

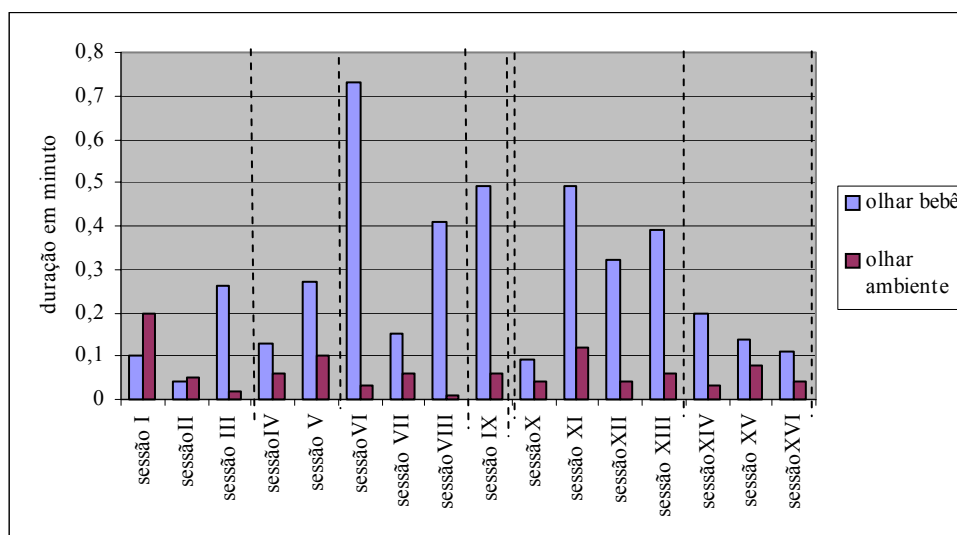


Figura 31. Distribuição das médias de duração dos comportamentos de olhar bebê e ambiente, de *Pm8*, nas diferentes Sessões.

Os dados apresentados na Figura 31 permitem observar a média de duração dos comportamentos olhar para o bebê e olhar para o ambiente. Em relação ao comportamento olhar para o ambiente, os valores encontrados nas Sessões são próximos a 0,1, exceto nas Sessões I e XI; já para o comportamento olhar para o bebê os valores encontrados são mais variados e em oito delas assumem valores maiores que 0,2. A comparação entre os dois comportamentos permite afirmar que a duração média do comportamento olhar para o bebê foi superior à média do olhar para o ambiente, exceto nas Sessões I e II, em que os valores atingidos em relação ao ambiente são de 0,2 e 0,05 enquanto que para o bebê são de 0,1 e 0,04. É possível ainda afirmar que nas Sessões VI, VIII, IX, XI XII e XIII a média de duração do comportamento olhar para o bebê é muito superior, atingindo valores de 0,32 a 0,73 minutos, sendo que o valor máximo obtido na Sessão VI foi na situação de alimentação no peito. Os dados indicam maior variação na duração média dos episódios do comportamento olhar para o bebê, de sessão para sessão, do que dos episódios de olhar para o ambiente, que apresentaram maior estabilidade.

Na Figura 32 seguinte, os dados são apresentados em termos de proporção da duração dos comportamentos, Falar com bebê, Estabelecer/Manter contato tátil, Embalar o bebê, Contato visual, e Acompanhar o bebê com os olhos, em cada Sessão, em relação à duração total de cada Sessão.

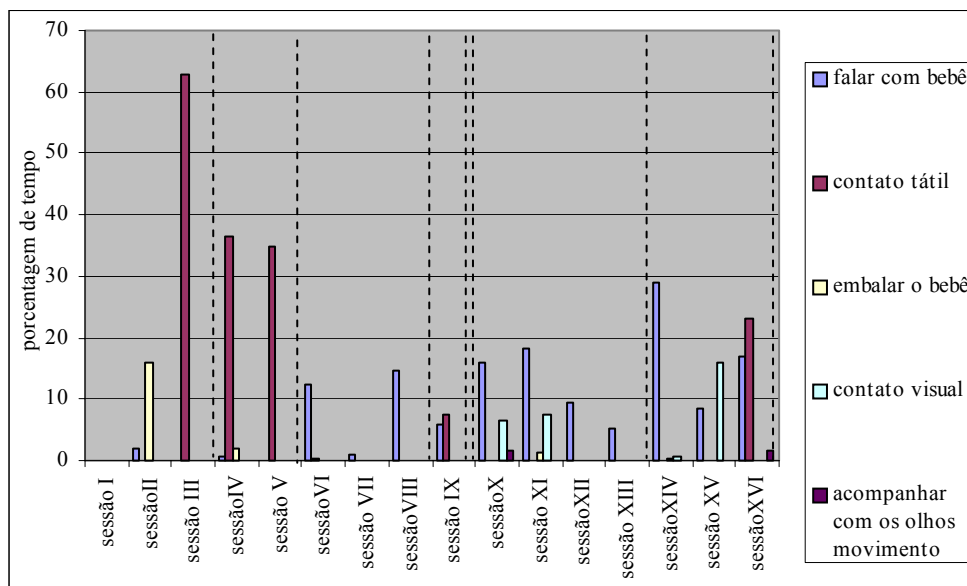


Figura 32. Distribuição da duração proporcional de cada um dos comportamentos (falar com bebê, contato tátil, embalar o bebê, contato visual e acompanhar o movimento do bebê), observados de Pm8 nas diferentes Sessões.

A partir dos dados apresentados na Figura 32 é possível verificar que o comportamento de estabelecer contato tátil prevaleceu em relação aos outros comportamentos principalmente nas Sessões iniciais, sendo que na Sessão III atingiu valores próximos a 65 por cento, e nas seguintes Sessões IV e V próximos a 40 por cento. Nas Sessões VI e IX o comportamento ainda é encontrado, embora em valores muito inferiores as Sessões iniciais, III, IV e V, sendo que na última sessão o comportamento volta a ocorrer com valor próximo a 25 por cento, devido ao contato tátil que a participante manteve com o bebê na tentativa de estimular o arrotar. Um comportamento que ocorreu quase todas as Sessões exceto nas I, III e V foi o Falar com o bebê e, é possível observar, as porcentagens de duração foram semelhantes quando comparadas entre si; exceção ocorre na Sessão XIV, em que o valor encontrado é de aproximadamente 30 por cento, situação na qual a participante estava banhando o bebê. O fato de estarem mãe e bebê sozinhos no trocador, a não ser pela presença da pesquisadora operando a filmadora, pode ter contribuído para que a mãe aumentasse a emissão deste tipo de comportamento, sendo relevante destacar que *Pm8* falava com o bebê, sobre o bebê, sobre coisas que estava fazendo ou que deveria fazer e ainda sobre assuntos diversos, como, por exemplo, *“ai que bonitinha, ai que bonitinha”*, *“ela tem que abrir a boca grande”*, *“eu devia ter tirado o cueiro, vou ter que tirar para desenrolar”*, *“...era bom ela tomar vacina no sábado, mas em todo caso tem que ver com o médico”*, *“toda roupa que a mamãe compra é RN...”*.

Quanto ao comportamento embalar o bebê, esse ocorreu nas Sessões I, IV, XI e XIV, embora somente na Sessão I e XI de modo correto, já que nas outras situações a apresentação ocorreu num contexto inapropriado: na Sessão IV, situação de mãe – canguru, e com risco de queda na Sessão XIV, já que a participante embalou o bebê sobre a banheira cheia de água. Ainda assim, é importante ressaltar que na Sessão I, em que os valores alcançados foram próximos a 20 por cento, portanto superiores às demais Sessões, esse ocorreu de modo apropriado ao contexto, o que sugere que o módulo relativo a esse tipo de comportamento poderia ter sido um dos abordados com a participante, já que embora *Pm8* emitisse o comportamento, o fazia em algumas situações inadequadas e deixou de emití-lo em algumas situações propícias e adequadas.

Em relação aos comportamentos Estabelecer/Manter contato visual e Acompanhar com os olhos o movimento do bebê, ambos ocorrem em poucas Sessões e, quando ocorrem, os valores encontrados são mínimos. Para o primeiro comportamento, o fato do bebê estar, em muitas das sessões observadas, em estado de sono, é a razão para sua ausência, mas em algumas das Sessões em que esteve ausente e mesmo nas que esteve

presente, poderia ter sido emitido mais frequentemente. Embora *Pm8* tenha sido submetida por duas vezes ao módulo informação geral, cujas atividades relacionavam-se, entre outras temáticas, a esse tipo de comportamento, parece possível supor que é difícil para a mãe perceber que os bebês, mesmo os pré – termo, apresentam esse tipo de modalidade de interação nos primeiros meses de vida, salvo a presença de patologias.

O comportamento acompanhar o movimento do bebê ocorreu somente em duas Sessões, X e XVI, talvez pelo fato de que nessas Sessões a participante aparentemente se mostrava mais tranqüila; na primeira Sessão em que o comportamento ocorreu a participante estava com o bebê no colo “no contato sem atividade” e, na segunda sessão o comportamento ocorreu nos segundos iniciais em que *Pm8* se prepara para alimentar o bebê com a chucha o que pode ter contribuído para que observasse e acompanhasse os movimentos do bebê.

Na Figura 33, são apresentados dados relativos à latência do comportamento Reagir aos sinais do bebê, em relação ao qual esta dimensão foi considerada relevante, no estudo, para a participante *Pm8*.

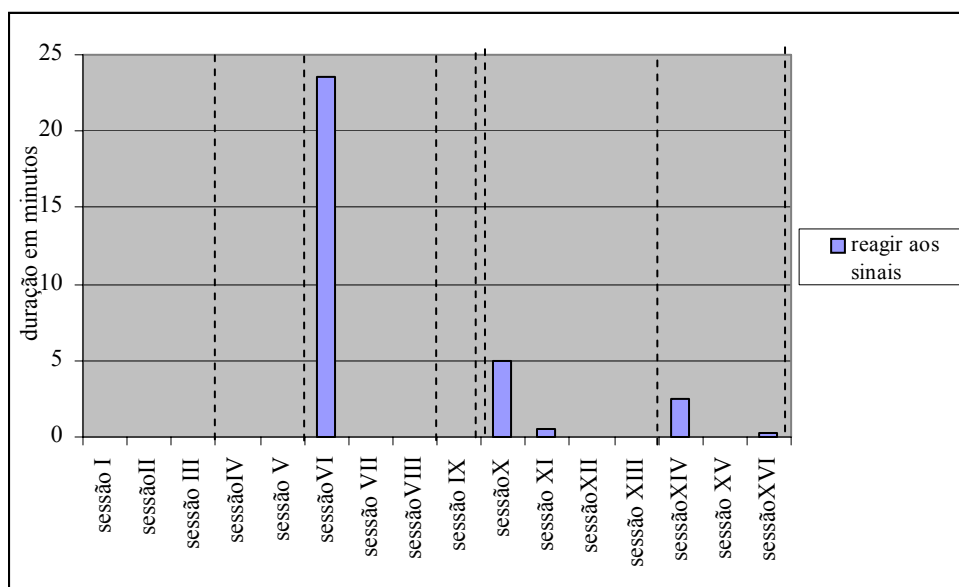


Figura 33. Distribuição da duração média de intervalos entre sinais emitidos pelo bebê e comportamentos da mãe considerados como de reação a estes sinais, para *Pm8*, nas diferentes Sessões.

A Figura 33 apresenta os dados relativos ao comportamento reagir aos sinais do bebê pela participante *Pm8* e indicam que a duração média para a emissão do comportamento diminuiu no decorrer das Sessões de observação em que o comportamento foi apresentado (VI, X, XI, XIV e XVI); dessa forma, é possível afirmar que *Pm8* diminuiu a latência média para a emissão da resposta, diferentemente do que foi observado em *Pm7*. No caso desta participante, as respostas em reação a sinais do bebê, embora tenham passado a ocorrer mais prontamente, nem sempre ocorriam adequadamente, do ponto de vista das

definições consideradas no estudo. Cabe ressaltar que diferentemente das demais mães participantes, *Pm8* apresentou o comportamento de imitação do bebê, o que é importante para o desenvolvimento do bebê, embora o tenha feito imitando os resmungos de choro do bebê, na Sessão XI. Os valores obtidos com durações maiores ocorrem na Sessão VI, sessão em que o bebê estava sendo alimentado no peito, o que pode reafirmar a dificuldade da participante em relação a essa atividade.

Não foi emitido, pela participante *Pm8*, o comportamento mudar o bebê de posição, conforme definição considerada no estudo (*“trocar” bebê de posturas depois de algum tempo, principalmente na presença de sinais de vermelhidão na pele ou nas protuberâncias ósseas*).

No Quadro 29 a seguir podem ser vistas classes gerais de comportamentos observados de *Pm8*, em relação aos quais foram avaliadas formas corretas e incorretas de apresentação dos comportamentos, no caso desta participante, bem como os respectivos comportamentos específicos componentes da mais geral.

Quadro 29. Classes gerais e específicas de comportamentos de *Pm8* em relação aos quais foram observados aspectos corretos e incorretos.

<b>CLASSE GERAL DE COMPORTAMENTOS</b>	<b>CLASSES ESPECÍFICAS DE COMPORTAMENTOS</b>
Manipular o bebê	Transferir o bebê do berço para o trocador ou colo e vice-versa
	Deslocar-se com o bebê
	Manusear o bebê
Posicionar o bebê	Posicionar para amamentação
	Posicionar para alimentação copinho
	Posicionar para alimentação chuca
	Posicionar no trocador
	Posicionar para arrotar
	Segurar bebê no colo ao realizar outras atividades
	Sentar/Permanecer com bebê na poltrona do berçário
Interagir com o bebê	Falar com bebê
	Estabelecer/Manter contato tátil
	Reagir aos sinais do bebê
	Embalar o bebê
Realizar higiene do bebê	Retirar fralda usada
	Despir o bebê
	Vestir o bebê

	Limpar períneo (menina)
	Colocar fralda
	Enxugar o bebê
	Ensaboar o bebê
	Enrolar o cueiro/cobertor
	Banhar o bebê
	Preparar o banho
Alimentar o bebê	Alimentar no peito - oferecer o peito
	Alimentar no copinho
	Alimentar na chucha
	Auxiliar na pega do mamilo
	Despertar bebê para mamar

São apresentados a seguir, da Figura 34 até a Figura 40, dados relacionados à frequência dos comportamentos de interesse de *Pm8*, considerando a emissão correta ou incorreta destes comportamentos, de acordo com as definições apresentadas.

Na Figura 34 podem ser vistos dados relativos ao conjunto dos comportamentos componentes da classe **Manipular** o bebê, em termos de frequência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões em que *Pm8* foi observada.

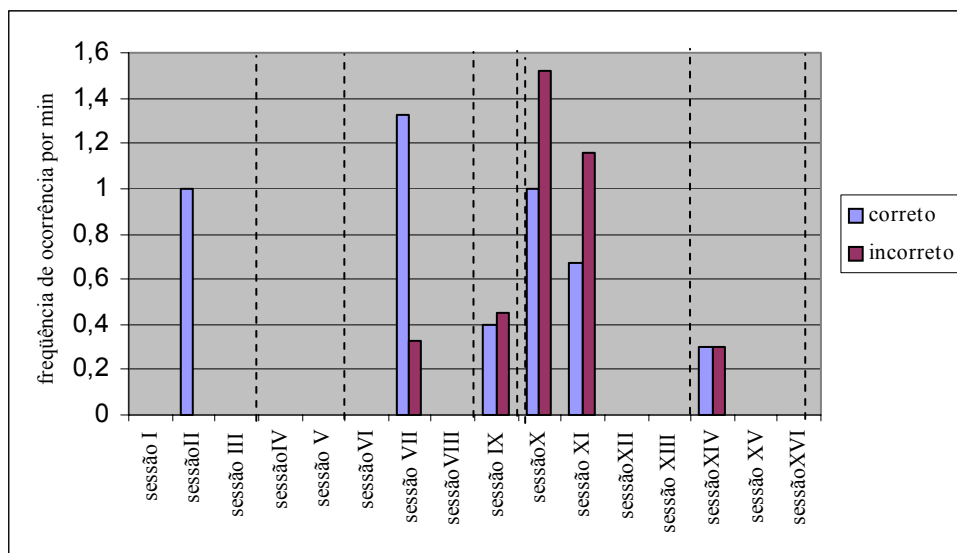


Figura 34. Distribuição de comportamentos de *Pm8*, para a classe **Manipular** o bebê, nas diferentes sessões observadas, em número de acertos e erros.

É possível verificar que comportamentos da classe geral **manipular o bebê** ocorreram em seis das Sessões observadas, sendo que somente na Segunda Sessão de modo unicamente correto, situação na qual a participante, com o bebê no seu colo, preparava-se para levá-lo a outro lugar do hospital. Já na próxima sessão em que houve manipulação do bebê,

essa ocorreu de modo correto e incorreto, embora a frequência de ocorrência do modo correto de apresentação deste comportamento se mostre consideravelmente superior ao modo incorreto (1,33 e 0,33). Nas demais Sessões essa relação entre modo correto e incorreto de apresentação do comportamento se inverte e é possível observar que o modo incorreto ocorre com valores superiores ao modo correto, principalmente nas Sessões X e XI, Sessões nas quais a movimentação do bebê pela participante obteve valores elevados. A excessiva movimentação do bebê está provavelmente relacionada ao fato de *Pmδ* demonstrar dificuldade em manusear o bebê, sendo para ela necessário pegá-lo várias vezes ao colo para, por exemplo, na Sessão XI, enxugar as costas do bebê; estender a roupinha sob o trocador, entre outras ações, que configuram movimentações excessivas e desnecessárias. Uma exceção a esta condição foi observada na Sessão XIV, na qual os valores são os mesmos para os dois modos.

A Figura 35 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pmδ*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da sessão, para os diferentes comportamentos componentes da classe geral ***Manipular o Bebê***. Apenas nas sessões IX e XI não foram consideradas as durações totais da sessão e sim a duração da situação em que estes comportamentos foram observados – e eram possíveis de serem observados.



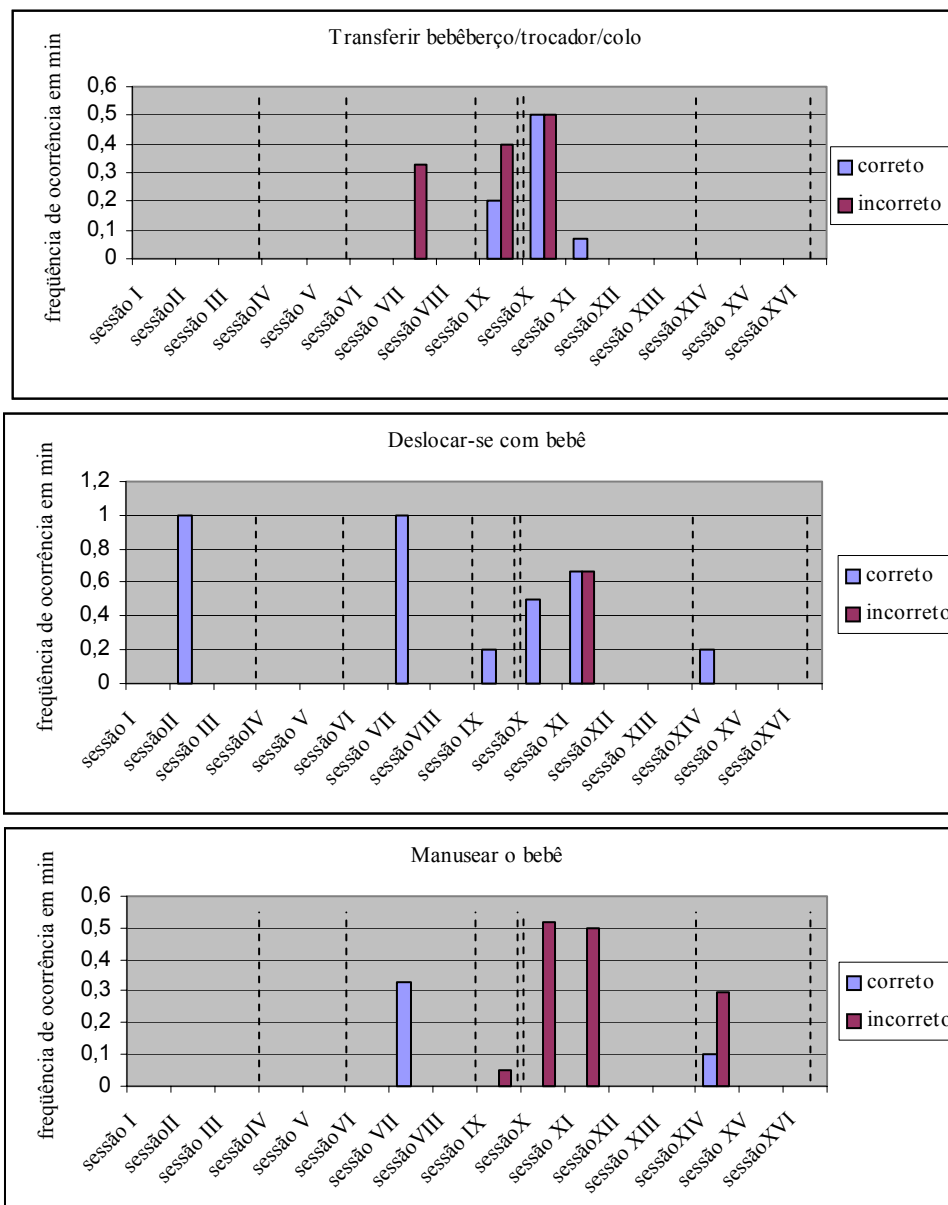


Figura 35. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm8* componentes da classe geral **Manipular** o bebê nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).

Os dados da Figura 35 indicam, em relação ao comportamento **transferir o bebê**, que o mesmo ocorreu em quatro das Sessões (VII, IX, X e XI), sendo que na primeira vez em que foi apresentado ocorreu de modo somente incorreto; na Segunda, de modo correto e incorreto, com os valores incorretos superiores aos corretos. Já na Sessão seguinte em que é apresentado, os valores dos modos correto e incorreto são equivalentes e, por fim, somente o modo correto é apresentado, embora em valores pequenos. É possível supor, pelos dados

apresentados na Figura, que a apresentação do modo correto ocorreu após as intervenções a que a participante foi submetida.

Em relação ao comportamento **deslocar-se com o bebê**, a partir dos dados apresentados é possível verificar que o mesmo ocorreu nas Sessões II, VII, IX, X, XI e XIV sendo que somente na última Sessão na qual o comportamento se apresentou, os valores observados para modos correto e incorreto do desempenho são iguais. É possível afirmar que a participante *Pm8* apresenta esse comportamento conforme definido no presente estudo (“*deslocar-se com o bebê no colo, mantendo o bebê a) próximo ao corpo da mãe, b) com postura fletida e, c) mãe deslocar-se de maneira lenta e evitando obstáculos*”) de modo correto na maioria das Sessões em que o comportamento é emitido talvez pelas dificuldades apresentadas nas situações nas quais maior movimentação do bebê é necessária, o que pode ter contribuído para que *Pm8* fosse muito cuidadosa ao deslocar-se com o bebê. Já na Sessão XIV, o fato de ocorrer o comportamento de modo incorreto pode ser devido à maior segurança e habilidade de *Pm8* em manipular o bebê, que a tenham levado a descuidar da forma, por excesso de segurança.

Quanto ao comportamento **manusear o bebê** os dados mostram que esse comportamento se apresenta nas Sessões VII, IX, X, XI e XIV, sendo que na Sessão VII de modo correto e na Sessão XIV de modo correto e incorreto, nas demais Sessões somente de modo incorreto. É possível supor que a apresentação do modo incorreto se deve principalmente à dificuldade observada que *Pm8* apresenta ao manipular o bebê, o que já seria suficiente para a apresentação do modo incorreto do manuseio; nas sessões em que o comportamento se apresentou - exceto na VII - houve manuseio excessivo, em que a participante *Pm8* movimentou o bebê por diversas vezes sem que isto fosse realmente necessário. Esta situação pode ser ilustrada, por exemplo, quando, ao enxugar as costas do bebê, a mãe o tirou do trocador para o colo, o que para bebês pré-temo pode significar um gasto extra de energia e conseqüentemente perda de peso corporal.

Na Figura 36 podem ser vistos os dados de todos os comportamentos componentes da classe **Interagir com o Bebê**, em termos de frequência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões a que *Pm8* foi observada.

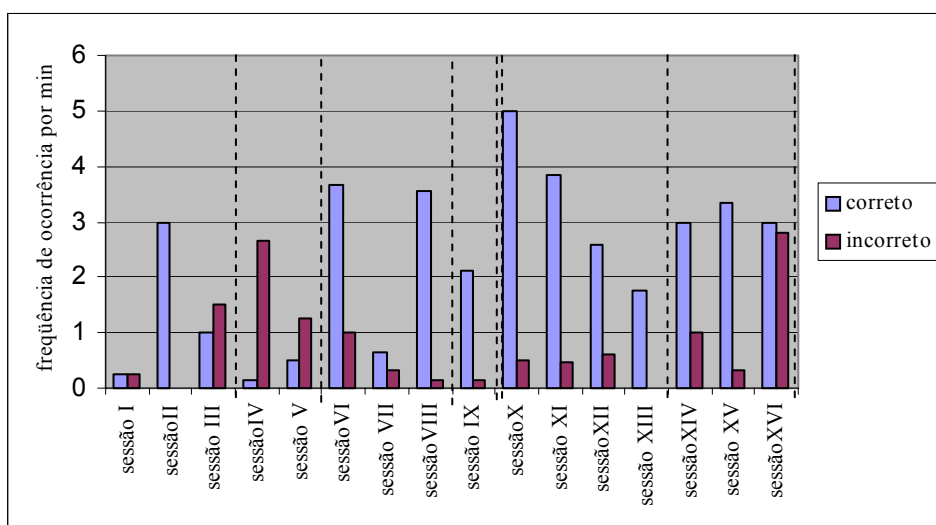


Figura 36. Distribuição de comportamentos de *Pm8*, para a classe ***Interagir com o Bebê***, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.

É possível observar, a partir dos dados apresentados na Figura 36, que a participante *Pm8*, em todas as Sessões observadas, apresenta comportamentos definidos como modos corretos e incorretos para interagir com seu bebê. Assim, nas Sessões II e XIII, situações em que a participante estava com seu bebê no colo e amamentando no peito, a apresentação de comportamentos ocorre somente de modo correto; já nas Sessões VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIV, XV e XVI o modo correto de apresentação do comportamento alcança valores superiores ao modo incorreto, e nas Sessões III, IV e V essa relação se inverte, com valores superiores para o modo incorreto. É possível supor que isto ocorra pela predominância, nas Sessões iniciais, do comportamento estabelecer e manter contato tátil em seu modo incorreto, fato que deixa de ocorrer nas Sessões finais, provavelmente pela participação de *Pm8* no programa, embora informações sobre o toque tenham sido transmitidas somente superficialmente nas atividades representadas pelo módulo de informação geral, o qual foi realizado com a participante em duas oportunidades.

A Figura 37 apresenta os valores encontrados, no caso de *Pm8*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da sessão, para os diferentes comportamentos componentes da classe geral ***Interagir com o Bebê***.

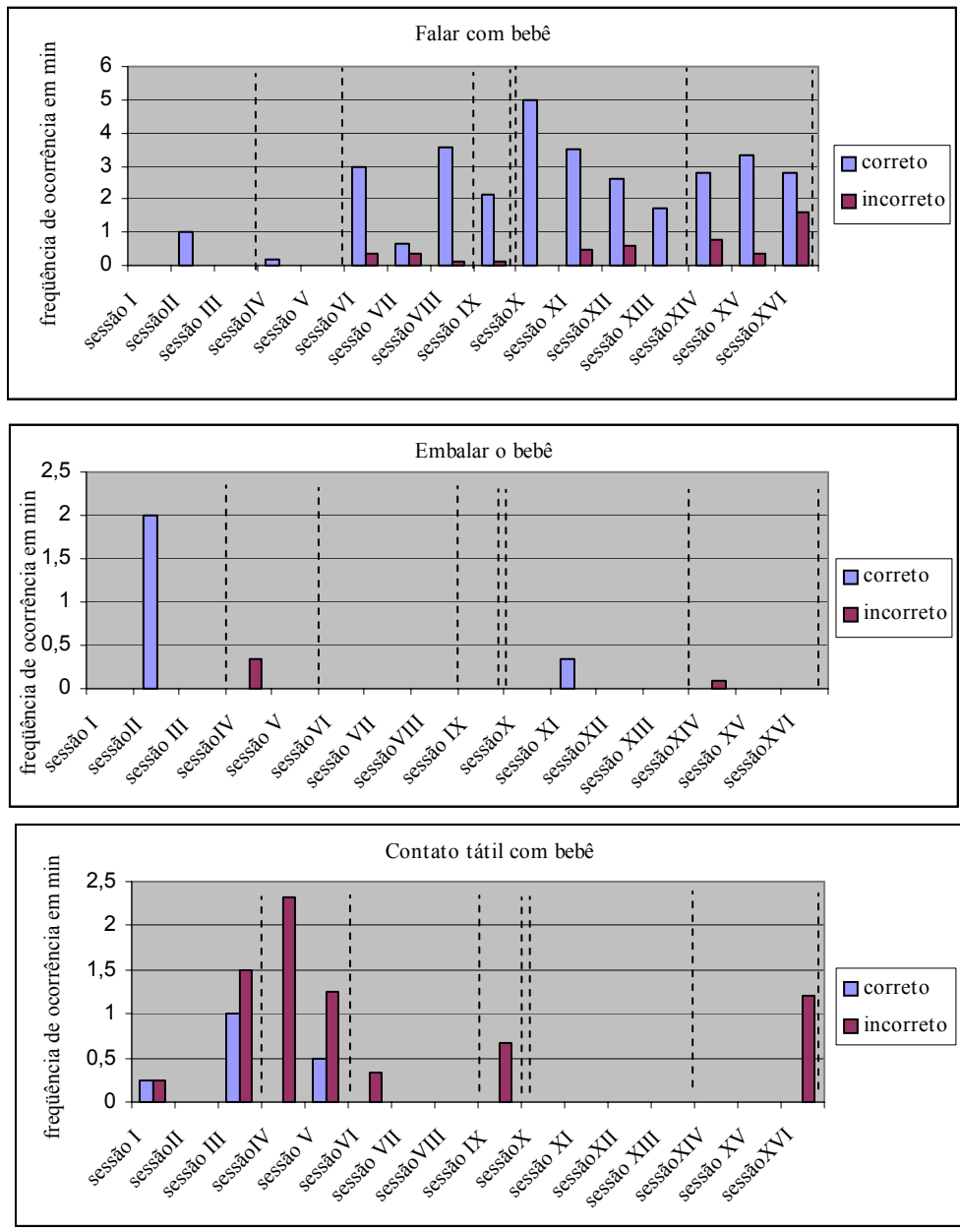


Figura 37. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm8* componentes da classe geral *Interagir com o Bebê* nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/ tempo em minuto).

Os dados relativos ao comportamento **falar com o bebê** indicam que o mesmo ocorre em praticamente todas as Sessões, exceto nas Sessões I, III e IV, Sessões nas quais esse tipo de comportamento poderia ocorrer, embora sua ausência na Sessão III possa ser devido ao fato do bebê encontrar-se na incubadora, o que pode ter inibido a participante *Pm8* de se manifestar oralmente. O fato de a participante ter sido submetida ao módulo informação geral após a Sessão III e após a Sessão V pode ter contribuído para que esse comportamento

se apresentasse com frequência nas demais Sessões de observação, já que informações sobre a importância sobre o falar com o bebê para o desenvolvimento infantil foram transmitidas.

Cabe ressaltar que as formas corretas do comportamento falar com o bebê foram observadas em frequências maiores em todas as sessões em que os dois modos são apresentados e que essa foi uma modalidade de interação muito utilizada pela Pm8, sendo que nas Sessões em que o modo incorreto esteve presente, este relaciona-se a formas de falar erradas, por exemplo, usando o som de /x/ ao invés do /s/; no caso da última Sessão, isto é devido ao conteúdo expresso ser fora do contexto em relação ao bebê, por exemplo, “*eu pensei que a A era casada*”, “*aquela...do leite*”.

Já o comportamento **embalar o bebê** o esteve presente em quatro sessões, sendo que em duas delas de modo correto, situações em que Pm8 estava com o bebê no colo em pé e sentada após o banho (Sessões II e XI) e em duas de modo incorreto, situações em que Pm8 estava realizando o mãe-canguru e o banho (Sessões IV e XIV). No caso da Sessão IV, o comportamento observado era incompatível com o que a mãe estava realizando (mãe-canguru) e, no caso da Sessão XIV, de risco, já que o bebê poderia escorregar na banheira ainda com água do banho, o que foi sinalizado pela pesquisadora durante a observação intervenção. Ainda é possível afirmar que pouco ou quase nada sobre essa modalidade de interação é comentada com as mães pelos membros da equipe de técnicas de enfermagem; isto deve estar relacionado ao fato de que, mesmo em situações em que a apresentação deste tipo de comportamento seria adequada e compatível, ele não foi observado. Por exemplo, na Sessão III, em que o bebê se encontra na incubadora, e nas Sessões VII e X, após a mãe deslocar-se com o bebê. Parece que esse tipo de modalidade de interação é próprio do repertório de Pm8, já que nos módulos a que a mãe foi submetida também não foi comentado sobre esse tipo de comportamento.

Os dados apresentados relativos ao comportamento estabelecer/manter **contato tátil com o bebê** permitem afirmar que o modo incorreto prevaleceu nas Sessões em que se apresenta (III, IV, V, VI, IX e XVI), exceto na primeira, na qual os valores são coincidentes. O fato de a participante ter sido submetida às atividades correspondentes do módulo informação geral por duas vezes parece não ter contribuído para a apresentação correta desse tipo de comportamento. Cabe ressaltar que nas duas últimas sessões em que essa modalidade de interação se apresenta, estas eram situações em que Pm8 tentava estimular o arrotar no bebê, batendo muito de leve na região das costas e ombro do bebê, o que caracteriza o modo incorreto pela intensidade do toque, muito leve e acelerado, tanto para o contato tátil como para estimular o arrotar. Parece possível supor que a participante Pm8 “substituiu” a

modalidade de interação contato tátil com o bebê por falar com o bebê, já que nas Sessões em que uma delas está mais presente a outra está ausente.

Na Figura 38 podem ser vistos os dados de todos os comportamentos componentes da classe **Alimentar o Bebê**, em termos de frequência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões a que *Pm8* foi observada. Apenas nos casos dos comportamentos alimentar com copinho (Sessão IX) e alimentar com chucha (Sessão XVI) não foram consideradas as durações totais da sessão e sim a duração da situação em que estes comportamentos foram observados – e eram possíveis de serem observados.

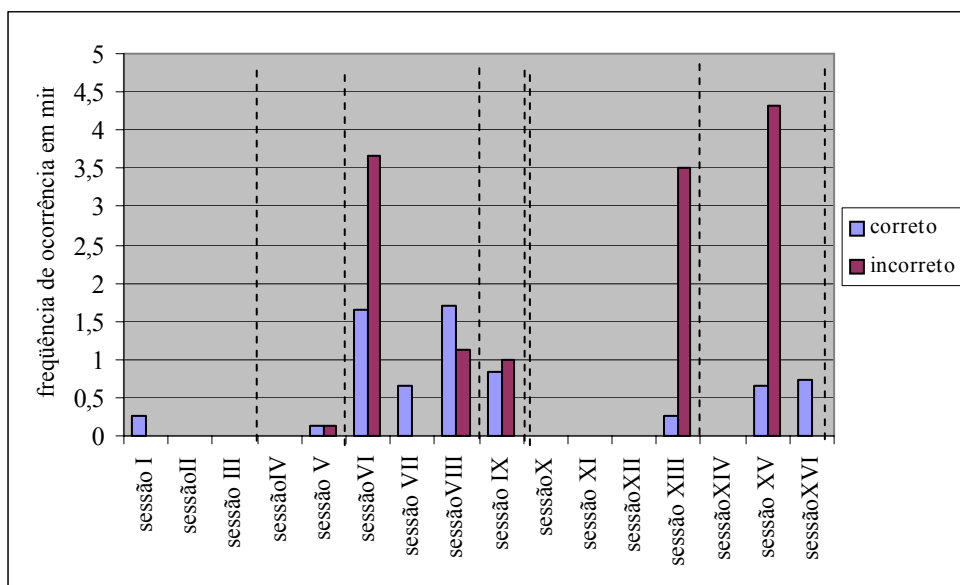


Figura 38. Distribuição de comportamentos de *Pm8*, para a classe **Alimentar o Bebê**, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.

A partir dos dados apresentados na Figura 38 é possível verificar que o modo correto de apresentação dos comportamentos componentes da classe geral ocorre em nove das Sessões (I, V, VI, VII, VIII, IX, XII, XV e XVI) e o modo incorreto em seis (V, VI, VIII, IX, XII e XV). É ainda possível notar que em três das Sessões em que os dois modos de apresentação estão presentes, o desempenho incorreto é consideravelmente elevado em relação ao correto, isto é, nas Sessões VI, XIII e XV, com as situações de amamentação no peito, os valores indicam maior dificuldade de *Pm8*, ainda que essa participante tenha sido submetida à unidade do módulo do programa sobre amamentação no peito. Contribuem para esta conclusão os indícios observados pela pesquisadora e verbalizados pela participante em relação a suas dúvidas e receios em relação à amamentação no peito, tais como: “será que ela vai dar um puxão....no meu peito”; “si eu estiver estressada vai passar para o bebê”; “se eu tomar remédio não vou poder amamentar” (sic mãe).

As Figura 39 e 39' apresentam os valores encontrados, no caso de *Pm8*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da sessão, para os diferentes comportamentos componentes da classe geral *Alimentar o bebê*.

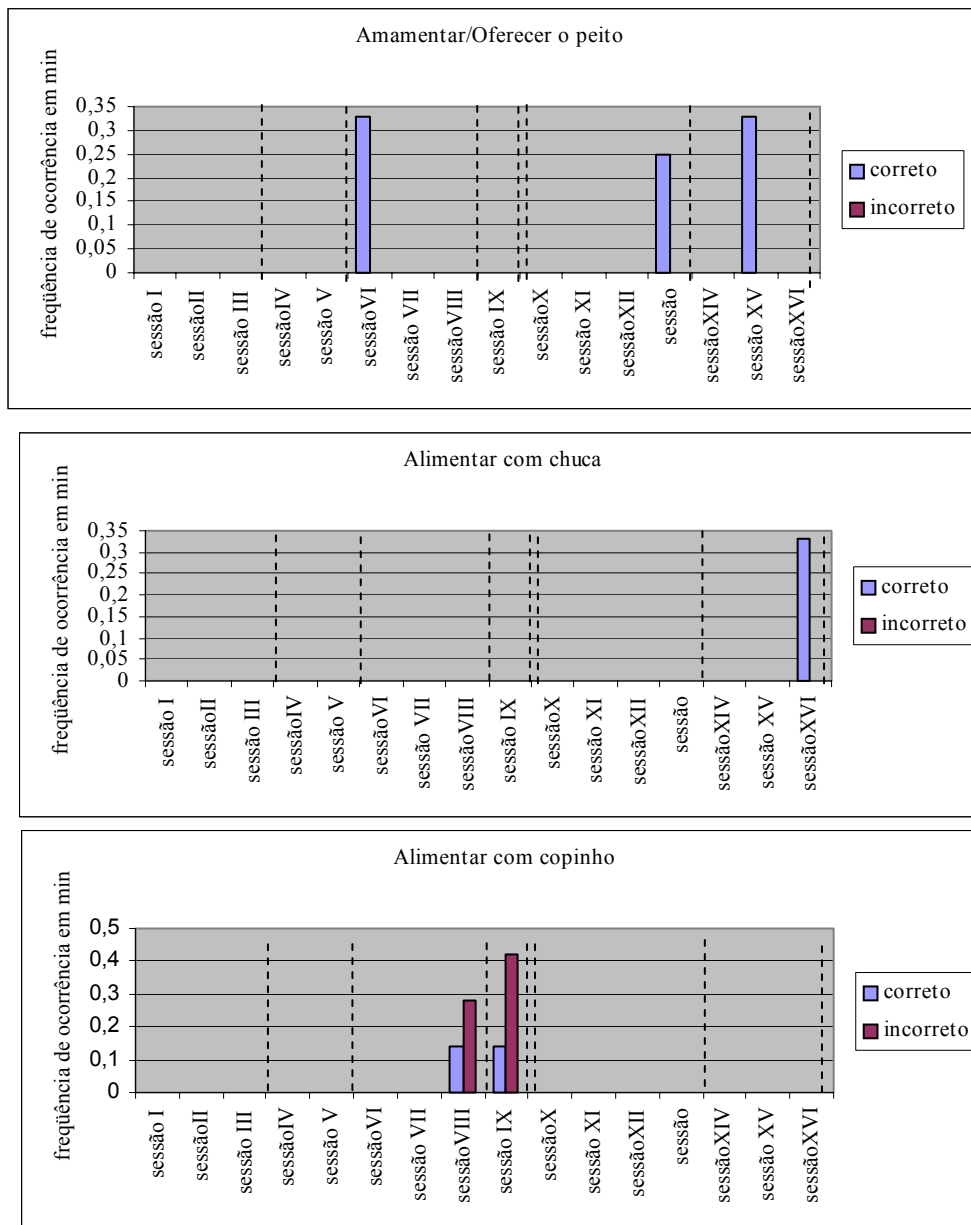


Figura 39. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm8* componentes da classe geral *Alimentar o bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).

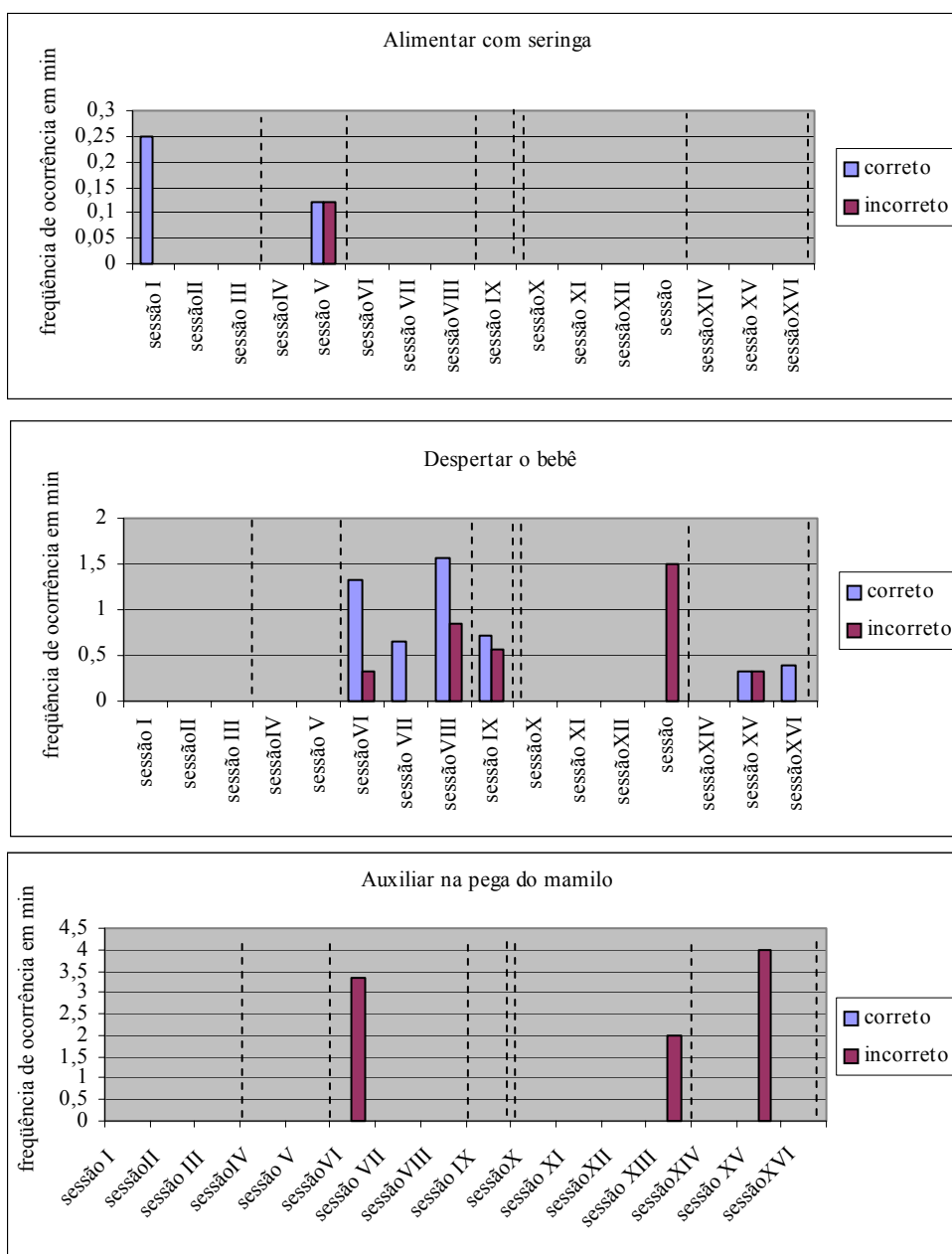


Figura 39'. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pmδ* componentes da classe geral *Alimentar o bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).

Os dados da Figura 39 e 39' indicam que o comportamento **amamentar no peito** ocorreu em três das Sessões observadas (VI, XIII e XV) e nessas sessões foi observado apenas desempenho correto. Ainda que os valores indiquem somente o modo correto de oferecimento do peito ao bebê, a *Pmδ* foi submetida à participação na unidade amamentação no peito no momento correspondente ao período entre a Sessão XIII e Sessão XIV, já que os comportamentos emitidos para alimentar o bebê pareciam insuficientes, inconstantes e



incorretos em algumas Sessões anteriores à submissão ao módulo; além disso, como já citado, *Pm8* verbalizou algumas dúvidas em relação à amamentação no peito. Os dados apresentados indicam que o comportamento **alimentar com chucha** está presente somente na última Sessão XVI e de modo correto. Embora esse seja um tipo de comportamento desestimulado no berçário, provavelmente tenha sido emitido por *Pm8* diante da eminência da alta médica de seu bebê.

O comportamento **alimentar com copinho** está presente nas sessões VIII e IX, sendo que de uma Sessão para outra o modo incorreto aumentou e o modo correto se manteve constante. Os dados indicam que o comportamento **alimentar com seringa** se apresenta em duas das sessões (I e V), na primeira de modo correto e na segunda de modo correto e incorreto, neste caso em função de *Pm8* não ter avisado a auxiliar de enfermagem que o leite da seringa já havia terminado.

Em relação ao comportamento **despertar o bebê para mamar**, comportamento esperado nas diferentes formas de alimentar o bebê exceto na alimentação com seringa, o mesmo esteve presente nas Sessões VI, VII, VIII, IX, XIII, XV e XVI, sendo que na Sessão VII e XVI unicamente de modo correto, na Sessão XIII de modo incorreto e nas demais Sessões de ambos os modos. Ainda, é possível verificar que exceto na Sessão XIII, o modo correto do comportamento prevalece sobre o incorreto. É possível supor que a participação de *Pm8* na unidade amamentação no peito entre a Sessão XIII e XIV tenha contribuído para a emissão do modo correto do comportamento, embora ainda na Sessão XV os valores dos modos correto e incorreto tenham sido equivalentes, o que já não ocorre na próxima e última Sessão, em que somente o modo correto foi observado.

Quanto ao comportamento **auxiliar na pega do mamilo**, os dados apresentados indicam que o mesmo ocorreu somente de modo incorreto nas Sessões VI, XIII e XV, situações em que a participante *Pm8* está amamentando o bebê no peito; parece possível afirmar que em relação a essa situação *Pm8* apresenta dificuldades e receios, verbalizadas pela própria participante e observadas em seu comportamento, embora a participante tenha recebido orientação da equipe da enfermagem em algumas das Sessões observadas e tenha sido submetida à unidade sobre amamentação no peito. Outro fato que parece corroborar essa afirmação diz respeito à visita, consentida, que a pesquisadora fez à casa da participante, em momento em que o bebê já estava sendo alimentado unicamente com a chucha.

Na Figura 40 podem ser vistos os dados de todos os comportamentos componentes da classe **Realizar Higiene do Bebê**, em termos de frequência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões a que *Pm8* foi observada.

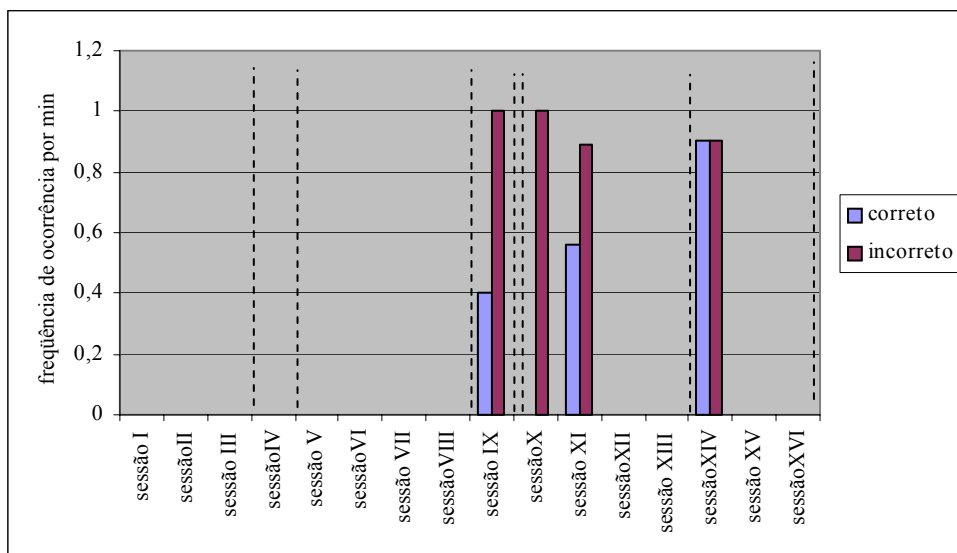


Figura 40. Distribuição de comportamentos de *Pm8*, para a classe **Realizar higiene do Bebê**, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.

A partir dos dados apresentados na Figura 40 é possível observar que os comportamentos componentes da classe mais geral ocorreram nas Sessões IX, X, XI e XIV, situações nas quais a participante estava realizando banho (XI e XIV), trocando a fralda (IX) ou somente com o bebê no colo, para o comportamento enrolar o cueiro (Sessão X). Pelos dados apresentados é possível verificar que *Pm8*, embora tenha sido submetida a alguns módulos do programa, como informação geral e banho, por mais de uma vez e treino em serviço em relação ao banho do bebê, *Pm8* manteve a apresentação do modo incorreto em todas as Sessões em que os comportamentos foram emitidos. Assim, na Sessão X houve somente a apresentação do modo incorreto, no caso do comportamento enrolar o bebê, nas Sessões IX, XI e XIV de ambos os modos sendo que o modo incorreto prevalece em relação ao correto, principalmente na Sessão IX (0,4 e 1,0) e na Sessão XI (0,8 e 1,0). Portanto, embora da Sessão de observação VIII para a Sessão IX tenha havido uma intervenção e da Sessão IX para a X tenha havido outra intervenção e um treino em serviço sobre banho, estas providências parecem ter contribuído pouco para uma maior adequação na apresentação dos comportamentos componentes da classe.

As Figuras 41 a 41'' apresentam os valores encontrados, no caso de *Pm8*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada

sessão, dividida pela duração da sessão, para os diferentes comportamentos componentes da classe geral *Realizar Higiene do Bebê*. Apenas no caso das Sessões IX e XI não foram consideradas as durações totais da sessão e sim a duração da situação em que os comportamentos foram observados – e eram possíveis de serem observados.

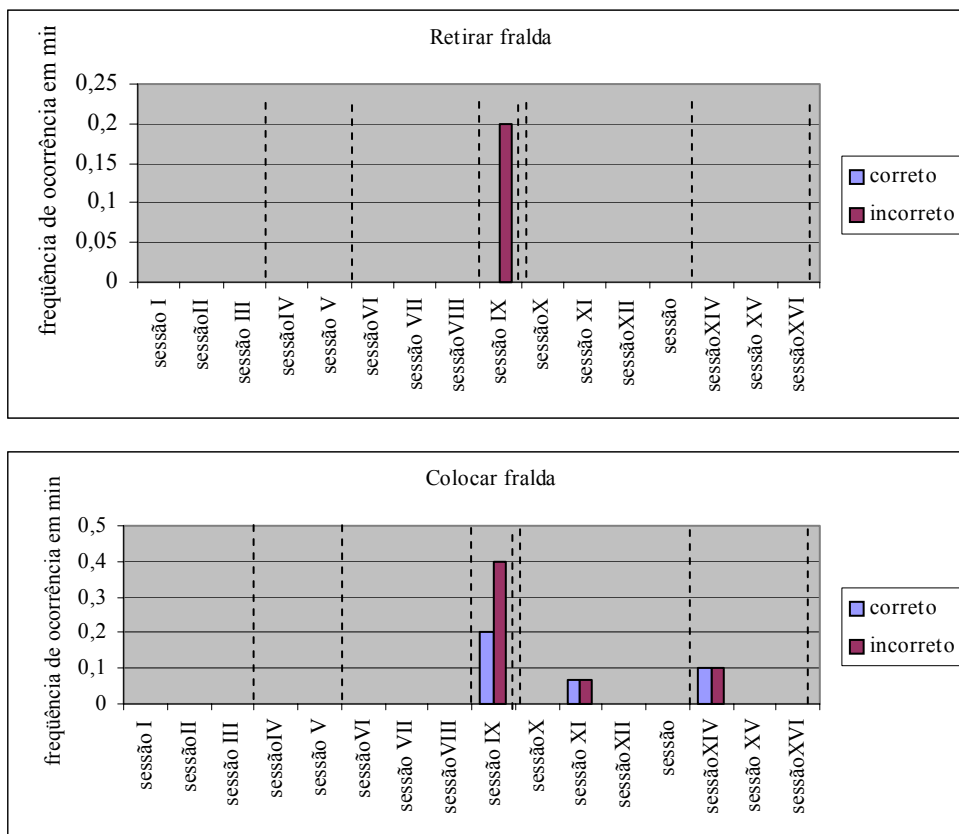


Figura 41. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm8* componentes da classe geral *Realizar Higiene do Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).

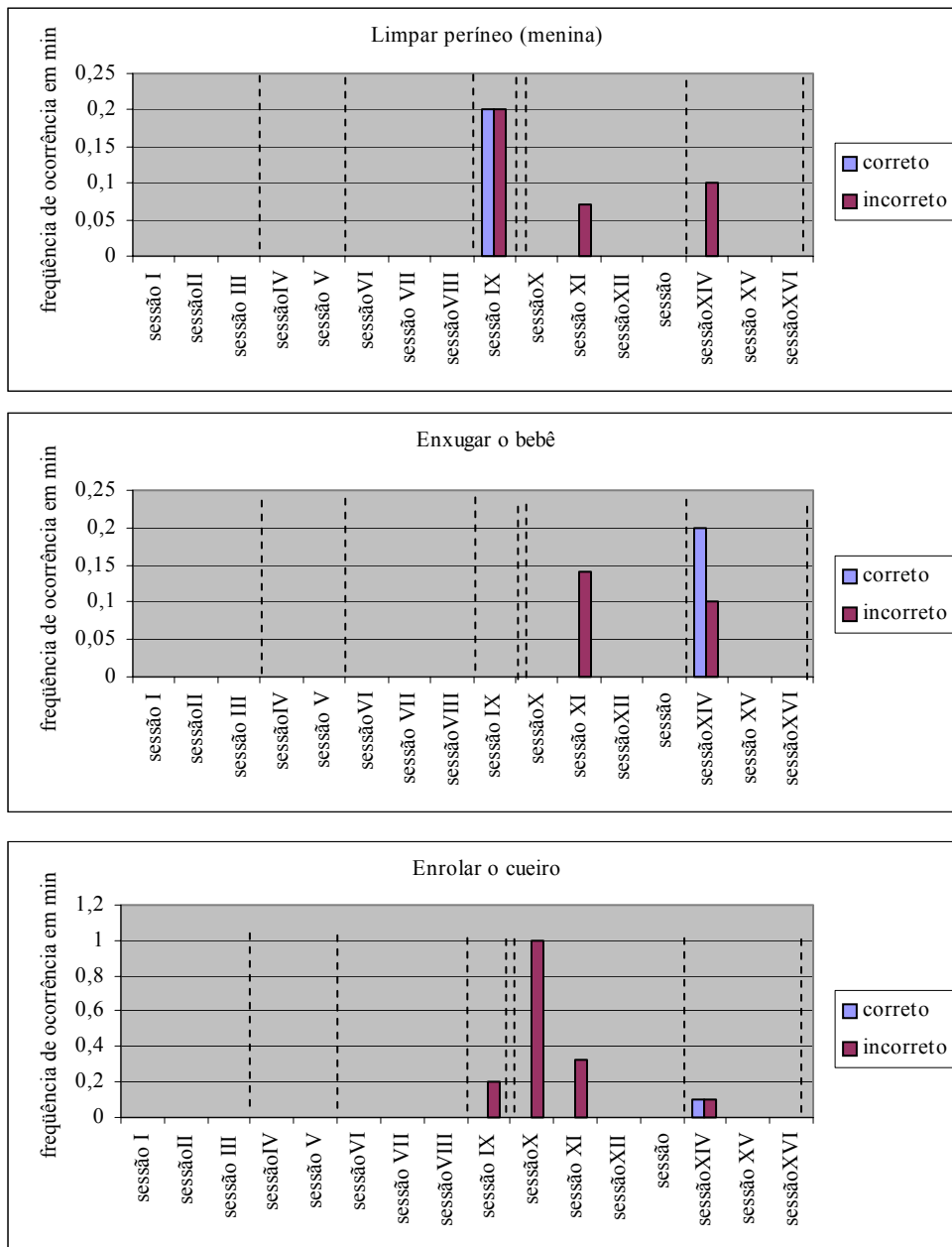


Figura 41'. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm8* componentes da classe geral *Realizar Higiene do Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).

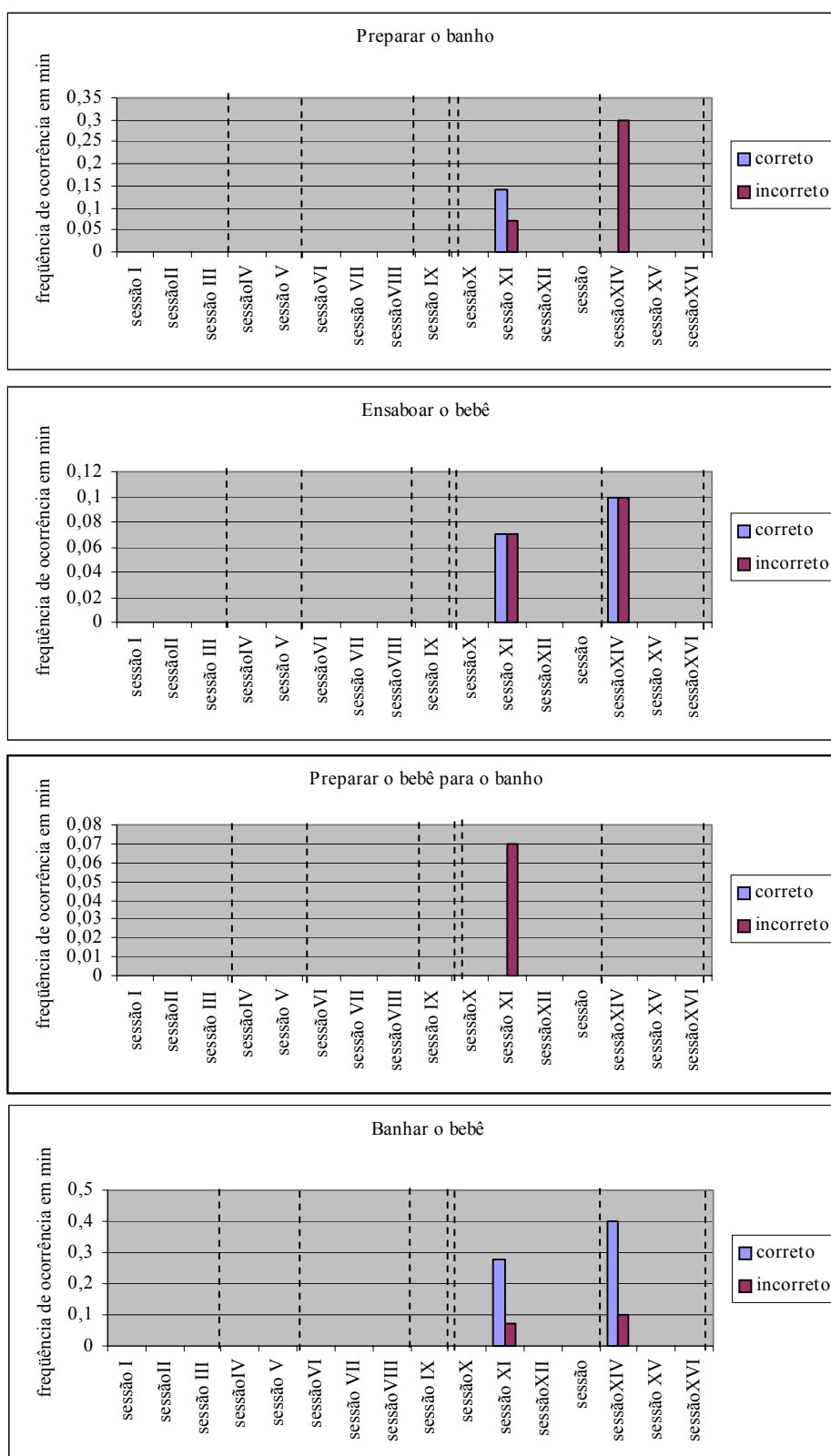


Figura 41". Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm8* componentes da classe geral *Realizar Higiene do Bebê*, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).

A partir dos dados apresentados na Figura 41 é possível afirmar que o comportamento **retirar a fralda** do bebê ocorreu somente na Sessão IX, situação em que a participante foi trocar as fraldas do bebê, e nessa Sessão o comportamento ocorreu de modo incorreto, já que *Pm8* retirou as fitas adesivas da fralda com produção de ruído alto. Nas Sessões XI e XIV, situações de banho, seria esperada a emissão desse comportamento, mas estas foram iniciadas já estando o bebê despido e sem fraldas. Já o comportamento **colocar a fralda** esteve presente nas Sessões IX, XI e XIV, sendo que nas três sessões ambos os modos, correto e incorreto, estão presentes, embora nas duas últimas Sessões os valores sejam equivalentes. Pode ter contribuído para isso o fato de *Pm8* ter sido submetida à intervenção, com produção de mudanças neste comportamento, já que nessas Sessões *Pm8* torce a fralda antes de colocar no bebê, comportamento que não havia ocorrido na Sessão IX. Quanto ao comportamento **limpar o períneo**, observado também nas Sessões IX, XI e XIV, o mesmo ocorreu de modo correto e incorreto na Sessão IX, situação de troca de fraldas e somente de modo incorreto nas demais Sessões; parece possível afirmar que, mesmo sendo submetida ao programa, *Pm8* manteve dificuldades em realizar esse tipo de comportamento de modo correto.

Em relação ao comportamento **enxugar o bebê**, os valores observados indicam que esse comportamento ocorre nas Sessões XI e XIV de modo incorreto, e correto e incorreto, respectivamente, sendo que o modo correto prevalece sobre o incorreto na última Sessão em que se apresenta (XIV); assim, é possível supor que a participação de *Pm8* no programa tenha contribuído para esta mudança, já que na Sessão XIV a participante evita deixar todo o corpo do bebê descoberto ao enxugá-lo. No que se refere ao comportamento **enrolar o bebê com cueiro** (cobertor), esse comportamento ocorreu nas Sessões IX, X, XI e XIV, e poderia ter ocorrido nas Sessões XV e XIV, o que poderia facilitar o manuseio do bebê pela participante se o cueiro estiver bem “colocado”; já nas demais sessões, exceto a III, o bebê já se encontrava com o cueiro enrolado ao corpo ou a participante havia recebido a ajuda da auxiliar de enfermagem. Dessa forma, nas Sessões iniciais em que o comportamento está presente, esse ocorreu de modo unicamente incorreto, a não ser na sessão XIV em que os dois modos se apresentaram; parece possível afirmar que a melhora na habilidade da mãe em manusear o bebê tenha contribuído para a emissão desse comportamento de modo correto, especialmente considerando que esse tipo de comportamento não foi especificamente ensinado e treinado pela pesquisadora.

Quanto ao comportamento **preparar o banho**, esse ocorreu nas Sessões XI e XIV que se referem a situações de banho, sendo que na Sessão XI ocorreu de modo correto e

incorreto e na Sessão XIV somente de modo incorreto, já que na sessão XIV a participante *Pm8* deixa de emitir os comportamentos corretos que havia emitido na Sessão anterior. Cabe salientar que a participante verbalizou, neste contexto, explicações para suas dificuldades, como por exemplo, “*é que na casa da gente não vai ter isso né assim que nem o cueiro eu tive que tirar o cueiro pra pesar, ela ficou pelada, na minha casa se ela tiver cobertinha, já vai ficar as roupinhas do lado da cama*”. No entanto, no caso do banho no berçário *Pm8* deixou de pegar as roupas e cueiro e não as colocou próximo à banheira/trocador.

Em relação ao comportamento **preparar o bebê** para o banho, esse comportamento ocorreu somente na Sessão XI, já que na Sessão XIV, situação também de banho, a participante e o bebê já se encontravam iniciando o banho quando do início da observação. Assim, na única sessão em que o comportamento esteve presente, os valores encontrados caracterizam seu desempenho como incorreto.

Para o comportamento **ensaboar o bebê**, os dados indicam que o mesmo ocorreu em duas Sessões (XI e XIV), com valores equivalentes em ambas; é possível supor que a participação no programa não tenha promovido mudanças na emissão desse tipo de comportamento de *Pm8*, já que o modo incorreto do comportamento se manteve. Uma possível explicação para esse fato pode ser devido às próprias condições existentes no berçário, já que o sabonete disponível é líquido e armazenado em vidros muito pequenos, o que dificulta a mãe colocar o sabonete na própria mão primeiro, antes de colocar diretamente na pele do bebê. Em relação ao comportamento **banhar o bebê**, como na maioria dos comportamentos componentes da classe geral, esse comportamento ocorreu nas Sessões XI e XIV, de modo correto e incorreto, sendo que os valores do modo correto prevaleceram sobre o modo incorreto; é possível supor que a participação de *Pm8* no programa e treino tenha contribuído para que emitisse esse comportamento de modo correto, pois a participante, mesmo tendo emitido ainda comportamentos de modo incorreto, realizou o banho com maior segurança e habilidade na movimentação do bebê. Esta segurança, contudo, pode ter contribuído para que a participante tentasse abaixar o trocador com o bebê em suas mãos ao final do banho, na última Sessão, o que foi prontamente sinalizado como inadequado pela pesquisadora diante do risco de queda do bebê na água da banheira; segundo *Pm8* ela não quis segurar seu bebê no colo por não estar trajando o avental do Be e sua blusa estar suja (ela havia utilizado a blusa no dia anterior).

Na Figura 42 podem ser vistos dados relativos ao conjunto dos comportamentos componentes da classe **Posicionar o Bebê**, em termos de frequência de episódios corretos e incorretos, nas várias sessões a que *Pm8* foi observada.

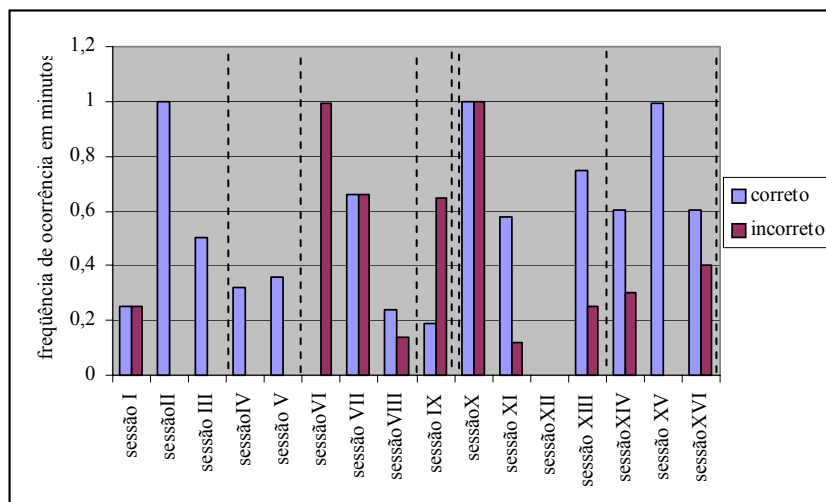


Figura 42. Distribuição de comportamentos de *Pm8*, para a classe **Posicionar o Bebê**, nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros.

A partir dos dados apresentados na Figura 42 é possível observar que a emissão de comportamentos componentes da classe mais geral ocorreu nas Sessões II, III, IV, V e XV de modo correto unicamente, embora somente na Sessão II com valor igual a um (1) e na Sessão XV com valor muito próximo (0,99). Provavelmente a apresentação de desempenho correto esteja relacionada ao tipo de situação envolvida nas Sessões, como no caso de posicionar em mãe-canguru ou na incubadora, condição em que diminui a necessidade de movimentação do bebê pela participante. Já nas sessões I, VII, VIII, IX, X, XI, XIII, XIV e XVI ambos os modos, correto e incorreto, estiveram presentes; na Sessão VI somente o modo incorreto se apresentou, sendo que neste caso o contexto era amamentação no peito. Ainda é possível observar que não há valores na Sessão XII, devido à impossibilidade da pesquisadora observar este comportamento, já que o bebê estava no berço e, nesta oportunidade, a filmagem ter sido realizada excessivamente longe do berço do bebê.

Em relação às Sessões em que o comportamento ocorreu em versões corretas e incorretas, nas Sessões I, VII e X os valores foram iguais para ambas as versões, na Sessão IX prevaleceu o desempenho incorreto e, nas cinco restantes, o desempenho correto prevaleceu sobre o incorreto.

As Figuras 43 a 43' apresentam os valores encontrados, no caso de *Pm8*, em termos de frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos considerados, em cada sessão, dividida pela duração da sessão, para os diferentes comportamentos componentes



da classe geral **Posicionar o Bebê**. Apenas no caso dos comportamentos Segurar o bebê no colo realizando outras atividades (Sessão IX), Posicionar para o banho (Sessão XI), Posicionar no trocador (Sessão IX e XI), Posicionar para alimentação (Sessão IX e XVI) não foram consideradas as durações totais da sessão e sim a duração da situação em que estes comportamentos foram observados – e eram possíveis de serem observados.

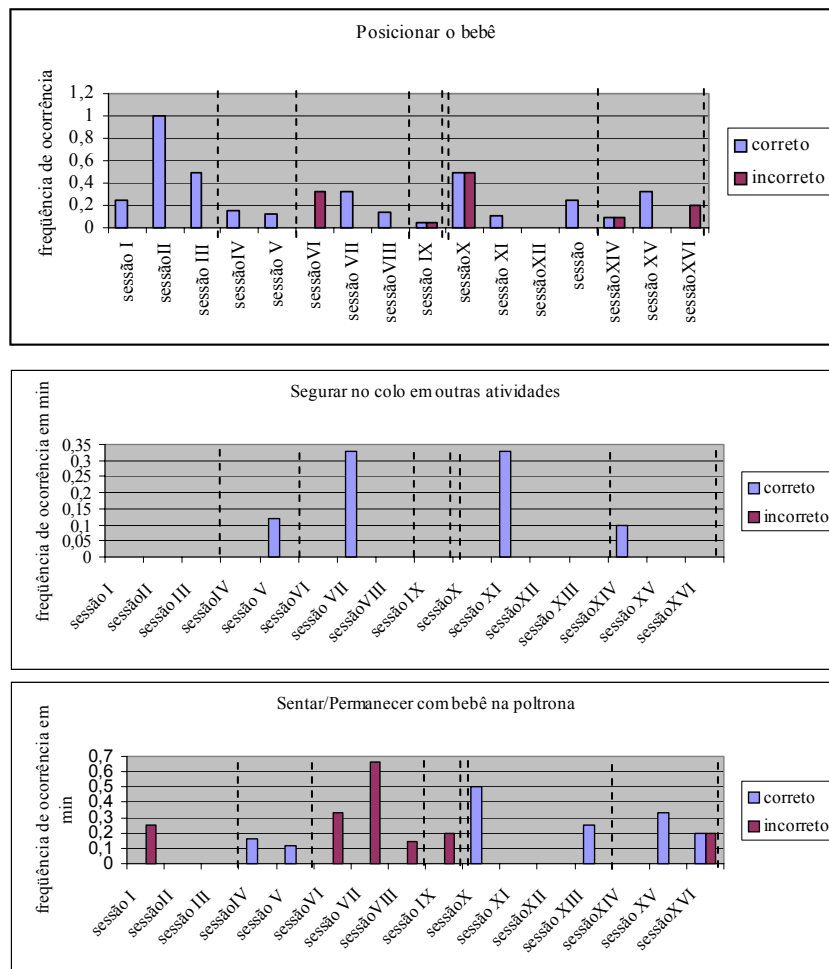


Figura 43. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm8* componentes da classe geral **Posicionar o Bebê** nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).

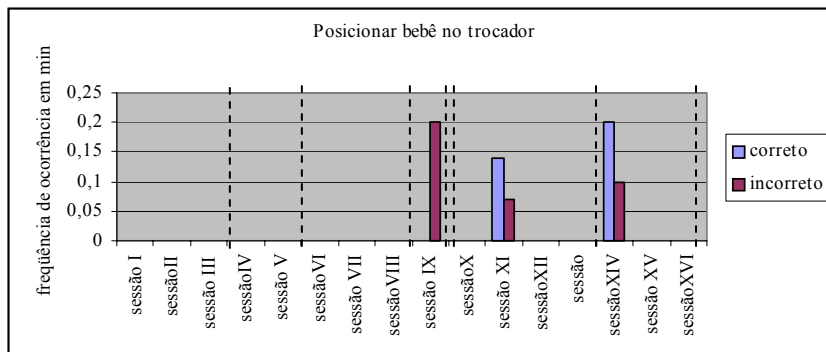
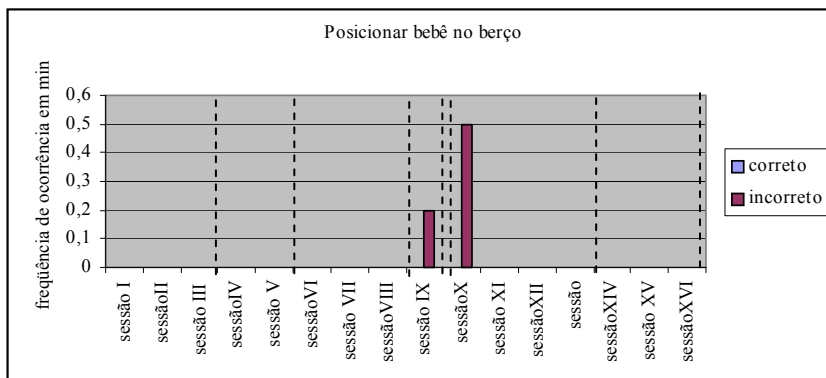
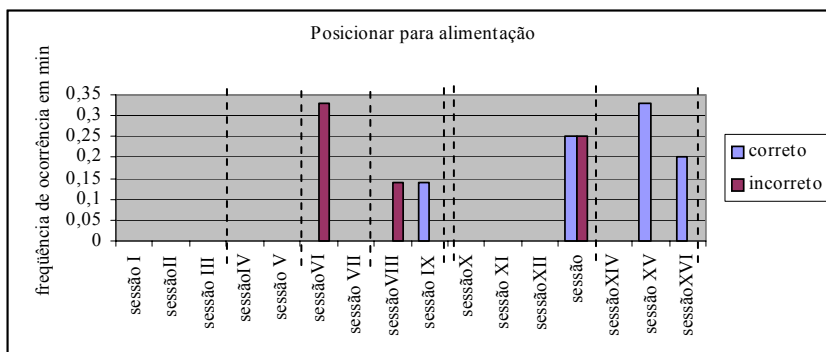
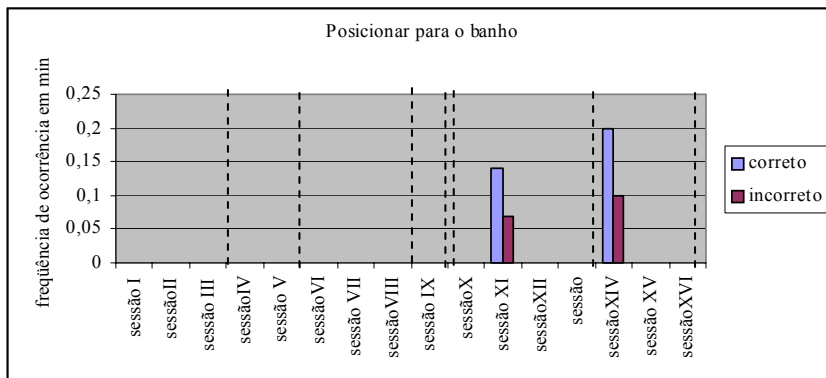


Figura 43'. Distribuição da frequência de ocorrência de apresentação dos comportamentos de *Pm8* componentes da classe geral **Posicionar o Bebê** nas diferentes sessões observadas, em termos de número de acertos e erros (número de acertos ou erros por sessão/tempo em minutos).

É possível observar pelos dados apresentados na Figura 43' que o comportamento **posicionar o bebê** ocorreu em quinze das Sessões observadas, sendo que nas Sessões I, II, III, IV, V, VII, VIII, XI, XIII e XV de modo correto, ainda que com valores baixos de apresentação. Nas Sessões VI e XVI somente o modo incorreto está presente e nas demais Sessões ambos os modos são apresentados. Embora nos momentos em que houve a apresentação de ambos os modos do comportamento, correto e incorreto, estes tenham sido antecedidos de intervenção da pesquisadora (da Sessão VIII para a Sessão IX, da Sessão IX para a X e da Sessão XIII para a Sessão XIV), parece possível supor que o fato dos contextos em que estavam inseridas estas situações serem favorecedores para um posicionamento inadequado (como por exemplo, na Sessão X em que o foi transferido do berço para o colo, ou como na sessão XIV em que a situação era o banho do bebê) tenha contribuído para a apresentação de modos incorretos, já que *Pm8* demonstrava dificuldade no manuseio do bebê. Um exemplo foi quando *Pm8*, ao retirar o bebê do berço, o fez com seus braços posicionados do mesmo lado, sob o bebê, o que num descuido de força poderia rolar o bebê. Em relação ao comportamento **segurar o bebê com uma mão ao realizar outras atividades**, o mesmo somente ocorreu de modo correto em quatro das Sessões observadas; o fato de somente o modo correto do comportamento estar presente pode ser devido ao cuidado excessivo que a participante tinha ao estar com o bebê em seu colo, garantindo que o mesmo estivesse seguro e próximo ao seu corpo.

Quanto ao comportamento **sentar/permanecer com o bebê na poltrona do berçário**, o mesmo ocorreu em onze das Sessões observadas, ora com valores corretos, ora com valores incorretos, embora tenha havido pequena predominância de ocorrências de desempenho incorreto. No caso do comportamento **posicionar para o banho**, o mesmo esteve presente em ambos os modos nas Sessões XI e XIV, com predominância de desempenho correto em ambas as sessões; é possível supor que a melhora ocorrida no valor referente ao modo correto tenha sido promovida pela participação da mãe no módulo sobre banho e treino do programa.

Em relação ao comportamento **posicionar o bebê para alimentação**, o mesmo ocorreu nas Sessões VI e VIII de modo incorreto, situações de amamentação no peito e no copinho, respectivamente; nas Sessões IX, XV, XVI, situações de amamentação no copinho, amamentação no peito e amamentação na chucha, de modo correto, e na Sessão XIII, situação de amamentação no peito, de modo correto e incorreto. Parece possível supor que a participação de *Pm8* no programa tenha promovido mudanças em seu comportamento, já que a partir da Sessão IX o modo correto do referido comportamento está presente, período em

que a participante já havia sido submetida à intervenção por duas vezes, ainda após a participação de *Pm8* no passo 1, amamentação no peito da unidade alimentação, momento subsequente a Sessão XIII o modo correto se manteve nas próximas duas sessões em que o comportamento esteve presente.

**Posicionar o bebê no berço e posicionar o bebê no trocador** foram comportamentos apresentados nas Sessões IX e X e IX, XI e XIV, respectivamente. Para o comportamento posicionar o bebê no berço os dados indicam a apresentação somente do modo incorreto; já para posicionar no trocador ambos os modos estiveram presentes. Para o primeiro comportamento, o modo incorreto relaciona-se ao fato do bebê ter sido posicionado no berço em posição supina (barriga para cima), sem o uso de rolinhos para a manutenção de seus membros próximos ao eixo do corpo, orientação muitas vezes transmitida para a participante durante sua participação no programa. Para o segundo comportamento parece ter havido uma melhora, já que na primeira Sessão em que o comportamento foi apresentado ocorreu somente de modo incorreto e nas duas Sessões posteriores ocorreu de modo correto e incorreto, com os valores do modo correto superiores ao incorreto.

Em relação ao comportamento **deitar o bebê nas pernas** da mãe, embora esse comportamento tenha sido considerado no estudo, não foi observado, o que demonstra certa inabilidade da participante em lidar com o bebê no que se refere a mudanças de posturas e manuseios, principalmente por essa ser uma habilidade muito requerida ao lidar com bebê, principalmente bebês em situações especiais como é o caso de internações hospitalares.

3. Resultados obtidos a partir de registros e observações realizadas durante as unidades de ensino e de permanência no ambiente do berçário das participantes Pm7 e Pm8.

Figura 44. Características do desempenho das participantes (Pm7, Pm8) nos diferentes módulos ou unidades do programa de ensino.

PARTICIPANTE	DIÁRIO DE CAMPO	MÓDULO OU UNIDADE DO PROGRAMA	DESEMPENHO DA PARTICIPANTE
<i>Pm7</i>	<p>Neste dia a mãe estava esperando o chamado para conversar com a enfermeira do serviço de acompanhamento dos bebês sobre a doação do leite próprio para os bebês prematuros. Caso recebesse o leite o bebê receberia alta neste dia.</p> <p>Durante o módulo a mãe foi chamada para a conversa com a enfermeira, retornando logo após para terminarmos.</p>	<p><b>Informação Geral</b> (duração 21 minutos) (atividades práticas realizadas com boneco)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada bebê é um bebê único,</li> <li>• Posicionamentos de lado, prono e supino (alinhamentos: cabeça e membros, e mudanças de posturas), <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de rolinhos para posicionamento e aconchego (como fazer e com que fazer rolinhos),</li> </ul> </li> <li>• Tocar o bebê com maior contato tátil possível para segurança e conforto (quando, como),</li> <li>• Manter o bebê numa postura preferencialmente fletida (evitar deixar o bebê largado e estendido),</li> </ul>	<p>Participou ouvindo a leitura e explicação sobre informações gerais no cuidado e para lidar com bebês;</p> <p>Disse não conseguir repetir as orientações iniciais com suas palavras;</p> <p>Observou atentamente a demonstração com bonecos;</p> <p>Simulou com o boneco o que lhe foi solicitado;</p> <p>Respondeu corretamente perguntas sobre posicionamentos (“de lado, ou do lado E. ou D.; de bruço ou com a barriguinha para cima com a cabecinha de lado”), uso de rolinhos (“para apoiar o bebê na posição”; “manter a cabeça alinhada”), como segurar e tocar;</p> <p>Comentou já ter observado o comportamento do bebê (de manter os braços/mão próximos ao rosto/boca e de sugar) que estava sendo descrito pela pesquisadora;</p> <p>Comentou não ter conhecimento de algumas orientações, como por exemplo, a posição dos braços na amamentação no peito;</p> <p>Mencionou algumas orientações ao final como: “como posicionar ele pra mamar”, “pode ponha ele com as duas mãozinhas... alinhadinhas”, “segurar ele corretamente”, “não pegar ele bruscamente, com rapidez”, “ta sempre observando ele”;</p>

	<p>A mãe não conseguiu o leite, recebendo um documento para tentar conseguir o leite em outro local (posto de saúde)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar mexer no bebê quando ele estiver em sono profundo (como identificar o sono profundo),</li> <li>• Evitar mudanças de posturas e movimentos bruscos,</li> <li>• Falar com o bebê antes de qualquer interação,</li> <li>• Olhar para o bebê durante as interações,</li> <li>• Observar os sinais do bebê (tipos de sinais: respiração, pele, expressões faciais) e suas reações.</li> </ul>	<p>Declarou não ter dúvidas; Concordou em registrar por escrito o que havia aprendido.</p> <p>Observação: No início do módulo a mãe apoiou os braços na mesa, coçou os olhos, apoiou as mãos na cabeça e a coçou. Quando a mãe bocejou, a pesquisadora perguntou se ela estava cansada. Mãe disse que havia ficado até tarde assistindo a um filme na TV e que teve que acordar cedo para vir ao berçário.</p>
<p><b>Pm8</b></p>	<p>Neste dia encontrei com a mãe no corredor e perguntei se poderíamos iniciar as orientações; ela disse que sim, mas mostrou preocupação com seu horário do almoço. Afirmo que não iríamos atrapalhar a rotina do bebê nem a dela (das mães).</p> <p>Antes do início do módulo expliquei novamente a razão da câmera e a garantia do sigilo. Afirmo que ela não era obrigada a responder qualquer pergunta que lhe seria feita.</p> <p>A mãe passou a comentar que algumas coisas a deixavam angustiada e que nessas situações pensava na filha. Ao final do módulo, a mãe quis ver a fita (gravação), achando que seria possível, já se ver na TV. Ao ser informada que aquela não era uma fita para vídeo, disse que seria bom se fosse, pois assim mostraria para as pessoas que querem conhecer</p>	<p><b>Informação Geral</b></p> <p><i>(duração 25 minutos)</i> (atividades práticas realizadas com boneco)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferenças entre o meio intra e extra uterino,</li> <li>• Diferenças entre o ambiente do bebê a termo e o bebê pré-termo (tipo, quantidade e qualidade dos estímulos),</li> <li>• Observar o bebê para conhecer e identificar suas respostas,</li> <li>• Cada bebê é um bebê único,</li> <li>• Evitar mudanças de posturas e movimentos bruscos,</li> <li>• Propiciar um ambiente tranquilo/calmo,</li> <li>• Falar com o bebê antes de qualquer interação e durante todo o seu crescimento,</li> <li>• Evitar mexer no bebê quando ele estiver em sono profundo</li> </ul>	<p>Participou ouvindo a leitura e explicação sobre informações gerais no cuidado e para lidar com bebês;</p> <p>Observou atentamente a demonstração com bonecos; Simulou com o boneco o que lhe foi solicitado;</p> <p>Respondeu a pergunta sobre qual o significado da afirmação “observar as respostas do bebê a diferentes estímulos”, apresentando exemplos que sugeriam que havia notado diferenças entre situações de choro do bebê e reação dele ao ser pego no colo; Participou dando exemplos como: “dá um “chorinhozinho” de querer dormir ai eu já pego e começo a balançar ele e já percebo que ele tá com sono ai eu balanço um pouquinho ela, ela já dorme ai eu já vou percebendo que aquele choro era para dormir”; “a outra (bebê) pode ter mais peso que o meu, ser maior () mas o importante é que são saudável”; “tem que deixar o bebê à vontade” (Observação: ao ser observada em casa, posteriormente, reagiu a choro do bebê sempre oferecendo alimentação, o que contradiz sua afirmação nesta resposta)</p> <p>Relatou situação vivenciada no berçário externa indicativa de reconhecimento, em seu bebê, do comportamento que estava sendo descrito pela pesquisadora (“bebê se acalmou quando eu segurei sua mão, passei a mão na cabecinha e falei com ela e ela ficou olhando para mim durante a mudança da sonda oral para nasal para facilitar a amamentação no peito”);</p> <p>Pedi esclarecimentos sobre como tocar, segurar e acordar seu bebê (“tenho medo de machucar seu pescoço”);</p> <p>Relatou situações em que apresenta dúvidas em como lidar com seu bebê (a posição e como segurar o bebê para se levantar durante o mãe-canguru);</p> <p>Relatou ter tido acesso anterior à informação apresentada pela pesquisadora de outra fonte (controle do pescoço, em embalagem de fralda);</p>

<p>o bebê e que segundo orientação recebida pela enfermagem isso só seria possível em alguns meses.</p> <p>Saindo da sala que utilizamos para o programa a mãe relatou ter muito medo de não saber identificar as razões do choro do bebê; de não saber quando é hora de levá-lo ao médico e que tem medo de não saber cuidar dele em casa.</p>	<p>(como identificar o sono profundo),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acordar o bebê para a amamentação (quando, como),</li> <li>• Tocar o bebê com maior contato tátil possível para segurança e conforto (quando, como),</li> </ul>	<p>Diante de algumas orientações apresentadas riu; por exemplo, quando pesquisadora disse que as mães têm a tendência de cutucar os bebês com a ponta do dedo indicador;</p> <p>Declarou não ter dúvidas;</p> <p>Concordou em registrar por escrito o que havia aprendido.</p> <p>Observação: mãe faz movimentos de cabeça e verbalizações (uhum, é verdade) concordando com as afirmações da pesquisadora.</p>
<p>Neste dia uma das mães ao chegar ao berçário externo disse ter levado um grande susto, pois no lugar onde ficava o berço de seu bebê havia uma incubadora e o primeiro pensamento que ela teve foi que seu bebê tivesse piorado e não que fosse um outro bebê.</p> <p>Todas as mães presentes relataram a ocorrência da mesma situação, também na UTI n quando chegavam para a visita e viam um equipamento ou aparelho diferente no local onde costumemente ficava seu bebê.</p> <p>A mãe 8 novamente perguntou para a pesquisadora se o fato de estar gripada não iria prejudicar seu bebê.</p> <p>A auxiliar de enfermagem estava orientando a mãe dar o leite no peito, a pesquisadora pediu para filmar.</p> <p>A auxiliar não concordou mesmo tendo sido informada</p>	<p><b>Informação Geral</b> <b>Postura + Deslocar</b></p> <p><i>(duração 28 minutos)</i> (atividades práticas realizadas com boneco)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvida sobre amamentação no peito,</li> <li>• Orientação para que converse com o médico,</li> <li>• Segurar o bebê com apoio nas regiões da cabeça e ombros e quadril (quando, como),</li> <li>• Manter o bebê numa postura preferencialmente fletida com suas mãos e braços próximos ao rosto/boca (quando, como),</li> <li>• Tocar/segurar o bebê mantendo o contato corporal o quanto for possível nos deslocamentos,</li> <li>• Manter o contato visual com o bebê durante os deslocamentos,</li> <li>• Posicionamentos de lado, prono e supino (alinhamentos: cabeça e membros, e mudanças de posturas),</li> </ul>	<p>Pedi opinião da pesquisadora quanto a amamentar no peito ou na chucha; Solicitou esclarecimentos sobre amamentação e sobre o formato da cabeça do bebê; Leu silenciosamente o que havia escrito do módulo anterior;</p> <p>Afirmou não ter dúvidas do módulo anterior;</p> <p>Mencionou as informações que já haviam sido apresentadas (“sobre o ambiente que não pode ter muito ruído; num acordar ele quando ele tá no sono profundo; [não] incomoda ele, [não] fica mexendo com ele; fica conversando com ele, sempre que for fazer alguma coisa troca fralda”);</p> <p>Perguntou se poderia escrever enquanto a pesquisadora dava as orientações;</p> <p>Respondeu perguntas, por exemplo, como pegar o bebê, mencionando o que havia aprendido com as enfermeiras (Observação: menções aparentemente corretas em relação a este tipo de situação)</p> <p>Relatou terem ocorrido comportamentos de seu bebê no berçário relacionados à comunicação entre elas, quando pesquisadora descrevia aspectos de comunicação (“ela estava séria, ouviu minha voz e sorriu”);</p> <p>Observou atentamente as demonstrações;</p> <p>Simulou no boneco, repetiu várias vezes (apresentou dificuldade nas primeiras vezes em simular conforme o demonstrado pela pesquisadora);</p> <p>Relatou o fato de que cada auxiliar orienta uma forma de segurar e posicionar; Identificou dificuldades para o manuseio, principalmente na incubadora;</p> <p>Referiu não ter dúvidas;</p> <p>Achou graça de falar com boneco,</p> <p>Achou graça de algumas demonstrações de manuseios inadequados.</p>

	<p>pela pesquisadora que o foco estava na mãe.</p> <p>Uma das mães presentes disse: “Éh, (nome da mãe 8) o que será que você vai aprontar em casa, hein?”</p> <p>A mãe 8 disse: “Por quê?”</p> <p>A pergunta ficou sem resposta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de rolinhos para posicionamento e aconchego (como fazer e com que fazer rolinhos),</li> </ul>	<p>Observação: mãe faz movimentos de cabeça e verbalizações (uhum, sim) concordando com as afirmações da pesquisadora.</p>
	<p>Neste dia assim que a pesquisadora chegou, a mãe informou que não estava mais amamentando pois estava tomando remédio.</p> <p>A pesquisadora perguntou se ela estava ordenhando, e a mãe respondeu que não, pois dava muito trabalho.</p> <p>A pesquisadora orientou para que ordenhasse seu leite para continuar a estimular a produção, mesmo que fosse para descartá-lo.</p> <p>Ninguém, até aquele momento, havia orientado a mãe, segundo ela, sobre essa questão.</p> <p>A mãe ao cobrir seu bebê no berço apresentou dificuldade em manuseá-lo, solicitando ajuda da pesquisadora.</p> <p>A pesquisadora orientou a mãe para que fizesse como as informações apresentadas.</p> <p>A mãe disse que precisava treinar mais com os bonecos.</p>	<p><b>Banho</b></p> <p><i>(duração 36 minutos)</i> (atividades práticas realizadas com boneco)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Banho - situação de higiene e interação entre mãe e bebê,</li> <li>• Preparação para o banho (ambiente e materiais), <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapas do banho, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensaboar,</li> <li>• Enxugar,</li> </ul> </li> <li>• Posturas e manuseios,</li> <li>• Olhar para o bebê durante o banho,</li> <li>• Falar com o bebê durante o banho,</li> <li>• Observar os sinais do bebê,</li> </ul> <p>Observação: combinamos neste mesmo dia à tarde, treinar no boneco e no dia seguinte dar o banho no bebê juntas no berçário.</p> </li></ul>	<p>Perguntou se poderia anotar durante as explicações;</p> <p>Participou ouvindo a leitura de texto e explicação sobre o banho;</p> <p>Participou emitindo opinião (“tem que sair perfeito [ ] pra mim mesma, só que o problema que... para sair perfeito tem que ter um tempo porque o bebê não pode ficar muito tempo, então eu acho que por ser um tempo pequeno eu ficar meia atrapalhada por pensar no tempo [ ] eu fico tensa”);</p> <p>Relatou como realiza algumas tarefas relacionadas ao banho, por exemplo, como verifica a temperatura da água;</p> <p>Comentou que pensou em agir diferente do que foi orientada por uma das auxiliares de enfermagem (lavar a cabeça do bebê);</p> <p>Pediu esclarecimentos sobre dúvidas em relação a como segurar o bebê, como tampar os ouvidos, como virá-lo e em relação às etapas do banho;</p> <p>Observou atentamente a demonstração;</p> <p>Solicitou que a pesquisadora repetisse a demonstração mais de uma vez;</p> <p>Referiu que tinha uma pergunta mas que no momento não lembrava;</p> <p>Relatou os passos do banho sendo capaz de se corrigir;</p> <p>Aceitou ajuda física quando não foi capaz de manusear o boneco adequadamente aparentando nervosismo; relatou sentir dificuldade, pois ela (a mãe) acha que tem que fazer perfeito;</p> <p>Referiu que no berçário pede ajuda para as auxiliares quando não consegue manusear o bebê;</p> <p>Descreveu uma situação vivenciada no berçário e explicitou o medo de que tenha prejudicado o seu bebê (situação relacionada à como segurar o bebê no colo);</p> <p>Comentou a reação de seu marido diante da situação vivenciada (“ele achou que isso acontece frequentemente”, “ele ficou meio inseguro comigo”);</p> <p>Referiu desconhecimento quanto ao desenvolvimento do bebê.</p>



<p>Conforme observação anterior a pesquisadora e a mãe iriam dar o banho no bebê juntas, o que não foi possível, pois a auxiliar de enfermagem não quis que a mãe esperasse pela chegada da pesquisadora.</p> <p>A auxiliar não tinha a informação que a mãe já poderia dar o peito (informação dada pelo médico no plantão anterior) orientando que a mãe desse o leite todo no copinho.</p> <p>A mãe pediu orientação para a auxiliar da UTI n que estava ajudando a auxiliar do berçário sobre como colocar o bebê para arrotar; a auxiliar disse que poderia ser do jeito que o bebê estava. A mãe ficou sem saber o que fazer e como fazer após uma outra mãe presente no berçário dizer que era bom bater nas costas do bebê.</p> <p>A mãe perguntou novamente para a auxiliar do berçário o que deveria fazer. A auxiliar do berçário orientou a mãe verbalmente enquanto a auxiliar da UTI n foi posicionar o bebê corretamente no colo da mãe.</p> <p>Num outro momento a auxiliar de enfermagem do berçário estava comentando com as mães presentes sobre os cuidados com o pré - termo quando receber visitas em casa; quando for pegar no colo. Que os cuidados são os mesmos de um bebê a termo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Banho</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(duração 56 minutos)</i> (atividades práticas realizadas com boneco)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração conjunta de um roteiro (etapas) para o banho,</li> <li>• Registro dos materiais necessários (sabonete, toalha, fralda, etc), <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuseios,</li> <li>• Enxugar,</li> </ul> </li> <li>• Situação de interação entre mãe - bebê,</li> <li>• Olhar para o bebê durante o banho,</li> <li>• Falar com o bebê durante o banho,</li> <li>• Observar os sinais do bebê,</li> </ul>	<p>Quis durante o módulo anotar os passos/atividades principais para a realização do banho como um roteiro;</p> <p>Mencionou alguns procedimentos que, segundo ela, já sabia fazer ou que tinha que realizar no berçário, por exemplo: separar a roupinha, lavar a banheira, colocar a água, testar a temperatura da água;</p> <p>Respondeu corretamente perguntas quando solicitado (por exemplo: como testar a temperatura da água?);</p> <p>Esclareceu dúvidas (por exemplo: necessidade de usar o lenço umedecido comercializado; como limpar a região dos genitais da menina);</p> <p style="text-align: center;">Observou atentamente a demonstração;</p> <p style="text-align: center;">Solicitou a repetição da demonstração várias vezes;</p> <p>Perguntou por que não podia segurar o bebê pelos pés na troca de fraldas;</p> <p>Identificou dificuldades em manusear o bebê (“não sei como segurar, como virar”);</p> <p>Foi buscando e comentando soluções próprias para as dificuldades de manuseio (“agora eu troco de mão”, “ponho ele aqui na frente”, “quando estou sentada ponho no colo”);</p> <p>Pesquisadora ofereceu sugestões e dicas (uso das mãos e dedos para segurar o bebê; manuseios);</p> <p>Esclareceu dúvidas quanto ao desenvolvimento motor do bebê (“ela fica se batendo tenho medo de escorregar [ ] atrapalha a gente [ ] eu pensei que o bebê (com o passar do tempo) ia ficar confortável (sem se mexer) na água e ficar mais calma”);</p> <p style="text-align: center;">Achou graça em falar palavras como cocô, perineo, genitais;</p> <p>Expressou opinião quanto a orientações diferentes recebidas das auxiliares em relação a lavar a cabeça do bebê;</p> <p>Pesquisadora orientou para que a mãe esclarecesse suas dúvidas com as auxiliares;</p> <p>Verbalizou ter pedido ajuda para auxiliar virar seu bebê durante o banho realizado na rotina do berçário (“na hora de virar eu fiquei atrapalhada [ ] sei que não consegui virar”; “fiquei com medo”; “fiquei insegura na hora de virar”);</p> <p>Esclareceu dúvidas quanto aos passos do banho, por exemplo: lavar a cabeça antes do restante do corpo; presença de intercorrência; horário do banho versus horário de mamada; período do dia; quantidade de banhos diários;</p> <p>Verbalizou ter medo de fazer coisas erradas na frente da pesquisadora e durante o programa.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Neste dia após o banho, a mãe foi amamentar o bebê no peito, após o período em que ficou sem amamentar devido a medicação. A mãe apresentou muita dificuldade e insegurança não sabendo como posicionar o bebê.</p> <p>A auxiliar estava ocupada com outros bebês, mas foi orientar a mãe quanto a posição e a pega, atendendo ao pedido da pesquisadora.</p> <p>A auxiliar desse plantão não estava sabendo que o médico recomendou o leite na chucha para o bebê. A mãe solicitou que a pesquisadora desse essa informação para a auxiliar. A pesquisadora incentivou que a mãe informasse a auxiliar.</p> <p>A auxiliar informou que as regras do berçário são para que nenhum bebê se alimente na chucha sendo possível se alimentar no peito ou no copinho.</p> <p>Pareceu bastante intranquilo para a mãe amamentar seu bebê no peito. (desistia logo de tentar a pega; olhava insistentemente para pesquisadora, como solicitando que interferisse na situação, etc)</p>	<p><b>Banho treino em serviço</b></p> <p><i>(duração 16 minutos)</i> (atividade realizada com o bebê)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuseios,</li> <li>• Segurar,</li> <li>• Desenvolvimento motor,</li> </ul>	<p>Relatou ter dúvidas se a temperatura da água estava adequada enquanto retirava a roupa do bebê;</p> <p>Apresentou dificuldade em deslocar o bebê do berço para o seu colo; da balança para seu colo;</p> <p>Respondeu ao resmungo do bebê, conversando com ele;</p> <p>Colocou o bebê rapidamente na água sem testar a temperatura (água quente);</p> <p>Perguntou se a pesquisadora mexeu na água quando percebeu que estava muito quente para o bebê;</p> <p>Interrompeu o início do banho para adequar a temperatura da água;</p> <p>Solicitou ajuda da auxiliar de enfermagem para corrigir a temperatura da água;</p> <p>Pediu ajuda para a pesquisadora pegar-lhe cueiro;</p> <p>Falou com a bebê durante o banho;</p> <p>Preocupou-se com detalhes irrelevantes do banho (chão molhado, manga do seu avental molhada; gola dobrada do macacãozinho do bebê);</p> <p>Demonstrou iniciativa (enxugou a cabeça do bebê após lavar);</p> <p>Verbalizou estar fazendo coisas diferentes do que lhe foi ensinado devido estar no berçário, por exemplo, colocar o sabonete direto no corpo do bebê;</p> <p>Relatou ter se sentido mais segura, quando pesquisadora perguntou;</p> <p>Perguntou se como virou o bebê era o correto;</p> <p>Pediu a confirmação se podia virar a bebê de lado para enxugar, se podia por a roupinha nela, e se a pesquisadora achou correto ela enxugar a cabeça do bebê antes de lavar o restante do corpo;</p> <p>Solicitou ajuda para atividades em que tinha que segurar o bebê com uma mão e com a outra realizar a atividade;</p> <p>Repetiu o manuseio ao final do banho a pedido da pesquisadora.</p> <p>Observação: Enquanto a temperatura da água estava sendo adequada (estava muito quente) a mãe verbalizou que se sentia insegura em pegar o bebê, que tinha medo de deixá-lo cair;</p> <p>Disse que achou que o bebê ficaria mais quieto/parado com o passar do tempo;</p> <p>Pesquisadora corrigiu essa afirmação dizendo que a tendência é que eles, os bebês, se movimentem mais.</p> <p>A mãe disse que então deveria segurar o bebê com mais força;</p> <p>Pesquisadora corrigiu essa afirmação dizendo que não era uma questão de força, mas de segurar nos locais adequados da maneira correta, tendo segurança e transmitindo segurança para o bebê.</p>
<p>Neste dia uma das mães presentes no berçário estava</p>	<p><b>Amamentação</b></p>	<p>Participou ouvindo a leitura de texto e explicação sobre a amamentação;</p> <p>Relatou situação vivenciada no berçário em relação a vacinação do bebê;</p>

<p>comentando que mesmo após ter parido o bebê ainda sentia-se grávida pois o bebê não tinha ido embora com ela para casa. Sentia o bebê como sendo seu e ao mesmo tempo não sendo, pois ficava pouco tempo com o bebê e logo tinha que voltar para casa (período de internação na UTI n).</p> <p>O berçário estava tumultuado com a entrada e saída de vários profissionais.</p> <p>A auxiliar de plantão orientou a mãe quanto a estimular a amamentação no peito: descobrindo um pouco o bebê; pingando o leite na boca do bebê e tocando sua bochecha.</p> <p>O médico informou à mãe que seu bebê estava muito bem e que logo teria alta. Ele perguntou se a mãe gostaria de amamentar no peito, diante do pedido da auxiliar para que ele receitasse um medicamento para aumentar a produção do leite da mãe.</p> <p>A mãe respondeu que sim, embora tenha dito ter medo que seu bebê fique desnutrido pois dorme e para de mamar quando está no peito.</p>	<p><i>(duração 38 minutos)</i> (atividade prática realizada com boneco)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentação no peito,</li> <li>• Estímulo da sucção,</li> <li>• Alimentação na chucha,</li> <li>• Observação dos sinais do bebê durante a amamentação e alimentação,</li> <li>• Alimentação da mãe,</li> <li>• Uso de medicamento, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrostar,</li> </ul> </li> <li>• Oportunidade de interação entre mãe - bebê,</li> </ul>	<p>Relatou que preferia que o bebê ficasse mais dias no berçário pois não está tudo pronto para sua chegada (“casa nova”);</p> <p>Relatou as possíveis dificuldades com a chegada do bebê já que ainda mora com os pais e irmão (“o bebê chorar e acordar seu irmão”, “umidade na parede do quarto”, “banheiro conjugado ao quarto/medo de contaminação”);</p> <p>Pede esclarecimentos sobre amamentação no peito versus amamentação na chucha; sono versus acordar para mamar; rotina do berçário 3 x 3 h; livre demanda;</p> <p>Pesquisadora perguntou se a mãe queria dar de mamar no peito diante das dificuldades que a mãe relatou;</p> <p>Comentou sobre orientação da auxiliar de enfermagem de ter que acordar o bebê insistentemente para mamar nos horários estipulados;</p> <p>Descreveu comportamento do seu bebê no berçário (bebê fica cansada durante a mamada; bebê não faz a pega; bebê fica irritada);</p> <p>Comentou que tem medo de que sua alimentação não seja adequada; que se tiver que tomar remédio não poderá amamentar; que se ela tiver estressada vai “passar” para o bebê;</p> <p>Pesquisadora esclareceu essas questões com a mãe com o auxílio do texto que estava sendo lido;</p> <p>Apresentou dificuldade em comentar o texto lido ao final embora durante toda a leitura tenha pedido esclarecimentos;</p> <p>Aparentou menos atenção (bocejou; mexeu nos cabelos; coçou a cabeça; colocou dedo na boca) do que nos módulos anteriores;</p> <p>Perguntou se haveria problemas se esquecesse alguma orientação.</p>
<p>Neste dia o berçário estava tumultuado, com as mães conversando animadamente e com um movimento grande de outros profissionais.</p>	<p><b>Últimas orientações antes da alta</b></p> <p><i>(duração 16 minutos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passeios,</li> <li>• Visitas,</li> </ul>	<p>Perguntou dúvidas em relação a como manter a rotina em casa com a alta do bebê, por exemplo: quando e onde poderá sair com o bebê;</p> <p>Perguntou dúvidas em relação a como cuidar do bebê, por exemplo: se deverá levar para vacinação; o que deverá fazer no caso de cólica;</p> <p>Ouviu as explicações fazendo novas perguntas decorrentes das respostas da pesquisadora; (Observação: quando observada em casa, não apresentou desempenhos</p>

<p>A mãe 8 informou à pesquisadora que neste dia seu bebê teria alta do berçário.</p> <p>Uma das mães presente no berçário comentou que elas sentem medo de serem consideradas inadequadas (pela enfermagem) para cuidarem de seus filhos, exemplificando o caso de duas mães que estão com seus bebês internados, uma muito presente, dedicada ao bebê, outra que quase não comparece, parecendo não estar preocupada.</p> <p>No caso dessa mãe que tem comparecido pouco ao berçário, ela foi chamada pela enfermagem para uma conversa.</p> <p>As mães ficaram preocupadas com a possibilidade de serem avaliadas no cuidado do bebê (conversas entre elas que indicavam o receio de perder o bebê se não conseguissem cuidar bem dele).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpeza,</li> <li>• Cólica,</li> <li>• Seguimento do desenvolvimento do bebê,</li> <li>• Identificar as reações do bebê: choro, resmungo, dor.</li> </ul>	<p>que haviam sido descritos e discutidos com a pesquisadora várias vezes, como se nunca tivesse ouvido falar deles, como por exemplo: como posicionar o bebê para arrotar)</p> <p>Comentou estar preocupada por ter deixado seu bebê no berçário com a janela aberta (pesquisadora tranquilizou a mãe e aproveitou para orientar que o ambiente onde o bebê se encontra deve ser ventilado – tanto no berçário quanto em casa);</p> <p>Observou a demonstração com boneco;</p> <p>A pesquisadora perguntou se poderia ir a casa da mãe já que o bebê estava de alta; A mãe concordou mas referiu ter medo que a pesquisadora achasse algo errado na maneira como o bebê estava sendo cuidado pois no início segundo ela, iria improvisar;</p> <p>A pesquisadora esclareceu que a intenção era de realizar novas orientações, se necessárias, no ambiente da casa.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

As informações apresentadas na Figura 44 indicam que a *Pm7* observou a demonstração e simulou corretamente com os bonecos; foi capaz de: relacionar informações transmitidas pela pesquisadora com observações suas do comportamento de seu bebê no berçário; mencionar, com suas próprias palavras, algumas das orientações transmitidas e responder corretamente perguntas quando lhe foi solicitado, embora estivesse esperando pelo chamado da enfermeira do serviço de seguimento (o qual ocorreu, interrompendo o módulo por alguns minutos) e tenha apresentado comportamentos que poderiam sugerir falta de atenção em relação ao que estava sendo transmitido.

Para a outra participante *Pm8* é possível observar, nas informações correspondentes ao módulo *informação geral*, que foi realizado por duas vezes para esta mãe, sendo a segunda vez uma repetição e complementação da primeira, que a *Pm8* é muito “participativa”, relata fatos observados no berçário e os relaciona com as informações que estão sendo transmitidas pela pesquisadora; busca respostas para suas dúvidas e responde perguntas quando lhe é solicitado. Foi possível notar, ainda, que *Pm8* apresenta dificuldade em simular com os bonecos, dificuldade também apresentada no manuseio do bebê em diferentes atividades e situações, evidenciadas no módulo banho (realizado por duas vezes, a pedido da própria participante e pela solicitação da auxiliar de enfermagem (*Paux4*) para que a pesquisadora a ajudasse) e treino em serviço; opina e questiona as informações recebidas relacionando-as com conhecimento anterior.

No módulo sobre *amamentação*, *Pm8* pediu esclarecimento sobre novas dúvidas e sobre aspectos relativos a orientações que já haviam sido transmitidas anteriormente pela pesquisadora, indicando um padrão desta mãe de solicitar a mesma orientação por várias vezes.

A última participação da *Pm8* foi no módulo relativo a *últimas orientações* antes da alta, no qual a pesquisadora procurou responder às *dúvidas e questões apresentadas pela participante*, algumas delas relacionadas à chegada do bebê na casa e outras que já haviam sido transmitidas no módulo de informação geral. Durante esse módulo, a participante referiu estar preocupada com seu bebê no berçário, sugerindo que sua atenção estivesse voltada para o berçário e não para o programa.

De acordo com as informações registradas no diário de campo, fica evidenciado que desde o início do programa de ensino a *Pm8* verbalizou sobre sentir insegurança e medo de cuidar inadequadamente de seu bebê. É possível verificar que o grupo de mães de bebês internados no mesmo período que ela parecem perceber sua dificuldade, questionando de forma sutil sua capacidade. Ainda é possível observar certa dificuldade na

transmissão das informações entre auxiliares, médicos e mães, principalmente quando orientações são transmitidas verbalmente sem serem prescritas na papeleta (procedimento formal de orientação das profissionais pelo médico frequentemente utilizado no berçário), como no caso da amamentação no peito ou na chucha para *Pm8*.

Em relação às auxiliares de enfermagem, quanto à adesão ao estudo, os dados indicam que uma delas apresentou condutas não colaborativas como, por exemplo, ao não autorizar a filmagem em momento de interação com a mãe participante, e ao impedir que a mãe esperasse a chegada da pesquisadora para dar banho no bebê. Outro resultado obtido pelas informações do diário de campo relaciona-se ao medo que as mães pareciam sentir em serem avaliadas quanto aos cuidados dispensados ao bebê, seja pela equipe, seja por outras mães. A prática da equipe de enfermagem de, em situações compreendidas como possíveis sinais de negligência da mãe em relação ao bebê (como ausência prolongada, por exemplo), adotar estratégias de aproximação desta mãe (contato telefônico, contato com familiares, solicitação de comparecimento, conversa com enfermeira do serviço de seguimento), parece criar um ambiente de avaliação das capacidades das mães e de comparação entre elas, que as amedronta, especialmente considerando que, em alguns casos, já ocorreu – e pode de fato ocorrer – a perda de guarda da criança pela mãe. Embora não tenham sido percebidos sinais específicos de medo das mães em relação à participação no estudo, é possível que algum impacto deste receio geral tenha ocorrido também neste contexto. Por exemplo, no caso da mãe *Pm8*, somente quando da visita da pesquisadora à sua casa foi possível notar, a partir de comentários dela de que achava que a pesquisadora queria que ela fizesse tudo com perfeição, que as iniciativas de repetição de orientações (feitas pela pesquisadora diante de demanda da mãe ou de percepção sobre suas dificuldades para realizar cuidados básicos com as propriedades desejáveis) haviam sido compreendidas de modo diverso do pretendido pela pesquisadora.

**4. Resultados relativos a relatos verbais obtidos nas etapas de Caracterização de Repertório Inicial e Final das participantes *Pm7* e *Pm8* em cada um dos módulos ou unidades específicas do programa de ensino a que foram submetidas.**

Os resultados obtidos por meio de entrevistas realizadas imediatamente antes do desenvolvimento de cada módulo (repertório inicial) e depois, após a alta hospitalar (repertório final), para cada uma das participantes (*Pm7*, *Pm8*) serão apresentados nos quadros (Q 30 e Q 31) a seguir. Em cada quadro, as informações de desempenho das mães nas entrevistas iniciais e finais correspondentes aos módulos ou unidades (“descrição”) estão agrupadas em relação aos aspectos verificados nas questões formuladas para as mães nestas entrevistas (se recebeu ou não informações, tipos de informações recebidos; dúvidas e, em alguns casos, aspectos específicos dos cuidados que estão sendo verificados nas perguntas).

O Quadro 30 apresenta os dados da participante *Pm7* relativos ao módulo informação geral do programa, nas seguintes unidades: postura, deslocar e segurar.

Quadro 30. Aspectos do repertório (relato verbal) inicial e final da participante *Pm7* em relação ao assunto específico do módulo informação geral, nas unidades: **postura, deslocar e segurar**, obtidos a partir de entrevistas.

<i>Pm7</i>	MÓDULO OU UNIDADE	REPERTÓRIO INICIAL	REPERTÓRIO FINAL
			<b>POSTURA</b>
	<i>Aspecto verificado:</i> Recebimento de informações sobre posicionamento do bebê (sim ou não)	Sim	Sim
	<i>Aspecto verificado:</i> Recebimento de informação sobre posicionamento do bebê em geral; quais?	<i>Descrição:</i> Relata ter recebido informação e indica corretamente que a posição do bebê deitado é de lado e de braços. Indica ainda que se deve pegar o bebê com cuidado	<i>Descrição:</i> Relata ter recebido informação e indica corretamente a posição do bebê após as mamadas é de lado (decúbito lateral) ou de braços, nunca de cabeça e barriga para cima (decúbito dorsal - posição supina)
		<i>Relato original:</i> “Quando for deitar, deitar sempre de ladinho, de braço, pegar ele com cuidado.”	<i>Relato original:</i> “Sim, quando acabar de mamar ponha ele de ladinho ou de um lado ou do outro, de braços, nunca ponha ele com a cabecinha para cima de barriga para cima”
	... na incubadora	Não	Não
	... no berço	<i>Descrição:</i> Relata que sim e indica corretamente uma posição: de lado	<i>Descrição:</i> Relata que sim e indica corretamente somente uma posição: de lado

		<b>Relato original:</b> “Ponhá ele sempre de ladinho”	<b>Relato original:</b> “Sim, é a moça, a enfermeira falou que sempre tem que colocar ele de lado”
...colo com você em pé		Não	Não
... durante a amamentação	<b>Descrição:</b> Relata que sim e indica de maneira bastante geral que a cabeça do bebê deve estar apoiada no braço da mãe e seguro pelas nádegas		<b>Descrição:</b> Relata não ter recebido informação
	<b>Relato original:</b> Sim: por a cabeça no braço, segurar pela bundinha”.		<b>Relato original:</b> Não
...para arrotar	<b>Descrição:</b> Relata que sim e indica corretamente que o bebê deve ser apoiado na vertical no colo da mãe, e receber batidas em suas costas de devagar		<b>Descrição:</b> Relata que sim e indica corretamente que o bebê deve ser apoiado na vertical no colo da mãe, e receber batidas em suas costas de devagar.
	<b>Relato original:</b> Sim: “Por ele encostadinho no peito e bater devagarinho nas costinhas dele”		<b>Relato original:</b> Sim: “Ponha ele encostado aqui no peito, fica batendo nas costinhas dele devagarinho”
... durante o banho	<b>Descrição:</b> Relata que sim, mas não indica como		<b>Descrição:</b> Relata que sim e indica corretamente que no início o bebê deve ser posicionado de frente para a mãe, depois virar de bruço para lavar costas e nádegas; indica ainda a necessidade de evitar que entre água no ouvido do bebê
	<b>Relato original:</b> “Recebi, aquele dia a moça tava ensinando como segurar ele”		<b>Relato original:</b> “Como segurar ele certinho né, ah, tem que segurar ele sempre quando for dar banho ele de frente tem que segurar ele assim de frente tomar cuidado para não derrubar água no ouvidinho depois virar de bruço, lavar as costinhas, bundinha ”
...durante a troca de fralda		“Não”	“Não”
...durante diferentes atividades		“Não”	“Não”
<b>Aspecto verificado:</b> Dúvidas relacionadas ao posicionamento do bebê	<b>Descrição:</b> Relata não saber		<b>Descrição:</b> Relata não
	<b>Relato original:</b> “Não sei”		<b>Relato original:</b> “Não”
<b>MÓDULO</b>	<b>DESLOCAR</b>		
<b>Aspecto verificado:</b> Recebimento de informação sobre deslocar o bebê (sim ou não); quais?	<b>Descrição:</b> Relata não ter recebido informação		<b>Descrição:</b> Relata não lembrar
	<b>Relato original:</b> “Não”		<b>Relato original:</b> “Não me lembro”
...da incubadora		“Não”	“Não”
...do berço	<b>Descrição:</b> Relata que não		<b>Descrição:</b> Relata que sim e indica corretamente que o movimento não deve ser brusco / rude



		<b>Relato original:</b> “Não”	<b>Relato original:</b> “Eu sei que tem que pegar ele com cuidado, nunca com brutalidade”.
	...do seu colo	“Não”	“Não”
	...durante o banho	“Não”	“Não”
	...durante diferentes atividades	“Não”	“Não”
	<b>Aspecto verificado:</b> Dúvidas relacionadas ao deslocar do bebê	<b>Descrição:</b> Relata não ter dúvidas	<b>Descrição:</b> Relata não saber se tem dúvidas
		<b>Relato original:</b> “Não”	<b>Relato original:</b> “Não sei”
	<b>MÓDULO</b>	<b>SEGURAR</b>	
	<b>Aspecto verificado:</b> Recebimento de informação sobre segurar o bebê (sim ou não); quais?	<b>Descrição:</b>	<b>Descrição:</b> Relata que sim e indica corretamente que o alinhamento (linha média) do corpo do bebê deve ser mantido ao segurá-lo
		<b>Relato original:</b> “Não”	<b>Relato original:</b> “Recebi, tem que <b>sempre manter o corpo dele alinhado</b> ”
	Quanto a Forma / Maneira adequada de segurar o bebê	<b>Descrição:</b> Relata corretamente que deve ser com cuidado	<b>Descrição:</b> Relata que não
		<b>Relato original:</b> “...pegar com cuidado”	<b>Relato original:</b> “Não”
	Quanto a Pressão / Força adequada de segurar o bebê	<b>Descrição:</b> Relata que não	<b>Descrição:</b> Relata que sim, mas que não lembra
		<b>Relato original:</b> “Também não”	<b>Relato original:</b> “Recebi mas <b>não lembro</b> ”
	...durante diferentes atividades	<b>Descrição:</b> Relata que não	<b>Descrição:</b> Relata que não lembra
		<b>Relato original:</b> “Não”	<b>Relato original:</b> “ <b>Não lembro</b> ”
	<b>Aspecto verificado:</b> Dúvidas relacionadas ao segurar adequado do bebê	<b>Descrição:</b> Relata que à principio não, mas sugere que pode não ser o correto	<b>Descrição:</b> Relata que não, mas que no momento não sabe, não lembra
		<b>Relato original:</b> “ <b>Não nenhuma, por enquanto pois pode ser diferente do que eu estou pensando</b> ”.	<b>Relato original:</b> “Não, <b>não lembro</b> , não sei né, não lembro agora”.
	<b>Aspecto verificado:</b> Seguimento das orientações recebidas no hospital após a alta médica em casa	<b>Descrição:</b>	<b>Descrição:</b> Relata que conseguiu seguir as orientações em casa, mas que não se lembra quais foram
		<b>Relato original:</b>	<b>Relato original:</b> “Algumas mas <b>não consigo falar qual, não lembro</b> ”

Q Quadro 30 apresenta dados sobre a participante *Pm7* que, embora relate não ter recebido informação relativa a alguns dos aspectos sobre postura, segurar e deslocar o bebê e relatar que não se lembra de todas as informações recebidas e nem mesmo de suas

possíveis dúvidas, os registros indicam maior número de respostas em relação a essas informações após a participação no programa.

Pelo registro dos dados é possível observar ainda que a participante *Pm7* consegue detalhar as orientações recebidas, por exemplo, em relação à postura, sendo que inicialmente relata duas posturas (de lado ou braços) e, após o programa a participante consegue especificar situações e posturas adequadas como: após a mamada em que o bebê deve ser colocado de lado (direito ou esquerdo), de braços e nunca com a barriga e cabeça para cima. Os dados apresentados no mesmo Quadro indicam que *Pm7* responde corretamente sobre algumas informações recebidas, mas confundindo-se; assim, relata que o bebê deve ficar alinhado (informação correta quanto a posicionamento) quando perguntada sobre o segurar, por exemplo.

O Quadro 31 apresenta os dados da participante *Pm8* relativos ao módulo cuidar do programa, nas seguintes unidades: amamentação e banho.

Quadro 31. Aspectos do repertório (relato verbal) inicial e final da participante *Pm8* em relação ao assunto específico do módulo cuidar, unidades: **amamentação e banho** obtidos a partir de entrevistas.

<i>Pm8</i>	REPERTÓRIO INICIAL	REPERTÓRIO FINAL
<b>MÓDULO OU UNIDADE</b>	<b>AMAMENTAÇÃO</b>	
<i>Aspecto verificado:</i> Recebimento de informações sobre amamentar o bebê (sim ou não); quais?	<p><i>Descrição:</i> Relata que recebeu várias e indica corretamente, mas de maneira desordenada algumas informações: se o bebê estiver dormindo é necessário despi-lo ligeiramente; massagear o seio; retirar um pouco do leite e colocar na boca do bebê; massagear o rosto do bebê; verificar se ele (o bebê) fez a pega na aréola</p> <p><i>Relato original:</i> “Uhum, <b>recebi</b>, várias, primeiramente quando <b>se ela tiver dormindo é para tirar um pouco de roupa dela por descobrir ela</b> aí depois fazer a <b>massagem</b> né, na...<b>no seio</b> né e ah depois <b>tirar leite por um pouquinho na boquinha</b> dela né. Tinha tanta coisa me deu um branco. O que eu ia falar...é tentar <b>estimular fazendo massagem nela né no rostinho</b> dela. Vê se ela <b>pega toda essa parte aqui escura</b> ne. E a orela né <b>aréola</b>. Essa parte da aréola, é eu acho que é só”</p>	<p><i>Descrição:</i> Relata que sim e indica corretamente algumas informações: massagear o seio antes de oferecer ao bebê; a cada mamada inverter (trocar) o peito; alimentar-se (a mãe) de forma adequada evitando café, refrigerante e alimentos gordurosos</p> <p><i>Relato original:</i> “<b>Recebi. Fazer massagem antes de dar o peito</b>, tô tomando remédio para aumentar o leite, <b>orientação quanto alimentação não exagerar no café, refrigerante coisas ácidas gordurosas</b> e a <b>cada mamada trocar inverter o peito</b>”</p>

	<b>Aspecto verificado:</b> Posicionamento adequado do bebê para amamentação no peito	<b>Descrição:</b> Relata que sim e indica corretamente a posição semi sentada encostada na mãe pela barriga; em relação ao braço do bebê indica posição menos adequada mas mais comum	<b>Descrição:</b> Relata que sim, mas indica somente uma única informação correta: barriga com barriga
		<b>Relato original:</b> “Uhum, eu ponha ela <b>inclinada</b> assim (demonstra <b>posição semi deitada</b> ) com <b>mãozinha embaixo</b> de mim e com a <b>barriga aqui encostadinha em mim</b> ”	<b>Relato original:</b> “Sei coloca o <b>bracinho da nené embaixo da axila e deita ela de barriga, de bruços né. Barriga com barriga deitada</b> ”
	<b>Aspecto verificado:</b> Pega adequada	<b>Descrição:</b> Relata que não (ri muito)	<b>Descrição:</b> Relata que sabe mais ou menos e indica que “franze” o peito (apertar parte superior próximo ao bico)
		<b>Relato original:</b> “ <b>Não</b> , não sei” mãe ri muito antes de responder	<b>Relato original:</b> “Deixa ver (mãe dá muita risada) ah, <b>mais ou menos</b> viu, tem hora que é <b>meio difícil</b> . Eu <b>franzo o peito</b> , tem hora que ela pega tem hora que ela fica fazendo que é chupeta”
	<b>Aspecto verificado:</b> Auxílio da mãe para o bebê realizar a pega	<b>Descrição:</b> Relata que sabe mais ou menos e indica que deve manter a boca do bebê aberta e colocar o peito “franzido”. Relata que algumas enfermeiras orientam que deve franzir outras não.	<b>Descrição:</b> Relata que acha que não que faz do seu jeito mas não sabe se é o jeito certo e não menciona seu jeito
		<b>Relato original:</b> “Ah, <b>mais ou menos</b> . Ah, eu tenho que <b>manter a boca dela aberta</b> . Abrir a boca dela e colocar... <b>eu franzo um pouquinho</b> , assim (demonstra como <b>aperta o bico do seio</b> ) Porque umas enfermeiras mandam colocar sem franzir aqui o peito e outras mandam pegar e fazer uma dobrinha que fala né? Ai <b>eu coloco a dobrinha na boca</b> dela (mãe começa a rir) então aí... (começa a rir muito e diz que teve um ataque de riso que é bobeira)”	<b>Relato original:</b> “ <b>Acho que não</b> . Eu faço do meu jeito mas não sei se o meu jeito é o jeito certo”
	<b>Aspecto verificado:</b> Identificação de que o bebê está realmente mamando	<b>Descrição:</b> Relata que sim e indica duas ocorrências que não necessariamente lhe mostram que o bebê está mamando: o bebê suga forte o peito e o barulho do engolir.	<b>Descrição:</b> Relata que acha que percebe pelo movimento de sugar do bebê e o engolir, mas indica que essas ocorrências, mais provavelmente, podem estar relacionadas a falta de leite

		<b>Relato original:</b> “É, eu <b>percebo</b> . Quando <b>ela dá uma puxada</b> assim dá para perceber. Quando ela tá sentindo... <b>quando ela tá engolindo faz aquele barulhinho</b> dá para perceber”	<b>Relato original:</b> “Eu acho que eu <b>percebo sim</b> porque <b>ela puxa bastante, o maxilar dela mexe bastante</b> e ai eu <b>vejo ela engolir</b> . Eu acho que eu não tenho muito leite que ela machucou, puxou bastante”
<b>Aspecto verificado:</b> Identificação dos sinais de desconforto do bebê	<b>Descrição:</b> Relata que observa a cor do bebê: vermelhona; bem vermelha	<b>Descrição:</b> Relata corretamente que o bebê resmunga e chora muito quando alguma coisa pode estar errada	
	<b>Relato original:</b> “Desconforto, bom ela quando fica meio assim com desconforto né ela <b>fica bem vermelhona</b> né eh o que eu vejo nela assim quando ela não tá gostando de alguma coisa quando não tá se sentindo bem ela <b>fica bem vermelha</b> assim”	<b>Relato original:</b> “Ela costuma <b>resmungar muito. Chora bastante</b> é porque tem alguma coisa errada. Que eu me lembre só esses”	
<b>Aspecto verificado:</b> Estimulação da sucção no peito	<b>Descrição:</b> Relata, sem demonstrar certeza, que se deve massagear o bebê e colocar um pouquinho de leite na sua boca	<b>Descrição:</b> Relata, ainda sem demonstrar certeza, que coloca o bebê na posição correta, franze o peito e goteja leite na boca do bebê	
	<b>Relato original:</b> “Não é aquele jeito que eu falei, <b>fazer massagem nela</b> ah, <b>tirar um pouquinho do leite</b> colocar assim <b>passar na boquinha</b> acho que é isso”	<b>Relato original:</b> “Eu não sei se do jeito que eu faço é o correto assim, <b>colocar ela na posição certa, franzir o peito, espremer o peito</b> para <b>colocar um pouquinho na boquinha dela</b> ”	
<b>Aspecto verificado:</b> Dúvidas relacionadas a amamentação adequada no peito	<b>Descrição:</b> Relata que tem dúvidas relacionadas a complementação da mamada com leite na chucha e a organização do dormir e mamar	<b>Descrição:</b> Relata que acha que não tem dúvidas e afirma que o bebê pega bem quando está com fome, mas que, às vezes, pega pouco e pára. Relata que acha que o bebê prefere a chucha ou ela (a mãe) tem pouco leite <b>Observação:</b> <i>pelas situações vivenciadas no Be pesquisadora acredita que a mãe em casa não esteja amamentando no peito mas somente na chucha</i>	

		<p><b>Relato original:</b>  “É, eu <b>tenho dúvida</b> assim no caso de <b>complementar com a chuquinha</b> né porque aí eu fico sem saber ela pega assim, ela pega um pouquinho aí depois não sei se eu vou ter que dar a chuquinha aí eu fico meio perdida <b>não sei se o que eu dei para ela foi suficiente para nutrir ela</b>. E aí ela mama e não quer mais o peito ou se eu paro o peito e deixo ela dormir. Nessa parte de complementar eu fico meio perdida assim. Para saber se ela tá bem nutrida sabe. Eu não sei se, vamos supor, se ela sugou hoje só um pouquinho no peito ela tava com bastante fome, que nós ia mais de uma hora tinha passado do horário de mamada dela, aí ela sugou um pouco e dormiu né aí eu penso: mas ela sugou só um pouquinho e eu acho que a fome dela era muito mais. <b>Ai será que eu deixo ela dormir</b> ela tá bem nutrida, aí depois ela (auxiliar) mandou complementar com a chuquinha mas aí vamos supor se ela ficar uns cinco minutos eu não sei se isso é suficiente pra nutrir ela. Ai eu fico perdida nessa parte”</p>	<p><b>Relato original:</b>  “<b>Eu acho que não</b> viu ela tá pegando bem, quando ela tá com fome, mas às vezes não pega um pouquinho e já pára, acho que ela prefere a chuca ou eu tenho pouco leite”</p>
	<b>BANHO</b>		
	<p><b>Aspecto verificado:</b>  Recebimento de informações sobre banhar o bebê (sim ou não); quais?</p>	<p><b>Descrição:</b>  Relata que sim e indica corretamente que a duração do banho deve ser breve; que se deve lavar primeiro a cabeça depois corpo. Relata que recebeu informação sobre a maneira de segurar, mas não menciona como</p>	<p><b>Descrição:</b>  Relata que no berçário se lava primeiro a cabeça, enxuga e depois lava o restante do corpo</p>
		<p><b>Relato original:</b>  “<b>Recebi</b>. Ah, bom que o banho <b>tem que ser rápido</b>, né, para a nené não esfriar, ah, <b>primeiro lavar a cabecinha né depois o restante do corpo</b>. É a <b>maneira de segurar</b> a nené também. Acho que é só”</p>	<p><b>Relato original:</b>  “Bom, lá no berçário eles <b>lavam primeiro a cabeça pode enxugar e depois o restante do corpo</b>”</p>
	<p><b>Aspecto verificado:</b>  Quanto ao momento adequado para o banho (quando)</p>	<p><b>Descrição:</b>  Relata corretamente que o momento do banho é no período da manhã antes da mamada</p>	<p><b>Descrição:</b>  Relata corretamente que costuma dar o banho no período da manhã</p>

		<b>Relato original:</b> “Olha a preferência que elas dão para dar o banho é <b>antes de tomar o leite</b> né na parte da <b>manhã</b> ”	<b>Relato original:</b> “Eu costumo dar assim <b>sempre de manhã</b> . Lá no berçário elas dão sempre de manhã”
<b>Aspecto verificado:</b> Quanto a seqüência de ações desejáveis no banho	<b>Descrição:</b> Relata uma seqüência geral do banho: primeiro lava a cabeça; depois parte do peito; vira o bebê de bruço e lava o restante do corpo	<b>Descrição:</b> Relata mesma seqüência anterior (primeiro a cabeça, depois parte da frente), acrescida do enxugar a cabeça e rosto, antes de virar de bruço e lavar o restante	
	<b>Relato original:</b> “ <b>Primeiro lava a cabeça</b> né depois a parte do <b>peitinho</b> da frente aqui, <b>depois vira ela de bruço e lava o restante</b> do corpo e ai acabô”	<b>Relato original:</b> “Lava <b>primeiro a cabeça</b> depois eu vou descendo <b>eu enxugo a cabeça o rostinho</b> , vou <b>descendo lavo a parte da frente, viro de bruço e lavo o restante</b> ”	
	<b>Aspecto verificado:</b> Quanto a postura adequada do bebê no banho	<b>Descrição:</b> Relata que o bebê é posicionado quase sentado	<b>Descrição:</b> Relata corretamente como posiciona e segura o bebê: tampa os ouvidos do bebê com polegar e dedo médio da mão na qual a cabeça do bebê está apoiada, os outros dedos ficam sob a axila. Afirma que vira o bebê de bruços como foi orientada mas não menciona a maneira
		<b>Relato original:</b> “Ela fica <b>meio sentadinha</b> na banheira”	<b>Relato original:</b> “Bom quando <b>começo o banho</b> eu começo <b>segurando ela apoiando a cabecinha com a palma da mão os dois dedos na axila e o polegar e o dedo médio no buraco do ouvido</b> ai eu viro do jeito que você ensinou <b>lavo, desviro para enxugar</b> ”
<b>Aspecto verificado:</b> Quanto a maneira/forma adequada de banhar o bebê	<b>Descrição:</b> Relata uma forma de segurar o bebê pouco adequada, pois indica que segura a cabeça do bebê com a mão; o polegar fica sob uma axila e os outros dedos sob a outra axila	<b>Descrição:</b> Relata que recebeu informação sobre como banhar mas não menciona a maneira, somente que é como dava no berçário	
	<b>Relato original:</b> “Então eu <b>seguro a cabecinha</b> né <b>com a mão e com os outros dedos</b> aqui eu seguro a parte da... por <b>baixo do bracinho nas axilas</b> da nené com o <b>polegar eu seguro a outra parte da axila</b> por baixo”	<b>Relato original:</b> “ <b>Recebi</b> , eu faço conforme eu dava no berçário”	
<b>Aspecto verificado:</b> Quanto aos materiais necessários para banhar o bebê	<b>Descrição:</b> Relata sabonete para lavar e toalha para secar	<b>Descrição:</b> Relata banheira, sabonete, toalha com capuz, cueiro e menciona que testa a água morna	
	<b>Relato original:</b> “Uhum, é <b>sabonetinho</b> né e acho que é só no momento só tô usando o <b>sabonetinho</b> para lavar, para secar <b>toalha</b> né acho que só”	<b>Relato original:</b> “A <b>banheira</b> , o <b>sabonete</b> , a <b>toalha com capuz</b> , o <b>cuerinho</b> , às vezes, eu uso ele a <b>água eu testo a água morna</b> né”	

	<i>Aspecto verificado:</i> Dúvidas relacionadas ao banho do bebê	<i>Descrição:</i> Relata dúvida em como segurar o bebê, menciona que sua palma da mão é pequena não conseguindo apoiar toda a costa do bebê nem manter o polegar	<i>Descrição:</i> Relata que não
		<i>Relato original:</i> “Bom, é <b>no momento de segurar a nené</b> como minha mão é pequena ,às vezes, o dedo polegar, ele escorrega por baixo dela porque por mais que eu abra a palma da mão minha palma não alcança toda a parte da costinha dela, então quando eu vou puxar <b>o dedo polegar</b> por baixo às vezes ele <b>escorrega</b> porque minha mão é pequena né. E nessa parte tem hora que não dá muito certo”	<i>Relato original:</i> “Não”

Observa-se no Quadro 31 que a participante *Pm8* indica um maior número de informações adequadas após a sua participação no programa, bem como um detalhamento nas informações como, por exemplo, informações relativas à preparação do seio para a amamentação no peito; o posicionamento adequado do bebê e a necessidade de alternar as mamas ao início de cada mamada. De modo geral, em relação à amamentação verifica-se que, embora a participante relate um maior número de informações, ainda é possível encontrar informações incompletas ou mesmo inadequadas.

Quanto ao banho, a participante *Pm8* relata ter conhecimento de maneiras mais adequadas e fáceis para ela ao lidar com o bebê após sua participação no programa, como em relação a aspectos importantes dos manuseios no banho que, antes de sua participação no programa, eram relatados como difíceis.

Os dados permitem verificar que *Pm8* parece estar mais apta a observar os sinais do bebê e de sua própria condição após sua participação no programa, quando ela relata corretamente diferentes sinais como, por exemplo, quando na mamada o bebê se alimenta corretamente, ou quando ele rapidamente pára de sugar, o que pode indicar que ele saciou sua fome ou que ela não está com o peito cheio.

**5. Resultado das entrevistas inicial - final obtido com as participantes Pm7 e Pm8 em relação a aspectos gerais do cuidado e ao lidar com o bebê pré-termo.**

**a) Opinião das participantes sobre realização de um encontro para capacitação; Justificativas.**

As participantes indicam, antes do início da realização do programa de ensino, que a realização de um encontro para capacitação das mães é muito bom e interessante, sendo a principal razão indicada a falta de experiência das mães primíparas e a falta de conhecimento sobre a situação do recém-nascido pré-termo associados ao medo e dúvidas ao lidar com o bebê. São exemplos de verbalizações de mães em relação a este aspecto:

(Pm7) *“Eu acho muito bom, pois assim a gente aprende mais a lidar com a situação”.*

(Pm8) *“Ah, eu acho que é muito bom, né, porque se a gente não tem experiência, não sabe como lidar com o bebê, tem medo, ai tirando as dúvidas e tendo a orientação.....a gente já vai sair sabendo como lidar com o bebê em casa né”*

Após a participação no programa de ensino, há unanimidade entre as mães quanto à aprendizagem ocorrida e à possibilidade de ter as dúvidas sanadas. São exemplos dos relatos das mães, neste sentido:

(Pm7) *“Muito bom, é um meio delas saber mais, cuidar bem mais melhor do bebê”.*

(Pm8) *“Acho muito bom, né, porque no caso da gente ter dúvidas, não saber lidar direito com o bebê ai a gente aprende a como cuidar direitinho do bebê”.*

**b) Informações recebidas ou não pelas participantes sobre como lidar com seu bebê, como cuidar dele, e quais são elas.**

A participante Pm8 relata, antes da realização do programa de ensino, ter recebido orientação da equipe hospitalar, quanto a cuidados sobre como dar o banho, como amamentar, posições corretas do bebê, formas de carregar o bebê e tirar da incubadora, além de como realizar o procedimento mãe-canguru e banho na incubadora. De maneira geral,



citam os seguintes itens: sobre amamentação no peito (Pm7, Pm8), como dar o banho (Pm7, Pm8), como limpar o xixi e o cocô (Pm8), como trocar fralda (Pm8), como devo carregá-lo (Pm8), como limpar o umbigo (Pm7). São exemplos dos relatos das mães neste sentido:

(Pm8) *“Tive alguma orientação da enfermagem, como pegar o bebê no caso dele regurgitar, para virar ele de lado, sobre o banho também me orientaram como dar banho, né. Acho que só”*.

A mãe Pm7, por sua vez, relata não ter recebido orientação, embora sinalize alguns itens aprendidos, tais como: modos de dar o banho, limpar xixi e o cocô, trocar fralda; carregar e tocar o bebê. Além disso, Pm7 relata que alguns cuidados, como os relativos a limpar o xixi e o cocô, trocar fralda e limpar o umbigo, já sabe, em razão de já ter tido uma filha, e que orientação quanto à amamentação, recebeu na maternidade. Exemplos de relatos das mães, nestes casos:

(Pm7) *“Não recebi, ainda não. Nem na UTI nem no Berçário”*.

Após a realização do programa de ensino, todas participantes relatam ter obtido orientações relacionadas aos cuidados do bebê e como estimulá-lo visual e auditivamente; ainda na fala das participantes é possível perceber detalhamento de algumas orientações: como pegar para dar de mamar; conversar com o bebê; observar seu estado; posicionar para arrotar após a alimentação; observar a temperatura da água do banho e sua duração; trocar a fralda; verificar a presença de assadura; tratar a assadura com pomada; posições adequadas e mãe-canguru.

(Pm8) *“Recebi, hum... como dar o leite, a posição da mamadeira, quando vai dar o leite, fazer a nené arrotar depois que mama, que mais... o banho, dar um banho normal, meio rápido por causa do frio. A fralda, olhar se não tem assadura, passar pomada. Acho que só”*.

(Pm7) *“Ah, tem que sempre conversar com ele, para ele poder seguir o som da voz, poder enxergar melhor... para ele ir se desenvolvendo”*.

### **c) Dúvidas das participantes sobre como lidar ou como cuidar do bebê.**

Ambas as participantes, antes do desenvolvimento do programa de ensino, relatam ter dúvida quanto aos cuidados e ao lidar com o bebê pré - termo. Grande parte das dúvidas relaciona-se aos cuidados e ao manuseio de um bebê de tamanho pequeno e sua aparente fragilidade: na amamentação do bebê no peito (Pm7); na alimentação no copinho (Pm8); no banho (Pm7); quando tenho que mexer nele (Pm7, Pm8); no brincar (Pm8); quando ele está no meu colo (Pm8); quando tenho que tocá-lo (Pm7, Pm8); quando tenho que

carregá-lo (Pm7, Pm8). A participante Pm7 relata o medo de derrubar o bebê durante o banho quando questionada sobre as dúvidas. São exemplos das verbalizações das mães neste sentido:

(Pm7) *“Tenho, carregar ele por ser pequenininho, dar banho, segurar ele certinho, por causa do pescocinho dele”, “Porque eu não consigo carregar muito bem, seguro ele meio tortinho, ele é muito pequenininho para catar”*.

Outro tipo de dúvida relatada pelas participantes é a de não saber, ao certo, a que se referem determinados comportamentos do bebê. São exemplos neste caso:

(Pm8) *“Alguma dúvida sempre tem, vamos supor: quando tiver em casa com ele, se ele chorar...eu troco a fralda, eu dou o leite no horário e ele não parar de chorar. Aí eu não vou saber o que ele tem. Eu vou ficar naquela na dúvida: será que é cólica, será que é dor de ouvido, será que é outro problema. Eu vou ficar sem saber o que fazer”*.

Foi possível identificar, ainda, dúvidas em relação a procedimentos mais comuns em bebês pré - termo, como é o caso da alimentação no copinho.

Após a participação no programa, as participantes afirmam não terem dúvidas, embora Pm8 ainda indague sobre a medida do leite na alimentação com chupa e Pm7 afirma também ter conhecimento relativo. São alguns exemplos destas verbalizações:

(Pm8) *“Acho que no momento não, só essa parte do leite que surgiu se eu tenho que dar uma medida de leite e não sacia a fome dela eu tenho que dar mais, eu fico meio perdida”*.

#### **d) Dificuldades para lidar com seu bebê, ou para cuidar de seu bebê.**

Em relação a dificuldades para cuidar e para lidar com o bebê, quando indagadas sobre essa questão, antes da realização do programa, Pm8 afirma não estar tendo dificuldades no momento (durante a internação), mas relata ter preocupação com a ida para casa sozinha com o bebê. E Pm7 afirma não ter dificuldade, mas relata que não gravou os passos das tarefas como ensinaram e que às vezes se esquece não se sentindo segura para cuidar do bebê em alguns momentos, além de ter vergonha de perguntar suas dúvidas. Ela afirma que aprendeu, na maternidade, a amamentar, dar o banho e trocar o bebê. São exemplos das falas das mães neste caso:

(Pm8) *“Segura totalmente acho que eu não me sinto não”, “Até o momento eu não tô tendo, mas quando chegar em casa, assim eu e ele sozinha, não sei se vou conseguir,*

*vamos supor, me adaptar logo assim no começo... pode ser que eu tenha algum receio de como lidar com ele no começo”.*

Após o desenvolvimento do programa, todas as participantes afirmam não ter dificuldades para cuidar e para lidar com o bebê. Exemplo:

(Pm7) *“Não, nenhuma. Não, por enquanto nenhuma”.*

(Pm8) *“Não, até o momento não”.*

#### **e) Atividades desempenhadas pelas participantes durante a internação.**

Antes do início da participação no programa, as atividades das participantes no berçário durante a internação, indicadas pelas participantes, variam para cada uma delas, conforme a condição clínica e geral de seus bebês, entre outras razões. A Pm7 afirma não fazer nada (*“...só fico no quarto com ele”*). Já a Pm8 afirma realizar alguns cuidados e atividades como dar o leite com a seringa, trocar, dar banho, além de ficar com o bebê no colo e fazer mãe-canguru.

De modo geral as participantes citam os seguintes cuidados e atividades: tocar o bebê (Pm7, Pm8); falar com o bebê (Pm7, Pm8); brincar com o bebê (Pm8); participar das atividades do berçário (Pm8); conversar com os outros e procurar ajuda (Pm8); ficar alheia ao que está acontecendo (Pm7); ficar parada ao lado do bebê (Pm7).

Após a realização do programa, já estando com o bebê em casa, as participantes referem assumir a rotina dos cuidados com o bebê na alimentação, na higiene, no posicionamento para dormir, além de atividades relacionadas à observação e ao contato com o bebê, como olhar para o bebê, falar com ele, brincar, tocar e cantar.

#### **f) Atividades das participantes quando não está junto de seu bebê no hospital ou em casa.**

Antes do início da participação no programa de ensino, as atividades indicadas pelas participantes relacionam-se prioritariamente a atividades domésticas de arrumação e limpeza do lar e cuidados com o marido e filhos, para aquelas que já tinham filhos. Todas as participantes relatam a preparação da casa para a chegada do bebê. Exemplos:

(Pm7) *“Quando tô em casa, fico com minha menina. Eu brinco com ela, converso. Às vezes do banho, às vezes dô comida, pois ela fica mais com minha mãe”.*

(Pm8) *“Ah, eu cuido do lar, cuido da casa e procuro descansar também. Acho que só”.*

Após o desenvolvimento do programa, as participantes relatam executar o serviço de casa, principalmente quando o bebê está dormindo, mas procuram observar o sono do bebê ou orientam que alguém o faça. Exemplo:

(Pm8) *“Quando ela está dormindo, faço o serviço e peço para minha mãe olhar, vê se está bem de lado porque ela regurgita, se ela tá muito quente, eu comprei o termômetro, se ela tá bem mesmo, dormindo tranqüila”.*

(Pm7) *“Só limpo a casa. Fico vigiando o sono dele”.*

#### **g) Cuidados maternos desempenhados pelas participantes com o bebê.**

As participantes, antes do desenvolvimento do programa, citam desempenhar os seguintes cuidados: dar de mamar (Pm7); dar leite na seringa (Pm8); trocar a fralda (Pm7, Pm8); dar banho na incubadora (Pm8) e na banheira (Pm7); vestir a roupa (Pm7); observar o sono do bebê (Pm7); só a respiração (Pm8); falar; tocar e brincar com o bebê (Pm7, Pm8); pegar o bebê no colo e, por fim, fazer o mãe - canguru (Pm7, Pm8). Alguns desses cuidados, como no caso do banho exemplificado, para Pm7, tinha sido pela primeira vez ou só uma vez como no procedimento mãe-canguru. São exemplos da fala das mães neste caso:

(Pm7) *“Troco, fico com ele no colo. Hoje dei o banho que eu não tinha dado ainda. Foi meio difícil por não saber como lidar, como segurar ele”.*

(Pm8) *“Troco fralda, ajudo a dar o leite pela sonda, às vezes dou banho na incubadora, faço mamãe - canguru”.*

Após a realização do programa, principalmente a participante Pm8 cita, com maiores detalhes, os cuidados desempenhados com os bebês, relatando atividades e etapas preparatórias para alguns dos cuidados, como nos casos de: banho (separar e organizar o que vai utilizar, ordenar as ações; medir a temperatura da água; calcular a duração do banho); cortar as unhas; na troca (frequência, de três em três horas); verificar a presença de assaduras; no vestir; na alimentação (preparar a chucha); na mamada (posicionar para arrotar); no sono (posicionar adequadamente: não deixar de barriga para cima para não aspirar leite); nas diferentes situações (interagir com o bebê, manter-se calma e medicar). A participante Pm7 cita os mesmos itens de antes do programa, acrescidos do posicionar para arrotar. Um exemplo desta verbalização:

(Pm8) *“Cuidado com assadura, temperatura meço sempre, corto a unha dela, dou banho, dou os remédios, faço a mamadeira quando tenho tempo, às vezes, dou o peito, às vezes, não. Acho que tem pouco leite, troco fralda cada três horas ou, às vezes, menos”.*

#### **h) O que as participantes dizem acreditar que ajudaria a cuidar do bebê.**

Anteriormente à realização do programa de ensino, as participantes *Pm7* e *Pm8* não indicaram aspectos que considerassem útil para ajudar nos cuidados com o bebê. De modo geral, as participantes indicam os seguintes itens: receber informações desde o momento da internação na UTI neonatal, poder conversar com as enfermeiras, ler material que ensine como cuidar do bebê, trocar informações com outros profissionais, aprender observando a auxiliar de enfermagem, exercitar o cuidado, perguntar para pessoas mais velhas. São alguns exemplos destas verbalizações:

(Pm7) “*Não sei*”.

(Pm8) “*Eu acho que eu não tô vendo nada assim... acho que tá tudo certo até agora*”.

Após a realização do programa de ensino, a participante *Pm8* sugere a utilização de guias práticos e a participante *Pm7* afirma não saber o que iria ajudar. Embora *Pm7* continue considerando como ajudas importantes alguns itens, tais como ler material que ensine como cuidar do bebê (*Pm7*), aprender observando a auxiliar de enfermagem (*Pm7*), perguntar para pessoas mais velhas (*Pm7*), receber informações desde o momento da internação na UTI neonatal (*Pm7*), ter um período agendado do dia para receber informações (*Pm7*), trocar informações com outros profissionais (*Pm7*).

(Pm8) “*Esses guias práticos para cuidar do bebê. No caso de ter alguma dúvida de alguma coisa poderia encontrar a resposta*”.

#### **i) Dúvidas em relação ao desenvolvimento futuro do bebê pelas participantes.**

Antes do início do programa de ensino, em relação a dúvidas quanto ao desenvolvimento futuro do bebê, as participantes *Pm7* e *Pm8*, indicaram acreditar não ter dúvidas quanto ao desenvolvimento do bebê. Exemplos:

(Pm7) “*Não*”.

(Pm8) “*Ah, em sentido o que de doenças, assim, eu acho que não*”.

Após a participação no programa *Pm8* afirma não ter dúvidas quanto o desenvolvimento do bebê, devido às condições atuais da criança. A *Pm7* afirma não ter dúvidas atualmente, mas não sabe sobre o futuro. Exemplo desta verbalização:

(Pm7) “*Por enquanto não... não sei mais para frente*”.

(Pm8) “*Acho que não, por ser prematura? Tenho fé que ela não vai Ter problema nenhum. Ela é muito esperta, percebe muita coisa*”.

**j) O que as participantes relatam acreditar ser mais importante para o bebê, em relação a ela.**

Anteriormente ao desenvolvimento do programa, *Pm7* refere como importante para o bebê, em relação a ela mesma, a amamentação e *Pm8* cita que ela (a mãe) deve estar bem de saúde para não transmitir nenhuma doença para o bebê e para manter o contato físico entre os dois. As participantes *Pm7* e *Pm8* citam os seguintes itens: permanecer ao seu lado (*Pm7*, *Pm8*), participar dos cuidados (*Pm7*, *Pm8*), ser informada sobre tudo que acontece (*Pm7*, *Pm8*), acompanhar os procedimentos da enfermagem (*Pm8*). São alguns exemplos destas verbalizações das mães:

(*Pm7*) “*Não sei... na hora da amamentação*”.

(*Pm8*) “*Ah, eu acho que sempre que eu vier eu ter saúde não ter nenhuma doença, né. Que eu possa passar alguma doença para ele e que também eu possa me alimentar bem, [] para não ficar em casa doente para não ficar sem vir aqui...*”.

Posteriormente à realização do programa, ambas as participantes continuam afirmando a importância do contato físico entre mãe e bebê: *Pm7* cita carinho como algo importante. A participante *Pm8* se refere à calma e paciência ao lidar com o bebê. Um exemplo da fala das mães neste sentido:

(*Pm8*) “*Ah, que eu sempre esteja bem de saúde para cuidar dela que eu tenha disposição. Tendo assim calma para cuidar dela, paciência*”.

**k) Temas que as participantes gostariam de conversar com outras mães e com profissionais que atuam junto aos bebês e mães.**

Antes do início do programa de ensino a participante *Pm8* relata que temas sobre si mesmas e temas relacionados aos cuidados do bebê pré - termo são os escolhidos por ela para possíveis conversas com outras mães e profissionais, exceto *Pm7* que relata não ter uma idéia formada a respeito. De maneira geral as participantes citam os seguintes itens: saúde do bebê (*Pm7*), como é ficar em casa sem o bebê (*Pm7*), como tem se sentido (*Pm7*), como será levar o bebê para casa (*Pm7*), como lidar com o bebê (*Pm7*), como cuidar do bebê (*Pm7*). Um exemplo de verbalizações neste sentido:

(*Pm8*) “*Sobre os cuidados que tem que ter com o bebê em casa. Ah, vamos supor: se tiver frio muito frio se eu posso sair com ele de casa, como eu devo cobrir ele direitinho.... agasalhar ele, né. Quando eu devo ver que já é hora de ir para o médico.... assim, pode ser que eu pense: ele tá chorando eu possa ficar com ele em casa e ele não tem nada mas, de repente, já é hora de ir para o médico e eu não vou saber que já é hora de ir*”.

*pensando que ele vai melhor do choro sem saber o sintoma certo da doença que tem se tiver doente. Ai eu vou ficar na dúvida”.*

Posteriormente à realização do programa, as participantes citam temas variados: *Pm7* cita o desenvolvimento infantil, *Pm8* cita o que é necessário para cuidar e lidar com o bebê pré-termo, relata dúvidas como o que fazer na ocorrência de cólicas e dor de ouvido. Exemplos:

(Pm7) *“Não sei, sobre o desenvolvimento? Sobre o desenvolvimento dele”.*

(Pm8) *“Eu tava com dúvidas sobre a cólica, mas um dia eu coloquei ela de bruços e ela dormiu e quanto à dor de ouvido eu não sei quando é” .*

## DISCUSSÃO

### O COMPORTAMENTO DE MÃES DE BEBÊS PRÉ-TERMO APÓS IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ENSINO

Promover oportunidades para capacitar mães de bebês pré - termo em ambiente hospitalar para exercer os cuidados maternos, alguns deles específicos para esses bebês é um comportamento complexo que implica o conhecimento da situação na qual as mães estão inseridas, um berçário para bebês egressos de UTI neonatal; das mães e bebês com suas necessidades de aprendizagem, expectativas e potencialidades, e do moderador como agente de ensino.

#### 1. Berçário hospitalar: um ambiente de aprendizagem de cuidado e de formação de vínculos

As dificuldades decorrentes da complexa dinâmica do serviço, já que muitas relações se dão neste ambiente, esteve presente durante toda a implementação do programa de ensino. Ainda que *Pm7* não tenha se manifestado verbalmente, durante sua permanência no berçário, é possível supor que sua atitude de permanecer quieta e calada no berçário seja decorrente do medo de ser avaliada pelos membros da equipe, considerando seu relato, na entrevista final, de não ter aprendido a cuidar do bebê no período em que permaneceu no berçário. A mãe indicou sua experiência materna anterior e sua estadia na maternidade como oportunidades efetivas de aprendizagem. Contudo, os dados obtidos indicaram mudanças no seu comportamento, do início para o final das sessões em que foi observada (por exemplo, apresentar ações positivas como comportamentos indicativos de afeto e o sorrir; interagir com o bebê falando e tocando, entre outras), possivelmente por influência do programa no seu comportamento ao cuidar e interagir com seu bebê.

Quanto a *Pm8*, essa verbalizou que percebia como uma exigência realizar os cuidados de forma “*perfeita*”, talvez pelo fato da pesquisadora solicitar que a mesma repetisse várias vezes os manuseios nas oportunidades que surgiam nas atividades do dia a dia no berçário e pelas *brincadeiras* das outras mães quanto ao seu *jeito* com o bebê. Após a alta do bebê do hospital e decorrido em torno de um mês, quando da necessidade de nova internação do bebê de *Pm8* em função de uma pneumonia, uma das falas de *Pm8* para a pesquisadora é que não havia sido **culpa dela**. Na entrevista final, realizada em sua casa, *Pm8*



foi capaz de relatar o que havia aprendido e os cuidados com o bebê em detalhes, ainda que tenha também demonstrado ter esquecido algumas das orientações.

Parece que maior que o medo pela sobrevivência do bebê no ambiente do berçário, as mães têm medo de não serem capazes de cuidar desse bebê e, ainda que a proximidade física propiciada no berçário seja de extrema importância para o estabelecimento dos vínculos afetivos, parece ser difícil que as mães aprendam, neste contexto, a cuidar desse bebê em todas as dimensões desejáveis para um desenvolvimento infantil adequado. Será o modelo oferecido pelas auxiliares, membros da equipe que estão diariamente em contato com as mães e bebês, insuficiente nesse sentido, e ainda assim fortemente influenciadores do comportamento das mães? Os dados obtidos neste estudo sugerem que sim, reforçando a suposição sobre a importância de atuar para aperfeiçoar o desempenho destes profissionais como agentes promotores de novas habilidades nas mães que têm seus bebês internados.

Ainda que a apresentação de modelos adequados seja uma oportunidade importante para o contexto estudado, já que diariamente as mães têm contato com as auxiliares, tornar acessível para estas mães, de modo sistematizado, conhecimento em relação aos cuidados ao bebê e sobre o desenvolvimento infantil parece ser adequado e oportuno, diante dos benefícios que um programa de ensino pode oferecer, tais como: explicitação das necessidades e competências dos aprendizes, identificação e descrição dos objetivos de ensino, elaboração de condições e estratégias de ensino, avaliações periódicas, e o controle do que deve ser ensinado pela necessidades do aprendiz, as mães, o que é praticamente impossível para quem deve além disso realizar seu trabalho técnico, as auxiliares.

## **2. Ensinar no berçário hospitalar**

Segundo Zanotto (2000), uma das tarefas de quem se propõe a ensinar é estabelecer estratégias de ensino que contemplem cuidados relativos à escolha das atividades de ensino, dos materiais e instrumentos a serem utilizados. Assim, coube à pesquisadora estabelecer atividades de ensino que estiveram na maior parte das vezes relacionadas à leitura e discussão de textos, elaboração de resumos sobre o tema abordado e treino em serviço. Embora no caso das participantes cujos dados foram apresentados somente uma delas tenha sido submetida a uma única sessão de treino em serviço, parece possível afirmar que essa é uma das estratégias de ensino que devam ser mais frequentemente utilizadas no berçário, já que diante da rotina a que a mãe é submetida e que a auxiliar deve cumprir essa é uma estratégia que pouco modifica essa rotina. O treino em serviço possibilita, ainda, a

identificação das dificuldades do aprendiz e a imediata resposta por parte daquele que ensina, como no caso de *Pm8*, que teve oportunidade de explicitar suas dúvidas e repetir manuseios na presença da pesquisadora, o que somente por isso já poderia conferir maior confiança no manuseio do bebê. A dificuldade na compreensão do objetivo da pesquisa e a falta de clareza ou acolhimento sobre o próprio papel, como favorecedoras de aprendizagem, pelas auxiliares, levou a poucas oportunidades de treino entre mães e pesquisadora. Um exemplo disto está relacionado ao fato de que, mesmo sendo combinada uma situação de treino com um dia de antecedência, a auxiliar se adiantava realizando o cuidado ela mesma; ou, ainda, em situações em que auxiliares interferiam no que a pesquisadora estava transmitindo à mãe, solicitando a atenção da pesquisadora.

No caso de ambas as participantes, o fato de ter que se ausentar do berçário, para uma outra sala, embora somente nos momentos em que não houvesse prejuízo para o cuidado ao bebê ou para a mãe de alguma forma, parece ter influenciado negativamente na disposição das mães em permanecer com a pesquisadora até que todas as dúvidas e dificuldades fossem resolvidas. Por exemplo, no caso de *Pm7*, ela teve que se ausentar durante o único módulo a que foi submetida, pois a enfermeira queria lhe transmitir uma informação sobre o leite; no caso de *Pm8*, no último dia em que foi submetida ao módulo, a mesma referiu estar com a “*cabeça no bebê*”, pois esse tinha acabado de tomar banho e uma das janelas do berçário estava aberta, o que, segundo ela, poderia causar resfriados. Assim, embora essa tenha sido uma situação oportuna para orientação à mãe, o fato de estar longe do bebê pode ter desviado sua atenção.

### **3. O repertório das mães cuidadoras antes e após o programa de ensino**

Mudanças ocorreram no comportamento das mães participantes em relação os cuidados ao bebê, embora para cada uma delas de maneiras menos ou mais evidentes. No caso da *Pm7*, é possível afirmar o aumento na frequência de alguns comportamentos como, por exemplo, falar com o bebê, e a diminuição de outros como, por exemplo, estabelecer contato tátil de modo incorreto. Ou seja: além do aparecimento de comportamentos adequados e do desaparecimento de comportamentos inadequados durante o período em que estas mães foram observadas, foi possível notar o estabelecimento de modos corretos de apresentação de alguns comportamentos pré-existentes após a participação no programa. Embora *Pm7* tenha sido submetida somente a uma única Sessão do programa e seu tempo de permanência no berçário tenha sido pequeno se comparado à média de tempo que normalmente mães e bebês

permanecem no berçário, *Pm7* relatou, em entrevista final referente ao módulo e entrevista final realizada após a alta do bebê, os cuidados necessários ao bebê e que estes estavam sendo mantidos em casa. É possível afirmar que, para essa participante, alguns comportamentos além daqueles relativos aos cuidados básicos como alimentar e limpar foram instalados, já que foram emitidos no berçário ou foram referidos por ela como necessários ao desenvolvimento do bebê.

Já no caso de *Pm8*, essa mãe teve a oportunidade de participar de seis intervenções e um treino; da mesma forma que *Pm7*, mudanças puderam ser observadas. Assim, para *Pm8* também foi observado aumento na frequência de alguns comportamentos, como falar com o bebê; desaparecimento de outros, como no caso do desempenho inadequado do contato tátil; e, ainda, mudanças em propriedades de determinados comportamentos, para formas mais apropriadas, como no caso de segurar o bebê, por exemplo. Mesmo sendo perceptíveis mudanças no comportamento de *Pm8*, o programa não foi suficiente para alterar, em graus significativos, um repertório comportamental pré-existente, marcado, por exemplo, por um alto nível de desorganização, inabilidade manual e desatenção a detalhes significativos (ao mesmo tempo em que, em certos momentos, dedicava grande atenção a detalhes não significativos do ponto de vista do conhecimento disponível sobre desenvolvimento infantil) ao realizar atividades de cuidado ao bebê, bem como sua pré-concepção sobre determinadas questões, como no caso da amamentação no peito – evidentemente indesejada pela mãe, e abandonada completamente a partir do momento em que ela deixou o hospital, conforme foi constatado na visita domiciliar realizada pela pesquisadora para entrevista final. Mesmo após sua participação no programa, foi possível observar manutenção de dificuldades no manuseio, esquecimento de orientações e dúvidas recorrentes em relação a temas abordados com a mãe no programa.

Cabe ressaltar que o estado do bebê, seu comportamento e manifestações, que não foram objeto de estudo por parte da pesquisadora, constituem variáveis capazes de influir no desenvolvimento do repertório destas mães, ao prover condições de estímulo geradoras de respostas, e conseqüências mantenedoras destas respostas. É preciso considerar, ainda, que o fato das participantes serem voluntárias para participar da pesquisa, pode significar que estas mães já tinham maior preocupação em garantir os cuidados com o bebê, o que pode significar, também, maior disposição para aprender – tanto a partir do programa quanto a partir de outras oportunidades. Estas são variáveis que podem constituir, juntamente com o programa, fontes de mudanças tais como as observadas pelos dados obtidos no repertório das participantes, e que merecem atenção especial em estudos posteriores.

O fato de que nem todos os comportamentos-alvo de mães incluídos no programa (considerando as unidades e condições de ensino propostas e desenvolvidas) foram descritos como relações comportamentais, na etapa de formulação dos objetivos relatada no Estudo 1, pode ter ocasionado falhas no processo de ensino-aprendizagem, eventualmente responsáveis pelo resultado parcial alcançado em termos de instalação de repertório comportamental de cuidado a bebês nas participantes. Contudo, considerando a experiências da pesquisadora com o tema (maior do que com o processo de programação de ensino), é possível supor que, mesmo não tendo sido explicitados como objetivos para o programa, na etapa em que isto foi feito, tais relações faziam parte dos controles exercidos sobre o comportamento da pesquisadora, ao formular as condições de ensino, tendo incluído unidades relativas ao desenvolvimento de pré-requisitos para aquelas que constituíam objetivos explícitos do programa. De qualquer modo, uma revisão dos objetivos do programa, dentre outras coisas a partir das unidades de ensino e atividades propostas sem vinculação direta com os objetivos formulados, e dos resultados alcançados com as participantes, será de grande utilidade para avançar na adequação do programa para a finalidade a que se destina.

#### **4. Eficácia do programa proposto**

Segundo Frisanco (2001), a análise de objetivos de ensino é uma tarefa custosa, que exige muito de quem ensina e de quem aprende, mas é essencial para a maior eficácia na aprendizagem. A experiência implementada neste estudo indica que o estabelecimento dos objetivos de ensino necessários para capacitar mães de bebês pré - termo em ambiente hospitalar deve ser estendida para além do que foi alcançado neste estudo, já que para algumas das participantes comportamentos muito simples pareciam complexos ou desconhecidos, embora aparentemente óbvios, como em relação a posicionar o bebê para arrotar ou deitar o bebê no berço. Ainda é possível afirmar que mesmo um grau mínimo de conhecimento sobre os cuidados não é próprio da mãe por ser mulher nem mesmo por parir o bebê, sendo a experiência da maternidade única para cada uma e para cada momento.

Um fato que pode ter interferido negativamente nos resultados da intervenção, em termos de repertório instalado a partir do programa de ensino, é que para algumas mães parece difícil aprender a cuidar de seu bebê por meio do conhecimento de outra pessoa, especialmente se este contraria seu próprio conhecimento leigo, suas experiências anteriores, orientação de familiares próximos, entre outros. A história de vida de cada aprendiz é, portanto, fundamental no processo de aprendizagem, e precisa ser considerada no grau

máximo possível, ao estabelecer objetivos gerais e intermediários, definir e implementar condições de ensino. Neste sentido, a inserção desta mãe em um contexto mais amplo, coerente e bem fundamentado, durante sua permanência no ambiente hospitalar, torna-se ainda mais importante.

Ainda outros fatores podem ter limitado o alcance do programa de ensino, em termos de aprendizagens promovidas, relacionados a questões metodológicas da coleta de dados para avaliação do impacto do programa. A participação das mães em entrevistas, antes e após cada unidade ou então ao final do módulo, pode ter diminuído a disposição da mãe para oferecer as informações solicitadas, já que este tempo diminuía o tempo da mãe com o bebê, concorrendo com as próprias atividades de cuidado. Este desconforto chegou a ser mencionado por pelo menos uma das mães que participaram do programa (cujos dados não foram apresentados nesta oportunidade). Outro aspecto a ser considerado é a filmagem das situações, que pode ter alterado em certo grau a espontaneidade da mãe na interação com o bebê, a despeito dos cuidados tomados pela pesquisadora para minimizar esta interferência.

Diante desses resultados é possível indicar algumas propostas de alterações no programa que poderiam ajudar no aumento de sua eficácia para promover os comportamentos desejados nos participantes. A participação de mais um profissional na implementação do programa, como por exemplo, alguém da equipe de enfermagem, poderia aumentar a probabilidade de que ocorressem repetições de apresentação dos comportamentos que constituem objetivos do programa, durante toda estadia da participante no ambiente hospitalar; a presença de outro profissional poderia, ainda, garantir que variáveis de diferentes tipos, que pudessem interferir na eficácia do programa, fossem identificadas e alteradas; este profissional poderia, ainda, auxiliar na observação das participantes em outros contextos, para identificar mudanças em seu comportamento, em outros momentos que não apenas aqueles observados pela pesquisadora. Garantir acompanhamento da mãe e seu bebê imediatamente após a alta e seguimento desse acompanhamento, garantindo a continuidade do programa no lar; a realização de avaliações durante cada módulo, por meio de conversas com as participantes, em relação às condições de ensino, incluído aí o desempenho do programador; utilização das filmagens realizadas como condição para que as mães pudessem observar o próprio desempenho, e aprender a partir desta observação, e o aproveitamento da situação de internação do bebê na UTI neonatal para garantir uma aproximação entre a mãe e a pessoa responsável por desenvolver o programa, para que possam conversar sobre o bebê e estabelecer um vínculo, desde então, seriam outras possibilidades a serem implementadas e investigadas para o aprimoramento do programa de ensino.

## DISCUSSÃO GERAL

### **Contribuições para compreensão de necessidades e possibilidades de formação de mães de bebês pré-termo no ambiente hospitalar**

#### **1. Condições a que fica exposta a mãe na situação de acompanhamento de bebês egressos de UTI n, no ambiente hospitalar**

O contexto no qual as mães de bebês recém-nascidos pré-termo em fase de internação pós-UTI n estão inseridas parece acrescentar, às suas necessidades pessoais decorrentes do trauma de um nascimento prematuro, outras necessidades relacionadas a dificuldades de adaptação a esse meio. Neste momento, em que o saber da equipe profissional de atendimento poderia facilitar a interação entre mãe-bebê por meio de informação e explicitação das capacidades evolutivas desse pequeno bebê (pois a mãe dificilmente por si mesma é capaz de distingui-las), o que ocorre parece estar longe disto.

De modo geral, as mães parecem, neste contexto, não se apropriar dos cuidados ao seu bebê. Demonstram dificuldade para agir de modo diferente do modelo de cuidado que observam sendo praticado pela equipe de auxiliares de enfermagem, que muitas vezes se limita a procedimentos técnicos, sendo que estes cuidados nem sempre são suficientes para suprir as necessidades do bebê (GOMES et al., 1997; GOMES, 2002; THOMAZ et al. 2005). Assim se dá, por exemplo, em relação a aspectos afetivos na manipulação do bebê, e a ações relevantes no desenvolvimento infantil, específicos no caso de cuidado de bebês, que somente podem ser percebidos, na conduta da equipe, em algumas situações, aparentemente em função de peculiaridades dos profissionais, e não como padrão de atenção ao bebê. Ao mesmo tempo, estas mães parecem sentir-se impossibilitadas de seguir este modelo, aparentemente além de sua competência leiga. Parece que as mães retardam, para o momento da alta hospitalar, autonomia e independência no cuidado ao seu bebê, como se somente em suas casas pudessem ter o domínio da situação.

Considerando o papel relevante que a equipe parece ocupar neste contexto, para as mães, mesmo que a condição emocional da mãe possa ser um empecilho para que a mesma aprenda efetivamente a cuidar de seu bebê em todos os aspectos do desenvolvimento infantil, e que a rotina do serviço não garanta tempo específico para a transmissão de orientações, um padrão de cuidado que sirva como modelo efetivo para essas mães deveria ser

buscado por parte de todos os membros da equipe, já que o comportamento das mães parece ser controlado principalmente pelo comportamento daquelas pessoas mais próximas a ela e ao seu bebê: neste caso, as auxiliares de enfermagem.

As condições encontradas no berçário considerado neste estudo apresentam-se, de um lado, positivas, pois propiciam o contato físico entre a mãe e seu bebê tão necessário após os cuidados intensivos que podem retardar o contato inicial entre pais e filhos; de outro lado, porém, desfavorecedoras pelas diferentes interferências que a mediação da equipe impõe a esse contato (GOMES et al., 1997; GOMES, 2002; SCOCHI et al., 2003; THOMAZ et al., 2005). Dificuldades no estabelecimento e entendimento de uma filosofia do berçário por todos os membros da equipe; falta de capacitação e reciclagem das auxiliares de enfermagem para a realização das atividades necessárias no contexto; falta de equipes fixas para todos os horários; inexistência de reuniões da equipe para discussão dos casos clínicos e condutas, de modo que as informações e encaminhamentos sejam compartilhados igualmente por todos que realizam atividades no contexto do berçário; dificuldades na transmissão de informações objetivas e na escuta às preocupações das mães são elementos que parecem dificultar, em muito, a existência de um ambiente favorecedor para o adequado atendimento de mães e bebês enquanto permanecem no hospital, de modo que esta seja uma oportunidade para preparar a díade para a continuidade dos cuidados tão desejáveis para bebês, principalmente os de risco.

Mesmo que de forma não explícita, nos relatos verbais de todas participantes do presente estudo foi possível identificar indícios de que todo contato com o bebê parece permeado pelo “receio” da morte. Embora este seja um temor menos presente em um berçário pós-internação em unidade de cuidados intensivos do que, por exemplo, durante a internação do bebê na UTI n, é possível supor que sua presença pode levar a mãe a ter menos disposição para comparecer assiduamente ao hospital, bem como para aprender a cuidar desse bebê. Dados de literatura indicam que pais de bebês pré-termo atravessam diferentes condições emocionais, podendo tanto superproteger quanto negligenciar seu bebê, em função de sentimentos que podem ser até mesmo contraditórios em momentos diferentes (BRAZELTON, 1988; KLAUS; KENNEL, 1993; ROSSEL; CARREÑO; MALDONADO, 2002; LINHARES, 2004).

Quando a equipe assume, efetivamente, que a proximidade física é um fator importante para o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, e que a qualidade desse vínculo poderá interferir no desenvolvimento do bebê de maneira positiva ou negativa, é esperado que busque caminhos para facilitar a permanência da mãe no hospital, com auxílio

de redes sociais de suporte e apoio. No entanto, o que pode ser observado é que, muitas vezes, as mães são apenas “cobradas” em relação à sua permanência, cuidado ao bebê para além daquilo para o que ela se sente preparada etc, contribuindo para tornar ainda mais aversiva sua atuação, em um contexto já cheio de dificuldades, inclusive outras que não são inerentes à própria condição do bebê, como restrições financeiras, outros filhos para cuidar, distância da residência etc.

Por outro lado, no presente estudo foi possível verificar que, após a internação no berçário, todas as mães e seus bebês são acompanhadas por profissionais da unidade hospitalar (enfermeira UTI, neonatologistas, fisioterapeuta e fonoaudiólogo), salvo recusa ou abandono do serviço por parte dos familiares, por um período de dois anos, o que facilita a identificação e prevenção de futuras necessidades, embora esse acompanhamento fique restrito a estas especialidades profissionais.

O temor de serem avaliadas pela equipe como sendo ou não mães adequadas para seus bebês parece estar presente, também, na situação experimentada por estas mães, tanto em função do que pensam (ou podem pensar) os profissionais presentes e as outras mães, mas pelo receio da perda da guarda do bebê, que pode efetivamente ocorrer como decorrência do julgamento da equipe (conforme foi possível constatar por situação que, tendo efetivamente ocorrido na unidade algum tempo antes do estudo, permaneceu como tema de conversa entre mães no decorrer deste). Assim o programa poderia ter contribuído na diminuição do temor das mães em relação à avaliação de suas competências, o que seria possível com a criação de um ambiente específico de ensino, não coercitivo, adicional à própria condição a qual essas mães se encontram, talvez criando a possibilidade de que além das mães outros membros da família pudessem ser submetidos ao programa.

## **2. Habilidades de mães de bebês pré-termo desejáveis para a promoção de adequadas condições de desenvolvimento**

Dados da literatura têm indicado que do resultado da inadequação da relação bebê pré - termo e seu meio podem surgir falhas no processo interativo mãe-bebê e alterações posteriores, como: atrasos no desenvolvimento global; distúrbios de aprendizagem; transtornos de conduta; doenças psicossomáticas, entre outros. Portanto, é fundamental que os profissionais envolvidos nesse contexto intervenham de maneira preventiva. Comportamentos relacionados aos cuidados maternos diários, que são exigidos durante a internação hospitalar, quando desempenhados de maneira segura e adequada podem constituir condições propícias



para uma interação de qualidade entre mãe-bebê e desencadear estímulos para um desenvolvimento global satisfatório do bebê (LINHARES et al, 2004; LINHARES; MARTINS; KLEIN, 2004; SCOCHI et al, 2003).

Condições favorecedoras que permitam auxiliar a mãe a observar, identificar, compreender e responder adequadamente às informações e aos sinais do bebê em unidades e serviços hospitalares é fundamental para o desenvolvimento inicial dessas relações e para o desenvolvimento futuro do bebê. Mediar a atuação da mãe nos cuidados iniciais em relação ao bebê pré-termo, auxiliando que ela se sinta capaz de realizar o cuidado e assegurando a qualidade desse cuidado, pode servir como proteção para danos causados pelo nascimento prematuro (SCORTEGAGNA et al, 2005). Para tanto, não basta exigir da mãe a realização do cuidado, sem que ela esteja preparada para a tarefa. Algumas condições pouco disponíveis no berçário em estudo nesta pesquisa tornam essa exigência bem mais difícil, como, por exemplo, as mães não poderem contar com a auxiliar ao seu lado na realização das tarefas quando da primeira vez que vão realizá-las, ou para tirar dúvidas quando encontram dificuldades (o que certamente ocorre, uma vez que mães observadas neste estudo verbalizam tais dificuldades). A presença de alguém da equipe técnica nestes momentos evitaria que a mãe tivesse que aprender sozinha, por meio de tentativa, e cometendo erros que podem representar risco para o bebê, assim como que a mãe passasse por situações adicionais de estresse, àquelas próprias da situação que vive. Esta é uma condição não observada no contexto observado, e de difícil ocorrência, pelo fato de uma única auxiliar ter que realizar todos os outros procedimentos técnicos e cuidados exigidos no serviço. Além desta condição prática que dificulta um desempenho mais apropriado, seguro e tranquilo da mãe ao lidar com seus bebês, parece fundamental que as auxiliares compreendam e assumam seu papel de “educadores” na relação com a mãe, em relação a dimensões como as buscadas no programa de ensino construídas como parte deste estudo, sendo então necessário que as auxiliares sejam capacitadas para tanto – o que não ocorre, de acordo com todas as informações disponíveis.

Neste sentido, cabe ressaltar que a implementação de qualquer programa, nesta direção, deveria ser feita de maneira cuidadosa para que não se tornasse uma “regra”, evitando que os profissionais passassem a cobrar comportamentos das mães sem que a função de certas respostas dela em relação ao bebê ficassem claras.

O contato físico com os bebês é importante para a ligação afetiva entre a mãe e o bebê, e todas as mães sentiram a necessidade de estarem próximas aos seus bebês, sendo que a segurança no cuidado com o seu bebê parece ser mais demorada nessas mães, quando comparadas com mães de bebês nascidos de gestação completa, diante do impacto que a

aparente fragilidade física do bebê pré-termo propicia, e por apresentarem dificuldade e medo de lidar com este bebê com necessidades de cuidados especiais. Condições de ensino que permitam que a mãe se “acostume” com o aspecto físico do pré-termo, como no uso de bonecos para simulação, parecem diminuir esse impacto ou minimamente permitem que a mãe adquira maior facilidade no manuseio. A aplicação do programa indicou que as mães são receptivas a esta estratégia, relatam que o manuseio no boneco permitiu maior segurança no manuseio com o bebê, já que o boneco apresentava tamanho e mobilidade muito semelhantes às de bebês pré - termo, algumas das participantes solicitaram que utilizássemos o boneco para, por exemplo, aprender a oferecer a chupa diante da eminência de realizar esse cuidado com seu próprio bebê. Isso ocorreu também para outros cuidados como o banho, o manuseio para segurar, carregar e posicionar o bebê, entre outros, o que demonstrou ser uma estratégia apropriada, pois as mães eram cuidadosas e, se cometiam erros que seriam de risco para o bebê, esses eram indicados pela pesquisadora, sem que o bebê fosse de fato exposto ao risco. Ainda, essa estratégia ajudou a tirar dúvidas, permitindo a repetição seguida de movimentos, fato que seria inapropriado e estressante se fosse realizado no próprio bebê.

As manifestações corporais, visuais, vocais e faciais são fundamentais no processo interativo entre mãe e bebê, sendo por meio dessas formas de contato que eles estabelecem os vínculos afetivos; assim, permitir e estimular a mãe para que “utilize” tais modalidades de manifestação no ambiente hospitalar parece ser importante. Dessa forma, tornar o ambiente do berçário um ambiente propício para esse tipo de manifestação deve ser pretendido e alcançado. Isso não significa que o estabelecimento de regras e rotinas não deva ser mantido, mas as necessidades das mães e de seus bebês, neste sentido, devem se sobrepor a elas.

Algumas competências como, por exemplo, solicitar informação da equipe sobre o bebê ou solicitar orientações e ainda esclarecimento de dúvidas foram observadas para algumas das participantes, sendo que a apresentação desse tipo de comportamento pareceu, à pesquisadora, tornar-se freqüente no ambiente do berçário para aquelas participantes que já o apresentavam e que, a partir do incentivo obtido nesse contato, passaram a emitir esse tipo de comportamento em outros contextos e com outras pessoas.

### **3. Programação de ensino para desenvolver habilidades de mães de bebês pré-termo desejáveis para a promoção de adequadas condições de desenvolvimento**

Parece possível supor que o uso de programação de ensino nesse contexto deva ser mais freqüentemente utilizado, considerando a existência de um processo de tomada de decisões que pode aumentar a probabilidade de: a) identificar facilidades ou dificuldades próprias de cada mãe para lidar e cuidar de seus bebês; b) propor objetivos de ensino que considerem estas facilidades e dificuldades, bem como o conhecimento disponível sobre a situação de interesse (atenção ao bebê, particularmente o pré-termo), c) propor e implementar condições de ensino favoráveis à instalação do repertório comportamental compatível com os objetivos a serem alcançados e com o repertório dos aprendizes; d) avaliar a eficácia destas condições de ensino em função do alcance ou não dos objetivos de ensino, considerando que o não alcance – ou alcance parcial – destes objetivos implica em rever o programa (e não, como muitas vezes sucede, apenas reafirmar incompetência das mães para aprender, com manutenção das mesmas estratégias de “ensino”, sem uma adequada revisão das condições de ensino e dos próprios objetivos). Neste caso, futuras intervenções devem ser implementadas não somente com as mães, mas com as auxiliares que, embora realizem seu trabalho com competência, poderiam, possivelmente sem sobrecarga à dedicação que já apresentam, atuarem de maneira a facilitar o aprendizado das mães, incorporando a seu próprio comportamento noções de como ensinar utilizando fundamentos e ferramentas de programação de ensino. Parece possível supor que se o ambiente do berçário fosse entendido como um ambiente de aprendizagem e não somente de prestação de serviço por parte de todas as pessoas envolvidas neste contexto, a qualidade do serviço oferecido e os resultados posteriores certamente seriam mais positivos.

Aprender é algo quase sempre muito gratificante, em função das novas habilidades adquiridas e, com elas, mais e melhores instrumentos para interferir no ambiente e gerar efeitos desejados para o indivíduo e para a comunidade em que esse indivíduo está inserido (CORTEGOSO, 2002). Da mesma forma, ensinar pode e deve ser, também, gratificante, em função dos resultados que gera, no aprendiz (mães, neste caso) e naqueles que dependem destes aprendizes (como os bebês). Programação de ensino pode ser, e em geral é, uma maneira de aumentar a probabilidade de que o processo ensino-aprendizagem seja eficaz e gratificante para quem ensina e para quem aprende, ainda que envolva dificuldades próprias de um processo complexo de tomada de decisões.

Considerando a rotina de um serviço oferecido em meio hospitalar, é possível supor que pouco das necessidades das mães dos bebês é suprida, embora tenham sido implementadas, inclusive, políticas públicas para tal finalidade. Mesmo diante de políticas de humanização do atendimento em ambientes hospitalares, como, por exemplo, alojamento conjunto e mãe-canguru, há a necessidade de intervenções específicas, já que são inúmeros e variados os aspectos que interferem nas condições emocionais da mãe e consequentemente de sua interação com o bebê. Parece possível supor que mesmo havendo o acompanhamento do bebê por cerca de dois anos, como está previsto pela sistemática implementada no berçário considerado neste estudo, intervenções no ambiente domiciliar das usuárias do serviço poderiam auxiliar na adaptação da mãe ao bebê e vice-versa. Além disso, é em casa que efetivamente é possível avaliar a manutenção do repertório que foi instalado nas mães, como foi possível constatar no caso de pelo menos uma das participantes deste estudo, na visita da pesquisadora posteriormente à alta hospitalar do bebê. No caso, foi possível verificar que a mesma não conseguiu manter comportamentos que haviam sido ensinados, como no caso do posicionamento mais adequado do bebê no berço com o uso de “rolinhos”.

O desenvolvimento de programas de ensino por meio de tecnologia de programação estabelece como ponto de partida adequado para este processo um adequado conhecimento da situação-problema a ser resolvida por meio de um programa de ensino, que, neste caso, inclui uma adequada compreensão das necessidades das mães, dos bebês e do contexto em que este programa seria implementado. Tal compreensão favorece, assim, a identificação - ou proposição - de competências desejáveis das mães para lidar com seus bebês de modo compatível com o conhecimento disponível sobre desenvolvimento infantil e outras áreas afins, tornando possível gerar propostas de ensino adequadas para uso nesse contexto. Embora essa seja uma das etapas da programação de ensino importante para a tomada de decisão em relação a quais comportamentos devem ser instalados em cada caso e ainda, no Estudo 2, estabelecer o repertório de entrada das mães, e fazer medidas para poder concluir sobre o impacto do programa sobre este repertório (mais do que propriamente para descrever o problema, já que os objetivos de ensino estavam formulados a partir da descrição construída anteriormente em função do esforço de descrição do problema entrevistando a equipe e observando as mães no Estudo 1), a necessidade de conversar com a mãe antes do início do programa e a cada módulo foi algo desgastante para algumas delas, que referiam perda do tempo que poderiam estar com o bebê no ambiente do berçário.

Diante da visibilidade sobre os comportamentos a serem instalados nas mães, obtida a partir de cuidadoso trabalho de caracterização de seu repertório usual, em

comparação ao conhecimento disponível sobre necessidades de bebês pré-termo, foi possível estabelecer, simultaneamente, diversidade de condições de ensino no conjunto do programa, um padrão de disposição de condições que levou em conta variáveis favorecedoras de aprendizagem (apresentação de informações, demonstração, exercício em situação real etc), com flexibilidade para atender a necessidades específicas das mães (como repetição de atividades de ensino em função de solicitações de aprendizes, por exemplo, como se deu no caso do uso de bonecos para simulações). Tais condições são próprias do desenvolvimento de programas de ensino elaborados a partir de um processo de tomadas de decisão que coloca o educador sob controle daquilo que o aprendiz deve se tornar capaz de fazer, como principal orientação para conduzir o programa de ensino (ao invés de apenas as informações que ele quer ou deseja apresentar). No presente estudo isso possibilitou que *Pm8* fosse submetida a intervenções cujo foco, além do cuidado específico que estava sendo ensinado, estava sempre voltado ao treino do manuseio do bebê pela mãe.

Ainda que atualmente vários recursos tecnológicos estejam disponíveis no que diz respeito à disponibilidade de informações sobre necessidades e cuidados com bebês em geral, e mesmo em relação a bebês pré-termo, poucos ou quase nada desses recursos são acessíveis a essas mães, mesmo na situação do berçário (o que efetivamente poderia ocorrer, por meio de livros, cartilhas ou instruções, elaboradas pela própria equipe ou buscadas na literatura existente). Principalmente na ausência deste tipo de material, os modelos apresentados pela equipe no cuidado ao bebê passam a ser entendidos como verdades absolutas por estas mães, que tendem a segui-lo (dentro de suas limitações), bem como às orientações eventualmente apresentadas pela equipe. Como, em algumas situações rotineiras, os modelos e as orientações apresentadas, particularmente pelos auxiliares de enfermagem, podem não ser exatamente compatíveis com o conhecimento disponível, principalmente o mais atualizado, a disponibilidade de informações escritas selecionadas pela equipe pode funcionar tanto como orientação para estes profissionais que atuam diretamente com os bebês e interagem com as mães, quanto para as mães.

Embora existam particularidades em cada caso - cada mãe e seu bebê apresentam singularidades - há um conhecimento geral que pode beneficiar todos que enfrentam situações semelhantes e o uso de recursos de forma escrita sucinta e objetiva parece ser adequado, como por exemplo: a descrição do banho do bebê em pequenos tópicos, como roteiro a ser seguido pela mãe (recurso utilizado com duas mães submetidas ao programa de ensino, cujos resultados não foram apresentados no estudo), afixado na parede numa localização em que a mãe era capaz de ler e realizar a tarefa. A continuidade do trabalho de

que este estudo faz parte poderá viabilizar a elaboração de pequenos textos, com itens e figuras ilustrativas que facilitam a execução de tarefas relativas aos cuidados do bebê. Ainda que a experiência da maternidade seja única a cada vez que ocorre, a elaboração de um material contendo informações básicas e específicas pode ajudar famílias que pouco contato tiveram com essa situação ou famílias que vivenciam a maternidade num contexto menos comum, como é o caso do nascimento de bebês pré-termo.

Um aspecto metodológico que pode ser indicado como desfavorável ao desenvolvimento do estudo foi o fato de algumas auxiliares parecerem não ter compreendido os objetivos da pesquisa, ainda que tenham recebido esclarecimentos por parte da pesquisadora após a leitura e assinatura do termo de consentimento. É possível supor que isso tenha provocado receio de serem filmadas nos momentos de interação com a mãe ou com o bebê. A pesquisadora supõe, embora não tenha havido nenhuma manifestação verbal, que pode ter havido medo por parte delas de serem avaliadas pela pesquisadora ou suas superiores, ou sofrerem comparação por parte das mães em relação à pesquisadora.

Outro aspecto a ser indicado diz respeito ao fato do programa ter sido desenvolvido individualmente. Se, por um lado, isso permitiu que as necessidades da mãe aprendiz fossem imediatamente identificadas e sanadas, por outro impediu que uma mãe pudesse ser modelo para outra, além da própria pesquisadora, e que elas pudessem compartilhar seu conhecimento e suas dúvidas.

O curto período e de duração imprevisível de internação em berçário impediu (e esta condição deve ser mantida, pela natureza da própria situação de internação de bebês pré-termo) que algumas das dificuldades identificadas pela pesquisadora fossem prontamente resolvidas, já que o critério para a escolha do que seria ensinado a cada aprendiz partia, além da necessidade mais urgente e que poderia trazer mais risco para a relação entre a mãe e bebê ou para o bebê tal como identificada pela pesquisadora, da possibilidade da mãe ser submetida aos módulos (presença da mãe no berçário em certas situações, horário disponível, tipo de cuidado que a mãe estava realizando no bebê etc). Assim, pode ser indicado como condição desejável para alcançar os objetivos que orientaram a intervenção examinada neste estudo, que o serviço de atendimento a mães de bebês pré-termo incluía o acompanhamento da mãe e bebê nos dias iniciais de alta hospitalar, por meio de visitas de profissional da equipe no ambiente domiciliário, visando a continuidade das orientações e um apoio para implementar adaptações que fossem desejáveis considerando o contexto residencial destas díades.

Como Cortegoso (2001) afirma em seu artigo sobre análise e programação de contingências ao administrar agência de atendimento educacional a crianças e jovens, a

concepção de que organizações humanas são complexas redes comportamentais não é nova, e a perspectiva de tomar tais redes como objeto de estudo e de produzir mecanismos para atuar nelas de forma a maximizar a utilização do conhecimento sobre conduta humana na construção de ambientes sociais de melhor qualidade pode parecer excessivamente pretensiosa. Ainda assim, permanece como desafio para a transformação, ao menos no âmbito da construção de organizações humanas socialmente relevantes para enfrentar necessidades já conhecidas e ainda por descobrir, como é o caso do serviço oferecido no berçário em estudo.

## REFERÊNCIAS

ALS, H. Earliest intervention for preterm infants in the newborn intensive care unit. In: GURALNICK, J.M. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing, 1997. p. 47-75.

ARAVENA, V.E.J.; FIERRO, E.H. Nivel de estres de las madres com recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepcion, Concepcion. **Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 8, n. 1, jun., p.31-36, 2002.

BLANCHARD, Y. Early intervention and stimulation of the hospitalized preterm infant. **Infants and Young Children**, v. 4, n. 2, p. 76-84, 1991.

BOTOMÉ, S. P. **Um procedimento para encontrar os comportamentos que constituem as aprendizagens envolvidas em um objetivo de ensino**. Caxias do Sul : Universidade de Caxias do Sul, 1996. 12 p. Texto construído para uso do Curso de Especialização em Urbanismo.

BOTOMÉ, S.P. **Objetivos comportamentais no ensino: a contribuição da análise experimental do comportamento**. 1981. 279 p. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.

BOTOMÉ, S. P. **Atividades de ensino e objetivos comportamentais: no que diferem?**. São Paulo : Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1977. 11 p. Texto construído para uso do Curso Análise e Programação de Contingências para Modificação do Comportamento.

BOTOMÉ, S. P. (Org.). **Diretrizes para o ensino de graduação: o projeto pedagógico da Pontifícia Universidade Católica do Paraná**. Curitiba : Champagnat, 2000. 88 p.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo : Editora Martins Fontes, 1982. 165 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru**. Brasília : Ministério da Saúde, 2002. 282 p.

BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego uma família em formação**. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre : Artes Médicas, 1988. 208 p.



BRAZELTON, T.B. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil**. Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo : Editora Martins Fontes, 1994. 564 p.

BRAZELTON, T.B. **Ouvindo uma criança**. Tradução Wilson Roberto Vaccari. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1990. 167 p.

BRAZELTON, T.B. La révolution des touch points. In: DUGRAT, M.. **Lé monde relationnel du bébé**. Ramonville Saint Agne : ERES, 1997. p. 35-46.

CARDOSO, A.C.A. et al. Método Mãe - Canguru: aspectos atuais. **Pediatria**, São Paulo. Disponível em: <<http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/1168/body/07.htm>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

CORTEGOSO, A. Análise e programação de contingências ao administrar agência de atendimento educacional a crianças e jovens: da caracterização de necessidades sociais à implementação do funcionamento. **Argumento**, v. 3, n. 6, p.69-96, 2001.

CORTEGOSO, A. **Descrição de partes funcionais de objetivos intermediários de um programa de ensino**. São Carlos : UFSCar/Departamento de Psicologia, 1999. Notas de Aula.

CORTEGOSO, A.; BOTOMÉ, S. P. Comportamentos de agentes educativos como parte de contingências de ensino de comportamentos ao estudar. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 22, n.1, p. 50-65, 2002.

DAREZZO, M. **Impacto de um programa de ensino para cuidadoras em creche: música como condição facilitadora de condutas humanas ao lidar com bebês**. 2004. 123 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

ECKERMEAN, C. O.; OEHLER, J. M. Very-low-birthweight newborns and parents as early social partners. In: FRIDMAN, S. L.; SIGMAN, M. D. (Ed.). **The psychological development of low-birthweight children**. New Jersey : Ablex Publishing Corporation, 1992. p. 91-124.

FIELD, T. M. et al. Tactile/Kinesthetic stimulation effects on pre-term neonates. **Pediatrics**, v. 77, n. 5, p. 654-658, 1986.

FIELD, T. M. Alleviating stress in newborn infants in intensive care unit. **Clinics in Perinatology**, v. 17, n. 1, p.1-9, 1990.

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 12, n.1, p. 65-75, 2004.

FRISANCO, M. L. **Efeitos da capacitação de professores para programar ensino sobre seus comportamentos ao ensinar arte para pessoas portadoras de necessidades especiais**. 2001. 172 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2001.

GANDRA, M. I. S.; FARIAS, M. A. **A importância do apego no processo de desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.brazilpednews.org.br/dec2000/bnp0026.htm>>. Acesso em: 14 set. 2007

GASPARETTO, S. **Desenvolvimento de um programa de intervenção para mães de bebês pré - termo**. 1998. 187 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GIL, M. S. C. A.; ALMEIDA, N. V. F. **Estudos avançados do desenvolvimento infantil**. São Carlos: EdUFSCar, 2005. 92p. (Série Apontamentos).

GOMES, A. L. H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 2, n. 2, dez., 2002.

GOMES, A. L. H. et al. Mãe – bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. **Revista de Ginecologia & Obstetrícia**, v. 8, n. 4, p. 205-208, 1997.

GORSKI, P. A.; HUNTINGTON, L.; LEWKOWIZ, D. J. Handling preterm infants in hospitals: stimulating controversy about timing of stimulation. **Clinics in Perinatology**, v. 17, n. 1, p. 103-112, 1990.

JAY, S. S. The effects of gentle human touch on mechanically ventilated very-short-gestacion infants. **Nursing Journal**, v. 11, n. 4, p. 199-256, 1982.

JOAQUIM, R. H. V. T. **Efeitos da estimulação tátil e auditiva para bebês de alto risco em uma Unidade de Terapia Intensiva**. 2000. 89 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2000.

JOLY, I. Z. L. **Aplicação de procedimentos de musicalização infantil em crianças deficientes**. 1994. 185 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1994.

JOLY, I. Z. L. **Um processo de supervisão de comportamentos de professores de musicalização para adaptar procedimentos de ensino**. 2000. 161 p. Tese (Doutorado em Metodologia de Ensino) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2000.

KLAUS, M. H.; KENNEL, H. **Pais e bebês a formação do apego**. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. 360 p.

KLAUS, M. H. et al. Importance of the first post - partum days. **The New England Journal of Medicine**, v. 286, n. 9, p. 460-463, 1972.

KELLER, F. S. **Fred Simmons Keller: psicologia**. São Paulo : Ática, 1983. 206 p. (Série Grandes Cientistas Sociais; 41).

KRAMER, M. et al. Extra tactile stimulation of the premature infant. **Nursing Research**, v. 24, n. 5, p. 324-334, 1975.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. **Interação**, v. 5, p. 133-171, 2001.

LAMY, Z.C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.10, n.3, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 ago. 2007.

LINHARES, M. B. M. et al. Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento <1500g: na UTI - neonatal e no seguimento longitudinal. **Temas em Psicologia**, v. 7, n. 3, p. 245-262, 1999.

LINHARES, M. B. M. Estresse, resiliência e cuidado no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: MENDES, E. G. **Temas em educação especial: avanços recentes**. São Carlos : EdUFSCar, 2004. p. 315-324.

LINHARES, M. B. M. et al. A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R.

**Vulnerabilidade e proteção indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar.** São Paulo : Casa do Psicólogo; FAPESP, 2004. p. 10-38.

LINHARES, M. B. M.; MARTINS, I. M. B.; KLEIN, V. C. Mediação materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. **Vulnerabilidade e proteção indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar.** São Paulo : Casa do Psicólogo; FAPESP, 2004. p. 39-74.

LINHARES, M. B. M.; BORDIN, M.B.M.; CARVALHO, A. E. V. Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex - prematura na fase escolar. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. **Vulnerabilidade e proteção indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar.** São Paulo : Casa do Psicólogo; FAPESP, 2004. p. 75-106.

LORENA, A. B. **Impacto de diferentes condições de ensino no preparo de agentes educativos.** 2007. 117 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

LUNA, S. V. Contribuições de Skinner para a educação. In: PLACCO, V. M. N.S. (Org.) **Psicologia e educação revendo contribuições.** São Paulo: EDUC, 2000. v. 1, p. 145-179.

MATOS, M. A. Análise de contingências no aprender e no ensinar. In: ALENCAR, E. S. (Org.). **Novas contribuições da Psicologia aos processos de ensino e aprendizagem.** São Paulo: Cortez Editora, 2001. p. 143-165.

MAURUTO, A.A. **Revisitando a programação de ensino no Brasil.** 1999, Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1999. 170 p.

MEYERHOF, P. G. O Neonato pré-termo no berçário de cuidados especiais: como observá-lo para saber como e quando se faz necessário intervir respeitando sua individualidade, suas fragilidades e suas forças. **Temas sobre Desenvolvimento**, v. 5, n. 30, p. 15-19, 1997.

MIRANDA, A. M. M. **Proposição de objetivos comportamentais de ensino para a disciplina Microbiologia do currículo de graduação em Enfermagem.** 1986, Dissertação (Doutorado em Educação). 1986. 243 p. Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, 1986.

NALE, N. **Análise e avaliação de um curso programado individualizado de Biologia.**

1973. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Assis, Assis, 1973. 229 p.

NALE, N. Programação de ensino no Brasil: o papel de Carolina Bori. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 275- 301, 1998.

NALE, N. **Planejamento de condições de ensino**. São Carlos: UFSCar/Centro de Educação e Ciências Humanas/Departamento de Psicologia, [s.d.].13 p. Notas de Aula.

NASCIMENTO, R. C. **Jogos e brincadeiras como condição de ensino dos movimentos de escrita em crianças com paralisia cerebral**. 1997. 141 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1997.

ROSSEL, K. C.; CARREÑO, T.; MALDONADO, M. E. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados: un mundo desconocido. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 73, n. 1, p.15-21, 2002.

ROSSETTI-FERREIRA, M.C. O apego e as reações da criança à separação da mãe: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 48, p. 3-19, 1984.

ROSSETTI-FERREIRA, M.C. **Mãe & criança separação & reencontro**. São Paulo: EDICON, 1986. 173 p.

SCOCHI, C. G. S. et al. Incentivando o vínculo mãe - filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 539-543, 2003.

SCORTEGAGNA, S.A. et al. O processo interativo mãe - bebê pré-termo. **PSIC**, v. 6, n. 2, p. 61-70, 2005.

SCHERMANN, L.; BRUM, E. H. M Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

SKINNER, B.F. Contingências do reforço. In: Os Pensadores. Capítulos I, VI, VII, VIII, São Paulo : Ed. Abril Cultural, 1975.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.3, p. 269-279, jul./set., 2004.

STEFANE, C. A. **Ensino de comportamentos básicos de basquetebol para crianças portadoras de Síndrome de Down**. 1996. 160p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1996.

THOMAZ, A. C. P. et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 139-45, 2005.

VAZ, F.A.C. Prematuridade – fatores etiológicos. **Pediatria**, São Paulo, v.8, n.3, p. 169-171, 1986.

VENANCIO, S.I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n.5, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572004000700009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572004000700009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 ago. 2007

VERSUTI-STOQUE, F. M. **Ensino das ciências nas séries iniciais: uma análise comportamental da elaboração e da implementação de planejamento de unidades didáticas no contexto da formação inicial de professores**. 2006, 171 f. Dissertação (Mestrado em Educação para a Ciência) Faculdade de Ciências, Unesp, Bauru, 2006.

WENDLAND, J. A abordagem clínica das interações pais – bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n.1, p. 45-56, 2001.

WENDLAND-CARRO, J.; PICCININI, C.A. Intervenção precoce mãe – bebê: perspectivas de intervenção para a promoção do desenvolvimento infantil. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 8, n.1, p. 144-56, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research (RHR). Maternal and Newborn Health. **Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide**. Disponível em: <[http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm\\_98\\_3/msm\\_98\\_3\\_6.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/msm_98_3_6.html)>. Acesso em: 7 ago. 2007.

ZAMBERIAN, M.A.T. Interação mãe - criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.7, n.2, jul./dez., 2002.

ZANIOLO, L. O. **Motricidade humana e tecnologia educacional:** aplicação de procedimentos de dança em crianças portadoras da Síndrome de Down. 1995. 146p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1995.

ZANOTTO, M. L. B. **Formação de Professores:** a contribuição da análise do comportamento. São Paulo : EDUC, 2000. 183 p.

## APÊNDICES



**APÊNDICE A -**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIRAS DO BERÇÁRIO (Be)**

1) Dados pessoais

- a) Nome:
- b) Data de Nascimento:
- c) Formação (tempo):
- d) Capacitação adicional:

2) Dados do emprego

- a) Há quanto tempo trabalha na instituição?
- b) Qual é seu cargo na instituição?
- c) Qual é seu serviço na instituição?
- d) Horário de trabalho?

3) Dados sobre o Berçário

- a) Qual é o nível técnico exigido para o trabalho no Be?
- b) Existe algum critério de escolha para trabalhar no Be?
- c) Você orienta as técnicas do Be?
- d) Que tipo de orientação é realizada?
- e) Quando essas orientações são realizadas?
- f) Com que frequência às orientações são realizadas?
- g) Como (de que maneira) as orientações são realizadas?
- h) Além de você alguém mais realiza orientação às técnicas?
- i) O trabalho realizado no Be é avaliado? De que maneira?
- j) Quando surgem problemas no Be, eles são de qual (is) natureza?
- k) Como são resolvidos?
- l) Há um rodízio pré-estabelecido das profissionais do Be?
- m) São realizadas orientações específicas sobre o desenvolvimento infantil?
- n) Quando e como?
- o) Quando as mães fazem “coisas” com o bebê que não são comuns para a própria auxiliar como essa deve agir? (Exemplos: mãe embalar o bebê, mãe cantar para o bebê, entre outros)
- p) Como as auxiliares são instruídas a realizar orientações as mães?

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO BERÇÁRIO (Be)**

### 1) Dados pessoais

- a) Nome:
- b) Data de Nascimento:
- c) Formação (tempo):
- d) Capacitação adicional:

### 2) Dados do emprego

- a) Há quanto tempo trabalha na instituição?
- b) Qual é seu cargo na instituição?
- c) Qual é seu serviço na instituição?
- d) Horário de trabalho?

### 3) Dados sobre o Berçário

- a) Você realiza orientação às mães? De que tipo?
- b) Como você realiza orientação as mães?
- c) Com que frequência você realiza as orientações?
- d) Você encontra dificuldades para realizar as orientações, quais?
- e) Quando a mãe apresenta maior dificuldade, como você procede?
- f) Em relação à situação de internação:
- g) Em relação à situação de orientação:
- h) O que é esperado que as mães façam com os bebês quando estão aqui? Por quê?
- i) Que coisas as mães costumam fazer, em relação ao bebê e à situação aqui, que você considera adequadas?
- j) E o que faz quando observa estas ações ocorrerem?
- k) As mães costumam fazer coisas erradas, quando estão na (Maternidade? UTI? Berçário?)
- l) Dê exemplos de coisas que as mães costumam fazer errado...
- m) Quando a mãe faz algo inadequado, como você procede?
- n) Quando a mãe faz, com o bebê, algo que você não tem conhecimento sobre se é adequado ou não (como: embalar, cantar, tocar o bebê, entre outros) como você procede?
- o) Você já teve problemas no serviço? De qual natureza?
- p) Quando ocorrem problemas, a quem você solicita orientação?
- q) O médico realiza orientação a você? Realiza orientação a mãe?
- r) Que tipo de orientação os médicos realizam?

**APÊNDICE B -  
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FUNCIONÁRIO (Equipe de  
Enfermagem)**

Prezado \_\_\_\_\_ (funcionário da instituição)

Eu, Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, terapeuta ocupacional, profa. assistente da Universidade Federal de São Carlos, aluna do Programa de Pós Graduação em Educação Especial da mesma universidade, sob orientação da Profa. Dra. Ana Lúcia Cortegoso, peço a sua colaboração para a realização da minha pesquisa de doutorado.

Este trabalho tem por objetivo produzir conhecimento sobre necessidades e possibilidades de capacitação de mães de bebês prematuros para atuar como agentes de promoção do desenvolvimento, durante internação hospitalar destes bebês. Esta pesquisa será desenvolvida por meio de três estudos articulados. No Estudo 1 serão obtidas informações sobre comportamentos e necessidades destas mães para lidar com seus bebês e sobre os procedimentos utilizados pela equipe (auxiliares de enfermagem) para prepará-las neste sentido. No Estudo 2 será elaborada e desenvolvida uma intervenção junto às mães, voltada para este preparo em como lidar adequadamente com seu bebê. O Estudo 3 consistirá da elaboração de recursos de apoio para este preparo e que possam ficar disponíveis para esta e para outras instituições semelhantes.

Estudos anteriores que utilizaram a metodologia análoga ao trabalho aqui proposto, nos quais foram observados e filmados situações de relações de ensino e aprendizagem e o oferecimento de treinamento, não apresentaram nenhum problema ocorrido com os participantes. No entanto, sob qualquer dificuldade durante a realização dos Estudos desta pesquisa, a mesma será prontamente atendida pela pesquisadora.

A participação não é obrigatória, sendo que cada participante tem a liberdade de participar ou não do trabalho de pesquisa, bem como desistir quando desejar, sem nenhuma penalidade devido à desistência ou não aceitação; tem também o direito de solicitar e receber esclarecimentos sobre o trabalho, antes e durante sua realização, e de acesso aos resultados alcançados no trabalho.

A participação dos funcionários se dará por meio de entrevistas visando obter informações a respeito dos comportamentos dos mesmos quando lidam com as mães neste período, buscando identificar quais as informações (técnicas e de outras naturezas) que são apresentadas às mães dos bebês que estão no berçário externo, como são apresentadas, quais

as dificuldades que encontram, que resultados acreditam alcançar etc. Além da participação via filmagem e observação direta dos momentos em que o funcionário passa orientações à mãe de como “lidar” com o seu bebê, nas tarefas que ela futuramente deverá assumir após a alta hospitalar.

Toda informação obtida, tanto na etapa de caracterização (Estudo1), quanto na etapa de intervenção (Estudo2), será mantida em sigilo quanto à identidade dos envolvidos. Em caso de publicação dos resultados em Congressos ou Revista Científica será assegurada a não identificação dos participantes, bem como da instituição da qual fazem parte.

A garantia de que serão feitos esforços para que não haja desconforto ou constrangimento, que possam causar qualquer efeito nocivo sobre os participantes, será mantida, durante todo o período do desenvolvimento da pesquisa. Firmo o compromisso de zelar pelo respeito e dignidade de todos os participantes.

Sem mais, peço a gentileza de poder contar com a sua participação direta no Estudo 1 e sua colaboração durante toda a pesquisa. Coloco-me desde já a disposição para qualquer outro esclarecimento.

Atenciosamente.

---

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim  
Terapeuta Ocupacional – CREFITO 3/2811-TO  
Profª. Assistente da Universidade Federal de São Carlos  
Departamento de Terapia Ocupacional  
Telefone: 260 8756 ou 8342  
Contato pessoal:  
Telefone: 2728176  
e-mail: [regin@power.ufscar.br](mailto:regin@power.ufscar.br)  
Profª. Dra. Ana Lucia Cortegoso  
Profª. Adjunta da Universidade Federal de São Carlos  
Departamento de Psicologia  
Telefone: 260 8361  
Contato pessoal:  
Telefone: 33681529  
e-mail: [cortego@power.ufscar.br](mailto:cortego@power.ufscar.br)

Estou ciente e de acordo com a participação

---

Assinatura do funcionário

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE C -  
AUTORIZAÇÃO PARA FILMAGEM NO AMBIENTE DA INSTITUIÇÃO**

Prezado (nome do responsável):

---

Eu, Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, terapeuta ocupacional, profa. assistente da Universidade Federal de São Carlos, aluna do Programa de Pós Graduação em Educação Especial da mesma universidade, sob orientação da Profa. Dra. Ana Lúcia Cortegoso, peço a sua colaboração para a realização da minha pesquisa de Doutorado.

Este trabalho tem por objetivo produzir conhecimento sobre necessidades e possibilidades de capacitação de mães de bebês prematuros para atuar como agentes de promoção do desenvolvimento, durante internação hospitalar destes bebês.

Esta pesquisa será desenvolvida por meio de três estudos articulados. No Estudo 1 serão obtidas informações sobre comportamentos e necessidades destas mães para lidar com seus bebês e sobre os procedimentos utilizados pela equipe (auxiliares de enfermagem) para prepará-las neste sentido, por meio de entrevistas e observações diretas ou filmagens de comportamentos/conduitas das mães em relação ao bebê. No Estudo 2 será elaborada e desenvolvida uma intervenção junto às mães, voltada para este preparo em como lidar adequadamente com seu bebê. O Estudo 3 consistirá da elaboração de recursos de apoio para este preparo e que possam ficar disponíveis para esta e para outras instituições semelhantes.

Para tanto, será necessária, além da observação direta, a filmagem das situações de transmissão de informações pelos profissionais auxiliares de enfermagem às mães quanto a cuidados com o bebê e em situações diversas de interações entre mãe-bebê em momentos previamente acordados com as participantes. Além desses, todo o procedimento de intervenção para a capacitação das mães deverá ser integralmente filmado para garantir a fidedignidade e confiabilidade dos dados coletados.

As informações obtidas serão traduzidas em dados que omitem qualquer identificação a respeito dos participantes. Será assegurada a não identificação dos participantes, em apresentações e publicações.

Garanto, ainda, que serão feitos esforços para que não haja desconforto ou constrangimento que possam causar qualquer efeito nocivo sobre os participantes da pesquisa e, havendo qualquer indício de que isto possa estar ocorrendo, o procedimento será suspenso e buscadas alternativas cabíveis para eliminar o desconforto eventualmente produzido por ele.

Sem mais, peço a gentileza de poder contar com a sua colaboração, e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento pelo telefone: \_\_\_\_\_.

Agradeço a atenção.

---

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim Responsável

Terapeuta Ocupacional – CREFITO 3/2811-TO  
Profa. Assistente da Universidade Federal de São Carlos  
Departamento de Terapia Ocupacional  
Telefone: 260 8756 ou 8342  
Contato pessoal:  
Telefone: 2728176  
Telefone: 2728176  
e-mail: [regin@power.ufscar.br](mailto:regin@power.ufscar.br)

Profa. Dra. Ana Lucia Cortegoso

Profa. Adjunta da Universidade Federal de São Carlos  
Departamento de Psicologia  
Telefone: 260 8361  
Contato pessoal:  
Telefone: 33681529  
e-mail: [cortego@power.ufscar.br](mailto:cortego@power.ufscar.br)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**APÊNDICE D -**  
**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃE OU EQUIVALENTE**  
**RESPONSÁVEL PELO BEBÊ**

Prezado \_\_\_\_\_ (responsável)

Eu, Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, terapeuta ocupacional, profa. assistente da Universidade Federal de São Carlos, aluna do Programa de Pós Graduação em Educação Especial da mesma universidade, sob orientação da Profa. Dra. Ana Lúcia Cortegoso, peço a sua colaboração para a realização da minha pesquisa de doutorado, autorizando a sua participação durante o período em que permanecer na instituição (nome da instituição) devido à internação do bebê sob sua responsabilidade.

Este trabalho tem por objetivo conhecer e compreender necessidades e possibilidades de capacitação de mães de bebês prematuros para atuar como agentes de promoção do desenvolvimento, ou acompanhantes destes bebês, durante internação hospitalar destes bebês, bem como preparar mães ou responsáveis para lidar, da melhor forma possível, com esta situação de internação e com o cuidado ao bebê ao final dela. Esta pesquisa será desenvolvida por meio de três estudos articulados. No Estudo 1 serão obtidas informações sobre comportamentos e necessidades destas mães (ou acompanhantes) para lidar com seus bebês e sobre os procedimentos utilizados pela equipe (auxiliares de enfermagem) para prepará-las neste sentido, por meio de entrevistas e observações diretas ou filmagens de comportamentos/conduitas das mães (ou acompanhantes) em relação ao bebê. No Estudo 2 será elaborada e desenvolvida uma intervenção junto às mães (ou acompanhantes), voltada para este preparo em como lidar adequadamente com seu bebê. O Estudo 3 consistirá da elaboração de recursos de apoio para este preparo e que possam ficar disponíveis para esta e para outras instituições semelhantes.

Estudos anteriores que utilizaram a metodologia análoga ao trabalho aqui proposto, nos quais foram observados e filmados situações de relações de ensino e aprendizagem e o oferecimento de treinamento, não apresentaram nenhum problema ocorrido com os participantes. No entanto, sob qualquer dificuldade durante a realização dos Estudos desta pesquisa, a mesma será prontamente atendida pela pesquisadora.

Durante o Estudo 1, a participação da mãe será por meio de entrevista cujo objetivo é conseguir informações sobre comportamentos, condições emocionais, dúvidas e necessidades de mães (ou acompanhantes) que se preparam para lidar sozinhas com bebês prematuros,

além de caracterizar aspectos da situação vivenciada pela mãe, em relação a seus sentimentos e temores sobre si mesma e sobre o bebê, bem como as informações de que dispõe e as dúvidas que apresenta quanto ao desenvolvimento do bebê e as formas de lidar com ele. No Estudo 2 as mães terão como atividade proposta à participação na intervenção, que consiste na capacitação das mães como agente de promoção do desenvolvimento por meio de treino em serviço, ocorrendo dentro da própria rotina para aquelas atividades consideradas como atividades naturais de cuidado entre mãe e bebê (por exemplo: amamentação, banho, troca e “brincadeiras”); outras atividades, como leitura de textos sobre desenvolvimento, prematuridade, simulações com bonecos, entre outras, deverão ser realizadas individualmente com cada mãe e, também, se possível, em grupo, em um local reservado dentro do ambiente hospitalar. Durante a realização do Estudo 1 e Estudo 2 além dos procedimentos já explicitados haverá a observação direta e / ou filmagem das interações da mãe com o funcionário e da mãe com o bebê e ainda a filmagem do treino de capacitação em si. O Estudo 3 não prevê a participação direta de mães e ou profissionais.

A participação não é obrigatória, sendo que cada participante tem a liberdade de participar ou não do trabalho, bem como desistir quando desejar, sem nenhuma penalidade ou prejuízo; tem direito, ainda, a esclarecimentos sobre o trabalho que considere necessários, antes e durante sua realização, bem como acesso aos resultados que venham a ser produzidos com o trabalho.

Toda informação obtida tanto na etapa de caracterização, quanto na etapa de intervenção, será mantida em sigilo quanto à identidade dos envolvidos. Em caso de publicação dos resultados em Congressos ou Revista Científica será assegurada a não identificação dos participantes.

A garantia de que serão feito esforços para que não haja desconforto ou constrangimento, que possam causar qualquer efeito nocivo sobre os participantes, será mantida, durante todo o período do desenvolvimento da pesquisa. Firmo o compromisso de zelar pelo respeito e dignidade de todos os participantes e caso seja necessário procurar por apoio de outros profissionais médicos e paramédicos para o efetivo suporte psicossocial às mães ou equivalentes.

Sem mais, peço a gentileza de poder contar com a sua participação direta nos Estudo 1 e Estudo 2 e sua colaboração durante toda a pesquisa. Coloco-me desde já a disposição para qualquer outro esclarecimento.



Atenciosamente.

---

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

Terapeuta Ocupacional – CREFITO 3/2811-TO  
Profa. Assistente da Universidade Federal de São Carlos  
Departamento de Terapia Ocupacional  
Telefone: 260 8756 ou 8342  
Contato pessoal:  
Telefone: 2728176  
Telefone: 2728176  
e-mail: [regin@power.ufscar.br](mailto:regin@power.ufscar.br)

Profa. Dra. Ana Lucia Cortegoso

Profa. Adjunta da Universidade Federal de São Carlos  
Departamento de Psicologia  
Telefone: 260 8361  
Contato pessoal:  
Telefone: 33681529  
e-mail: [cortego@power.ufscar.br](mailto:cortego@power.ufscar.br)

**Estou ciente e de acordo com a participação**

---

Assinatura da Mãe ou equivalente responsável pelo bebê

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APÊNDICE E -

DESCRIÇÃO COMPORTAMENTAL DE CLASSES DE COMPORTAMENTOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE ESPECIFICIDADE  
ESPERADAS DE CUIDADORES DE BEBÊS EGRESSOS DE UTI NEONATAL

QUADRO 1: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “falar com o bebê”.

Condições favorecedoras	Condições antecedentes	Resposta	Resultados previstos	Condições desfavorecedoras
-ambiente tranquilo -mãe orientada -mãe calma -mãe próxima fisicamente do bebê -condição clínica propícia do bebê	1.periodicamente - na passagem do tempo, de preferência em estado alerta, com tempo disponível e desejo da mãe	<b>FALAR COM O BEBÊ</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Voz aguda #Voz suave #Voz baixa #Voz não infantilizada #Linguagem não infantilizada #Ritmo pausado	1. <b>relação mãe-bebê fortalecida, bebê estimulado e confortado</b>	-ambiente ruidoso -ambiente tumultuado com várias pessoas -ambiente tumultuado por diferentes procedimentos
	2.na presença de choro e ou irritação do bebê		2. <b>bebê acalmado, confortado e relação mãe-bebê fortalecida, bebê estimulado</b>	
	3.na proximidade e durante os procedimentos invasivos		3. <b>bebê acalmado e seguro e relação mãe-bebê fortalecida/estimulada</b>	
	4.na oportunidade de momentos de interações tais como: nos procedimentos como banho, amamentação e mãe-canguru, entre outros		4. <b>relação de interação mãe-bebê estimulada/fortalecida e bebê confortado, acalmado e seguro</b>	

QUADRO 2: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “manter contato visual com o bebê”.

Condições favorecedoras	Condição antecedente	Resposta	Resultados previstos	Condições desfavorecedoras
-bebê acordado -ambiente tranquilo -luminosidade adequada -mãe calma -mãe orientada -condição clínica que permita contato visual	1.periodicamente, na passagem do tempo, decorrido um tempo sem estimulação e na condição de alerta e de conforto do bebê	<p style="text-align: center;"><b>MANTER CONTATO VISUAL COM O BEBÊ</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Olhar dirigido para o rosto do bebê #Olhar dirigido para os olhos do bebê #Olhos calmos #Feição tranquila	1. <b>relação mãe-bebê estimulada/ fortalecida</b> e bebê estimulado	-ambiente confuso com vários estímulos -ambiente barulhento -ambiente com várias pessoas
	2.nos momentos oportunos de interação mãe-bebê tais como: banho, amamentação e mãe-canguru, entre outros		2. <b>relação mãe-bebê fortalecida/estimulada</b> e bebê acalmado e seguro	
	3.nos procedimentos técnicos onde a presença da mãe não é inadequada e quando a mãe está disponível		3. <b>bebê acalmado e seguro</b> e relação mãe-bebê fortalecida	

QUADRO 3: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “observar o bebê”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-mãe orientada -mãe calma -mãe sem dificuldades físicas e ou emocionais -ambiente propício para a proximidade física entre mãe e bebê	1. na passagem de tempo sem a presença de atividade específica	<b>OBSERVAR O BEBÊ</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Olhar atentamente #Enxergar com acuidade	1. <b>oportunidade de detecção de risco ou desconforto</b> e oportunidade de interação mãe - bebê	-mãe desorientada -mãe nervosa ou irritada -ambiente tumultuado -mãe sobrecarregada de atividades domésticas ou de trabalho -ambiente não propício para a proximidade mãe - bebê
	2. na presença de sinais e ruídos emitidos pelo bebê		2. <b>identificação de sinais e sintomas o mais precoce possível</b>	

QUADRO 4: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “manipular o bebê”.

Condições favorecedoras	Condição antecedente	Resposta	Resultados previstos	Condições desfavorecedoras
-mãe orientada -mãe calma -mãe treinada -mãe sem dificuldades físicas ou emocionais	1.periodicamente na passagem de longos períodos de tempo	<b>MANIPULAR O BEBÊ</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #De maneira segura #De maneira precisa #Na quantidade necessária #De maneira não dolorosa #De maneira não brusca	<b>1.bebê manipulado e posicionado em postura diferente da anterior</b> e posicionado corretamente	-ambiente barulhento -ambiente tumultuado -ambiente sem espaço físico e sem equipamentos adequados
	2. na presença de sinais de desconforto emitidos pelo bebê		<b>2.bebê emitindo sinais de bem-estar</b> e manipulado corretamente	
	3.quando o bebê estiver mal posicionado		<b>3.bebê posicionado corretamente</b>	
	4.quando houver a necessidade de procedimentos específicos, ex: coleta de exames		<b>4.bebê em posição adequada para determinados procedimentos específicos como coleta de exames</b>	
	5.durante os procedimentos usuais de atenção ao bebê, tais como banho e amamentação		<b>5.bebê manipulado adequadamente emitindo sinais de segurança e conforto</b> e relação mãe bebê estimulada e fortalecida	

	6.na privação de contato corporal entre mãe-bebê desde que não sobrecarregue o bebê de estímulos		<b>6.mãe saciada</b> e bebê estimulado tatilmente e relação mãe-bebê fortalecida	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------	--

QUADRO 5: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**enxugar o bebê**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-mãe orientada/treinada -mãe tranqüila -equipamentos e materiais necessários disponíveis -ambiente tranqüilo -tempo adequado -condições clínicas propícias do bebê	1.quando o bebê estiver molhado	<b>ENXUGAR O BEBÊ</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Áreas amplas #Pressão suave, mas suficiente para secar #Sem movimentos bruscos e inseguros	<b>1.bebê seco e confortável</b>	-ambiente barulhento -ambiente tumultuado -falta de tempo adequado -falta de materiais e equipamentos necessários -condições clínicas inapropriadas do bebê
	2.após a limpeza anterior a troca de fraldas		<b>2.bebê limpo, seco e confortável com fraldas limpas e secas</b>	
	3.após o banho diário		<b>3.bebê limpo, seco e com fraldas limpas e secas</b>	
	4.após a lavagem higiênica		<b>4.bebê limpo e seco</b>	

QUADRO 6: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “tocar o bebê”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-mãe tranqüila -mãe orientada -ambiente calmo -mãe atenta	1.periodicamente decorrido determinado tempo preferencialmente quando o bebê estiver acordado	<b>TOCAR O BEBÊ</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Áreas corporais amplas #Toque profundo sem ser doloroso #Superfícies de contato amplas	<b>1.bebê estimulado tatilmente</b>	-mãe tensa -mãe irritada -ambiente ruidoso -ambiente tumultuado
	2.na presença de choro		<b>2.bebê acalmado e confortado</b>	
	3.na proximidade de e durante procedimentos invasivos, quando possível, diante da condição do bebê e da mãe		<b>3.bebê confortado e sentindo-se seguro</b>	
	4.na oportunidade de momentos de interação entre mãe - bebê		<b>4.relação mãe - bebê estimulada e fortalecida</b>	

QUADRO 7: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “trocar fraldas”.

Condições favorecedoras	Condição antecedente	Resposta	Resultados previstos	Condições desfavorecedoras
-tempo disponível -mãe orientada -mãe treinada -materiais necessários disponíveis -local adequado	1.bebê com fralda molhada de xixi, pesada e com cheiro	<b>TROCAR FRALDAS</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Com segurança #Com delicadeza #Com rapidez desde que de forma adequada	1. <b>bebê com fralda seca e limpa</b> e bebê confortável e aseado	-tempo escasso -mãe insegura -falta de local adequado -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -falta de materiais disponíveis
	2.bebê com fralda suja de cocô		2. <b>bebê com fralda sem cocô e limpa</b> e bebê confortável e aseado	
	3.bebê com nádegas e pernas vermelhas		3. <b>bebê com pele aseada</b> e em condições normais de cor espessura, sensibilidade	
	4.bebê com brotoejas		4. <b>bebê com pele aseada</b> e com diminuição das brotoejas e prevenção do seu agravamento	
	5.decorrido determinado tempo de uso da fralda na ausência de xixi e ou coco		5. <b>bebê com fraldas em condições adequadas para uso</b>	
	6.bebê resmungando, irritado e em condições adequadas de alimentação e sem a presença de dor, decorrido determinado tempo de uso da fralda		6. <b>bebê acalmado e confortável</b>	



QUADRO 8: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**amamentar o bebê no seio materno**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranqüilo -mãe tranqüila -mãe orientada -abundância de leite materno -bebê em condições clínicas para mamar no peito	1.bebê privado de leite materno emitindo sinais como movimentos de sucção, procura pelo seio, chupar o dedo	<b>AMAMENTAR O BEBÊ NO SEIO MATERNO</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Com delicadeza #Com manuseios adequados #Com posicionamento adequado #Propiciando contato visual #Estimulando relação mãe - bebê	1. <b>bebê alimentado/saciado</b> e relação mãe bebê estimulada e fortalecida	-ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -mãe nervosa -bebê sem condições clínicas -bebê muito dorminhoco
	2.tempo estipulado para dar o leite (3 x 3 h)		2. <b>horário pré-determinado cumprido</b> e bebê alimentado	
	3.bebê chorando, decorrido determinado período de tempo de privação de leite pelo bebê		3. <b>possibilidade de o bebê parar de chorar/bebê acalmado</b> e bebê alimentado	

QUADRO 9: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**alimentar o bebê**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranqüilo -mãe tranqüila -mãe orientada -bebê em condições clínicas para sugar-engolir -bebê posturado adequadamente	1.bebê privado de quantidade adequada de leite materno	<b>ALIMENTAR O BEBÊ NA CHUCA - COPINHO</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Com delicadeza #Com manuseios adequados #Com posicionamento adequado #Propiciando contato visual #Estimulando relação mãe - bebê	1. <b>bebê alimentado/saciado</b> e relação mãe bebê estimulada e fortalecida	-ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -mãe nervosa -bebê sem condições clínicas -bebê muito dorminhoco -bebê posturado inadequadamente
	2.tempo estipulado para dar o leite (3 x 3 h) na ausência de condições de amamentação no seio materno		2. <b>horário pré-determinado da alimentação cumprido</b> e bebê alimentado	
	3.bebê chorando, decorrido determinado período de tempo de privação de leite pelo bebê na ausência de condições de amamentação no seio materno		3. <b>possibilidade de o bebê parar de chorar/bebê acalmado</b> e bebê alimentado	

QUADRO 10: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “banhar o bebê”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranquilo -mãe orientada -mãe treinada -tempo disponível -materiais e equipamentos necessários presentes -condições clínicas adequadas do bebê -condições clínicas do bebê estáveis	1.bebê sujo de xixi	<p style="text-align: center;"><b>BANHAR O BEBÊ</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com delicadeza #Com segurança #Sem movimentos bruscos #No tempo suficiente para a limpeza adequada #Propiciando interação mãe - bebê: contato visual, verbalizações	1. <b>bebê limpo e aseado</b> e relação mãe bebê estimulada e fortalecida	-ambiente barulhento -ambiente tumultuado -condições climáticas inadequadas -condições clínicas do bebê instáveis -mãe nervosa -mãe desorientada -tempo não disponível -materiais e equipamentos necessários ausentes
	2.bebê sujo de coco		2. <b>bebê limpo e aseado</b> e relação mãe bebê estimulada e fortalecida	
	3.determinado período de tempo (no mínimo um banho por dia)		3. <b>determinado período de tempo decorrido</b> e relação mãe bebê estimulada e fortalecida	
	4.bebê incomodado e desconfortável		4. <b>bebê acalmado e confortável</b> e relação mãe bebê estimulada e fortalecida	

QUADRO 11: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**pegar o bebê do trocador para o colo**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranqüilo -mãe orientada -mãe treinada -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -habilidade da mãe em manipular o bebê	1.bebê no trocador finalizada as atividades de higiene e troca	<p style="text-align: center;"><b>PEGAR O BEBÊ DO TROCADOR PARA O COLO</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com segurança #Com delicadeza #Com precisão #Com cuidado	1. <b>bebê pego no colo de maneira segura/ confortável</b> e relação mãe-bebê estimulada e fortalecida	-tempo escasso -mãe insegura -mãe desinformada -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -condições clínicas do bebê instáveis
	2.bebê no trocador finalizado os procedimentos técnicos como coleta de exames e medidas		2. <b>bebê pego no colo de maneira segura/ confortável e confortado</b> e relação mãe-bebê estimulada e fortalecida	

QUADRO 12: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**enrolar o cueiro no bebê**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranqüilo -mãe orientada -mãe treinada -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -habilidade da mãe em manipular o bebê	1.após o banho do bebê	<b>ENROLAR O CUEIRO NO BEBÊ</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Com cuidado #Com delicadeza #Com certa rapidez #Sem machucar #Posicionando os membros superiores corretamente	1. <b>bebê enrolado com o cueiro e aquecido</b> e relação mãe - bebê estimulada e fortalecida	-tempo escasso -mãe insegura -mãe desinformada -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -condições clínicas do bebê instáveis
	2.durante o trajeto do trocador para a incubadora		2. <b>bebê enrolado com o cueiro, confortável e aquecido</b> e relação mãe - bebê estimulada e fortalecida	
	3.diante de temperaturas e ou mudanças de temperaturas para graus mais frios		2. <b>bebê enrolado com o cueiro, aquecido e confortável</b> e relação mãe-bebê estimulada e fortalecida	

QUADRO 13: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “andar com o bebê no colo”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranqüilo -mãe orientada -mãe treinada -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -mãe com habilidade	1. diante da necessidade de deslocar o bebê	<b>ANDAR COM O BEBÊ NO COLO</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Com cuidado #Com tranqüilidade #Com segurança #Com delicadeza	2. <b>bebê deslocado no colo de maneira adequada</b> e relação mãe - bebê estimulada e fortalecida	-tempo escasso -mãe insegura -mãe desinformada -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -condições clínicas do bebê instáveis -mãe agitada -mãe desajeitada
	2. diante de sinais emitidos pelo bebê como: resmungos, choramingos estando o bebê saciado		2. <b>bebê deslocado no colo de maneira adequada com a possibilidade de parar de emitir sinais</b> e relação mãe - bebê estimulada e fortalecida	
	3. estando o bebê em estado de alerta na oportunidade de interação com o bebê		3. <b>bebê estimulado/acalmado</b> e relação mãe-bebê estimulada e fortalecida	

QUADRO 14: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**segurar o bebê no colo posicionado de barriga para baixo**”.

Condições favorecedoras	Condição antecedente	Resposta	Resultados previstos	Condições desfavorecedoras
-ambiente tranquilo -mãe orientada -mãe treinada -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -mãe com habilidade -mãe segura	1. bebê resmungando decorrido determinado período de tempo de ele ter sido alimentado, mas não o suficiente para a privação	<b>SEGURAR O BEBÊ NO COLO POSICIONADO DE BARRIGA PARA BAIXO</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Com segurança #Com precisão #Posicionando-o adequadamente #Com pressão adequada sem ocasionar dor	1. <b>bebê segurado adequadamente com a possibilidade de ele parar de resmungar</b> e relação mãe-bebê estimulada e fortalecida	-tempo escasso -mãe insegura mãe desinformada -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos ambiente barulhento -condições clínicas do bebê – instáveis -mãe desajeitada
	2. bebê emitindo sinais de cólicas abdominais: choro, movimento de pernas, feição de dor		2. <b>bebê acalmado e confortado sem emitir os sinais</b> e relação mãe-bebê estimulada e fortalecida	

QUADRO 15: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “trocar o bebê no berço”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranquilo -mãe orientada -mãe treinada -tempo disponível -materiais e equipamentos necessários presentes -condições clínicas do bebê estáveis -mãe habilidosa	1.bebê impossibilitado de sair do berço apresentando sinais que indiquem necessidade de troca: fralda suja; vestimentas sujas e ou molhadas	<b>TROCAR O BEBÊ NO BERÇO</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Com cuidado #Com certa rapidez desde que seja adequada a manipulação #Colocando o bebê em posturas corretas	<b>1.bebê trocado em condições adequadas para permanecer no berço</b>  e relação mãe - bebê estimulada e fortalecida	-tempo escasso -mãe insegura -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -falta de materiais disponíveis -condições clínicas do bebê instáveis -mãe desajeitada
	2.bebê apresentando sinais de frio ou calor na impossibilidade de sair do berço		<b>2. bebê trocado adequadamente em condições de permanecer no berço</b>  e relação mãe - bebê estimulada e fortalecida	



QUADRO 16: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**embalar o bebê**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranqüilo -mãe orientada -mãe treinada -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -mãe relaxada	1.bebê emitindo sinais de desconforto, desde que esteja saciado, trocado e limpo	<b>EMBALAR O BEBÊ</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b> #Com cuidado #Com segurança #Com tranqüilidade #Com ritmo pausado	<b>1.bebê embalado</b> e relação mãe-bebê estimulada e fortalecida	-tempo escasso -mãe insegura -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -condições clínicas do bebê instáveis -mãe com dificuldades emocionais
	2.bebê em estado de alerta e em condições disponíveis		<b>2.bebê embalado e estimulado</b> e relação mãe-bebê estimulada e fortalecida	
	3.na oportunidade de momentos de interação entre mãe-bebê		<b>3.relação mãe-bebê estimulada e fortalecida</b> e bebê embalado e estimulado	

QUADRO 17: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “solicitar informações e orientações”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranquilo -mãe orientada quanto à rotina do serviço -mãe treinada -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -mãe minimamente esclarecida -mãe identificada com o bebê -mãe orientada quanto a procedimentos básicos	1.na oportunidade de momentos de conversa com profissionais	<p style="text-align: center;"><b>SOLICITAR INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com atenção #Com clareza #Com tranquilidade #Com ritmo pausado	<b>1.informações e orientações transmitidas</b> e relação mãe equipe estimulada	-tempo escasso -mãe insegura -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -condições clínicas do bebê instáveis -mãe desorientada quanto à rotina do serviço -mãe desorientada quanto a procedimentos técnicos básicos
	2.na oportunidade de conversa com outras mães na mesma situação		<b>2.troca de informações e experiências pessoais</b> e relação entre mães estimulada e fortalecida	
	3.na presença de dúvidas e ou questionamentos		<b>3.dúvidas esclarecidas e questionamentos discutidos</b> e relação mãe equipe estimulada	
	4.na oportunidade de expressar sentimentos em relação ao bebê		<b>4.sentimentos sobre o bebê expressados</b> e relação mãe equipe estimulada e relação entre mães estimulada e fortalecida	

QUADRO 18: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “expressar sentimentos sobre o bebê”.

Condições favorecedoras	Condição antecedente	Resposta	Resultados previstos	Condições desfavorecedoras
-ambiente tranquilo -mãe orientada quanto à rotina do serviço -mãe treinada -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -mãe minimamente esclarecida -mãe identificada com o bebê -mãe orientada quanto a procedimentos básicos	1. na oportunidade de contato com os diversos profissionais e na presença de sentimentos angustiantes	<p style="text-align: center;"><b>EXPRESSAR SENTIMENTOS SOBRE O BÊBE</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com atenção #Com clareza #Com tranquilidade	<b>1. sentimentos expressados e</b> relação mãe equipe estimulada	-tempo escasso -mãe insegura -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -condições clínicas do bebê instáveis -mãe desorientada quanto à rotina do serviço -mãe desorientada quanto a procedimentos técnicos básicos
	2. na oportunidade de conversa com outras mães na mesma situação		<b>2. sentimentos expressados e troca de informações e experiências pessoais e</b> relação entre mães estimulada e fortalecida	
	3. na presença de dificuldade em se relacionar afetivamente com o bebê		<b>3. sentimentos sobre o bebê expressados e</b> relação mãe-bebê estimulada	
	4. na presença de instabilidade emocional		<b>4. sentimentos sobre o bebê expressados e</b> mãe com oportunidade de sentir-se apoiada e estável emocionalmente	

QUADRO 19: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “realizar autocuidados”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranqüilo -mãe orientada quanto à rotina do serviço -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -mãe minimamente esclarecida -mãe identificada com o bebê -mãe orientada quanto a procedimentos básicos	1.na passagem do tempo diante da necessidade de se cuidar	<p style="text-align: center;"><b>REALIZAR AUTOCUIDADOS</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com atenção #Com tranqüilidade #Com frequência constante #De maneira correta	<b>1.autocuidados realizados</b>	-tempo escasso -mãe insegura -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -condições clínicas do bebê instáveis -mãe desorientada quanto à rotina do serviço -mãe desorientada quanto a procedimentos técnicos básicos -mãe não identificada com o bebê
	2.na oportunidade de um período de tempo (dia e ou noite) estabelecido só para si		<b>2.autocuidados realizados</b> e mãe com oportunidade de sentir melhor	
	3.na presença de mal-estar físico/clínico		<b>3.mal-estar resolvido</b> e condição física/clínica da mãe adequada mãe com oportunidade de sentir melhor	

QUADRO 20: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “relaxar”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condição antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranquilo -mãe orientada quanto à rotina do serviço -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -mãe minimamente esclarecida -mãe identificada com o bebê -mãe orientada quanto a procedimentos básico -mãe calma	1.na passagem do tempo diante da tensão física	<p style="text-align: center;"><b>RELAXAR</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com frequência #De forma adequada	<b>1.mãe sentindo-se relaxada</b> e mãe com oportunidade de sentir melhor	-tempo escasso -mãe insegura -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos-ambiente barulhento -condições clínicas do bebê instáveis -mãe desorientada quanto à rotina do serviço-mãe desorientada quanto a procedimentos técnicos básicos -mãe não identificada com o bebê
	2.na presença de tensão emocional exacerbada		<b>2.mãe relaxada</b> e mãe com oportunidade de sentir melhor	
	3.na presença de mal-estar físico/clínico		<b>3.mãe relaxada e mal-estar resolvido</b> e mãe com oportunidade de sentir melhor	
	4.diante de situações inesperadas		<b>4.mãe relaxada</b> e oportunidade de relação mãe equipe adequada	
	5.diante do agravamento do quadro clínico do bebê		<b>5.mãe relaxada</b> e oportunidade de troca de informações entre mãe e equipe adequadas	

QUADRO 21: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “falar com outras mães na mesma situação”.

Condições favorecedoras	Condição antecedente	Resposta	Resultados previstos	Condições desfavorecedoras
-ambiente tranqüilo -mãe orientada quanto à rotina do serviço -mãe treinada -tempo disponível -condições clínicas do bebê estáveis -mãe minimamente esclarecida -mãe identificada com o bebê -mãe orientada quanto a procedimentos básicos	1. na oportunidade de momentos de interação com outras mães de bebês prematuros	<b>FALAR COM OUTRAS MÃES NA MESMA SITUAÇÃO</b>  <b>Propriedades desejáveis:</b>  #Com atenção #Com clareza #Com tranqüilidade #Com ritmo pausado #Com frequência constante #Com respeito às necessidades da outra pessoa #Respeitando as opiniões alheias	<b>1.interação entre as mães estimulada e troca de experiências pessoais compartilhadas</b>	-tempo escasso -mãe insegura -ambiente tumultuado por pessoas -ambiente tumultuado por procedimentos técnicos -ambiente barulhento -condições clínicas do bebê instáveis -mãe desorientada quanto à rotina do serviço -mãe desorientada quanto a procedimentos técnicos básicos
	2. na presença de dúvidas e ou questionamentos sobre diversos assuntos (bebês, casa trabalho, entre outros)		<b>2.dúvidas esclarecidas e questionamentos discutidos</b> e relação entre mães estimuladas	
	3. na oportunidade de expressar sentimentos pessoais em relação ao bebê		<b>3.sentimentos pessoais sobre o bebê expressados</b> e relação entre mães estimulada e fortalecida	

## APÊNDICE F -

### COMPORTAMENTOS ESPERADOS DE CUIDADORES DE BEBÊS HOSPITALIZADOS EGRESSOS DE UTI NEONATAL

QUADRO 1: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe, que envolvem a resposta “**interagir adequadamente com o bebê**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condições antecedentes</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranquilo -mãe orientada sobre o desenvolvimento geral do prematuro -mãe orientada sobre a rotina do serviço -mãe informada sobre determinados procedimentos -mãe informada sobre as condições clínicas de seu bebê -mãe calma -mãe próxima fisicamente do bebê -condição clínica	1. periodicamente, considerando a passagem do tempo, de preferência com bebê em estado alerta, mãe com tempo disponível e disposta	<p style="text-align: center;"><b>INTERAGIR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b>                      #Com voz suave                      #Com delicadeza                      #Com segurança                      #Com atenção</p>	<b>1. relação mãe-bebê fortalecida, bebê estimulado e confortado</b>	-ambiente ruidoso -ambiente tumultuado com várias pessoas -ambiente tumultuado por diferentes procedimentos -mãe desinformada quanto à rotina do serviço -mãe desinformada sobre procedimentos necessários -mãe desinformada quanto à situação clínica de seu bebê -mãe com dificuldade de se identificar com seu bebê
	2. na presença de choro e ou irritação do bebê		<b>2. bebê acalmado, confortado e relação mãe-bebê fortalecida, bebê estimulado</b>	
	3. na proximidade, durante e após os procedimentos invasivos		<b>3. bebê acalmado e seguro e relação mãe-bebê fortalecida/estimulada</b>	

<p>propicia do bebê -mãe identificada com seu bebê</p>	<p>4. momentos de interação relacionados a maternagem, tais como nos procedimentos de amamentação, alimentação, higiene (banho, troca de fralda, limpeza do umbigo) e procedimentos de rotina do serviço como mãe-canguru, entre outros</p>		<p><b>4. relação de interação mãe- bebê estimulada/fortalecida</b> e bebê confortado, acalmado e seguro</p>	
----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



QUADRO 2: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe, que envolvem a resposta “obter informações sobre o bebê”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condições antecedentes</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranquilo -mãe orientada sobre o desenvolvimento geral do prematuro -mãe orientada sobre a rotina do serviço -mãe informada sobre determinados procedimentos -mãe informada sobre as condições clínicas de seu bebê -mãe calma -mãe identificada com seu bebê	1.periodicamente, com a passagem do tempo (possibilidade de mudança...)  * fontes de informações disponíveis	<p style="text-align: center;"><b>OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com segurança #Com atenção #Com frequência constante	1. <b>necessidades do bebê identificadas o mais rapidamente possível</b> , relação mãe-bebê fortalecida	-ambiente ruidoso -ambiente tumultuado com várias pessoas -ambiente tumultuado por diferentes procedimentos -mãe desinformada quanto à rotina do serviço -mãe desinformada sobre procedimentos necessários -mãe desinformada quanto à situação clínica de seu bebê -mãe com dificuldade de se identificar com seu bebê
	2.na presença de choro e ou irritação do bebê  * fontes de informações disponíveis		2. <b>necessidades do bebê e condição clínica do bebê identificadas o mais precocemente possível</b> e relação mãe-bebê fortalecida	
	3.na proximidade, durante e após os procedimentos invasivos  * fontes de informações disponíveis		3. <b>condição clínica do bebê identificadas o mais precocemente possível</b> e relação mãe-bebê fortalecida	

	<p>4. momentos de interação relacionados a maternagem tais como nos procedimentos como amamentação, alimentação, higiene (banho, troca de fralda, limpeza do umbigo) e procedimentos de rotina do serviço como mãe-canguru, entre outros</p> <p>* fontes de informações disponíveis</p>		<p><b>4.necessidades do bebê identificadas, impacto dos procedimentos no bebê avaliados, relação mãe-bebê fortalecida/estimulada</b></p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

QUADRO 3: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**garantir condições de segurança para o bebê**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condições antecedentes</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranquilo -mãe orientada sobre o desenvolvimento geral do pré - termo -mãe orientada sobre a rotina do serviço -mãe informada sobre determinados procedimentos necessários -mãe informada sobre as condições clínicas de seu bebê -mãe calma -mãe segura -mãe identificada com seu bebê	1.constantemente – com a passagem do tempo	<p style="text-align: center;"><b>GARANTIR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA PARA O BEBÊ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Propriedades desejáveis:</b></p> <p>#Com segurança                      #Com atenção                      #Com frequência constante</p>	1. <b>Segurança e conforto para o bebê</b> e relação mãe-bebê fortalecida	-ambiente ruidoso -ambiente tumultuado com várias pessoas -ambiente tumultuado por diferentes procedimentos - <i>mãe desorientada sobre o desenvolvimento geral do pré - termo</i> -mãe desinformada quanto à rotina do serviço -mãe desinformada sobre procedimentos necessários -mãe desinformada quanto à situação clínica de seu bebê -mãe com dificuldade de se identificar com seu bebê
	2.na presença de choro e ou irritação do bebê		2. <b>Segurança e conforto do bebê,</b> e relação mãe-bebê fortalecida	
	3.na proximidade, durante e após os procedimentos invasivos		3. <b>Segurança e conforto do bebê</b> e relação mãe-bebê fortalecida	
	4.na manipulação do bebê relacionada aos cuidados de maternagem tais como nos procedimentos como amamentação, alimentação, higiene (banho, troca de fralda, limpeza do umbigo) e procedimentos de rotina do serviço como mãe-canguru, entre outros		4. <b>Segurança e conforto do bebê,</b> relação mãe-bebê fortalecida/estimulada	

	5.na realização de deslocamentos do bebê e de deslocamentos com o bebê		<b>5.Segurança e conforto do bebê,</b> relação mãe-bebê fortalecida/estimulada	
	6.durante o posicionamento do bebê na incubadora, no berço, no trocador, na cuba ou banheira para banho		<b>6. Segurança e conforto do bebê,</b> relação mãe-bebê fortalecida/estimulada	

QUADRO 4: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**garantir condições de higiene e conforto físico para o bebê**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condições antecedentes</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranqüilo -mãe orientada sobre o desenvolvimento geral do pré - termo -mãe orientada sobre a rotina do serviço -mãe informada sobre determinados procedimentos necessários mãe orientada quanto a procedimentos de limpeza -mãe treinada a realizar procedimentos de limpeza -mãe informada sobre as condições clínicas de seu bebê -mãe calma -mãe segura -mãe identificada com seu bebê	1. com a passagem do tempo, na presença de sujeira	<p style="text-align: center;"><b>GARANTIR CONDIÇÕES DE HIGIENE PARA O BEBÊ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com segurança #Com atenção #Com delicadeza #Com constância #Com precisão #Com rapidez	1. <b>Bebê limpo e confortável</b> e relação mãe-bebê fortalecida	-ambiente ruidoso -ambiente tumultuado com várias pessoas -ambiente tumultuado por diferentes procedimentos -mãe desorientada sobre o desenvolvimento geral do prematuro -mãe desinformada quanto à rotina do serviço -mãe desinformada sobre procedimentos necessários -mãe desorientada como realizar procedimentos de limpeza -mãe desinformada quanto à situação clínica de seu bebê -mãe com dificuldade de se identificar com seu bebê
	2. nos horários estipulados pela rotina do serviço para a manipulação do bebê relacionada ao cuidado materno de higiene: banho, troca de fralda, limpeza do umbigo		2. <b>Bebê limpo e confortável</b> e relação mãe-bebê fortalecida	
	3. na presença de choro e ou sinais de irritação do bebê, desde que não sejam motivados por fome ou dor (bebê já saciado e condição clínica avaliada) e com sinais de sujeira, mesmo que sutis		3. <b>Bebê limpo e confortável</b> e relação mãe-bebê fortalecida	
	4. diante da presença de sujeiras ou líquidos na roupa ou couro do bebê		4. <b>Bebê limpo e confortável</b> e relação mãe-bebê fortalecida	

QUADRO 5: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “**alimentar o bebê**”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condições antecedentes</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranquilo -mãe orientada sobre o desenvolvimento geral do pré - termo -mãe orientada sobre a rotina do serviço -mãe informada sobre determinados procedimentos -mãe informada sobre as condições clínicas de seu bebê -mãe calma -mãe identificada com seu bebê	1. na passagem do tempo de acordo com períodos de tempo estipulados pelo serviço (3 x 3 h) ou pelo profissional	<p style="text-align: center;"><b>ALIMENTAR O BEBÊ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com segurança #Com atenção #Com delicadeza #Em posição adequada	1. <b>bebê alimentado</b> , relação mãe-bebê fortalecida/estimulada	-ambiente ruidoso -ambiente tumultuado com várias pessoas -ambiente tumultuado por diferentes procedimentos -mãe desinformada quanto à rotina do serviço -mãe desinformada sobre procedimentos necessários -mãe desinformada quanto à situação clínica de seu bebê -mãe com dificuldade de se identificar com seu bebê
	2. na presença de choro e ou irritação do bebê, desde que ele não esteja saciado (ou supostamente não saciado)		2. <b>bebê suficientemente alimentado, quantidade de ml de leite estipulada complementada</b> , relação mãe-bebê fortalecida/estimulada	

QUADRO 6: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “criar condições favorecedoras para lidar adequadamente com o bebê no berçário”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condições antecedentes</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranquilo -mãe orientada sobre o desenvolvimento geral do pré - termo -mãe orientada sobre a rotina do serviço -mãe informada sobre determinados procedimentos -mãe informada sobre as condições clínicas de seu bebê -mãe calma -mãe relaxada -mãe identificada com seu bebê -mãe emocionalmente controlada	1.periodicamente, com a passagem do tempo, na ausência de informações sobre o estado clínico e de desenvolvimento do bebê  * presença de membros da equipe ou possibilidade de acesso a membros da equipe	<p><b>CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA LIDAR ADEQUADAMENTE COM O BEBÊ NO BERÇÁRIO</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b></p> <p>#Com segurança                      #Com atenção                      #Com frequência constante                      #Sem dúvidas</p>	1. <b>ambiente favorecido para troca de informações e orientações</b> e relação mãe-bebê fortalecida/estimulada	-ambiente ruidoso -ambiente tumultuado com várias pessoas -ambiente tumultuado por diferentes procedimentos -mãe desinformada quanto à rotina do serviço -mãe desinformada sobre procedimentos necessários -mãe desinformada quanto à situação clínica de seu bebê -mãe com dificuldade de se identificar com seu bebê -mãe com dificuldade de expressar seus sentimentos -mãe emocionalmente abalada
	2. na presença de dúvidas sobre a situação e condições clínicas e de desenvolvimento bebê  * presença de membros da equipe ou possibilidade de acesso a membros da equipe		2. <b>ambiente favorecido para esclarecimento de dúvidas e orientações</b> e relação mãe-bebê fortalecida/estimulada	

	<p>3.com a passagem do tempo, diante das próprias necessidades de orientações sobre o bebê e de como lidar com ele (lacunas de conhecimento sobre o bebê e sobre suas condições e necessidades e sobre como atende-las)</p> <p>* presença de membros da equipe ou possibilidade de acesso a membros da equipe</p>		<p><b>3.ambiente favorecido para recebimento de orientações</b> e relação mãe-bebê fortalecida/estimulada</p>	
	<p>4. diante da possibilidade de contato com outras mães na mesma situação</p>		<p><b>5.ambiente favorecido para troca de experiências pessoais sobre o bebê e sobre outros assuntos (pessoais, familiares)</b> e relação mãe-bebê fortalecida/estimulada</p>	
	<p>5.diante da necessidade de expressar diversos sentimentos em relação ao bebê (presença de sentimentos desagradáveis relacionados à situação com o bebê, dificuldades para lidar com estes sentimentos...)</p>		<p><b>6.sentimentos expressos e mãe apoiada emocionalmente</b> e relação mãe-bebê e mãe-equipe fortalecida/estimulada</p>	



QUADRO 7: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “criar condições favorecedoras para cuidar de si mesma enquanto o bebê estiver no berçário”.

Condições favorecedoras	Condições antecedentes	Resposta	Resultados previstos	Condições desfavorecedoras
-ambiente tranquilo -mãe orientada sobre o desenvolvimento geral do pré - termo -mãe orientada sobre a rotina do serviço -mãe informada sobre determinados procedimentos -mãe informada sobre as condições clínicas de seu bebê -mãe calma -mãe relaxada -mãe identificada com seu bebê -mãe emocionalmente controlada	1. na passagem do tempo, com diversos membros da equipe, diante de sensações e sentimentos relacionados a como tem se sentido em relação a sua permanência no hospital	<p style="text-align: center;"><b>CRIAR CONDIÇÕES FAVORECEDORAS PARA CUIDAR DE SI MESMA ENQUANTO O BEBÊ ESTIVER NO BERÇÁRIO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com segurança #Com atenção #Com frequência constante	1. <b>sentimentos e sensações expressadas e refletidas e trocas de informações e orientações de diversos profissionais e mãe apoiada emocionalmente</b> e relação mãe - membros da equipe fortalecida/estimulada	-ambiente ruidoso -ambiente tumultuado com várias pessoas -ambiente tumultuado por diferentes procedimentos -mãe desinformada quanto à rotina do serviço -mãe desinformada sobre procedimentos necessários -mãe desinformada quanto à situação clínica de seu bebê -mãe com dificuldade de se identificar com seu bebê -mãe com dificuldade de expressar seus sentimentos -mãe emocionalmente abalada
	2. na presença de mães disponíveis e dispostas a trocar experiências, diante da necessidade de trocar experiências sobre como tem realizado suas tarefas domésticas e cuidados com outros (dificuldades ou facilidades para lidar com situação familiar ou pessoal) (companheiro, filhos, parentes)		2. <b>troca de experiências pessoais sobre questões familiares diversas e relações entre as mães estimuladas</b>	

	<p>3.diante da necessidade de expressar sentimentos em relação a si mesma (sentimentos desagradáveis)</p> <p>pessoas dispostas a conversar sobre as dificuldades que está encontrando</p>		<p><b>3.sentimentos sobre si mesma expressos e mãe apoiada emocionalmente</b></p>	
	<p>4.diante da necessidade de outras pessoas de expressarem seus sentimentos e dificuldades (sentimentos desagradáveis e dificuldades para lidar com a situação)</p> <p>- da disposição para conversar sobre as dificuldades destas pessoas</p> <p>- de sentimentos positivos ou facilidades para lidar com a situação, que possam auxiliar outras pessoas</p>		<p>sentimentos e facilidades expressos, <b>outras pessoas auxiliadas</b> para lidar com suas próprias dificuldades e sentimentos</p>	

	4.na passagem de tempo durante dia e/ou noite, diante da necessidade de autocuidados e bem-estar próprio		<b>4.autocuidados e bem-estar estabelecidos e preservados</b> e mãe em estado físico adequado	
	5.na presença de tensão física (muscular) e ou emocional		<b>5.mãe relaxada física e emocionalmente</b>	

QUADRO 8: Descrição de relações comportamentais desejáveis da mãe que envolvem a resposta “tranqüilizar o bebê”.

<b>Condições favorecedoras</b>	<b>Condições antecedentes</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados previstos</b>	<b>Condições desfavorecedoras</b>
-ambiente tranqüilo -mãe orientada sobre o desenvolvimento geral do pré - termo -mãe orientada sobre a rotina do serviço -mãe informada sobre determinados procedimentos -mãe informada sobre as condições clínicas de seu bebê -mãe calma -mãe relaxada -mãe identificada com seu bebê -mãe emocionalmente controlada	1. na presença de choro e ou irritação do bebê desde que ele não esteja com fome ou com dor	<p style="text-align: center;"><b>TRANQÜILIZAR O BEBÊ</b></p> <p><b>Propriedades desejáveis:</b></p> #Com segurança #Com delicadeza #Com atenção #Com frequência constante	1. <b>bebê acalmado</b> , relação mãe-bebê fortalecida/estimulada	-ambiente ruidoso -ambiente tumultuado com várias pessoas -ambiente tumultuado por diferentes procedimentos -mãe desinformada quanto à rotina do serviço -mãe desinformada sobre procedimentos necessários -mãe desinformada quanto à situação clínica de seu bebê
	2. na presença de choro e ou irritação do bebê após procedimentos invasivos			1. <b>bebê acalmado</b> , relação mãe-bebê fortalecida/estimulada

**APÊNDICE G -  
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÃES**

Entrevistador:  
Data da entrevista:  
Assinatura do entrevistado:

**DADOS PESSOAIS GERAIS**

1. Nome da mãe:
2. Data de nascimento:
3. Idade:
4. Escolaridade:
5. Atividade profissional:
6. Situação conjugal:
7. Nome do pai:
8. Data de nascimento:
9. Idade:
10. Escolaridade:
11. Atividade profissional:
12. Endereço residencial:
13. Telefone de contato:
14. Há outras pessoas residentes na casa:
15. Há quanto tempo bebê está internado no hospital:
16. Local:
17. Quanto tempo você permanece no hospital por dia:
18. Motivos/Razões:
19. Quais os horários:

**ENTREVISTA INICIAL MÃES / FAMILIARES**

1. O que você acha de um encontro para as mães que tem bebês na UTI neonatal ou no berçário para aprender sobre as dúvidas ou sobre algo que gostariam de saber/conversar?

Resposta: \_\_\_\_\_  
( ) bom      ( ) ruim

2. Você recebeu informações sobre como lidar com seu bebê, como cuidar dele? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

- ( ) sobre amamentação no peito.
- ( ) sobre alimentação no copinho.
- ( ) como dar o banho.
- ( ) como limpar o xixi e o coco.
- ( ) como trocar fralda.
- ( ) como limpar o umbigo.

- quando devo brincar com meu bebê.
- como devo brincar com meu bebê.
- como devo carregá-lo.
- como devo toca-lo.
- devo interagir com meu bebê.

3. Você tem dúvidas sobre como lidar ou como cuidar de seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

- na amamentação do bebê no peito.
- na alimentação no copinho.
- na troca e higiene.
- no banho.
- no brincar.
- quando ele está no meu colo.
- quando tenho que tocá-lo.
- quando tenho que carregá-lo.
- quando tenho que mexer nele.

4. Você tem dificuldades para lidar com seu bebê, ou para cuidar de seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

- não lembro das orientações.
- não sei fazer como me ensinaram.
- ainda não gravei todos os passos das tarefas.
- tenho vergonha de perguntar minhas dúvidas.
- tenho medo de tocar meu bebê.
- não me sinto segura para cuidar dele.

5. O que você faz no hospital enquanto seu bebê está internado?

- UTI n  BE

Resposta: \_\_\_\_\_

- não dá para fazer nada.
- fico parada ao seu lado.
- toco meu bebê.
- falo com meu bebê.
- brinco com meu bebê.
- participo das atividades do BE.
- pensamentos ruins ficam na cabeça.
- converso com os outros e procuro ajuda.
- fico alheia ao que está acontecendo.

6. O que você faz quando não está junto de seu bebê no hospital?

Resposta: \_\_\_\_\_

- não dá para fazer nada.
- deixei de fazer o que antes fazia.
- faço as tarefas domésticas.
- cuido de mim mesma.
- cuido de meu marido e filhos.
- participo das atividades da comunidade.
- pensamentos ruins ficam na cabeça.
- converso com os outros e procuro ajuda.
- fico alheia ao que está acontecendo.
- preparo minha casa para a vinda do bebê.

7. No berçário quais os cuidados/atividades com o bebê que você realiza?

Resposta: \_\_\_\_\_

- eu dou de mamar.
- eu dou leite no copinho.
- eu troco sua fralda.
- eu dou banho.
- eu visto sua roupinha.
- eu observo seu sono.
- eu observo sua respiração.
- eu brinco com meu bebê.
- eu falo com ele.
- eu toco em meu bebê.
- faço mãe-canguru.

8. Tem alguma coisa que você acha que iria te ajudar a cuidar de seu bebê?

Resposta: \_\_\_\_\_

- receber informações desde o momento da internação na UTI n.
- ter um período agendado do dia para receber informações.
- poder conversar com as enfermeiras.
- ler material que ensine como cuidar do bebê.
- trocar informações com outros profissionais da saúde.
- aprender observando a auxiliar de enfermagem.
- fazendo é possível aprender.
- vou perguntar para pessoas mais velhas e experientes.

9. Você tem dúvidas sobre o desenvolvimento futuro do seu bebê? Quais? Por que?

Resposta: \_\_\_\_\_

- será que ele vai crescer como as outras crianças.
- ele poderá fazer de tudo.
- ele vai precisar de ajuda.
- ele vai poder andar, falar.
- ele vai poder ler e escrever.

10. Nesse momento o que você acha mais importante para o seu bebê, em relação a você?

Resposta: \_\_\_\_\_

- permanecer ao seu lado o dia todo.
- acompanhar os procedimentos da enfermagem.
- participar dos cuidados.
- ser informada sobre tudo que acontece com ele.

11. Se você pudesse conversar com outras mães e com profissionais que atuam junto aos bebês e mães, sobre o que você tem passado ultimamente... Quais os assuntos que você gostaria de conversar?

Resposta: \_\_\_\_\_

- saúde do seu bebê.
- pensamentos e sentimentos que ficam o tempo todo.
- como é ficar em casa sem o seu bebê.
- como você tem se sentido.
- suas preocupações com o marido, outros filhos, trabalho.
- como será levar o bebê para casa.
- suas dúvidas e medos.
- como lidar com o bebê.
- como cuidar do bebê.

### **ENTREVISTA PARA OS MÓDULOS/ UNIDADES E PASSOS:**

#### **MÓDULO 1: INFORMAÇÕES GERAIS**

**PASSO: POSTURA**

**DATA DA ENTREVISTA:**

1. Você recebeu orientações sobre como posicionar o seu bebê?

Resposta: \_\_\_\_\_

Na incubadora?

No berço?

No seu colo, estando você em pé?

No seu colo, estando você sentada?

Durante a amamentação?

Para ele arrotar?

Durante a troca de fralda?

Durante o banho?

Quando você tendo qualquer tipo de interação com ele?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada à postura adequada para seu bebê em alguma situação?

Resposta: \_\_\_\_\_



MÓDULO 1: INFORMAÇÕES GERAIS

PASSO: DESLOCAR

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre como deslocar o seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Da incubadora?

Do berço?

Do seu colo?

Durante o banho? (da balança para o trocador, do trocador para a banheira e vice-versa)

Quando você está tendo qualquer tipo de interação com ele?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao deslocar adequado para seu bebê em alguma situação? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 1: INFORMAÇÕES GERAIS

PASSO: SEGURAR

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre como segurar o seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto à forma/maneira?

Quanto à pressão/força?

Quando você está tendo qualquer tipo de interação com ele?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao segurar adequado seu bebê em alguma situação? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 2: CUIDAR

PASSO: AMAMENTAÇÃO

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu informações sobre como amamentar seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

2. Você sabe posicionar o bebê em seu colo para amamentá-lo?

Resposta: \_\_\_\_\_

3. Você sabe como ele deve fazer a pega?

Resposta: \_\_\_\_\_

4. Você sabe ajudá-lo a fazer a pega?

Resposta: \_\_\_\_\_

5. Você percebe quando ele está realmente mamando?

Resposta: \_\_\_\_\_

6. Você sabe identificar sinais de desconforto no bebê?

Resposta: \_\_\_\_\_

7. Você sabe estimular o bebê sugar o peito?

Resposta: \_\_\_\_\_

8. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada à amamentação?

Resposta: \_\_\_\_\_

## MÓDULO 2: CUIDAR

### PASSO: ALIMENTAÇÃO NO COPINHO

#### DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu informações sobre como alimentar seu bebê no copinho? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

2. Você sabe posicionar o bebê em seu colo para alimentá-lo com o copinho?

Resposta: \_\_\_\_\_

3. Você sabe a maneira de oferecer o leite no copinho para ele?

Resposta: \_\_\_\_\_

4. Você percebe quando ele está realmente se alimentando?

Resposta: \_\_\_\_\_

5. Você sabe identificar sinais de desconforto no bebê?

Resposta: \_\_\_\_\_

6. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada à alimentação no copinho adequada para seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 2: CUIDAR  
PASSO: ALIMENTAÇÃO NA CHUQUINHA  
DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu informações sobre como alimentar seu bebê na chucha? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

2. Você sabe posicionar o bebê em seu colo para alimentá-lo com a chucha?

Resposta: \_\_\_\_\_

3. Você sabe a maneira de oferecer o leite na chucha para ele?

Resposta: \_\_\_\_\_

4. Você percebe quando ele está realmente se alimentando?

Resposta: \_\_\_\_\_

5. Você sabe identificar sinais de desconforto no bebê?

Resposta: \_\_\_\_\_

6. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada à alimentação na chucha adequada para seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 2: CUIDAR  
PASSO: ARROTAR  
DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre o arrotar de seu bebê após a alimentação? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto à posição para ele arrotar?

Quanto a sinais emitidos após o arroto?

Quanto a formas de estimular o arrotar?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao arrotar adequado para seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 2: CUIDAR

PASSO: TROCA

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre como trocar seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto à postura?

Quanto à maneira/forma?

Quanto aos materiais necessários?

Quanto ao momento (quando)?

Quanto à seqüência?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada à troca adequada em seu bebê?

Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 2: CUIDAR

PASSO: BANHO

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre como banhar seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto ao momento (quando)?

Quanto à seqüência?

Quanto à postura?

Quanto à maneira/forma?

Quanto aos materiais necessários?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao banho adequado em seu

bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 2: CUIDAR

PASSO: VESTUÁRIO

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre como vestir seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto ao tipo adequado de roupinhas?

Quanto ao momento (quando)?

Quanto à seqüência?

Quanto à maneira/forma?

Quanto às peças necessárias?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao vestir adequado em seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 3: INTERAGIR

UNIDADE: FALAR

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre falar com seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto ao momento? (Quando)

Quanto à maneira/forma?

Quanto ao porquê?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao falar adequado com seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 3: INTERAGIR

UNIDADE: OLHAR

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre olhar para seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto ao momento? (Quando)

Quanto à maneira/forma?

Quanto ao porquê?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao olhar adequado para seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 3: INTERAGIR

UNIDADE: TOCAR

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre tocar o seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto ao momento? (Quando)

Quanto à maneira/forma?

Quanto à quantidade/intensidade?

Quanto ao porquê?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao tocar adequado em seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 3: INTERAGIR

UNIDADE: EMBALAR

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre embalar o seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto ao momento? (Quando)

Quanto à maneira/forma?

Quanto à quantidade/intensidade?

Quanto ao porquê?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao embalar adequado em seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

MÓDULO 3: INTERAGIR

UNIDADE: BRINCAR

DATA DA ENTREVISTA:

1. Você recebeu orientações sobre brincar com o seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Quanto ao momento? (Quando)

Quanto à maneira/forma?

Quanto à quantidade/intensidade?

Quanto ao porquê?

2. Você tem alguma dúvida sobre qualquer coisa relacionada ao brincar adequado com seu bebê? Quais?

Resposta: \_\_\_\_\_

Observação:

Assinatura do entrevistado:

Data:

**APÊNDICE H -**  
**CLASSIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA MÃE EM CONDUTAS**  
**FAVORÁVEIS (+) OU DESFAVORÁVEIS (-) PARA O DESENVOLVIMENTO DO**  
**BEBÊ**

<b>Antes de qualquer intervenção</b>		
<b>Situação 1: Trocar fraldas (antes)</b>		
<b>Duração: 11 minutos</b>		
<b>Aspectos observados no desempenho da mãe</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Justificativa</b>
Curvar o tronco à frente do berço	+	Aproximação ao bebê Preparação para o pegar
Pegar o bebê do berço	+	Cuidado do bebê
Deslocar-se com o bebê seguro com apoio nas nádegas e região dos ombros	-	Manuseio inadequado
<i>Barulho da porta do Be sendo aberta</i>		
Olhar em direção a porta	-	Desatenção ao bebê
Colocar o bebê deitado de barriga para cima no trocador	+	Cuidado do bebê
Deixar o bebê, por alguns segundos, sem posicioná-lo adequadamente	-	Procedimento inadequado
Desabotoar todos os colchetes do macacão	-	Procedimento inadequado Possível perda de calor
Abrir toda roupa do bebê	-	Procedimento inadequado Possível perda de calor
Retirar macacão da região dos pés	+	Cuidado do bebê
Retirar a fralda usada sem evitar o barulho das fitas adesivas	-	Procedimento inadequado Ruído
Deixar de limpar o bebê para colocar a fralda limpa	-	Procedimento inadequado
Elevar o quadril do bebê puxando-o para cima pelos pés para colocar a fralda	-	Procedimento inadequado



Deixar o bebê com o peito e pés descobertos enquanto coloca a fralda limpa.	-	Procedimento inadequado Possível perda de calor
Falar com o bebê: “eh”	+	Estímulo Auditivo
<u>Bebê espirra</u>		
Falar: “opa”, “opa” após o espirro do bebê. (reage a algo que o bebê faz)	+	Estímulo Auditivo Observação do sinal emitido pelo bebê
<u>Bebê com postura largada em supino e braços estendidos</u>		
Colocar o “body” do bebê pela cabeça e pelos braços segurando-o pelas extremidades da mão	-	Procedimento Inadequado
Deixar de “passar” rapidamente o “body” pela face	-	Procedimento Inadequado Possível diminuição de oxigenação Desconforto para o bebê
Deixar de arregaçar a manga para facilitar a passagem do braço do bebê	-	Procedimento Inadequado
Pegar o bebê no colo para abaixar a blusinha nas costas.	-	Movimentação excessiva Desnecessária
Colocar o bebê deitado no trocador sem apoiar sua cabeça que faz movimentos de flexão/extensão	-	Manuseio Inadequado Movimentação excessiva
<u>Bebê engasga possivelmente com a saliva</u>		
Falar: ó	+	Estímulo auditivo (obs: exemplo em que a mãe imediatamente responde ao bebê; não dá para afirmar mas é quase certo que ela não percebeu que foi a forma como ela colocou o bebê deitado que fez com que ele engasgasse com a saliva)
Colocar um braço do bebê no macacão	+	Cuidado do bebê Vestir o bebê

Pegar o bebê novamente no colo	-	Movimentação excessiva Desnecessária
Colocar o restante do macacão por cima do “body”.	+	Cuidado do bebê
<u>Bebê resmunga</u>		
Falar: “bebê tá bavo, bavo mãe”, “acabamo já”	+	Estímulo Auditivo Responde ao sinal emitido pelo bebê
Colocar bebê novamente no deitado trocador	+	Cuidado do bebê
Olhar para o que está fazendo com o bebê	+	Atenção para a atividade
Deixar de olhar para o rosto do bebê	-	Desatenção para com o bebê Falta de contato visual (olho no olho)
Fechar os colchetes do macacão	+	Cuidado do bebê
Pegar o bebê do trocador novamente sem apoiar a cabeça do bebê que se estende	-	Manuseio Inadequado
Pegar o bebê no colo com uma das mãos	-	Manuseio Inadequado Risco
Recolher as roupas sujas do bebê com a outra mão	+	Habilidade
Posicionar o bebê no berço em decúbito lateral direito.	+	Cuidado do bebê Procedimento adequado Previne aspiração
Dobrar as roupas sujas do bebê	+	Higiene
Guardar as roupas sujas do bebê	+	Higiene Organização
Pegar o bebê do berço para o seu colo	+	Contato Estímulo Tátil
Sentar com o bebê na poltrona do berçário	+	Contato Estímulo Tátil
Falar com bebê: “neném preguiçoso”	+	Estímulo Auditivo
Sorrir	+	Expressar satisfação Alegria
Aproximar seu rosto ao do bebê	+	Contato corporal Afetividade Estímulo Tátil
Passar o dedo no rosto do bebê.	-	Estímulo Tátil inadequado
Passar a mão na barriga do	+	Contato

bebê		Estímulo Tátil
Olhar para o movimento do BE		Atenção ao ambiente
Colocar o bebê na posição de canguru	+	Contato Estímulo Tátil
<u>Bebê acordado</u>		
Passar os dedos na cabeça do bebê	-	Estímulo Tátil inadequado
Olhar para a atividade das outras mães do Be		Desatenção para com o bebê
Passar os dedos na cabeça do bebê	-	Estímulo Tátil inadequado
Prestar a atenção numa conversa entre mães do Be		Desatenção para com o bebê
Olhar para o seu bebê	+	Observação do bebê
Passar o dedo na orelha do bebê	-	Estímulo Tátil inadequado
Passar a mão e dedos na cabeça do bebê	+	Estímulo Tátil adequado
Deitar o bebê nas suas pernas	-	Risco Falta de proximidade física
<u>Bebê acordado</u>		
Acompanhar com os olhos o movimento do bebê	+	Observação do bebê
Olhar o bebê sem fixar nos olhos dele	-	Privação de contato visual
Olhar em direção a cabeça do bebê	+	Observação do bebê
Aproximar a boca da cabeça do bebê	+	Contato Estímulo Tátil Afetividade

<b>Situação 2: Amamentação (antes de qualquer intervenção)</b>		
<b>Duração: 3 minutos</b>		
<u>Bebê sendo amamentado no peito</u>		
<u>Bebê dormindo</u>		
Passar dedos na bochecha do bebê	+	Estímulo sucção
Passar dedos na cabeça do bebê	-	Estímulo Tátil Inadequado

Olhar para o bebê	+	Contato Observação do Bebê
<i>Conversa das auxiliares</i>		
Olhar para o movimento do Be	-	Desatenção à atividade com o bebê
Prestar a atenção na conversa das auxiliares	-	Desatenção à atividade com o bebê
Colocar seu polegar e indicador no peito	+	Facilitar a pega
<u>Bebê solta o bico do peito</u>		
Ajeitar a sonda do bebê	+	Cuidado do Bebê
Colocar novamente a boca do bebê ao peito	+	Facilitar sucção
<u>Bebê tenta fazer a pega por duas vezes</u>		
<u>Bebê suga e para</u>		
Segurar mama com dedos indicador e médio	+	Facilitar a pega
Olhar para o bebê brevemente	-	Desatenção Privação de contato
Olhar o ambiente do Be	-	Atenção ao Ambiente Externo
Olhar novamente para o bebê e para o ambiente do Be	-	Desatenção Privação de contato
<b>Situação 3: Amamentação (antes de qualquer intervenção)</b>		
<b>Duração: 6 minutos</b>		
<u>Bebê sendo amamentado no peito</u>		
Segurar o bico do peito entre indicador e dedo médio	+	Facilitar pega
Manter a cabeça voltada para o bebê	+	Cuidado do bebê Observação do bebê
Olhar o ambiente do Be	-	Atenção ao Ambiente Externo
Voltar a cabeça para o bebê	+	Cuidado do bebê
Falar baixinho com o bebê	+	Estímulo Auditivo
<u>Bebê não faz a pega do bico</u>		
Segurar o bebê deitado de lado para mamar	-	Posicionamento inadequado
Passar os dedos nas dobras da orelha do bebê	-	Estímulo Tátil Inadequado
Passar os dedos na bochecha do bebê	+	Estímulo Sucção

<u>Bebê não faz a pega</u>		
Reposicionar o bebê mais elevado no braço	+	Cuidado do bebê Facilitar da pega
Falar com bebê: “acorda neném, neném preguiçoso”	+	Estímulo Auditivo
Segurar o peito entre dedos médio e indicador	+	Facilitar a Pega
Colocar bico da mama na boca do bebê	+	Facilitar a Pega
Tocar a bochecha e região do maxilar do bebê	+	Estimular sucção
Falar baixinho com bebê	+	Estímulo Auditivo Estimular o Alerta
Cutucar a barriga do bebê na tentativa de acordá-lo	-	Estímulo inadequado
Mexer levemente na barriga e no pé do bebê	+	Estimular o Alerta
<u>Bebê dormindo</u>		
Sorrir	+	Expressar satisfação Afetividade
Mexer na barriga do bebê aparentemente com mais força	+	Estimular o Alerta
Falar: “vamo acorda”	+	Estímulo Auditivo Estimular o Alerta
Descobrir o pé do bebê	+	Estimular o Alerta
Fazer cócegas na planta do pé do bebê	-	Estímulo Inadequado
Falar: “pegô”, “você vai ter que acordar para mama”	+	Estímulo Auditivo
<u>Bebê resmunga</u>		
Alarme de equipamento soa		
<u>Bebê suga e larga o bico do peito</u>		
Olhar o movimento do berçário	-	Desatenção para com o bebê
Passar o dedo na planta do pé do bebê	-	Estímulo Inadequado

Olhar para o bebê	+	Cuidado do bebê Observação dos sinais
<i>Porta do berçário é aberta por profissional que entra falando alto com auxiliar</i>		
Prestar a atenção na conversa do berçário	-	Desatenção para com o bebê
<u>Bebê resmunga</u>		
Apertar bico da mama para pingar leite	+	Estímulo Pega Estímulo Sucção
Posicionar a cabeça do bebê com movimento brusco	-	Manuseio Inadequado
<u>Bebê assusta (Reflexo de Moro)</u>		
<u>Bebê dorme</u>		

<b>Programa: Informação Geral</b>		
<b>Situação 1: Amamentação (depois da intervenção)</b>		
<b>Duração: 9 minutos</b>		
Responder pergunta da auxiliar sobre as formas de alimentação de seu bebê	+	Expressar conhecimento Informação sobre a rotina do seu bebê
<u>Bebê no colo da mãe</u>		
Segurar o bebê por um braço	-	Risco para o bebê Falta de Segurança
Retirar sua camiseta prestando atenção no movimento do Be	-	Desatenção ao Bebê Risco
Retirar parte da camiseta presa na calça segurando o bebê com um braço	-	Risco para o bebê Falta de Segurança
Retirar um braço da manga	-	Risco para o bebê Falta de Segurança

Mudar bebê de braço (obs: o correto seria se ela tivesse colocado o bebê no berço para retirar a sua camiseta)	-	Possibilitar a amamentação
<u>Bebê boceja e resmunga</u>		
<u>Bebê numa postura largada no colo da mãe</u>		
Segurar o bebê e o colocar no peito com os dois braços à frente (LM)	+	Cuidado do bebê Manuseio adequado
<u>Bebê resmunga</u>		
Mudar a posição do braço do bebê (abertos)	-	Bebê menos aconchegado Dificultar padrão flexor
Segurar seu peito com dedos médio e indicador	+	Facilitar a pega
<i>Porta do berçário abre</i>		
Prestar atenção na conversa do berçário	-	Desatenção com bebê
Colocar o bebê no peito	+	Facilitar a amamentação
Olhar para o bebê	+	Atenção ao bebê Cuidado Contato visual
<u>Bebê acordado com uma mão apoiada sobre a mão da mãe</u>		
Olhar para o bebê e sorrir	+	Cuidado Contato visual Expressar satisfação Alegria
Olha para o movimento do Be	-	Desatenção ao bebê Atenção ao ambiente
Prestar a atenção na conversa das auxiliares	-	Atenção ao ambiente
Passar a mão na cabeça do bebê	+	Estímulo Tátil Contato
Olhar para o bebê	+	Cuidado Contato visual
Olhar para o movimento do Be	-	Atenção ao ambiente
<u>Bebê acordado</u>		
Olhar para os lados	-	Atenção ao ambiente

<u>Bebê supostamente não suga</u>		
Falar com o bebê: “cê tá dando risada”, “ah que bonitinho”, “cê tá dando risada”, “ah que bonito, tá rindo, tá rindo”.	+	Estímulo Auditivo
Retira sua mão que está sob a mão do bebê	-	Privação de contato tátil
Coçar o próprio pescoço		
Passar a mão na cabeça do bebê	+	Estímulo Tátil
Voltar a segurar o peito com o polegar e indicador	+	Facilitar a pega
Olhar para o bebê e para o Be	-	Desatenção ao Bebê Atenção ao Ambiente Externo
Coçar o próprio nariz		
Falar com o bebê: “ah querido, cê tá dando risada, ai que bonitinho dando risada”, “é para mamar não é para rir”.	+	Estímulo Auditivo
Olha para o bebê e para o Be	-	Desatenção ao Bebê Atenção ao Ambiente Externo
Falar: “já vai dormir” “ai que bonitinho”, “tá rindo, tá rindo, tá rindo, gostoso.. preguiçoso”	+	Estímulo Auditivo
Passar a mão na cabeça do bebê	+	Estímulo Tátil
Olhar para o bebê e para o Be	-	Desatenção ao Bebê Atenção ao Ambiente Externo
Falar: “que loirinho tão lindinho”	+	Estímulo Auditivo
Passar a mão na cabeça do bebê	+	Estímulo Tátil
Tocar a bochecha do bebê	+	Estímulo Tátil Estimular sucção
<u>Bebê larga o peito</u>		
Colocar o bebê no berço deitado em decúbito lateral direito	+	Manuseio Adequado Facilitar a digestão Previne aspirar leite



**APÊNDICE I -**  
**AMOSTRA DA ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADOS PARA UMA DAS**  
**PARTICIPANTES QUANTO A CONDUTAS EM DIFERENTES SITUAÇÕES**

Legenda
<u>Sublinhado</u> : comportamentos do bebê
<i>Itálico</i> : aspectos do contexto
Episódios/eventos
Letra maiúscula (A, B...): evento discreto
Letra minúscula (a, b, c...): evento contínuo
Número (1, 2, 3...): indicação de seqüência de comportamentos ( <i>da mãe - normal; do bebê - sublinhado</i> ); quando o mesmo comportamento é apresentado, o número que aparece é o mesmo que havia sido indicado anteriormente...
Obs: a figura deve ser lida no sentido vertical

Figura: Condutas da participante *Pm7* na situação de amamentação antes e após a intervenção.

Antes de qualquer intervenção		Programa: Informação Geral		
Trocar fraldas	Amamentar			
Dia 1 6°. (bebê no Be) período: 28.03	Dia 1 6°. (bebê no Be) período: tarde 28.03 15:12	Dia 2 8°. (bebê no Be) período: tarde 30.03 15:26	Dia 3 13°. (bebê no Be) período: tarde 04.04 15:25	
<b>Situação 1:</b> <b>Mãe em frente ao berço de seu bebê no berçário</b>	<b>Situação 2:</b> <b>Mãe amamentando no peito sentada na poltrona do berçário</b>  Atenção da mãe parece dividida entre o cuidado do bebê e a conversa das auxiliares  <i>Ausência de outras mães no berçário</i>  <u>Bebê dorme o tempo todo nesta situação</u>	<b>Situação 3:</b> <b>Mãe amamentando no peito sentada na poltrona do berçário</b>  Atenção da mãe parece direcionada ao cuidado do bebê  <i>Presença de outras mães no berçário</i>	<b>Situação 1:</b> <b>Mãe sentada na poltrona do berçário com seu bebê no colo</b>  Atenção da mãe parece dividida entre o cuidado do bebê e a movimentação no berçário  <i>Presença de outras mães no berçário e outros profissionais</i>	
<b>Duração: 11 minutos</b>	<b>Duração: 3 minutos</b>	<b>Duração: 6 minutos</b>	<b>Duração: 9 minutos</b>	
Curvar o tronco a frente do berço	<i>Auxiliares conversando sobre assuntos diversos: pessoais e rotina de trabalho (procedimentos) ao longo de toda gravação (a)</i>	<u>Bebê dormindo (1)</u> Manter a cabeça voltada para o bebê (1)	Responder pergunta da auxiliar sobre as formas de alimentação de seu bebê	
Pegar o bebê do berço	Manter a cabeça voltada para o bebê (1) (a)	Segurar mama entre indicador e dedo médio (2)	<u>Bebê no colo da mãe acordado (1)</u> <u>Bebê se movimentou e bocejou (2)</u>	
Deslocar-se com o bebê seguro com apoio nas nádegas e região dos ombros	Passar dedos na cabeça do bebê (2) (a)	<u>Bebê rastreia e suga (2)</u> <u>Bebê para de sugar (1) (3)</u>	Segurar o bebê por um braço	
<i>Barulho da porta do Be sendo aberta para a entrada da fisioterapeuta</i>	Passar dedos na bochecha do bebê (3) (a)	Aproximar bebê do peito (3) (1) (3)	Retirar sua camiseta de dentro da calça	

Olhar em direção a porta	Passar dedos na cabeça do bebê (2) (a)	<u>Bebê suga (1) (2)</u>	<i>Auxiliar conversando com outra mãe (a)</i>
Colocar o bebê deitado de barriga para cima no trocador	Passar dedos na bochecha do bebê (3) (a)	<i>Sons de gritos de criança vindo de fora (a) Uma mãe exclama: Nossa mãe! (A)</i>	Trocar o braço que segura o bebê
Deixar o bebê sob o trocador sem posicioná-lo adequadamente	<i>Som de risada</i> <i>Ruído alto (A) (a)</i>	<u>Bebê para de sugar (a) (3)</u>	Retirar parte da camiseta presa na calça segurando o bebê por um braço
Falar baixinho com o bebê	Elevar a cabeça e olhar rapidamente para o ambiente e voltar a olhar para o bebê (4) (a)	Aproximar bebê do peito (a) (3)	Manter a cabeça voltada para o bebê
Desabotoar todos os colchetes do macacão	<i>Auxiliares falam sobre adequação de procedimento em vigor em relação a um bebê, em tom de voz mais alto (b) (a)</i>	<u>Bebê rapidamente recomeça sugar (4)</u>	<u>Bebê acordado (1)</u> <u>Braços estendidos</u>
Abrir toda roupa do bebê	Virar a cabeça em direção às vozes (5) (a) (b)	<i>Auxiliar chama uma mãe presente no berçário (B)</i>	Mudar o bebê de lado
Retirar macacão da região dos pés	Fixar o olhar em direção às auxiliares (6) (a) (b)	Elevar a cabeça e olha rapidamente em direção às vozes de mães e auxiliares (b) (4)	Retirar um braço da manga
Retirar a fralda usada sem evitar o barulho das fitas adesivas	Prestar a atenção na conversa das auxiliares (7) (a) (b)	Voltar a cabeça para o bebê (1)	<i>Auxiliar pergunta algo para uma mãe (B)</i>
Pegar a fralda limpa abrindo-a	Voltar a cabeça em direção ao bebê (1) (a)	Falar baixinho com o bebê: “vamô pega” (5)	Voltar a cabeça em direção a auxiliar e mãe (b)
Deixar de limpar o bebê para colocar a fralda limpa	Passar dedos na bochecha do bebê (3) (a)	Segurar a mama entre indicador e dedo médio e direciona à boca do bebê (2, 6)	Retornar a olhar para o bebê e mudar ele de lado (b)
Elevar o quadril do bebê puxando-o para cima pelos pés para colocar a fralda	Passar dedos na região da têmpora e bochecha do bebê (8, 3) (a)	Aproximar bebê ao corpo (7)	Colocar o bebê deitado no colo para mamar (b)
Falar baixinho com o bebê “né, menino...né menino”	Repousar rapidamente a mão sob a outra que está segurando o bebê (a) (9)	<u>Bebê dormindo (1) Bebê não faz a pega do bico (5)</u>	<i>Segurar o bico da mama entre indicador e dedo médio (b)</i>
Deixar o bebê com o peito e pés descobertos (cerca de 2 minutos) enquanto coloca a fralda limpa	Colocar seu indicador e dedo médio na mama (10) (a)	Segurar o bebê deitado de lado para mamar (8)	Aproximar bebê a mama
Falar com o bebê: “éh”	<u>Bebê solta o bico do peito (1) (a)</u>	Elevar a cabeça e olha rapidamente para o ambiente e volta a olhar para o bebê (4) (b)	<u>Bebê se movimenta (2)</u> <u>Rastreia mas não pega (3)</u>

<u>Bebê espirra</u>	Ajeitar a sonda do bebê (11) (1) (a)	Falar: “ô neném...” (5)	Reposicionar o bebê e o colocar no peito com os dois braços a frente na linha média
Falar: “opa”, “opa” após o espirro do bebê	Colocar novamente a boca do bebê ao peito (12) (a) (1)	Passar os dedos nas dobras da orelha do bebê (9)	Segurar o bico da mama entre indicador e dedo médio
<u>Bebê com postura largada em supino e braços estendidos</u>	Segurar o bico da mama entre indicador e dedo médio e aproximar do bebê (10,12) (a) (1)	Olhar rapidamente para o ambiente e volta a olhar para o bebê (4) (b)	<u>Bebê resmunga e se afasta (4)</u>
Colocar o “body” do bebê pela cabeça e pelos braços segurando-o pela mão	<u>Bebê suga, para e perde a pega (2) (a)</u>	Passar os dedos na bochecha do bebê (10)	Posicionar os braços do bebê abertos lateralmente
Deixar de “passar” rapidamente o “body” pela face	Manter a cabeça voltada para o bebê (1) (a) (2)	Segurar a mama entre indicador e dedo médio (2)	Voltar a segurar o bico do peito com dedos médio e indicador
Deixar de arregaçar a manga para facilitar a passagem do braço do bebê	Esfregar o bico do peito na boca do bebê (13) (a) (2)	Aproximar bebê ao corpo (7)	<u>Bebê acordado faz a pega (5)</u> <u>Bebê acordado com uma mãozinha apoiada sobre a mão da mãe (6)</u>
Pegar o bebê no colo para abaixar a blusinha nas costas.	<u>Bebê faz a pega novamente e suga (3) (a)</u>	<i>Gritos mais altos de criança (C)</i>	Manter a cabeça voltada para o bebê (5) (6)
Colocar o bebê deitado no trocador sem apoiar sua cabeça que faz movimentos de flexão/extensão	Segurar mama com dedos indicador e médio (10) (a) (3)	<u>Bebê não faz a pega (1) (5)</u>	<b><i>Som de voz e riso (5) (6) (C)</i></b>
<u>Bebê engasga possivelmente com a saliva</u>	Olhar rapidamente o ambiente do berçário e voltar a olhar o bebê (4) (a) (3)	Manter a cabeça voltada para o bebê (1)	Virar a cabeça em direção às vozes e voltar rapidamente para o bebê (5) (6) (c)
Falar: ô	<u>Bebê perde a pega (2) abre e fecha a boca movimentando a cabeça (rastreamento) (4)</u>	<u>Bebê abocanha a ponta do bico e imediatamente larga (1, 2, 5)</u>	<i>Mãe fala peso de um bebê em voz alta (D) e conversa com auxiliar (e) (5) (6)</i>
Colocar um braço do bebê no macacão	<i>Segurar bico do peito e colocar na boca do bebê (10, 12)</i>	Reposicionar o bebê mais elevado no braço (11)	Voltar a olhar em direção às vozes e em direção ao bebê
Pegar o bebê novamente no colo	<u>Bebê faz a pega: suga (3)</u>	Segurar a mama e aproximar da boca do bebê (2, 6)	<i>Porta do berçário abre (F) (5) (6)</i>
Colocar o restante do macacão por cima do “body”.	Olhar novamente para o ambiente e para o bebê (4)	Aproximar o bebê ao corpo (1) (7)	Direcionar a cabeça em direção a porta e acompanhar o movimento de quem entra (f) (5) (6)
<u>Bebê resmunga</u>	Voltar a olhar o ambiente e acompanhar com a cabeça a movimentação da auxiliar (4, 13)	Falar: “acorda neném, neném preguiçoso” (5)	Voltar a olhar para o bebê (5)

Falar: “bebê tá bavo, bavo mãe”, “acabamo já”	<i>Voltar a cabeça para o bebê (4)</i>	Segurar a mama entre dedos médio e indicador (2)	<u>Bebê acordado com uma mãozinha apoiada sobre a mão da mãe (1) (5?) (6)</u>
Colocar bebê novamente no deitado trocador	Continuar segurando o peito entre dedos médio e indicador (10)	Colocar bico da mama na boca do bebê (12)	Fala baixinho com o bebê (5?) (6)
Olhar para o que está fazendo com o bebê	<i>Auxiliar faz uma pergunta para outra auxiliar (B)</i>	<u>Bebê dormindo (1) Bebê não pega (5)</u>	Manter o olhar para o bebê (5 ?) (6)
Bebê resmunga	Olhar rapidamente em direção as auxiliares e voltar a cabeça para o bebê (4)	Tocar a bochecha, maxilar e região do pescoço do bebê (1, 10)	<i>Auxiliares conversando mais alto e rindo (G) (5?) (6)</i>
Deixar de olhar para o rosto do bebê	<i>Retirar os dedos do peito (14)</i>	Falar baixinho com bebê (1, 5)	Sorrir aparentemente do que escutou (g) (5 ?) (6)
Fechar os colchetes do macacão	<u>Bebê abre a boca e movimentação cabeça (2, 5)</u>	Esfrega os dedos no pescoço do bebê e cutucar a barriga na tentativa de acordá-lo (1, 10, 13)	Retirar a mão que está sob a mão do bebê e coçar com a outra mão (que está segurando o bebê) (g) (5?)
Pegar o bebê do trocador novamente sem apoiar a cabeça do bebê que se estende	Recolocar os dedos no peito (10)	Cabeça da mãe voltada para o bebê com um sorriso no rosto (1, 14)	Recolocar a mão sob a mão do bebê para segurar bico do peito entre indicador e dedo médio (g)
Pegar o bebê no colo com uma das mãos apoiado de encontro ao tronco da mãe	Manter a cabeça voltada para o bebê (1)	Segurar a mama entre dedos médio e indicador e aproximar ao bebê (1, 2, 6)	Rapidamente retirar a mão e coçar o próprio pescoço
Recolher as roupas sujas do bebê com a outra mão		Manter a cabeça voltada para o bebê (1)	Olhar rapidamente em frente
Posicionar o bebê no berço em decúbito lateral direito		<u>Bebê faz pega só na ponta do bico suga e larga por três vezes (1, 2, 4)</u>	Voltar a cabeça para o bebê
Bebê acordado		Mexer na barriga do bebê (1) (13)	Passar a mão na cabeça do bebê
Dobrar as roupas sujas do bebê		Falar: “vamo acorda” (5)	<u>Bebê acordado (1) Bebê resmunga e se movimentação (2) (4) (5?)</u>
Guardar as roupas sujas do bebê		Descobrir o pé do bebê falando para que ele acorde (1, 15, 5)	Volta a segurar o peito entre dedos médio e indicador com mão por cima da mão do bebê
Pegar o bebê do berço para o seu colo		Manter a cabeça voltada para o bebê sorrindo (1, 14)	Conversa no berçário com médica (H)
Olhar para o bebê		Fazer cócegas na planta do pé do bebê (16)	Elevar a cabeça rapidamente em direção às vozes (h)

Manter a cabeça voltada para o bebê
Sentar com o bebê na poltrona do berçário
Falar com bebê: “neném preguiçoso”
Sorrir
Aproximar seu rosto ao do bebê
Passar o dedo no rosto do bebê.
Passar a mão na barriga do bebê
Olhar para o movimento do Be
Colocar o bebê na posição de canguru
<u>Bebê acordado</u>
Passar os dedos na cabeça do bebê
Olhar para a atividade das outras mães do BE
Passar os dedos na cabeça do bebê
Prestar a atenção numa conversa entre mães do Be
Olhar para o seu bebê
Passar o dedo na orelha do bebê
Passar a mão e dedos na cabeça do bebê
Deitar o bebê nas suas pernas

<u>Bebê resmunga e se movimenta (6, 7)</u>	Voltar a cabeça para o bebê (h)
Segurar a mama entre dedos médio e indicador (2)	<u>Bebê supostamente não suga</u> <u>Bebê acordado (1) (h)</u>
<i>Introduz a mama na boca do bebê (17)</i>	Manter a cabeça voltada para o bebê (h)
<u>Bebê faz a pega e suga e para por três vezes (1, 2, 4)</u>	Olhar para o ambiente e para o bebê alternadamente por 2 vezes (h)
Falar: “pegô” (5)	Elevar a cabeça olha em frente em direção às vozes e virar a cabeça para o lado (h)
Aproxima bebê da mama (7)	<b><i>Voltar a olhar e manter a cabeça para o bebê (h)</i></b>
<i>Alarme de equipamento soa (D)</i>	Passar a mão na cabeça do bebê em torno de três vezes (1)(h)
Falar: “você vai ter que acordar para mama” (5) (D)	Segurar o bico do peito com o indicador e dedo médio (h)
<u>Bebê suga (D) (2)</u> <u>Larga o bico do peito se afastando e retorna para mamar (3, 4)</u>	Elevar a cabeça e olhar em frente, voltar a cabeça para o bebê e novamente olhar em frente e para os lados (h)
<i>Auxiliares conversando(b); choro de um bebê</i>	Voltar a cabeça para o bebê (h)
Manter a cabeça voltada para o bebê aproximando - o da mama (1, 7) (b)	<i>Porta do berçário é aberta (I)</i>
Olhar rapidamente para o movimento do berçário e volta a olhar o bebê (4) (b)	Elevar a cabeça e olhar para o lado em direção às vozes e voltar novamente a olhar o bebê
<u>Bebê dormindo (1)</u> <u>Larga o peito (3)</u>	Coçar rapidamente o nariz com a mão olhando para o lado
Passar o dedo na planta do pé do bebê (18)	Tornar a segurar o bico do peito com o indicador e dedo médio olhando para o lado
Falar baixinho com bebê (5)	Voltar a olhar para o bebê e sorri
Olhar para o bebê (19)	Falar: “cê tá dano risada...” “ai que bonitinho”, “cê tá dando risada”
Olhar em direção às vozes das mães e auxiliares do berçário (b) (20)	Tocar levemente a bochecha e ombro do bebê e volta a segurar o bico do peito
<i>Porta do berçário é aberta por profissional que entra falando alto com auxiliar (E)</i>	Falar: “é pra mama não é pra ri”

<u>Bebê acordado</u>
Acompanhar com os olhos o movimento do bebê
Virar a cabeça em direção a conversa do berçário
Olhar em direção a cabeça do bebê sem fixar nos olhos dele
Aproximar a boca da cabeça do bebê

Manter a cabeça em direção às vozes (20)	Olhar para o bebê sorrindo e rapidamente olha para os lados em direção às vozes (h)
Voltar a cabeça em direção ao bebê (1)	Olhar para o lado e para o bebê por duas vezes (h)
Falar baixinho com bebê (5)	Falar: “já vai dormir”
<u>Bebê resmungando (6) (b)</u>	Coça o nariz
Segurar a mama com o indicador e dedo médio (2)	Voltar a segurar o bico do peito com o indicador e dedo médio
<u>Bebê se movimentando (7)</u>	Falar: “ai que bonito” “ta rino, tá rino, tá rino, gostoso.”
Reposicionar a cabeça do bebê (11)	Tocar a bochecha do bebê falando com ele
Segurar rapidamente bico da mama (2)	Manter a cabeça voltada para o bebê
Tornar a posicionar a cabeça do bebê Olhando em direção às vozes (11, 20)	Segurar o bico do peito com o indicador e dedo médio
Voltar a cabeça em direção ao bebê (1)	Conversa mais alta no berçário sorrisos (J)
Segurar a mama entre indicador e dedo médio (2)	Tocar a bochecha do bebê falando com bebê
<i>Porta do berçário é aberta (F)</i>	Passar a mão na cabeça do bebê falando com bebê
<i>Gritos de criança vindos de fora do berçário e auxiliares conversando (G)(b)</i>	Falar: “preguiçoso”
Olhar em direção a porta e para bebê (21)	<i>Segurar o bebê com os dois braços cruzados sob o bebê e o aproximar do corpo</i>
<u>Bebê “assusta” (Moro) (8)</u>	Voltar a segurar o bico do peito entre dedos indicador e médio
<u>Bebê supostamente dorme (1)</u>	Olhar em direção a voz da auxiliar e voltar a olhar para o bebê por duas vezes
Manter a cabeça voltada para o bebê (1)	Sorrir
Segurar mama com o dedo indicador e médio e apertar o bico (2, 22)	Passar a mão na cabeça do bebê

Aproximar mama na boca do bebê (6)	Falar: “que loirinho”
Olhar rapidamente para o lado (4)	Falar: “tão lindinho”
	Pousar a mão na região do ombro do bebê
	Falar: “cê tá dando risada”
	Manter a cabeça voltada para o bebê
	Mexer na roupinha do bebê falando com ele
	Voltar a segurar bico do peito
	<u>Bebê com boca aberta larga o peito adormecido</u>
	Aproximar boca do bebê ao bico do peito
	<u>Bebê pega, suga e larga e novamente pega</u>
	Virar a cabeça e olhar em direção às vozes altas e risadas
	Voltar a olhar para o bebê
	<u>Bebê com olhos abertos</u>

**APÊNDICE J -  
FOLHAS DE REGISTRO FIDEDIGNIDADE**

*FOLHA DE REGISTRO  
OCORRÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMENTOS-ALVO*

EM RELAÇÃO AO MANUSEIO DO BEBÊ

**COMPORTAMENTO: TRANSFERIR BEBÊ BERÇO/TROCADOR – COLO**

Identificação da situação observada	Respostas corretas observadas		Respostas incorretas observadas, com indicação de qual é a dimensão incorreta		Número total de ocorrências
	Quais (1, 2, 3...) (numeração indica ordem)	Total de ocorrências	Quais (1, 2, 3...)/tipo de erro	Total de ocorrências	
I ( / )					
II ( / )					
III ( / )					
IV ( / )					
V ( / )					



*FOLHA DE REGISTRO  
FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA DE COMPORTAMENTOS-ALVO*

Comportamento-alvo	Número de ocorrências observadas									
	I ( / )		II ( / )		III ( / )		IV ( / )		V ( / )	
	ocor	tot	ocor	tot	ocor	tot	ocor	tot	ocor	tot
Estabelecer contato visual com bebê: Olhar em direção aos olhos do bebê, buscar o olhar do bebê										
Manter contato visual: uma vez estabelecido o contato visual, mantê-lo enquanto o bebê mantiver o contato										
Manter olhar na direção do bebê ao realizar qualquer tipo de manipulação ou interação com o bebê, durante todo o procedimento										
Com bebê no colo, em repouso, olhar para o bebê, independentemente da duração do olhar										

*FOLHA DE REGISTRO  
DURAÇÃO DE COMPORTAMENTOS-ALVO*

Comportamento -alvo	Duração em segundos									
	I (duração total: )		II (duração total: )		III (duração total: )		IV (duração total: )		V (duração total: )	
Situação	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média
Comportamento x										
Comportamento y										
Comportamento z										

**APÊNDICE K -  
INSTRUÇÕES PARA REGISTRO FIDEDIGNIDADE**

*Instruções para registro de ocorrência e características dos comportamentos-alvo*

Indique, na tabela a seguir, as ocorrências observadas dos comportamento-alvo, de acordo com as características identificadas, marcando o número da resposta (definida pela posição da resposta na seqüência observada em cada situação: 1 = primeira ocorrência do comportamento, 2 = segunda etc) , na categoria correspondente à classificação da resposta (correta ou incorreta); em sendo incorreta, indique o aspecto incorreto observado.

Exemplo: Na situação 1, a mãe apresentou três vezes o comportamento-alvo, sendo que nas três oportunidades o fez de forma incorreta; na primeira ocorrência, o erro observado foi segurar a criança pela axila; na segunda e na terceira, o erro foi deixar a cabeça da criança sem apoio.

EM RELAÇÃO AO MANUSEIO DO BEBÊ					
COMPORTAMENTO: TRANSFERIR BEBÊ BERÇO/TROCADOR – COLO					
IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO OBSERVADA	RESPOSTAS CORRETAS OBSERVADAS		RESPOSTAS INCORRETAS OBSERVADAS, COM INDICAÇÃO DE QUAL É A DIMENSÃO INCORRETA		NÚMERO TOTAL DE OCORRÊNCIAS
	Quais (1, 2, 3...) (numeração indica ordem)	Total de ocorrências	Quais (1, 2, 3...)/tipo de erro	Total de ocorrências	
I ( / )		(0) Zero	1: bebê pego pelas axilas 2: sem apoio cabeça 3: sem apoio cabeça	3	3
II ( / )					
III ( / )					
IV ( / )					
V ( / )					

*INSTRUÇÕES PARA REGISTRO DE FREQUÊNCIA DE COMPORTAMENTOS-ALVO*

*Indique, em cada uma das situações consideradas, as ocorrências dos comportamentos-alvo, conforme exemplo*

Comportamento-alvo	Número de ocorrências observadas									
	I ( / )		II ( / )		III ( / )		IV ( / )		V ( / )	
	ocor	tot	ocor	tot	ocor	tor	ocor	tot	ocor	tot
Estabelecer contato visual com bebê: Olhar em direção aos olhos do bebê, buscar o olhar do bebê	////	4	///	3	////////	8				
Manter contato visual: uma vez estabelecido o contato visual, mantê-lo enquanto o bebê mantiver o contato										
Manter olhar na direção do bebê ao realizar qualquer tipo de manipulação ou interação com o bebê, durante todo o procedimento										
Com bebê no colo, em repouso, olhar para o bebê, independentemente da duração do olhar										

**INSTRUÇÕES PARA REGISTRO DE DURAÇÃO DE COMPORTAMENTOS-ALVO**

Deverá ser indicado, para cada ocorrência dos comportamentos de interesse, em cada situação considerada, a duração do comportamento observado. No caso do exemplo a seguir, o comportamento x foi observado três vezes na situação 1, sendo que na primeira durou 5 segundos; na segunda, três segundos; e na terceira, quatro segundos. Na coluna à direita são indicadas duração total/média.

COMPORTAMENTO-ALVO	DURAÇÃO EM SEGUNDOS									
	I (duração total: )		II (duração total: )		III (duração total: )		IV (duração total: )		V (duração total: )	
Situação	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média	Ocorrências/ duração de cada ocorrência	Total média
Ocorrências										
Comportamento x	1) 5'' 2) 3'' 3) 4''									
Comportamento y										
Comportamento z										

**APÊNDICE L - SÍNTESE DOS DADOS RELATIVOS AO CÁLCULO DE FIDEDIGNIDADE**

**QUADRO SÍNTESE DOS DADOS RELATIVOS AO CÁLCULO DE FIDEDIGNIDADE**

Tentativa cálculo	Comportamentos	Concordância	Discordância
<b>FREQÜÊNCIA</b>			
1	Mudar posição do bebê (concordância parcial)	IV 0 e 0 V 0 e 2	20%2=0,4 2>0,4
2	Mudar posição do bebê (concordância total)	IV 0 e 0 V 0 e 0	
1	Manusear bebê (discordância total)	IV 0 e 1 V 3 e 1	20%1=0,2 1>0,2 20%3=0,6 2>0,6
2	Manusear (discordância total)	IV 2 e 0 V 4 e 1	20% 2= 0,4 2>0,4 20% 3 = 0,6 3>0,6
1	Posicionar o bebê, considerando padrão flexor como forma adequada; foram considerados, pelo primeiro observador, ocorrências de posicionamento fora do padrão flexor, como erros (discordância total)	IV 1 e 4 V 1 e 4	20%4=0,8 3>0,8 20%4=0,8 3>0,8
2	Posicionar padrão flexor, sendo considerados apenas as ocorrências corretas, que caracterizam o padrão flexor (discordância total)	IV 0 e 1 V 0 e 1	20% 1= 0,2 1>0,2 20% 1= 0,2 1>0,2
1	Segurar com uma mão (concordância parcial)	IV 0 e 0 V 2 e 3	20%3=0,6 1>0,6
1	Posicionar bebê no berço (concordância total)	IV (não cabe) V 1 e 1	
1	Posicionar para amamentação (concordância parcial)	IV 3 e 5 V 2 e 2	20%5=1 2>1
1	Falar com bebê (concordância total)	IV 12 e 12 V 16 e 13	20%16=3,2 3<3,2
1	Manter contato tátil (discordância total)	IV 6 e 10 V 6 e 9	20%10=2 2<4 20%9=1,8 1,8<3
1	Despertar bebê para mamar (concordância parcial)	IV 5 e 13 V 1 e 1	20%13=2,6 8>2,6
1	Alimentar no peito (concordância parcial)	IV 4 e 1	20%4=0,8 3>0,8

		V 1 e	
1	Estabelecer contato visual com bebê (concordância parcial)	IV 0 e 0	
		V 6 e 2	20%6=1,2 4>1,2
2	Estabelecer contato visual com bebê (discordância total)	IV 15 e 0	20%15= 3 15>3
		V 16 e 1	20%16= 3,2 15>3,2
1	Manter olhar na direção do bebê (concordância parcial)	IV 12 e 9	20%12=2,4 3>2,4
		V 25 e 24 20%25=5 1<5	
1	Dirigir atenção (olhar) a aspectos do ambiente (concordância total)	IV 10 e 8 20%10=2 2=2	
		V 20 e 23 20%23=4,6 3 < 4,6	
1	Manifestar afeto (beijos, toques, abraços, carinho) (concordância parcial)	IV 0 e 0	
		V 5 e 14	20%14=2,8 9>2,8
1	Sorrir quando estiver realizando atividades ou interagindo (concordância parcial)	IV 4 e 4	
		V 8 e 5	20% 8=1,6 3> 1,6
1	Despertar bebê para mamar (discordância total)	IV 5 e 9	20%9=1,8 4> 1,8
		V 1 e 2	20%2=0,4 1>0,4
1	Estimular sucção (discordância total)	IV 8 e 5	20%8 =1,6 3>1,6
		V 2 e 0	20%2=0,4 2>0,4
1	Facilitar amamentação no peito (discordância total)	IV 13 e 8	20%13=2,6 5> 2,6
		V 4 e 3	20%4=0,8 1> 0,8
1	Facilitar amamentação (concordância parcial)	IV 7 e 10	20%10=2 3>2
		V 11 e 11	
1	Posicionar o bebê no berço após alimentação (concordância total)	IV não cabe	
		V 1 e 1	
1	Estabelecer contato tátil (discordância total)	IV 6 e 11	20% 11 = 2,2 5>2,2
		V 5 e 9	20%9 =1,8 4>1,8
1	Sentar/Permanecer na poltrona (discordância total)	IV 0 e 1	20% 1= 0,2 1> 0,2
		V 0 e 1	20% 1= 0,2 1> 0,2
2	Sentar/Permanecer na poltrona (discordância parcial)	IV 1 e 1	
		V 2 e 1	20% 2 = 0,4 1 > 0,4
1	Expressar sentimentos (discordância total)	IV 0 e 1	20% 1= 0,2 1> 0,2
		V 0 e 4	20% 4 = 0,8 4 > 0,8
2	Expressar sentimentos (discordância total)	IV 4 e 1	20%4= 0,8 3>0,8
		V 9 e 4	20%9= 1,8 5>1,8

<b>DURAÇÃO</b>			
1	Manter olhar na direção do bebê (concordância total)	IV 300 e 305 20%305=61 5<61	
		V 409 e 354 20%409=81,8 5<81,8	
1	Dirigir atenção (olhar) a aspectos do ambiente (concordância total)	IV 36 e 32,5 20%36 =7,2 3,5<7,2	
		V 90 e 89 20%90= 18 1< 18	
1	Manter contato tátil com o bebê (concordância parcial)	IV 75 e 80 20%80= 16 5<16	
		V 32 e 52	20%52= 10,4 20>10,4
1	Falar com bebê (discordância total)	IV 45 e 35	20% 45= 9 10>9
		V 54 e 41	20%54= 10,8 13>10,8

## Síntese dos resultados obtidos

### Primeiro cálculo de fidedignidade:

#### *Frequência: 23 comportamentos*

em duas sessões, foi obtido:

concordância igual ou superior a 20%, nas duas sessões, em relação a quatro (4) comportamentos;

concordância igual ou superior a 20% em apenas uma das sessões em relação a dez (10) comportamentos

concordância igual ou superior a 20% em nenhuma das sessões em relação a nove (9) comportamentos

#### *Duração: quatro comportamentos*

concordância igual ou superior a 20%, nas duas sessões, em relação dois (2) comportamentos;

concordância igual ou superior a 20% em apenas uma das sessões em relação a um (1) comportamento

concordância igual ou superior a 20% em nenhuma das sessões em relação a um (1) comportamento

### Segundo cálculo de fidedignidade

#### - comportamentos submetidos ao segundo observador

#### *Dados de frequência:*

dos nove (9) comportamentos em relação aos quais não houve concordância, quatro foram reavaliados pelo segundo observador (não foram refeitos: **estabelecer contato tátil; manter contato tátil, estimular sucção, despertar bebê para mamar, facilitar amamentação no peito** (sendo que, neste caso, pode ser considerada discordância parcial, em função de números baixos e inteiros)

dos 10 comportamentos em relação aos quais houve concordância em um sessão, dois foram reavaliados pelo segundo observador (não foram reavaliados: Segurar com uma mão, Posicionar para amamentação – 100% em uma, e quase no critério na outra, Despertar bebê para mamar, Manter olhar na direção do bebê, Manifestar afeto, Sorrir quando estiver realizando atividades ou interagindo, Facilitar amamentação, Alimentar no peito)

#### *Dados de duração*

Nenhum comportamento foi reavaliado pelo segundo observador

### Relação entre primeiro e segundo cálculos de fidedignidade

Dos comportamentos em relação aos quais **não havia sido alcançada concordância em qualquer das sessões**, em apenas um caso foi alcançada concordância parcial (sentar e permanecer na poltrona); nos outros, permaneceu discordância em ambas as sessões: 1) Expressar sentimentos: 2) Sentar/Permanecer na poltrona (total para parcial): 3) Posicionar bebê em Padrão flexor; 4) Manusear bebê, sendo que neste último caso a discordância aumentou;

Dos comportamentos em que havia sido encontrada **concordância em uma das sessões**, em relação a um deles foi alcançada concordância nas duas sessões (mudar posição). No outro caso, a discordância aumentou (definição deveria indicar que o encontro do olhar era aspecto definidor da ocorrência; o segundo observador tomou uma das partes da definição como suficiente para considerar que havia contato visual, que era a busca de olhar pela mãe, incluindo situações em que a mãe olhava na direção dos olhos do bebê para verificar se estava ou não acordado).