



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

MARCELA COSTA MEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL: UM
ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E MÃES**

CAMPINA GRANDE

2021

MARCELA COSTA MEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL: UM
ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E MÃES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sibelle Maria Martins de Barros

CAMPINA GRANDE - PB

2021

M514r Meira, Marcela Costa.
Representações sociais no cenário de uma UTI Neonatal
[manuscrito] : um estudo sobre as relações entre equipe de
saúde e mães / Marcela Costa Meira. - 2021.
94 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde , 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros ,
Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."

1. UTI neonatal. 2. Representações sociais. 3.
Prematuridade. 4. Profissionais de saúde. I. Título

21. ed. CDD 302

MARCELA COSTA MEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL: UM
ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E MÃES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

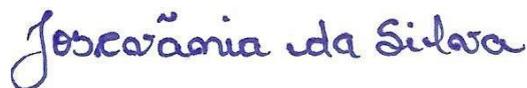
Área de concentração: Psicologia

Aprovada em 19/03/2021.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Sibelle Maria Martins de Barros
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Profª. Drª. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro interno



Prof. Drª. Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo -UFES
Membro Externo

À Elisabete da Costa Silva (in memoriam), por não ter me deixado desistir de fazer a inscrição para a seleção do Mestrado no último dia de prazo; por ter vibrado junto comigo, quando consegui minha vaga, por ter sonhado esse sonho junto comigo, por ter me dado apoio incondicional em todos os momentos difíceis da minha vida, por ter sido (e continuar sendo) o melhor de todos os anjos que tenho nesta passagem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por ter me permitido trilhar esse percurso acadêmico com êxito, perseverança e fé.

À minha filha, Alice, por quem busco diariamente, evoluir enquanto ser humano, profissional e acadêmica. Por todos os momentos em que precisei ser “companhia” apática durante suas brincadeiras, para manter o foco nas leituras e na produção da escrita. Obrigada por ter compreendido essa minha condição limitante provisória, na busca de um bem maior.

Ao meu noivo, Emerson Luna, que nunca mediu esforços para me auxiliar no que eu precisasse durante este percurso; minha gratidão por conseguir entender a importância desta conquista pra mim, por ter ficado ao meu lado momentos difíceis e ter aceitado as minhas inúmeras ausências. E aos meus enteados, Victor Vili e Lis Lara, por toda disposição para me ajudar, em todos os momentos deste percurso.

Aos meus familiares, minha mãe, meus irmãos, minhas tias, minha avó, que em todas as etapas deste ciclo, vibraram a cada conquista minha, e sempre acreditaram no meu potencial para conseguir alcançar este objetivo de vida.

Em especial, a Alexandra Rocha Meira, minha Tia Sandrinha, que foi desde o princípio, minha maior e melhor inspiração para buscar e conseguir esta titulação. Ela que foi meu porto seguro nos momentos de maiores dificuldades, que usou da sua experiência para me guiar ao caminho mais viável, e me incentivar todo tempo, até a conclusão deste ciclo; que vibrou de alegria a cada passo meu. A ela, minha gratidão eterna, simplesmente por ela existir na minha vida!

À Professora Heloisa Maria Meira Oliveira, para mim, Tia Heloísa, por ter me encorajado, juntamente com Betinha, a fazer a inscrição da seleção do Mestrado no prazo final, e não ter me deixado desistir deste sonho. Por todas as palavras de incentivo e por sempre ter acreditado muito em mim.

À minha orientadora, Professora Dr^a. Sibelle Maria Martins de Barros, por ter me escolhido para esta missão acadêmica, ter apostado no meu potencial e ter caminhado junto comigo até o fim. Compartilhamos muitas dificuldades, especialmente neste difícil momento de isolamento social em que vivemos hoje. Não foi fácil, para nenhuma de nós. Mas nós conseguimos! Sua paciência e seu olhar criterioso deram ao trabalho um nível de qualidade diferenciado.

À banca examinadora, Professora Dr^a. Josevânia da Silva e Professora Dr^a. Maria Angélica Carvalho Andrade, pelas importantes contribuições cedidas ao aperfeiçoamento do trabalho.

À minha colega de turma, Maria Aparecida Guimarães (Cida), com quem construí uma relação de amizade e de parceria verdadeira. Aprendi a admirar muito você, depois que conheci um pouco da sua história de vida, e por saber que você sempre esteve superando limites, ao fazer uma pós-graduação numa área acadêmica que não é originariamente a sua. Obrigada por ter compartilhado comigo de tantos momentos. Sua voz sempre me transmitiu muita paz.

A todas as profissionais de saúde que participaram espontaneamente da minha pesquisa, que me receberam com tanta gentileza, e que se disponibilizaram de pronto por entenderem a importância da pesquisa científica para a evolução dos estudos em saúde.

A todas as mães de bebês prematuros que aceitaram participar e contribuir de forma tão enriquecedora para minha pesquisa. Elas, que viveram dia após dia, numa angústia extrema por não terem a mínima garantia de que no dia seguinte seus filhos ainda estariam com vida, e ainda assim, aceitaram a minha solicitação, muitas vezes com um sorriso no rosto, ainda que fosse pra falar de suas angústias... Admiração e gratidão a todas elas!

E por fim, a todos que direto ou indiretamente contribuíram neste meu percurso, para que esse ciclo pudesse ser fechado hoje. Gratidão também a todos aqueles que se mostraram como obstáculos durante esta minha caminhada. Sem nem saber (ou querer), vocês me fizeram mais forte!

RESUMO

O nascimento e a vivência de internação de um bebê prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é uma experiência difícil para os pais, especialmente para a mãe, que normalmente assume a função de acompanhar diretamente o recém-nascido. Entendendo a importância dos profissionais de saúde no processo de enfrentamento das mães e considerando que as representações sociais elaboradas nesses diferentes grupos (profissionais e mães) interferem na dinâmica relacional, buscou-se investigar como as representações sociais atuam no relacionamento entre equipe de saúde e mães no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. No sentido de contemplar tais objetivos, primeiramente pretendeu-se apreender as representações sociais maternas a respeito da equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Em um segundo estudo, objetivou-se investigar as representações sociais sobre as mães acompanhantes dos recém-nascidos prematuros elaboradas por profissionais de saúde que atuam na assistência neonatal de alto-risco. Participaram dos estudos mães e profissionais, respectivamente. Nos dois estudos, recorreu-se à entrevista semi-estruturada, abordando aspectos relacionados aos objetivos em questão. Para a análise dos dados, utilizou-se o método da análise de conteúdo categorial temática. As representações sociais que as mães de bebês prematuros possuem sobre a equipe de saúde englobam, sobretudo, elementos como negligência, falta de atenção e delicadeza, relacionados às práticas profissionais, bem como amor e atenção constante, elementos mais normativos que atuam como crivo de avaliação das práticas da equipe. A representação social que os profissionais elaboraram sobre as mães acompanhantes, por sua vez, revela visões negativas e preconceituosas e prescrições normativas que definem um ideal de mãe, para que as relações possam se estabelecer de modo adequado. As mães são geralmente percebidas como acompanhantes presentes e responsáveis pela prematuridade de seus filhos. Por serem de baixa renda, possuem poucos conhecimentos acerca da própria saúde gestacional e poucas habilidades para interagir com os profissionais. Alerta-se para a necessidade de ações que permitam a ressignificação dessas representações sociais que dificultam o relacionamento entre equipe de saúde e mães de bebês prematuros.

Palavras-chave: UTI neonatal. Representações sociais. Prematuridade. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

The birth and the experience and the hospitalization of a newborn in a neonatal intensive care unit it is a very hard moment for the parents of the newborn. Especially for the mother that usually does the direct monitoring of her baby. Taking into consideration the health professionals in relation to the mother's experiences, considering the different social representations of the following group: (professionals and mothers), related to the process of how these representations may interfere in the relational dynamics, we investigate how social representations act in the relationship between the health equip and the family members in the context of the neonatal intensive care unit. In order to contemplate these goals, firstly we apprehended the maternal social representations about the health team of the neonatal intensive care unit. Secondly, we aim to investigate the social representations about the accompany mothers of the newborns prepared by health professionals that are working in high risk neonatal care. Two groups participated of these research: the mothers and the professionals respectively. In both studies, we used semi structured interviews, talking about the aspects involving the situation. For data analyses, we used the thematic categorical analyses suggested by Bradin. The social representations that these mothers have about the team include related to all elements such as neglect, lack of attention and delicacy, all them related to the professional practices. The social representations that the health professionals have about the accompany mother's reveals negative and prejudiced views and normative prescriptions that defines the ideal model. The accompany mothers are seen as responsible for the prematurity of their children. It all happened due to the low-income, little knowledge about their own gestational health and also few skills to interact with the professionals. We need to think about the necessity of the redefinition of these social representations that makes harder the relationship between the health professionals and the mothers of the newborn ones.

Key words: Neonatal ICU. Social representations. Prematurity. Health professionals.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A DIMENSÃO AFETIVA DO CUIDAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTRE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS DE ALTO-RISCO	15
2.1 Introdução.....	15
2.2 Método.....	20
2.3 Resultados e discussão.....	23
2.4 Conclusão	36
2.5 Referências	37
3 A NEGAÇÃO DA DIMENSÃO AFETIVA DO CUIDADO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS DE ALTO RISCO ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	44
3.1 Introdução.....	44
3.2 Método.....	49
3.3 Resultados e discussão.....	50
3.4 Conclusão	63
3.5 Referências	64
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	82
APÊNDICE 1	83
APÊNDICE 2	85
ANEXOS	86

ANEXO 1	87
ANEXO 2	88
ANEXO 3	90
ANEXO 4	92

1 INTRODUÇÃO

A experiência de acompanhar um bebê hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um momento difícil para as mães e suas famílias, podendo resultar em uma crise, uma vez que as mães se veem diante de limitações e situações que mudam a relação com o trabalho, familiares, amigos e parceiros, havendo a necessidade de uma reorganização familiar para atender a nova rotina. Adaptar-se ao bebê real em situação de intercorrência de saúde e hospitalização, torna o contexto ainda mais difícil. Uma nova rotina é imposta aos pais do bebê prematuro, configurando-se como um difícil obstáculo que é evidenciado diariamente, a cada retorno dos pais ao seu lar, sem a presença do filho (Lima & Smeha, 2019).

O contexto de uma internação prolongada do bebê, a separação corporal pelo fato dele estar inserido num ambiente privado, frio e hostil como uma UTIN, o contato físico entre os pais e o bebê que passa a acontecer de forma esporádica e a certa distância, tudo isso provoca níveis elevados de estresse nos pais e em toda a família, podendo interferir no estabelecimento das relações entre a mãe e o bebê (Maia, Silva & Ferrari, 2014). Esse estresse, relacionado a um conjunto de fatores, inclui também o fato do ambiente ser desconhecido, da falta de controle dos pais sob os cuidados com o filho e de uma comunicação ineficaz entre profissionais e pais (Kjellsdotter, Lantz & Ottosson, 2018).

Embora a função primária e mais aparente da UTIN seja uma função clínica, de atendimento ao bebê, este ambiente é também o local onde ocorre o primeiro encontro mãe-filho e onde a dinâmica inicial de seus relacionamentos começa. Vale destacar que a assistência ao recém-nascido em UTI's neonatais tem passado por

modificações significativas no que diz respeito à filosofia do cuidado centrado na família, propiciando a participação dos pais nos cuidados diretos ao bebê prematuro, o suporte emocional aos familiares e a inclusão destes nas decisões sobre seu filho (Maia, Silva & Ferrari, 2014). Conforme aponta Girardon-Perlini *et al.* (2012), a interação da equipe de saúde com o bebê e seus familiares têm uma correlação muito estreita com o modo como as relações afetivas vão sendo construídas entre a família e o bebê internado. A compreensão de que o fortalecimento dos vínculos parentais auxilia no processo de superação das dificuldades orgânicas e psíquicas dos neonatos, conduz a esse olhar direcionado para as relações que se constroem dentro desses serviços.

Contudo, a relação entre profissionais e familiares acontece muitas vezes de maneira conflituosa, sobretudo pelo fato de ainda existir uma tendência à hegemonia do saber científico e à negação do entendimento de que esse conhecimento tem suas raízes no conhecimento do senso comum (Oliveira, Siqueira & Alvarenga, 2000).

Partindo do pressuposto que as visões que se tem do outro interferem na forma pela qual os atores sociais se relacionam, este estudo teve como objetivo central investigar como as representações sociais atuam no relacionamento entre equipe de saúde e familiares no contexto da UTIN. Para este fim, o estudo desmembrou-se em duas investigações, apresentadas, nessa dissertação, por meio de dois artigos. No primeiro artigo, pretende-se identificar as representações sociais que as mães de bebês prematuros possuem sobre a equipe de saúde da UTIN. No segundo artigo, buscou-se apreender as representações sociais que os profissionais de saúde possuem sobre as mães dos recém-nascidos prematuros internados em uma UTIN. Por fim, nas considerações finais estes dois estudos foram discutidos, no

sentido de responder ao objetivo geral da pesquisa, demonstrando o papel das representações sociais da dinâmica relacional entre os dois grupos pesquisados.

A temática em questão se insere no campo da Psicologia da Saúde em interface com a Psicologia Social. A Teoria das Representações Sociais (TRS) mostra-se eficaz para embasar a investigação proposta, sendo uma ferramenta que permite captar as facetas psicossociais e simbólicas que se inscrevem nas relações entre as práticas profissionais de saúde e a produção do conhecimento do senso comum, propiciando um olhar ampliado do cenário social. Esta teoria se alinha à proposta de um novo paradigma de saúde capaz de dar conta da subjetividade implicada na saúde do sujeito, considerando a sua condição histórica e social. Trata-se de uma abordagem teórica que enfatiza os processos psicossociais imbricados no processo de saúde e doença dos sujeitos (Oliveira, 2000).

Criada com o propósito de romper com a ideia de que o saber popular tem um grau de importância inferior quando comparado ao conhecimento científico, a TRS traz à tona a proposta do estudo do senso comum como algo essencial (Abric, 1998). A busca pelo entendimento de como são construídas as redes de significações dos sujeitos em relação aos objetos sociais, no campo da saúde, está no cerne da proposta de estudo aqui pautada.

Buscando analisar o fenômeno - a relação entre equipe e mães, este estudo destaca-se pela sua proposta psicossocial no cenário da UTIN, possibilitando a ampliação do olhar sobre as experiências subjetivas dos sujeitos envolvidos, mães e profissionais, a partir da interrelação entre diferentes dimensões, quais sejam: cultural, social e psicológica. O olhar cuidadoso sobre as questões relativas aos processos de humanização no contexto da hospitalização também configura-se como uma importante contribuição deste estudo.

Faz-se necessário destacar que no percurso da pesquisa de campo, algumas estratégias metodológicas foram utilizadas como forma de facilitar o processo de inserção da pesquisadora no ambiente estudado. Visitas na UTIN foram realizadas antes da coleta de dados, na tentativa de estabelecer algum tipo de vínculo com a equipe e com as mães de bebês que já circulavam no setor. No que diz respeito à amostra de profissionais, esperava-se entrevistar ao menos duas pessoas de cada categoria profissional que atuava na UTIN, entretanto, algumas dificuldades foram encontradas, no sentido de resistência de alguns profissionais para participar da pesquisa, sendo possível apenas a quantidade de seis profissionais participantes. No que tange às mães, participaram apenas seis, tendo em vista a pequena quantidade de leitos no setor e o período de tempo estipulado para coleta.

2 A DIMENSÃO AFETIVA DO CUIDAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTRE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS DE ALTO-RISCO

RESUMO

No intuito de contribuir com as investigações sobre a dinâmica relacional entre equipe de saúde e familiares, no cenário da Unidade de Terapia Intensiva, buscou-se analisar as representações sociais maternas acerca dos profissionais de saúde. Seis mães foram entrevistadas numa maternidade pública de Campina Grande. A análise de conteúdo temática possibilitou a construção de três categorias: a experiência de ter um filho na UTIN; o ambiente da UTIN e a equipe de profissionais da UTIN. As representações sociais sobre a equipe de saúde destacam a dimensão afetiva como um requisito basilar para as práticas profissionais. O acolhimento é falho, desorganizado e provoca nas mães sentimentos de insegurança. O diálogo é precário, havendo falhas na comunicação da equipe com as mães, especialmente na transmissão do diagnóstico dos bebês. Há a necessidade de maior preparo da equipe de profissionais para atuar de modo mais humanizado.

Palavras-chave: Prematuridade; UTI neonatal; Representações sociais; Maternidade; Profissionais de saúde.

2.1 Introdução

A gestação de um filho envolve um processo de idealização da criança que está por vir e esta condição, geralmente, gera alegria e satisfação familiar (Lima & Smeha, 2019). Trata-se de um momento de transformações familiares que envolvem a aquisição de novos papéis, de novas responsabilidades e o medo latente de que algum acontecimento possa afetar o curso daquilo que foi *à priori*, esperado (Oliveira, Veronez, Higarashi & Corrêa, 2013). Desse modo, pode-se dizer que a gestação de um bebê gera expectativas por parte de toda a família, ancoradas na ideia da chegada de um bebê saudável que possa ser integrado ao seio familiar (Maia, Silva & Ferrari, 2014).

O nascimento de um bebê prematuro e a necessidade de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal impacta psicologicamente a família, exigindo, principalmente por parte dos pais, a desconstrução do bebê imaginário e perfeito. Essa circunstância faz surgir sentimentos de desencanto, medo, culpa, tristeza e impotência e desencadeia reações de luto na família (Maia, Silva & Ferrari, 2014; Silva, Menezes, Cardoso & França, 2016). Os pais podem ter sentimentos ambivalentes como ansiedade, angústia, medo, desamparo, desejo de fuga e necessidade de estar com o filho para cuidar dele (Carvalho & Pereira, 2017).

Esta situação estressora pode desencadear nos pais uma crise emocional, com sintomas de desordem psíquica das mais variadas, a exemplo do transtorno de estresse pós-traumático, além da possibilidade de influenciar o desenvolvimento psicológico e comportamental do bebê. Quadros de ansiedade e de depressão pós-parto também apresentam maior incidência nos casos de mães de bebês prematuros, e os primeiros sintomas depressivos podem interferir nas relações mãe-bebê e no papel parental (Ionio *et al.*, 2016; Trumello *et al.*, 2018). Além disso, o contexto da UTIN pode dificultar o estabelecimento dos laços afetivos familiares entre os pais e os bebês, tendo em vista que, além da separação física, pode haver sentimento de culpa, dificuldade dos pais para aceitar a realidade (Morais & Marcatto, 2014; Soares, Christoffel, Rodrigues, Machado & Cunha, 2015) e até mesmo um processo de rejeição com o bebê, após constatação da prematuridade (Santos, Faria & Vicente, 2007).

As mães de crianças prematuras precisam abrir mão de suas rotinas regulares para se dedicarem integralmente ao filho internado. Muitas horas são despendidas dentro da UTIN, onde constata-se diariamente a fragilidade e os óbitos de outros bebês. Diante desse cenário, estas mães têm maior tendência a se sentirem ansiosas e deprimidas, assim como ficam mais propensas a apresentar maior grau de irritabilidade e hostilidade, podendo influenciar nos modos de interagir com seus filhos (Ionio *et al.*, 2016; Trumello *et al.*, 2018).

Embora a principal função da UTIN seja zelar pelo bem-estar geral do neonato, trata-se de um ambiente marcado por muito barulho, iluminação intensa, oscilação de

temperatura e necessidades constantes de procedimentos que muitas vezes geram desconforto e dor aos neonatos (Lins, Collet, Vaz & Reichert, 2013) e, conseqüentemente, sofrimento aos pais. A UTIN também é permeada por uma linguagem técnica característica dos profissionais de saúde, com uma organização dinâmica e lógica diferente da rotina da mãe e que, muitas vezes, assusta pessoas leigas num primeiro contato (Rolim *et al.*, 2017; Lima & Smeha, 2019). Os recém-nascidos quase sempre estão dentro de incubadoras, ligados a muitos fios de monitoramento, com acesso venoso, sonda, respiradores e outros tantos aparelhos que impactam as mães e interferem na qualidade do toque afetivo (Costa, Arantes & Brito, 2010; Santos, Souza, Mutti, Santos & Oliveira, 2017). À medida que o estado de saúde da criança hospitalizada se agrava, a tendência é que esta seja exposta a situações cada vez mais invasivas e desagradáveis.

Como discutem Williams *et al.* (2018), o ambiente da UTIN é destacado como um elemento estressor, tendo em vista não apenas o físico, mas também suas regras e regulamentos. Para os referidos autores, este ambiente desempenha uma função crucial no modo como os pais lidam com o processo de hospitalização. Ele pode desencadear sentimentos ambivalentes nos pais: felicidade pela chegada do filho e o medo iminente da morte, atrelados a sentimentos de culpa e tristeza (Santos, Bortolin, Zanin & Tabaczinski, 2020).

No cenário da UTIN, lidar com um bebê com risco iminente de morte pode provocar um sentimento de destituição da tarefa materna de cuidar do filho, uma vez que a interposição da tecnologia e do saber médico se sobressaem aos cuidados maternos (Ferrari & Donelli, 2010). Dessa forma, alguns pais podem sentir-se preteridos da função de cuidadores uma vez que compreendem que o cuidado é função da equipe de saúde. A equipe, por sua vez, pode dificultar a interação entre mãe e recém-nascido ao invalidar os cuidados maternos por acreditar que são inadequados. Não poder exercer a maternagem e não ter habilidades para executar os cuidados necessários na UTIN reforça a condição de fragilidade materna (Carvalho & Pereira, 2017; Santos *et al.*, 2017).

As tentativas das mães de exercerem a maternagem numa UTIN sempre envolve a presença de uma terceira pessoa assistindo, instaurando-se a tríade mãe, profissional e bebê (Beck & Woynar, 2017). Habitualmente, os profissionais de saúde ficam responsáveis por determinar como e quando cuidar dos bebês, quando estes estão sob cuidados intensivos. Essa situação pode gerar tensões entre profissionais e os pais dos bebês, por haver um conflito de modelos, práticas e interesses entre esses dois grupos. O fato de não poderem, na maioria das vezes, exercer os cuidados maternos dentro da UTIN, coloca as mães numa condição de insegurança, frustração e estresse emocional. Entretanto, quando os profissionais conseguem incluir as mães no processo de cuidado dos bebês, eles podem contribuir em grande medida para que as vivências maternas sejam positivas e prazerosas, além de auxiliarem no processo de validação da função materna (Santos *et al.*, 2017).

Os profissionais, ao exercerem o papel de facilitadores nesse processo de hospitalização, podem proporcionar tanto aos bebês como aos seus familiares, uma assistência mais humanizada, focada nas necessidades biopsicossociais desses sujeitos envolvidos, além de poderem facilitar o processo de maternagem na UTIN. Ao adotarem uma perspectiva colaborativa, os profissionais dão aos familiares a oportunidade da coparticipação na tomada de decisões no que concerne ao processo de saúde e doença dos bebês internados. A escuta atenta e a comunicação terapêutica tornam-se ferramentas valiosas para que os profissionais consigam viabilizar, através da sensibilidade ao outro, o amparo e o fortalecimento necessários ao cuidado efetivo da família no contexto da UTIN (Santos *et al.*, 2017).

A forma como se constrói a relação entre a família e a equipe de assistência de uma UTIN vai determinar, em grande medida, os sentimentos dos pais em relação à experiência, assim como provocará influência na relação que será estabelecida entre os pais e o RN internado no serviço (Girardon-Perlini *et al.*, 2012). Na maioria das vezes, os pais sentem-se inseguros e receosos na participação do cuidado com seu filho (Maia *et al.*, 2014). Desse modo, estabelecer uma relação de proximidade com a equipe profissional é fundamental para a família, possibilitando a construção de uma relação de confiança entre profissionais e

familiares (Frello & Carraro, 2012). Entretanto, os estudos de Santos *et al.* (2007) apontam para fragilidades estabelecidas nas relações entre profissionais e mães de bebês prematuros. Ao falarem sobre o atendimento oferecido na UTIN à elas, revela-se a necessidade dos profissionais olharem para essas mães, despendendo atenção e cuidado. Nesse sentido, a comunicação entre profissionais de saúde e os pais dos bebês prematuros é um instrumento importante no estabelecimento destas relações e na troca, ou mesmo construção de conhecimentos.

Entretanto, os conhecimentos produzidos no contexto de saúde de uma UTI neonatal inscrevem-se num espaço de forças representacionais que se relacionam de forma potencialmente conflituosa, estando de um lado a população usuária que produz os conhecimentos do senso comum, expressos através das práticas das mães dos bebês prematuros e, do outro, a equipe de profissionais de saúde, que também elaboram e recorrem às representações sociais, além de utilizarem conhecimentos científicos como base para suas práticas profissionais. Essa dinâmica deve-se também ao fato de que ainda estamos arraigados a uma tendência de encarar o conhecimento científico enquanto saber hegemônico e ao mesmo tempo, de negar as suas bases no conhecimento do senso comum (Oliveira, Siqueira & Alvarenga, 2000). Admite-se, portanto, que uma vasta rede de significações sociais é construída a partir das experiências vivenciadas em uma UTI neonatal. Além desses conhecimentos produzidos por meio das interações na UTIN, considera-se, também, as representações sociais, anteriormente construídas e também compartilhadas pelas famílias e grupos sociais, atuam dando sentido às novas experiências.

As representações sociais são conhecimentos não especializados que permitem ao sujeito orientar-se em seu meio social. Trata-se de um processo que envolve valores, percepções, opiniões, ideias e práticas dos sujeitos, ou seja, um conjunto de significados capazes de facilitar uma comunicação contextualizada, a partir de códigos que nomeiam e classificam o mundo material e social (Do Bú, Alexandre & Coutinho, 2017). Enquanto fenômeno, elas são entendidas como moduladoras do pensamento, e permitem aos indivíduos se situar no mundo, dominando-o a partir da construção de novos conhecimentos

(Almeida, 2005). Através do compartilhamento de teorias do senso comum sobre determinados objetos, os sujeitos garantem a comunicação entre si, que por sua vez propiciará diretrizes para suas condutas (Santos, 2005).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) respalda-se na concepção de um sujeito ativo, que se apropria da realidade objetiva, constrói sua própria realidade social e através dela também se constrói, no contexto de um conjunto de relações com outros indivíduos. Nesse aspecto, o sujeito é considerado produtor e produto de uma sociedade, na medida em que ele reconstrói a realidade, através de processos cognitivos e sociais, a partir de um procedimento de reelaboração humana (Santos, 2005).

No campo da saúde, pesquisas embasadas na TRS se interessam pela análise tanto da constituição de um conhecimento do senso comum sobre saúde e doença, quanto da constituição de um saber técnico-profissional que orienta as práticas profissionais. Tal proposição traz contribuições para compreensão de uma mudança de paradigma desses campos, que valoriza os princípios humanistas, ao passo em que se afasta da perspectiva clínico-biomédica na construção da atenção à saúde (Oliveira & Gianasi, 2019).

Considerando que as representações sociais atuam simbolicamente nas relações entre usuários dos serviços de saúde e equipes, buscou-se, neste estudo, apreender as representações sociais maternas sobre profissionais de saúde que atuam no contexto da UTIN.

2.2 Método

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, com delineamento descritivo, por registrar e descrever os fatos e fenômenos de determinada população, a frequência com que estes ocorrem, sua natureza, características, causas e sua relação com outros fatos (Prodanov & Freitas, 2013). Para Gerhardt e Silveira (2009), na pesquisa qualitativa não há

preocupação com a representatividade numérica, mas com a investigação aprofundada de um grupo social, na tentativa de compreendê-lo em profundidade.

Participaram da pesquisa seis mães de bebês internados em uma UTIN de um hospital na cidade de Campina Grande. Todas eram residentes em cidades circunvizinhas e possuíam renda de, no máximo, um salário mínimo. Cinco participantes tinham idade entre 19 e 25 anos, e uma participante tinha 39 anos. Todas as participantes eram casadas ou mantinham união estável e residiam em cidades do interior da Paraíba. Ressalta-se, portanto, que nenhuma residia na cidade em que a instituição hospitalar se localiza. No que diz respeito à religião, quatro delas eram católicas; uma, evangélica e uma, testemunha de Jeová. Em relação às consultas de pré-natal, três mães afirmaram ter realizado todas as consultas de pré-natal; duas afirmaram ter iniciado o pré-natal com atraso e uma alegou não ter feito pré-natal porque só descobriu que estava grávida próximo ao período de nascimento da criança.

Os recém-nascidos, por sua vez, apresentaram diagnóstico de prematuridade, associados ou não a outros diagnósticos, quais sejam: pneumoperitônio¹, nanismo, insuficiência pulmonar, onfalocele² e perfuração no estômago. Tais diagnósticos sinalizam para quadros clínicos que caracterizam a maioria dos bebês como sendo de alto risco. Em relação ao tempo de internação, quatro bebês estavam internados há menos de um mês, um bebê internado há sete meses e outro, há um ano e cinco dias. Além disso, todas as mães participantes tiveram histórico de gestação de risco e todos os bebês nasceram prematuros.

Como instrumentos para coleta de dados, foram utilizados uma ficha sócio demográfica e clínica, e uma entrevista semi-estruturada. A ficha sócio demográfica foi construída no intuito de apreender aspectos do contexto social das entrevistadas, e a ficha

¹ Pneumoperitônio é a presença de ar na cavidade abdominal. Geralmente é uma condição patológica devida à perfuração de vísceras ocas (Gomes, 2021).

² Onfalocele: corresponde a uma má-formação da parede abdominal no bebê, que normalmente é identificada ainda durante a gravidez e que se caracteriza pela presença de órgãos, como intestino, fígado ou baço, fora da cavidade abdominal e recobertos por uma fina membrana (Ribeiro, 2021).

clínica, identificar características clínicas dos bebês, no sentido de níveis de gravidade. A escolha pela entrevista semi-estruturada baseou-se em alguns aspectos, como: poder ter um índice de respostas mais abrangente; não gerar dificuldades para quem não saber ler ou escrever; ter flexibilidade quanto à duração da coleta; possibilidade de aprofundar determinados assuntos e, por fim, ter um contato mais próximo com o entrevistado, o que facilita o acesso aos seus conteúdos afetivos e valorativos (Boni & Quaresma, 2005), principalmente considerando o contexto de uma UTIN.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da própria instituição hospitalar, gravadas em equipamento de gravação de áudio, mediante consentimento das mães participantes para a participação na pesquisa e para a gravação de voz. Para análise dos dados, recorreu-se à análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (1994), adotando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Após a pré-análise do material, por meio de leituras flutuantes, os dados coletados foram separados em unidades de registro ou unidades de significado, considerando os temas abordados. Posteriormente tais unidades foram codificadas e, uma vez agrupadas, permitiram a construção de categorias temáticas.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), registrado com número CAAE 19869619.7.0000.5187. Além disso, foram respeitadas todas as etapas relativas aos procedimentos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme resolução 510/2016. Todas as participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para Gravação de Voz, e mediante assinatura de ambos, confirmaram a participação voluntária na pesquisa.

É importante lembrar que este estudo representa um recorte de uma pesquisa mais ampla, que envolveu dois grupos estudados, quais sejam, o grupo de mães, e o grupo de profissionais de saúde, e que buscou entender o relacionamento entre profissionais e mães a partir da perspectiva da TRS.

2.3 Resultados e discussão

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar três categorias temáticas, quais sejam: a experiência de ter um filho na UTIN, o ambiente da UTIN e equipe de profissionais da UTIN. As categorias se relacionam não apenas às representações sociais elaboradas pelas mães, mas também ao contexto e à experiência em que elas são produzidas e compartilhadas. As entrevistadas foram identificadas pela letra E, seguidas do algarismo arábico correspondente à sequência em que ocorreram as entrevistas, no intuito de resguardar o anonimato das mães

A experiência de ter um filho na UTIN

Essa categoria versa sobre aspectos da experiência de ser mãe de um bebê prematuro, no intuito de contextualizar os dados ou, em outras palavras, descrever aspectos do contexto de produção dos significados que as mães atribuem aos profissionais. A categoria *Experiência de ter um filho na UTIN* abarca as seguintes subcategorias: a comunicação do diagnóstico, a maternagem na UTIN e rede de apoio.

A comunicação do diagnóstico de prematuridade e, conseqüentemente, da necessidade de internação de seus bebês, acarretou nas mães reações como choque, medo da morte e tristeza: “Ah, nessa hora, quase que eu enlouqueço. Me deram até remédio, porque eu fiquei muito nervosa. Eu pensei que ele não ia resistir, né?” (E1, 21 anos):

(...) a gente pode entrar, mas é aquela sensação de uma hora você pode entrar e você pode ver seu filho ali bem ou outra hora você pode não ver tão bem, porque quando vai pra o UTI não é só problema respiratório, ali é o estado grave... a UTI é o estado grave (E6, 25 anos).

O impacto causado pela notícia relaciona-se à ideia de que a UTI representa um local em que os pacientes estão em estado grave, à beira da morte, fazendo emergir o

sentimento intenso de medo da morte iminente de seus bebês. Para Molina, Fonseca, Waidman e Marcon (2009), a notícia da necessidade de internação em uma UTI provoca medo, ansiedade, impotência e dor, pela separação do filho e principalmente pela correlação imediata que se faz entre UTI e morte. O nascimento de um filho prematuro, portanto, acarreta a sensação de “perder o chão”, na medida em que os sonhos e expectativas de felicidade cedem lugar a uma vivência de angústia e medo (Oliveira, Veronez, Higarashi & Corrêa, 2013).

A necessidade de progredir no quesito diálogo com as mães foi um componente em destaque nas entrevistas, reforçando a necessidade dos profissionais serem habilitados a dar notícias ruins sem que precisem ser desumanos.

Eu acho assim, que principalmente quando fosse dar uma notícia tão... uma notícia não tão boa, né? Não dissesse para pessoa sozinha, porque... principalmente para uma pessoa que tem pressão alta, receber uma notícia dessas, assim... o emocional vai à mil. (...) Eles poderiam sentar, conversar direito e não chegar e dar uma resposta direta: “Vai ser isso agora e pronto”. (...) Chegasse e conversasse direitinho, explicasse direito, por mais que seja uma notícia ruim, mas tivesse um jeitinho de falar né, porque não é fácil receber uma notícia pesada... de uma vez só. Tipo um choque pra a pessoa, muito, muito ruim mesmo (E1, 21 anos);

Eu acho que o diálogo. Eu acho que se elas tivessem um diálogo melhor, se elas se comunicassem melhor, atendessem melhor às mães (...) assim como uma técnica ou uma enfermeira ou uma médica, elas deviam trabalhar mais o psicológico delas, pra quando uma mãe chegasse... abalada, né?, assim, elas poder ajudar (...) (E5, 24 anos).

Os dados indicam que, apesar de esforços institucionais para que a assistência humanizada se concretize, haja vista as políticas sobre humanização e presença de apoiadores institucionais em várias maternidades do país (Andrade, Barros, Maciel, Sodré & Lima, 2014), o pouco preparo da equipe de saúde para a transmissão de notícias difíceis, assim como para dar suporte emocional às famílias ainda necessita ser qualificado (Cabeça & Sousa, 2017). Cabeça e Sousa (2017) destacam que tais condutas podem gerar sérios prejuízos à relação terapêutica entre profissionais e familiares. Mesmo em situações adversas, ainda segundo os autores, é possível comunicar-se de forma mais eficaz com as mães e com a família, através da prática da escuta qualificada, validar por meio da fala do outro, garantindo se houve a compreensão adequada e assertiva da mensagem.

Comunicar-se qualitativamente é um compromisso social do profissional; orientação, aconselhamentos, esclarecimentos, apoiar e encorajar as mães, estar disponível ao diálogo, todos estes elementos foram identificados como facilitadores para a comunicação de notícias difíceis.

Para Cruz e Riera (2016), a comunicação de más notícias deve seguir um protocolo que auxilie na organização deste momento difícil, para que os profissionais consigam manter uma comunicação clara com os pacientes. De acordo com o protocolo SPIKES, criado por Robert Buckman, em 1992 (Chehuen Neto *et. al.*, 2013) a comunicação de más notícias deve levar em consideração vários fatores além daquilo que o paciente precisa saber. Deve ser realizada de forma apropriada, com a preocupação de que a informação foi devidamente retida e compreendida, além da preocupação com as reações afetivas daqueles que recebem tais notícias. Além disso, o profissional responsável por dar a notícia, em geral, o médico, deve encontrar um espaço reservado e calmo para que essa conversa ocorra, saber até onde vai a compreensão da família em relação ao que está acontecendo; deve falar de forma franca e com compaixão, tocar as pessoas, saber lidar com o silêncio e com possíveis lágrimas, ter um plano de metas, revisar a compreensão do que foi falado e colocar-se à disposição para dúvidas e diálogos futuros (Baile, Buckman & Lenzi *et al.*, 2000).

A confiança na equipe de profissionais do setor, mesmo em meio à condição de abalo emocional pela internação do filho, pode contribuir para o enfrentamento da situação, como relatado por uma participante: "(...) Eu fiquei abalada realmente, a gente fica abalado, mas aí eu me senti confortável porque eu estava lá e ele estava vendo (o médico)" (E6, 25 anos). A confiança nos profissionais de saúde ameniza o medo da morte e a ansiedade decorrente de um prognóstico incerto, nos momentos iniciais da experiência.

Ao relatarem aspectos da maternagem na UTIN, as mães expressavam um saber próprio sobre os seus bebês e sobre os procedimentos técnicos realizados: "Toda vez que eu ia dar o leite de X, eu sempre derramava a metade, porque eu sabia que não tinha, que ela não tinha capacidade de caber ali, aquele leite todinho na barriga dela" (E2, 39 anos).

Aí eu reclamei e falei pra outra também, e disse: “Oh, limpa a boquinha direitinho que ele é um bebê novinho demais, a boca dele tá ressecada... Eu não sou da área da saúde mas eu sei como é que se trata um bebê”. Aí ela falou: “Como, por quê”? Aí eu disse: “Não, porque a outra tava passando a gaze com sabonete líquido na boca dele” (E5, 24 anos).

As falas acima fazem referência a um saber prático ou saber experiencial (Jodelet, 2001) que é construído através da experiência da mãe no ambiente da UTIN. Como postula Rolim *et al.* (2017), as mães, com o passar do tempo, começam a apreender a cultura da UTIN e reproduzir terminologias científicas e até alguns procedimentos executados pela equipe. Contudo, a presença dos pais dentro da UTIN pode provocar alterações nas relações estabelecidas no ambiente hospitalar, uma vez que a equipe, muitas vezes, começa a enxergar esses pais como mais exigentes ou questionadores, gerando incômodo entre os profissionais (Rolim *et al.*, 2017).

Para as mães que participaram desse estudo, ter um filho prematuro e internado em uma UTIN é uma experiência difícil, sobretudo pelo medo da morte. Além do medo da morte, sentimento como tristeza, revolta e desespero foram identificados nos relatos: “(...) quando ele saiu pra o centro de cirurgia, eu pensei que ele não fosse voltar, que ele tava muito fragilizado, muito fraquinho, tava perdendo peso. E a gente, fica desesperado, é uma coisa que... (silêncio)” (E5, 24 anos).

A instabilidade e a imprevisibilidade inerentes à condição de saúde dos bebês prematuros era um fator que dificultava a experiência materna, gerando ansiedade. As mães tinham consciência de que, a qualquer momento, o estado de saúde de seus filhos poderia agravar: “Mas a gente pensa: ‘Prematuro é uma caixinha de surpresa’. A gente não sabe o dia de amanhã, a gente tá aqui sabendo que eles tão lá, mas que a qualquer momento pode acontecer alguma coisa” (E4, 19 anos).

É possível perceber como as mães vivem numa constante tensão, dia após dia, sem terem certeza de que no dia seguinte terão seus filhos vivos novamente. Maia, Silva e Ferrari (2014) postulam que as mães sentem-se desorientadas não apenas em relação ao diagnóstico, mas também pelo nível de gravidade da condição de saúde e das possíveis

complicações do quadro clínico de seus filhos. Nesse contexto, elas não têm controle sobre a situação estressora e nem podem realizar seu papel como esperavam.

A vivência da prematuridade do filho é uma situação difícil e dolorosa e isso se potencializa devido à falta de suporte familiar, causada também pelo próprio distanciamento físico, uma vez que a maioria das mães passa a residir temporariamente no contexto hospitalar. Entretanto, haja evidências nas falas da maioria das entrevistadas de que a rede de apoio estruturada pela família seja aquela que proporcione, de fato, um suporte às mães, não apenas emocional, mas também financeiro: “minha mãe ela me apoia muito, vem aqui, trás é... dinheiro pra mim poder comprar as coisas, entendeu?” (E4, 19 anos).

A minha mãe, sempre ela vem! (...) traz minhas coisas, compra as coisas e traz. (...) ela vem logo cedo, de Alagoa Grande pra cá (riso), aí como ela trabalha lá, e também ela é sozinha para tudo, então é muito difícil ela vir, às vezes ela tem que ver as condições pra vir... gasta trinta reais de viagem todo dia, é meio pesado. Aí quando ela vem num certo tempo, dois, três dias, aí ela traz bastante coisa, minhas roupa tudinho, aí leva as roupa sujas e trás as limpas (E3, 22 anos).

Em uma das entrevistas identificou-se as repercussões negativas da falta de apoio de uma parcela da família, no que diz respeito a descrença na melhora do bebê, e que ao externalizar isso para os pais, tornou a vivência ainda mais difícil:

Entrevistada: A gente num quer passar por isso, é muito difícil que a gente se sente muito só, não tem apoio de ninguém e onde você chega as pessoas olham pra você com um olhar de pena, como quem diz: “O filho dela tá lá, vai morrer”; e eu escutei isso né, disseram que meu filho vai morrer.

Pesquisadora: Quem te disse:

Entrevistada: Quem me disse foi pessoas da minha família, da família do meu esposo e a gente ficou bem... bem só, nesse período, só eu e ele. É tanto que só vem a gente pra o hospital (E5, 24 anos).

O suporte da proveniente da equipe apareceu nas falas de duas entrevistadas, ao relatarem ter recebido apoio importante dos profissionais: “o suporte daqui da casa, quem me dá confiança é X (cuidadora da Casa da Gestante e Puérpera), ela me dar muito!” (E6, 25 anos).

Entrevistada: (...) Graças a Deus eu nunca tô sozinha não. Já recebi apoio até de gente do hospital mesmo.

Pesquisadora: Quem?

Entrevistada: Enfermeiros, fisioterapeutas...

Pesquisadora: Apoio em que sentido?

Entrevistada: Assim, às vezes eu tava muito deprimida, chegavam para mim, mandavam eu ir para casa. Tinha dias que eu não conseguia nem comer, elas compravam bolo, comprava quentinha, fizeram tudo pra mim comer, mas eu não conseguia, mas mesmo assim, isso para mim... elas tentaram né, isso foi gratificante (E1, 21 anos)

Diante de um cenário de sofrimentos, incertezas e de tantas alterações na rotina das mães, é importante que seja disponibilizada às mães uma rede de apoio que se estenda para além da família, do companheiro, incluindo amigos e profissionais, que poderão propiciar tranquilidade, cuidado físico e psicológico às mães (Santos *et al.*, 2020; Lima & Smeha, 2019). O apoio à distância, por meio das redes sociais, pode facilitar a aproximação das mães com pessoas que funcionam como referências afetivas para elas. Recebendo o apoio e o cuidado dos familiares e amigos, as mães dos bebês sentem-se mais seguras, e assim, criam melhores condições para o enfrentamento da situação, de forma mais confiante e tranquila (Lima & Smeha, 2019).

O ambiente da UTIN

As mães possuem uma percepção negativa do ambiente da UTIN, principalmente por associarem esse setor à morte, o que, conseqüentemente, faz emergir intenso medo. Além disso, as condutas profissionais inadequadas, a dor por ver o sofrimento dos filhos mediante procedimentos realizados e por ver o sofrimento de outras mães, frente à morte de seus filhos, torna o contexto ainda mais adverso: “A médica chegou pra mim e disse que era um bebê muito grave e que ele não sobrevivia mais que dois dias (...) Aí, isso pra mim acabou tudo” (E1, 21 anos);

Eu já vi tanta mãe entrar ali dentro confiante e sair tão triste e às vezes até eu me abalava. Até ontem mesmo, né? Quando ontem de noite eu fui ver o meu, ele estava bem, respirando bem, quando foi de dez horas, outro bebê que estava ao lado dele faleceu. Aí, quer dizer, a gente se abala, né? (E6, 25 anos).

A morte de outro bebê faz as mães se compadecerem de tal situação e reforça, por sua vez, o medo da morte de seus filhos que estão em graves condições de saúde. O convívio com outros pais de bebês prematuros possibilita o compartilhamento de sentimentos entre os pais. Por outro lado, pode potencializar seu sofrimento frente ao sofrimento do outro (Santos *et al.*, 2020). Neste estudo, percebeu-se que quando a mãe se compadece do sofrimento de outros pais que perdem seus filhos, conseqüentemente, tal fato aumenta nela o medo de perder o próprio filho.

Em contrapartida, em alguns discursos maternos, a UTIN é percebida em seus aspectos positivos, considerando ser um lugar necessário ao reestabelecimento da saúde dos bebês, e digno de confiança na melhora destes: “É uma mistura de emoções, sabe? Por que só a gente sabe o que a gente passa aí dentro. (...) mas minha presença conta muito pra recuperação dele. (...) Eu sinto que a cada dia ele tá melhorando (...)” (E5, 24 anos).

Eu sei que minha bebê tá ali pro bem dela, né isso? Ela tá ali pro bem dela, pra ela se recuperar logo, pra gente poder, né? Eu ter a honra de criar ela, de poder levar ela pra casa, mas essa palavra é um pouco... né? Mexe muito com a gente (E4, 19 anos).

A vivência na UTIN, portanto, também pode trazer o reconhecimento, por parte das mães, de que se trata de um local necessário ao bom desenvolvimento das funções vitais dos bebês. A confiança dos familiares na equipe e no manejo dela em relação às situações que envolvem a hospitalização será um fator determinante para que as mães enxerguem a UTIN de forma menos ameaçadora (Maia, Silva & Ferrari, 2014).

A internação prolongada destaca-se como outro aspecto que contribui para a sobrecarga materna e ruptura do cotidiano dessas mulheres. A mãe se coloca numa posição de presença constante, exclusiva e necessária durante o período de internamento do filho, sendo conduzida a assumir múltiplas funções simultaneamente:

É... como se a gente tivesse se prendido naquilo, então, tudo, tudo fica difícil pra gente resolver. Tem muita coisa que eu fiquei, deixei pra resolver, assim, dentista, outras coisa de saúde minha, não pude... (...) A gente fica naquele negócio parado... que... como assim, não eu não posso ir, tem uma coisa mais urgente pra resolver, mas... que precisa de mais atenção que no caso é x , né? (E2, 39 anos).

Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de Smeha e Cezar (2011), no qual foi possível verificar a dedicação integral das mães aos filhos, levando-as a adaptar suas rotinas em benefício destes, abdicando das suas próprias prioridades, como a vida profissional e social, para assumir as responsabilidades exclusivamente maternas.

Sentimento de culpa, ao se ausentar do ambiente da UTIN para cuidar de outros filhos, também foi identificado nos relatos: “Embora eu não posso fazer tanto por ela, né? Mas a gente fica, no pensamento; às vezes eu tava em casa, eu dizia: “Meu Deus a minha bichinha ficou lá abandonada, abandonei minha filha... minha filha não tá comendo” (E2, 39 anos). O sentimento de culpa é fruto, muitas vezes, da constatação dos pais quanto a sua impotência diante da situação, uma vez que se veem incapazes de disponibilizar os cuidados adequados aos filhos em condições de vulnerabilidade. Parece haver aqui uma prescrição normativa de que, por ser mãe, ela precisa estar integralmente presente na UTIN.

Também pode acontecer das mães sentirem-se impotentes, irresponsáveis e negligentes, por alimentarem a falsa ideia de terem abandonado os demais filhos saudáveis para cuidar integralmente do bebê doente no hospital (Silva *et al.* 2016; Carvalho & Pereira, 2017). São muitas culpas em jogo, e que colocam as mães em situações de muita fragilidade.

A equipe de profissionais da UTIN

Essa categoria buscou compreender as visões sobre a equipe de profissionais da UTIN construídas a partir das experiências maternas, que se inicia com a chegada das mães na unidade intensiva.

A maioria das mães afirmou não ter sido recepcionada por um profissional ao entrar no setor, tendo que se direcionar a algum deles para obter informações sobre a localização

do bebê e sobre o seu quadro clínico. Tal fato sinaliza para uma acolhida fragilizada, contribuindo para o impacto negativo dessa primeira experiência, que deveria se caracterizar como um momento de acolhimento:

Pesquisadora: Quem te recebeu lá? Entrevistada: Ninguém. Eu entrei... aí eu fui falar com a médica, que tava com X. Afe Maria, que grosseria, eu disse: “Dra. como é que ela tá? Tá perto de ter alta? Ela tá bem?” Ela disse: “Você acha que ela tá bem do jeito que tá?”, desse jeito comigo... (E2, 39 anos); É... até porque entrei sem máscara, sem touca, sem nada. Só lavei as mãos, e entrei, porque ninguém me falou nada. (...) Então, eu cheguei, aí perguntei, eu fiquei andando, olhando as criança (risos) aí ela falou: “Oi, posso ajudar?” Ela quem? As enfermeira. Aí eu falei: “Não, porque eu vim ver meu filho”. Aí ela falou: “Qual o seu nome?”, aí eu falei, aí ela falou: “Tá ali no leito 3”. Aí pronto, aí eu fui lá ver ele (E3, 22 anos).

Nestes primeiros contatos, as médicas foram avaliadas de forma bastante negativa pelas mães, uma vez que, no momento da comunicação diagnóstica não houve habilidade e cuidado no repasse de informações, inclusive sobre os prognósticos (muitas vezes fatalistas). Percebeu-se, inclusive, hostilidade de tais profissionais em alguns momentos:

Dra. X me contou do jeito dela, mas me chocou: “Ah, minha filha, vá pra casa, essas criança não dura muito tempo, chegam aqui num instante morrem” (...) Ave Maria, eu ficava sem chão, né? Chorava, chorava, aí depois ela vinha me dava um abraço, aí ela disse: “Mas é verdade, minha filha, eu só tô falando a verdade” (E2, 39 anos).

A percepção da postura hostil por parte de vários profissionais desvela uma relação hierárquica entre profissionais e mães que, por sua vez, instaura medo e orienta uma conduta evitativa frente aos que deveriam acolhê-las: “(...) Se a pessoa fala, leva uma coçada” (E1, 21 anos).

O ato de atualizar os prontuários também foi interpretado, por uma participante, como uma postura passiva e negativa por parte do corpo médico: “Eu acho que era enfermeira mesmo, porque mais são as que ficam arrodando; as médicas geralmente elas ficam sentada ali, olhando as papeladas lá...” (E3, 22 anos).

Ao discorrerem sobre os profissionais, de uma forma geral, que trabalham na UTIN, vários aspectos foram elencados pelas mães, como omissão, negligência, falta de higiene nos cuidados dispensados aos bebês, pouca confiança e comunicação inadequada. Contudo, pode-se dizer que existem insatisfações relacionadas especialmente às condutas

de profissionais médicos e profissionais da enfermagem, principalmente no que tange à negligência e falta de delicadeza:

(...) se a criança tá chorando, vá lá ver a fralda, entendeu? Porque é muito chato. Às vezes a gente não pode nem entrar, mas tem criança chorando, então é alguma coisa que ele tá sentindo uma fralda, uma dor. (...) Tá lá, a fralda tá lá cheia de xixi, cheia de cocô.(...) A profissional não vai (E6, 25 anos);

(...) Tem uma que eu num consigo nem olhar... uma médica. Af! Deus me livre. Ela não sabe dar notícia nenhuma pra uma mãe. (...) as médicas podiam ser mais humanas (...) ela chega e diz: “Olhe mãe, seu bebê vai morrer”, como se ela soubesse que vai morrer hoje e pronto. Ela não teve compaixão de dizer: “Seu bebê é isso, é aquilo, vai acontecer...”. a gente sabe que é prematuro e pode acontecer, mas chegar e dizer: “Vai morrer!”... (E1, 21 anos).

Interessante ressaltar que, embora a equipe seja composta por mais profissionais, a equipe de enfermagem e as médicas são as categorias que mais se destacam nos relatos das mães. Dessa forma, pode-se dizer que representação social da equipe é objetivada nessas duas categorias profissionais. A objetivação caracterizada como um processo cognitivo “tem caráter figurativo e funciona promovendo uma economia cognitiva, no sentido de facilitar a comunicação reduzindo o conceito a uma imagem de fácil acesso (...)” (Castro & Castro, 2018, p. 02). As mães, portanto, quando contam suas experiências relacionadas à equipe, focalizam tais profissionais de saúde.

O corporativismo entre os profissionais relacionado à questão da negligência também foi apontado, no sentido de dizer que todos acabam sendo iguais em suas práticas, nomeando-os de “farinha do mesmo saco”: “(...) mas ali tudinho era... tudo farinha do mesmo saco, tudinho, e os parâmetros de X baixo, ela dissaturando, morrendo, eu: “Aí meu pai do céu, minha filha vai embora de uma vez” (E2, 39 anos).

Nesse contexto de negligência, as mães relatam a falta de confiança em alguns profissionais e a preocupação que surge com bebês quando estão ausentes: “Às vezes nem de noite eu durmo, porque eu não sei como é que tá lá, como é que... né? aí eu fico pensando: ‘Meu Deus, será que essas enfermeiras tão trabalhando de coração, de noite, essas horas...’(...)” (E4, 19 anos).

(...) Enquanto eu tiver ali, elas não estão nem aí... Eu venho, olho, olho, olho. Às vezes elas olham e ficam assim, meio que lerdando, mexe só lá, escreve e não faz

nada. Num faz nada. Acho que para melhorar a questão disso aí, elas deveriam ser mais atenciosas em questão disso, de prestar atenção sempre nos monitores, porque o bebê, por conta que eles se mexem muito, e como eles são muito pequenininho demais, o equipamento sempre vai sair (...) elas trabalhando aqui à noite eu não sei se elas ficam aqui dormindo, se elas mexem muito no celular sentadinha, porque eu observei e não vi, que não tem câmeras aqui dentro (...) Eu imagino que elas ficam aí, sentada, conversando, batendo um papo (risos) e... acho que elas de vez em quando é que vão dar uma olhadinha pra ver como é que tá a situação, ou ficam observando os monitores à noite (E3, 22 anos).

A falta de boa vontade e de paciência para lidar com a criança também foram apontadas como justificativas para as más condutas profissionais: "(...) É, falta de boa vontade. Mas no caso de Dona X é um caso bem... grave. (tom de voz baixo) Porque Dona X não tem paciência com a criança (...)" (E2, 39 anos).

Os relatos apontam insegurança e medo de que algo ruim possa vir a acontecer com os bebês por falta de assistência da equipe. Os relatos indicam uma prescrição normativa implícita sobre o cuidado dispensado ao bebê, que atua na avaliação das mães a respeito dos profissionais: o cuidado constante e com afeto. Espera-se, portanto, que o recém-nascido seja valorizado como alguém da própria família dos profissionais.

Às vezes nem de noite eu durmo, porque eu não sei como é que tá lá, como é que... né, aí eu fico pensando: "Meu Deus, será que essas enfermeiras tão trabalhando de coração, de noite, essas horas...(E4, 19 anos); (...) Até o momento tem enfermeiros, tem pediatra que acompanham meu filho até bem, mas principalmente, enfermeiras, técnicos, realmente precisam ter mais atenção com as crianças (E6, 25 anos).

Em que pese as várias insatisfações das participantes em relação às posturas dos profissionais e cuidados dispensados aos bebês, algumas mães ressaltam aspectos positivos ao avaliarem as práticas profissionais. "(...) um amor de pessoa, chega, conversa, explica, a médica que tava lá hoje. Olhe, nunca vi uma médica tão atenciosa que nem aquela" (E4, 19 anos).

(...) quando o meu bebê foi pra o centro cirúrgico eu não sabia, que eu cheguei aqui e ele já tava saindo, só teve uma que me confortou, que falou que ia dar tudo certo, as outras num chegavam nem perto, agora teve uma que foi bem gentil, que me abraçou, que falou que ia ficar tudo bem. E isso é bom, entendeu... (E5, 24 anos).

Destaca-se a importância do diálogo da equipe com os pais do bebê, no sentido de poder criar um vínculo de confiança através destas posturas. Tais dados corroboram com a

discussão de Maia *et al.* (2014), ao afirmarem que uma boa recepção da equipe, um tratamento cortês, atenção e preocupação tanto com o RN quanto com a família, são aspectos positivos no relacionamento, do ponto de vista da família. Para se atingir uma prática humanizada, é imprescindível como aponta Andrade *et al.* (2014) repensar a prática clínica hegemônica, ainda arraigada na ideia de reducionismo dos usuários dos serviços à condição de objetivos. Faz-se necessário superar o modelo curativo centrado no hospital e no componente orgânico do processo saúde-doença, e enfrentar o desafio de produzir uma cultura institucional verdadeiramente pública e mais solidária.

Algumas mães tecem elogios aos profissionais, comparando os cuidados destes com os cuidados de mãe. Ademais, também afirmam que alguns profissionais são emocionalmente envolvidos com suas profissões e que isso faz diferença no contexto da UTIN, para que os laços de confiança possam ser estabelecidos. A segurança no profissional pode estar condicionada à dimensão afetiva do cuidado: “Ah, meu filho ali é criado como se fosse um filho deles. Tem umas enfermeiras que pra mim é mesmo que uma mãe. Eu vou pra casa e vou tranquila porque lá eles, ele é bem tratado. (...) eu sempre fico segura quando meu filho tá com essa pessoa que tá com ele hoje, porque ela... a gente sente o amor que ela sente por eles. Quando eu vejo uma pessoa tratando bem meu filho isso, para mim é tudo” (E1, 21 anos).

As mães também acreditam que a convivência e aproximação com alguns profissionais melhoram com o passar do tempo de internação do bebê, de modo que quanto mais tempo o bebê precisar ficar internado na UTIN, maiores são as chances das mães criarem vínculos mais estreitos com alguns profissionais:

(...) depois de muita convivência que elas viram que eu era uma pessoa boa né? Elas diziam a mim direito, depois de muito tempo, que foi pegando, assim é... já que elas via eu ali há muito tempo, elas sempre diziam: “Fulana...”, aí foram me conhecendo, aí já tratava normal, assim.... (E2, 39 anos).

Acredita-se que o cuidado voltado ao recém-nascido na UTIN, no olhar materno, envolve não apenas aspectos técnicos, mas aspectos afetivos também relacionados às mães. Contudo, o vínculo entre mães e profissionais parece não ser algo fácil a ser

construído. Parece haver uma ideia construída de que elas precisam demonstrar que são pessoas boas, dignas de confiança, para que as profissionais se aproximem.

De um modo geral, os dados nos permitem dizer que ao avaliarem as práticas profissionais, recorre-se ao cuidado materno como esquema de referência, sobretudo no que diz respeito à dimensão afetiva do cuidar, revelando o processo de ancoragem em jogo na representação social sobre a equipe de saúde. A partir desse esquema de conhecimento prévio - o cuidar materno - as práticas dos profissionais são interpretadas e avaliadas. Aqueles que se aproximam do modo de cuidar materno são considerados bons e mais humanos.

“Assim, eu queria que todos trabalhassem, todos iguais, assim... com amor. Porque pra trabalhar com crianças trabalhar sem amor é mesmo que nada... principalmente com um bebê que precisa de bastante cuidado” (E1, 21 anos); “(...) então se você tá na área de... de cuidar de criança, você é pra tá cuidando da criança cuidadosamente, não de qualquer jeito, entendeu?” (E6, 25 anos); “(...) não sei se é porque ela quer, porque ela traz os estresse dela pra casa, fica misturando, sei lá” (E2, 39 anos).

Ainda no que concerne à representação social da equipe da UTIN, revela-se, a princípio, um esquema figurativo característico da objetivação: negligência, falta de delicadeza e falta de paciência, sobretudo por parte de médicos e enfermeiros. Esses elementos são mais ligados ao contexto cotidiano e opostos aos elementos mais normativos da representação, relacionados ao cuidado que as mães esperam desses profissionais, a partir de seus próprios conhecimentos: uma prática com amor e atenção constante. Perceber a ausência desses cuidados gera várias emoções e sofrimento nas mães, além de poderem fomentar conflitos na relação com a equipe.

Ao se depararem com o nascimento prematuro e com o diagnóstico clínico de seus filhos, as mães iniciam a experiência de acompanhamento de seus bebês na UTIN. A falta de uma postura acolhedora dificulta a experiência e contribui para a construção de visões negativas a respeito da equipe de saúde. Embora haja algumas exceções, a maioria dos profissionais, sobretudo médicos e enfermeiras, parece negar a dimensão afetiva do cuidar

nesse contexto. Tendo em vista que as mães trazem consigo noções sobre como profissionais devem cuidar de um bebê e vão construindo outros saberes na UTIN, referenciando-se no cuidar materno, frequentemente interpretam ações dos profissionais como negligência, falta de atenção ou delicadeza quando estas se distanciam de suas expectativas, revelando o caráter normativo, mas também prescritivo da representação social. Recorrendo à Abric (2003), pode-se dizer que a representação social da equipe de UTIN elaborada pelas mães engloba elementos normativos (mais ligados aos valores e ideologias dos grupos sociais), como o cuidar de bebê com afeto e atenção constante e elementos funcionais (mais associados às condutas cotidianas) como negligência, falta de atenção e falta de delicadeza, que, por sua vez, determinam condutas maternas como o afastamento ou agressividade. O afeto e emoções, nesse cenário, são mediados por essa representação, que, no caso, parece contribuir para o sofrimento materno e descrença nos profissionais de saúde.

2.4 Conclusão

A vivência das mães em uma UTIN é difícil, dolorosa e desafiadora, sobretudo tendo em vista a possibilidade de morte do filho. Além da própria condição clínica dos recém-nascidos, a percepção de negligência de cuidado com os bebês, bem como atitudes não acolhedoras dos profissionais acarretam um aumento de sofrimento psíquico nas mães.

No processo de acolhimento das mães na UTIN foram identificadas fragilidades significativas, pois falta diálogo e respeito àquelas mães que sofrem junto com seus filhos, dia após dia, muitas vezes sem perspectivas de evolução clínica. A falta de diálogo, de postura acolhedora por parte dos profissionais e a percepção de negligência às necessidades vitais dos bebês, faz emergir nas mães sentimentos de insegurança, que são reforçados pelo medo e pela dor que perpassam todo esse contexto de ter um filho internado numa UTIN. Além disso, contribui para a emergência de elementos “negativos” no

sistema de significações relacionado à equipe de saúde. Passou-se a ver, de um modo geral, os profissionais da UTIN como negligentes, indiferentes e por vezes, grosseiros. Essa visão acarretou o distanciamento de algumas mães ou mesmo conflitos entre profissionais e tais familiares, tornando o contexto ainda mais aversivo. Soma-se a isso, a ausência de intervenções sistemáticas voltadas a essas mulheres, no sentido de trabalhar o enfrentamento da situação em que vivenciam. Alerta-se para a necessidade de reordenar as ações na UTIN voltadas às mães e pais, no sentido de acolher suas demandas e construir uma relação colaborativa.

2.5 Referências

- Abric, J. C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: P. H. F. Campos & M. C. S. Loreiro (Org.). *Representações sociais e práticas educativas* (pp. 37-57). Goiânia: UCG.
- Almeida, A. M. O. (2005). *A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas*. In: M. F. S. Santos & L. M. Almeida (Orgs.). *Diálogos com a teoria das representações sociais*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Andrade, M. A. C., Barros, S. M. M., Maciel, N. P., Sodré, F. & Lima, R. C. D. (2014). Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema  nico de Saúde (SUS). *Interface* (Botucatu). 18 Supl 1:833-44.
- Baile, W. K., Buckman, R. & Lenzi, R., et al. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 5(4):302-11.

Bardin, I. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.

Beck, C. T. & Woynar, J. (2017). Posttraumatic stress in mothers while their preterm infants are in the newborn intensive care unit: a mixed research synthesis. *Advances in Nursing Science*. Vol. 40, No. 4, pp. 337–355. DOI: 10.1097/ANS.000000000000176.

Brasil. (2012) *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Conselho Nacional de Saúde. [online]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >.

Cabeça, L. P. F. & Sousa, F. G. M. (2017). Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Fund Care Online*. 9(1):37-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.37-50>.

Carvalho, L. S. & Pereira, C. M. C. (2017) As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Rev. SBPH*. v..20, n. 2, Rio de Janeiro.

Castro, C. R. & Castro, M. R. (2018). Metáforas no processo de objetivação de representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 30, e159429. Epub June 07, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30i159429>.

Chehuen Neto, J. A., Sirimarco, M. T., Cândido, T. C., Bicalho, T. C., Matos, B. O., Berbert, G. H. & Vital, L. V. (2013). Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. *Rev Med Minas Gerais*. 23(4): 518-525. DOI: 10.5935/2238-3182.20130079.

- Costa, M. C. G., Arantes, M. Q. & Brito, M. D. C. (2010). A UTI Neonatal sob a ótica das mães. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 12, n. 4. DOI: dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7130.
- Cruz, C. O. & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. *Diagn Tratamento*. 21(3):106-8.
- Do Bú, E. A., Alexandre, M. E. S. & Coutinho, M. P. L. (2017). Representações sociais do vitiligo elaboradas por brasileiros marcados pelo branco. *Psicologia, saúde & doenças*. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180311>.
- Ferrari, A. G.; Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2):106-112, Unisinos. Doi: 10.4013/ctc.2010.32.04.
- Frello, A. T. & Carraro, T. E. (2012). Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*. Brasília, 65(3).
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de Pesquisa*. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Girardon-Perlini, N. M. O., Viana, A. A. F., Vand der Sand, I. C. P., Rosa, B. V. C & Beuter, M. (2012). Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI Neonatal. *Cienc Cuid Saude*. v. 11, n. 1. DOI:10.4025/cienccuidsaude.v11i1.18855.

- Gomes, M. (2021). *Pneumoperitônio*. Portal pneumoimagem: imagens e notícias em pneumologia.
- Ionio, C., Colombob, C., Brazzodurob, V., Mascheronia, E., Confalonieria, E., Castoldib, F. & Listab, G. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Europe's Journal of Psychology*. Vol. 12(4), 604–621. doi:10.5964/ejop.v12i4.1093.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.) *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 17-44.
- Lima, L. G. & Smeha, L. N. (2019). A experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: uma montanha russa de sentimentos. *Psicologia em Estudo*, v. 24, e38179. Doi: 10.4025/psicolestud.v24i0.38179.
- Lins, R. N. P., Collet, N., Vaz, E. M. C. & Reichert, A. P. S. (2013). Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. DOI:10.4034/RBCS.2013.17.03.03.
- Maia, J. M. A., Silva, L. B. & Ferrari, E. A. S. (2014). A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 3(2):154-164.
- Molina, R. C. M, Fonseca, E. L., Waidman, M. A. P. & Marcon, S. S. (2009). A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 43(3).

- Morais, R. C. M. & Marcatto, M. (2014). *Humanização no cuidado neonatal: a concepção da equipe de enfermagem*. Journal of Research Fundamental Care Online. DOI: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1409-1418.
- Oliveira, D. C. & Gianasi, L. B. S. Representações sociais como teoria interpretativa para investigações na saúde do homem. *In: Araújo, J. S. & Zago, M. M. F. (2019). Pluralidade masculina: contribuições para pesquisa em saúde do homem*. Curitiba/PR: CRV.
- Oliveira, D. C., Siqueira, A. A. F. & Alvarenga, A. T. (2000). Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. *In: Moreira, A. S. P. & Oliveira, D. C. Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB.
- Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I. H. & Corrêa, D. A. M. (2013). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery*. vol. 17. n. 1. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>>.
- Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed., Rio Grande do Sul: Universidade FeeVale.
- Ribeiro, S. S. (2021). *Onfalocele: o que é, principais causas e tratamento*. Tua Saúde. Saúde do bebê.
- Rolim, K. M. C., Santos, M. S. N., Magalhães, F. J., Frota, M. A., Fernandes, H. I. V. M., Santos, Z. M. S. A., Martins, I. S., Pinheiro, C. W. & Alencar, H. C. N. (2017). O uso de

tecnologia leve na promoção da relação enfermeira e pais na uti neonatal. *Investigação Qualitativa em Saúde*. v. 2.

Santos, M. F. S. (2005). A teoria das representações sociais. In: Santos, M. F. S. & Almeida, L. M. (Org.). *Diálogos com a teoria das representações sociais*. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE/ Ed. Universitária da UFAL. v. 1, p. 13-38.

Santos, M., Bortolin, D., Zanin, S. C. G. & Tabaczinski, C. (2020). Impacto da prematuridade na constelação da maternidade. *Revista Psicologia e Saúde em Debate*. 6(2): 246-259. DOI: 10.22289/2446-922X.V6N2A16.

Santos, L. F., Souza, I. A., Mutti, C. F., Santos, N. S. S. & Oliveira, L. M. A. C. (2017). Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(3):e1260016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001260016>.

Santos, S. M. R., Faria, A. F. S. O. & Vicente, E. J. D. (2007). A representação social das mães e profissionais de saúde que cuidam do recém-nascido hospitalizado e a relação dos profissionais com estas mães. *HU Revista*, Juiz de Fora. v. 33, n. 1.

Smeha, L. N., & Cezar, P. K. (2011). A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 43-50.

Silva, R. M. M., Menezes, C. C. S., Cardoso, L. L. & França, A. F. O. (2016). Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: revisão integrativa. *Revista Enferm. Cent. O. Min.*, 6(2):2258-2270, DOI: 10.19175/recom.v6i2.940.

- Soares, R. L. S. F., Christoffel, M. M., Rodrigues, E. C., Machado, M. E. D. & Cunha, A. L. (2015). Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(3). DOI: 10.5935/1414-8145.20150054.
- Trumello, C., Candelori, C., Cofini, M., Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M. & Babore, A. (2018). Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: a study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in Public Health*. Volume 6, Article 359. doi: 10.3389/fpubh.2018.00359.
- Williams, K. G., Patel, K. T., Stausmire, J. M., Bridges, C., Mathis, M. W. & Barkin, J. L. (2018). The Neonatal Intensive Care Unit: Environmental Stressors and Supports. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. doi:10.3390/ijerph15010060.

3 A NEGAÇÃO DA DIMENSÃO AFETIVA DO CUIDADO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS DE ALTO RISCO ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar as representações sociais construídas por profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a respeito das mães acompanhantes de bebês prematuros. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade pública do interior da Paraíba. Seis profissionais de saúde foram entrevistados, a partir de um roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. A análise qualitativa permitiu a construção de quatro categorias temáticas: causas da prematuridade, o cuidado na UTIN, percepção acerca das mães e relacionamento com as mães. As mães são geralmente percebidas como acompanhantes presentes e responsáveis pela prematuridade de seus filhos. Por serem de baixa renda, possuem poucos conhecimentos acerca da própria saúde gestacional e poucas habilidades para interagir com os profissionais. Percebe-se a presença de ansiedade materna, embora não exista acolhimento no sentido de contemplar com a dimensão emocional da experiência.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Prematuridade. Representações sociais. Profissionais de saúde. Maternidade.

3.1 Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) recebe a demanda de bebês prematuros, fragilizados pela própria prematuridade, que necessitam de cuidados intensivos devido a patologias variadas, quais sejam: “doença da membrana hialina, síndrome de aspiração meconial, anoxia neonatal, hipoglicemia, icterícia fisiológica, gastrosquise, hidrocefalia, mielomeningocele, pneumonia, entre outras” (Carvalho & Pereira, 2017, p. 102). Devido a sua fragilidade e ao risco aumentado de morbidade, o neonato prematuro necessita de hospitalização logo após o nascimento, possibilitando a sobrevivência dele e reduzindo os riscos de sequelas a longo prazo (Silva, Menezes, Cardoso & França, 2016).

O ambiente da UTIN é composto por um cenário de tecnologias, muitos aparelhos, movimentação e monitoramento frequente dos profissionais, tendo uma dinâmica bem diferente da rotina da mãe. A primeira visita materna a esse ambiente, na maioria das vezes,

é assustadora e tende a gerar sofrimento (Lima & Smeha, 2019). A prática de procedimentos invasivos, que mostram-se visualmente agressivos, gera insegurança e frustração nos pais (Morais & Marcatto, 2014). Para os pais de neonatos prematuros, a interação estabelecida com os bebês, nos primeiros momentos após o nascimento, pode ficar comprometida, devido ao período de internação prolongada, a própria rotina hospitalar e as condições clínicas dos bebês. Desse modo, reações como medo, culpa, tristeza e impotência são comumente vivenciadas pelos pais, além da vivência do luto pela perda do bebê idealizado (Silva, Menezes, Cardoso & França, 2016).

Após regulamentação da Lei no 8069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente, com destaque para o artigo 12, que estabelece que as instituições hospitalares “devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (Brasil, 1990), houve, nesses setores, uma preocupação em oferecer um modelo de assistência com foco não apenas na criança, mas também na família. Para viabilizar esta prática, o livre acesso dos pais às visitas dos filhos e a permanência contínua destes, junto ao recém-nascido internado, passou a ser uma postura adotada pela grande maioria dos profissionais das UTINs, proporcionando inclusive, condições para acomodação dessas famílias dos bebês nas unidades hospitalares (Gaíva & Scochi, 2005). A disseminação do Método Mãe-Canguru, o Programa de Pais Participantes e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Brasil, 2003) também provocaram a reflexão sobre os cuidados ofertados ao recém-nascido e sua família, na busca por criar estratégias que possam minimizar a angústia e o trauma pela separação mãe-filho, trabalhando o fortalecimento do vínculo, desde o parto até a internação do bebê na UTIN, prestando assim, uma assistência holística ao binômio mãe e RN (Costa, Arantes & Brito, 2010).

Em que pese o direito e a importância dos pais de acompanhar seus recém-nascidos, ressalta-se a existência de conflitos entre profissionais de saúde e os familiares/acompanhantes do RN, manifestados através de comportamentos indiferentes, atitudes de estranhamento e até desrespeito mútuo (Santana & Madeira, 2013). Comumente

a interação entre familiares e equipe acontece de forma mecanizada e impessoal, sendo a comunicação assimétrica a principal marca da posição de submissão dos pais em relação aos profissionais (Gaíva & Scochi, 2002). Não raro, o acompanhante chega a ser visto pela equipe como um elemento de incômodo, ao passo em que a equipe geralmente assume uma postura de controle e poder naquele contexto, reforçando a ideia de que a presença da família na UTIN é um fator que atrapalha o processo de trabalho, seja porque a família é considerada ansiosa ou mesmo porque acreditam que ela está ali para fiscalizar o fazer dos profissionais. A família, por sua vez, pode ter uma postura de resistência com a equipe de saúde, descumprindo algumas normas estabelecidas e/ou mesmo não obedecendo alguns procedimentos recomendados pela equipe. Além disso, a família também pode adotar a fuga como estratégia de enfrentamento, fato este que normalmente é interpretado de forma distorcida por alguns profissionais como um comportamento negligente por parte dos pais (Santana & Madeira, 2013).

Para Girardon-Perlini *et al.* (2012), os profissionais das UTIN's, em geral, focam a atenção no quadro clínico do RN, ficando a unidade familiar um pouco ofuscada, reforçando, por sua vez, as dificuldades da família para lidar com a internação do bebê, bem como favorecendo o seu distanciamento. Como pontuam Frello e Carraro (2012), ainda se privilegia, em muitas circunstâncias, a tecnologia em detrimento do cuidado.

Na prática clínica, a relação pais-profissional é originalmente considerada uma relação assimétrica, devido à autoridade e poder inerentes aos profissionais (Kjellsdotter, Lantz & Ottosson, 2018). Deve-se levar em consideração, ainda, que quanto maior o distanciamento entre a posição social dos trabalhadores e a dos usuários, maior a tendência desses profissionais adotarem condutas de estigmatização das famílias, instituindo assim, uma desigualdade social cada vez mais intensa. Além disso, há pouca capacidade de identificar potencialidades nas famílias pobres e nas comunidades, de modo que os profissionais não têm expectativas de que essas classes consigam construir processos de saúde e doença mais saudáveis. (Pereira & Bourget, 2010).

A assistência humanizada no contexto da UTIN exige uma mudança de paradigma em direção a uma abordagem holística, que considere o cuidado ao bebê prematuro extensivo às suas famílias, reconhecendo os membros da família como parceiros essenciais durante o processo de hospitalização (You & Kim, 2020). Uma parceria respeitosa entre pais e profissionais desempenha um papel fundamental no estabelecimento de uma relação próxima entre pais e filhos (Kjellsdotter *et al.*, 2018). Os profissionais podem desempenhar o papel de "anexadores" entre a mãe e o bebê, ao serem capazes de considerar as necessidades de ambos (You & Kim, 2020).

Neste estudo, parte-se do pressuposto que as práticas profissionais e o relacionamento dos profissionais com as mães são mediados por representações sociais que as equipes elaboram sobre as mesmas. Nesse sentido, a mudança paradigmática e a emergência de novas práticas depende, sobretudo, dessas representações. Partindo desse pressuposto, o presente estudo objetivou analisar as representações sociais de mães construídas entre profissionais de uma UTIN vinculada a uma maternidade pública do interior da Paraíba. Tendo em vista que tanto o saber do senso comum como o saber reificado participam da teia de relações simbólicas e comunicativas no contexto da saúde, compreender o tipo de conhecimento que é constituído pelos profissionais de saúde sobre os objetos do cotidiano, assim como as relações que são estabelecidas com os usuários dos serviços de saúde, é pressuposto básico à reflexão acerca da dicotomia existente entre esses dois saberes (Oliveira & Gianasi, 2019).

O conhecimento advindo do senso comum é o tipo de conhecimento que interessa a Teoria das Representações Sociais (TRS), aporte teórico inaugurado por Serge Moscovici, a partir da publicação de sua obra *Psicanálise, sua imagem e seu público*, em 1961. A TRS respalda-se na concepção de um sujeito ativo, que se apropria da realidade objetiva, constrói sua própria realidade social e através dela também se constrói, no contexto de um conjunto de relações com outros indivíduos (Santos, 2005).

Para Moscovici (1978), as representações sociais se constituem como uma modalidade de conhecimento particular, com o propósito de elaborar comportamentos e

manter a comunicação entre os indivíduos. Elas podem ser compreendidas como entidades quase tangíveis; mediadas por falas, gestos ou vivências do cotidiano e interligam-se e cristalizam-se incessantemente. Ao tornar familiar o não familiar, as representações sociais conferem aos objetos o status de signo, tornando-o significante, ou seja, um conjunto de significados capazes de facilitar uma comunicação contextualizada, a partir de códigos que nomeiam e classificam o mundo material e social (Do Bú, Alexandre & Coutinho, 2017).

As representações sociais são moduladoras do pensamento e permitem aos indivíduos se situar no mundo, dominando-o a partir da construção de novos conhecimentos (Almeida, 2005). Na medida em que os sujeitos compartilham teorias do senso comum sobre determinados objetos, através do processo comunicacional, as diretrizes para suas condutas também vão sendo elaboradas. As representações também são geradoras ou uma condição para as práticas, tendo em vista que é possível a realização de práticas que não correspondem ao esquema representacional do sujeito. As práticas, por sua vez, podem originar representações ou mudanças representacionais, ou seja, caracterizam-se como um agente de transformação das representações (Wolter & Sá, 2013). Considerando que as representações sociais exercem função simbólica nas práticas (Abric, 1998), inclusive profissionais, e nas relações entre profissionais de saúde e mães, buscou-se investigar as representações sociais dos profissionais de saúde acerca das mães de bebês internados em uma UTIN.

As representações sociais têm se destacado em vários campos de saúde, sobretudo no estudo das práticas profissionais. Nessa perspectiva, reconhecer o papel ativo assumido pelos sujeitos individuais e coletivos, considerando a subjetividade individual e social como elementos fundamentais das ações cotidianas de saúde, torna possível a construção de explicações acerca do processo de saúde-doença, alicerçadas do conhecimento do senso comum (Oliveira & Gianasi, 2019), bem como nos relacionamentos engendrados nos cenários dos serviços de saúde.

3.2 Método

Esta pesquisa tem caráter qualitativo e delineamento descritivo, não enfatizando a representatividade numérica e sim a investigação aprofundada de um grupo social, na tentativa de compreendê-lo em profundidade (Gerhardt & Silveira, 2009) e tendo como foco a descrição de fenômenos de uma determinada população, sua natureza, características, causas e sua relação com outros fatos (Prodanov & Freitas, 2013).

Através da amostragem não probabilística por conveniência, participaram da pesquisa seis profissionais que trabalham na UTIN de uma maternidade pública do interior da Paraíba, sendo duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, duas fisioterapeutas e uma médica. As participantes apresentaram idades que variam entre 26 e 62 anos e tempo de serviço entre 7 meses e 27 anos. Quatro delas tinham vínculo de contrato de trabalho com o hospital, e duas, vínculo efetivo há mais de quinze anos. Uma técnica tinha capacitação em humanização, e a segunda, um curso voltado aos cuidados de idosos. A enfermeira tinha especialização em urgência e emergência; duas fisioterapeutas eram especialistas em UTI e a médica alegou ter longa experiência de trabalho em Programa de Saúde da Família, o que, na visão da entrevistada, prepara o profissional para trabalhar a partir da perspectiva da humanização.

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados, uma ficha sócio-demográfica e uma entrevista semi-estruturada. A escolha pela entrevista semi-estruturada baseou-se nos seguintes aspectos: não gerar dificuldades para quem não sabe ler ou escrever; flexibilidade quanto à duração da coleta; possibilidade de aprofundar determinados assuntos, além de ter um contato mais próximo com o entrevistado, o que facilita o acesso aos seus conteúdos afetivos e valorativos (Boni & Quaresma, 2005), considerando, principalmente, o contexto de uma UTIN. As entrevistas foram realizadas nas dependências da própria instituição hospitalar, gravadas em equipamento de gravação de áudio, mediante consentimento das profissionais para a participação na pesquisa e para a gravação de voz.

Posteriormente foram transcritas e analisadas por meio da proposta de análise de conteúdo temática (Bardin, 1994), adotando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Após a exploração do material, os dados coletados foram “recortados” em unidades de registro, codificados e agrupados de acordo com o tema, possibilitando a construção de categorias temáticas.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), registrado com número CAAE 19869619.7.0000.5187. Foram respeitadas todas as etapas relativas aos procedimentos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme resolução 510/2016. Todas as participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para Gravação de Voz, e mediante assinatura de ambos, confirmaram a participação voluntária na pesquisa.

3.3 Resultados e discussão

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar quatro categorias temáticas: causas da prematuridade, o cuidado na UTIN, percepção acerca das mães e relacionamento com as mães. As categorias englobam além das representações sociais das mães dos bebês, aspectos do contexto de trabalho dos profissionais, assim como as experiências vividas que se tornam palco para a construção e compartilhamento das representações sociais. Para fins de identificação das participantes de forma a garantir o anonimato das participantes, utilizou-se a letra E e o algarismo arábico correspondente à sequência em que ocorreram as entrevistas.

Causas da prematuridade

Esta categoria versa sobre os fatores responsáveis pela condição de prematuridade dos bebês, a partir do entendimento das profissionais entrevistadas. Foram identificados fatores como a hipertensão arterial, infecções não tratadas, idade cronológica na mãe, obesidade, diabetes e outras patologias. Entretanto, os elementos mais frequentes acerca das causas da prematuridade incluem a falta de cuidado e de informação das mães acerca das suas necessidades de saúde. Essa atribuição de causalidade sinaliza para uma tendência de responsabilização das mães pela prematuridade de seus filhos. Vários relatos referenciam as mães como aquelas que deveriam ser as responsáveis por buscarem o autocuidado e, portanto, responsáveis por estarem sempre atualizadas com seus pré-natais, fato este que não ocorre na prática e repercute nos partos prematuros.

Pesquisadora: Esses pré-natais mal feitos que você diz, você acha que eles são decorrentes de que? Mal feitos por quê?

Entrevistada: Pela própria mãe, no caso, né? A gestante não procurar... porque acesso tem, né? Todos os postos de saúde fazem o pré-natal, muitas vezes elas deixam mesmo. Não querem fazer e vai numa consulta ou outra, ou num vai mesmo. Tem mães que chegam sem nenhum pré-natal aqui, sem nenhuma consulta (E4, 55 anos);

Pesquisadora: Você atribui essa questão de surgir uma infecção urinária ou pressão alta a que? A que fator?

Entrevistada: Mulher, eu acho que informação...

Pesquisadora: De quem?

Entrevistada: Eu acho que muitas não procuram, assim, na gravidez o pré-natal. Às vezes quando você vai olhar é uma, duas... duas consultas, né?... (E5, 54 anos)

A falta de informação está associada, para alguns profissionais, à condição socioeconômica das mães, contribuindo para ocorrências de partos prematuros: “Sem orientação, acha que não é necessário um pré-natal, que não tem orientação, que... é..., de uma classe social mais é... é... mais baixa, entendeu?” (E3, 26 anos).

Entrevistada: É o que a gente vê. Mas é isso, elas não... A maior parte vem de onde? Classe baixa né? E às vezes acontece de, por exemplo, descobrir uma gravidez com... mais tempo, não como uma pessoa que tem um conhecimento que... é... é... faltou a menstruação, aí foi procurar, não! A gente num vê muito isso não. E aqui dentro as causas maiores, eu acho que é mais assim mesmo é... é pressão, é uma falta de cuidado com si, com as mães.

Pesquisadora: Por que você acha que elas têm essa falta de cuidado?

Entrevistada: É isso que eu disse: informação (E5, 54 anos).

Tais crenças, quando generalizadas podem gerar uma postura preconceituosa em relação às mães de baixa renda, ao passo em que as colocam em condições de impossibilidade para assumir seus cuidados com a saúde na gestação, uma vez que a falta de instrução seria uma condição determinante na limitação para os cuidados com a saúde. Constatou-se que, além da responsabilização da gestante pelo pré-natal incompleto, aponta-se a pouca eficiência da assistência pré-natal realizada pelas equipes de atenção básica. As narrativas parecem não levar em consideração os vários fatores imbricados na baixa adesão de algumas gestantes ao pré-natal, como a precariedade da rede de apoio social a mulher gestante, prestado pela família, amigos ou vizinhos; barreiras de acesso; violência sexual, dentre outros que influenciam para a realização do pré-natal tardio (Souza *et al.*, 2020).

Via de regra, existem procedimentos assistenciais mínimos que deveriam ser disponibilizados às gestantes em todas as localidades brasileiras, entretanto, algumas desigualdades regionais podem interferir na adequada adesão ao pré-natal. Apesar da melhora em relação à cobertura do atendimento pré-natal no cenário nacional, fatores como desigualdades regionais, sociais e econômicas, assim como dificuldades no acesso aos serviços de saúde, ainda se configuram como barreiras significativas para a obtenção de cuidado adequado no pré-natal (Rocha, Barbosa & Lima, 2017). Além disso, por vezes, os serviços de saúde prestados são pouco acolhedores e a atenção disponibilizada durante as consultas muitas vezes é despersonalizada, permeada por impaciência e pressa dos profissionais, gerando insegurança e insatisfação nas gestantes (Rocha, Barbosa & Lima, 2017). Essas fragilidades no processo de trabalho das equipes de saúde deixam evidentes as fragilidades dos próprios dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) (Souza *et al.*, 2020). Desse modo, há a necessidade de se repensar o cuidado em saúde a partir da perspectiva da integralidade e da equidade, princípios basilares do SUS, assim como o

incentivo ao protagonismo das gestantes, considerando suas singularidades (Souza *et al.*, 2020).

O cuidado na UTIN

As profissionais admitem que a prioridade da assistência à saúde na UTIN é direcionada aos bebês, “Uma ou outra que conversa com as mães... mas a maioria só os bebês” (E1, 43 anos). Alguns relatos levam ao entendimento de que as mães são percebidas pela equipe como aquela que estará sempre presente no setor, por questões legais e/ou pelo entendimento da importância dessa presença para o bom desenvolvimento dos bebês. Todavia, as prioridades são voltadas para o bem-estar geral dos bebês e, embora as mães sejam pessoas essenciais nesse processo de recuperação da saúde, não existem ações sistemáticas direcionadas a elas. A perspectiva da integralidade é negligenciada nesse contexto, no sentido de que as necessidades das mães, enquanto sujeitos que sofrem, dificilmente encontram espaço para acolhimento nesse cenário hospitalar.

No que diz respeito a assistência ao recém-nascido, relatos de algumas participantes, por exemplo, demonstram os aspectos afetivos da prática profissional, ao compararem seus sentimentos com os sentimentos de uma mãe ou mesmo pela constatação da dificuldade em lidar com o óbito dos bebês: “(...) e o carinho que a gente sente pelo bebê é imensurável, né? Assim, pelo menos eu não tenho filhos e eu sinto como se fosse meu, a gente cuida do mesmo jeito, como se fosse nosso” (E2, 28 anos).

(...) Eu gosto! Eu não sou mãe, mas eu tomo conta como se fossem meus filhos, sabe? (...) é horrível porque você acaba se envolvendo, né?, quando vem a óbito. Eu mesma saio que eu não gosto, eu fico muito emocionada num... ainda não consegui assimilar a morte não... Eu não consigo ficar, aí eu saio logo, aí depois... quando elas saem, aí eu volto. Não consigo ficar perto não, quando isso acontece (E1, 43 anos).

A dificuldade da profissional para lidar com a situação de óbito de um bebê prematuro revela a necessidade de se trabalhar a dimensão emocional dos profissionais de

saúde. O despreparo para lidar com as questões emocionais inerentes à prática da UTIN pode ser um dos fatores que entravam ações voltadas às famílias dos recém-nascidos que se encontram fragilizadas, seja pela condição da saúde de seus recém-nascidos ou mesmo pela morte deles. Lidar com a família é lidar com afeto e a formação do profissional de saúde ainda tem negligenciado tais aspectos.

Percepção acerca das mães

Ao longo das entrevistas, pôde-se constatar vários elementos representacionais relacionados ao objeto de estudo, no caso, mães cujos filhos encontram-se internados na UTIN. Contudo, os temas a relação das mães com os bebês e as reações e práticas maternas concentraram assuntos relacionados às mães, sobretudo, no que concerne à percepção dos profissionais sobre elas.

As profissionais confirmam que, em geral, as mães se fazem presente no setor, dando atenção e carinho aos bebês: “(...) muitas das mães que estão aqui conosco elas querem vir e querem estar lá também com o bebê, se preocupam, querem saber muito (...) a gente vê essa relação realmente de... de cuidado” (E3, 26 anos). Entretanto, como apontaram as entrevistadas, também há mães que rejeitam os seus bebês, por vários motivos, sejam eles por uma gravidez indesejada ou medo de constatar o quadro de gravidade do bebê: “(...) Olha, é pouco, mas assim, acontece de... tem mães que não queriam, já teve caso aqui de mães tentarem aborto” (E5, 54 anos).

Uma participante associou a falta de interação de algumas mães com os bebês e com a equipe ao grau de instrução destas. De acordo com essa lógica, quanto menos esclarecida a mãe for, menor o entendimento do quadro clínico do bebê e, conseqüentemente, menor o contato desta mãe com o bebê e com a equipe. Além disso, aponta a necessidade das mães serem mais esclarecidas acerca da prematuridade, mas

logo retifica a informação, compreendendo a não obrigatoriedade das mães terem conhecimentos específicos sobre o quadro clínico dos bebês:

Bom, eu vejo assim... tem as mães que já passaram aqui, bem entendidas, né?, bem esclarecidas e outras não tão esclarecidas, que assim que o bebê chega, elas já perguntam: "E aí ele vai sair quando?" Sendo que é um bebê muito grave. Então eu... ao meu ver, assim, eu vejo que elas mal tocam no bebê, sabe? Não conversam... Algumas, né? Eu num vou nem generalizar, mas eu vejo que é como se elas tivessem medo, né? Daquela condição que ele tá lá (...) eu acho que elas não são tão esclarecidas como deveriam, né? E até mesmo nem culpo, né? Porque elas não tem obrigação de saber o que a gente da área da saúde sabe, não tem noção de... de gravidade (E2, 28 anos).

Outro elemento representacional que surgiu nas entrevistas foi a ansiedade das mães. As mães são ansiosas pela alta dos bebês, uma vez que estão sempre questionando a equipe em relação à possibilidade de irem com eles para casa:

(...) Elas são... ficam muito ansiosas, querendo que eles vão, voltem pra casa, que vão pra casa na verdade, que nunca foram né? Nascem e vem direto pra cá. A impressão que eu tenho é essa, que elas querem que eles fiquem bons o mais rápido possível pra ir pra casa, pra ir pro cantinho deles, pra elas tomarem conta do jeito delas, a impressão que eu tenho é essa... (E1, 43 anos).

De acordo com as entrevistadas, de uma forma geral, as mães contam com a presença dos companheiros no primeiro contato com a UTIN, havendo uma tendência ao distanciamento destes ao longo do processo de internação.

As mães assumem o papel de presenciar muito de perto todos os tipos de procedimentos invasivos, oscilações de quadro clínico, óbitos frequentes de outros bebês, além das tentativas de apreender conhecimentos técnicos que permeiam o setor, visando o bem-estar integral dos filhos, e são vistas como ansiosas, quando comparadas aos pais.

A mãe adolescente surgiu no relato de uma participante como displicente, desatenta e que está, até certo ponto, alheia às condições clínicas do bebê e do contexto geral de gravidade: "Mas, eu acho que é porque adolescente também, né? Às vezes num... num presta muito atenção no que você fala, né? Aí pronto, só deu tempo ela ir para casa, com poucas horas ele veio a óbito (...)" (E1, 43 anos). Alerta-se para o perigo de uma atuação profissional, nesse âmbito, respaldada em crenças como essa, que geram estereótipos em torno da mãe adolescente, contribuindo, inclusive, para a construção de um relacionamento

distante entre profissionais – mães adolescentes, além da negligência de cuidado, uma vez que se considera que “elas são assim mesmo”. A assistência prestada às mães adolescentes exige um preparo diferenciado, desde a gestação. Envolve a valorização de suas necessidades, contextos socioculturais, apoio incondicional, especialmente porque esse público tem maiores dificuldades para lidar com discriminações e processos de rejeição (Rocha, Barbosa & Lima, 2017).

Relacionamento com as mães

De acordo com os dados, constatou-se que o diálogo com as mães é restrito às condições clínicas dos bebês, revelando a lógica biomédica e interações que têm como foco assuntos técnicos e a condição clínica de saúde dos bebês.

(...) É como te falei, só conversa com elas se elas perguntarem, né? Eu até me cobro por isso, porque fica muito mecânico, eu me sinto um robô, né? Eu não tô aqui é... é como se o meu lado humanizado tivesse diminuindo aos poucos e faz tão pouco tempo que eu tô aqui, né? Então eu acabo me cobrando mais sobre isso, de chegar e não ver a mãe do bebê que tá na UTI, mas ver como uma mãe normal, né? Que tem sua vida lá fora. Então, pelo menos da minha parte, eu não faço isso, né? (E2, 28 anos).

Nega-se, portanto, a dimensão psicológica e as subjetividades em jogo na assistência à saúde e, nesse sentido, abre-se mão da perspectiva da integralidade do cuidado, que parte de uma visão complexa do ser humano e da necessidade de uma rede de cuidados que contemple as diferentes demandas do sujeito.

Poucos relatos retratam ações da equipe que refletem um cuidado humanizado voltado às mães. Contudo, embora pouco frequentes, pôde-se identificar: estimulação do toque da mãe no bebê; disponibilização de informações às mães, sem necessariamente elas questionarem; condutas de apoio, acolhimento ao sofrimento das mães, assim como orientações sobre a importância da presença delas no setor, durante o internamento; cuidados que devem ser mantidos no após a alta: “(...) e aí eu sempre digo a elas que no

horário que as enfermeiras tiverem mexendo, quando o bebê tiver acordadinho, botar a mão, o toque é super importante, conversar, cantar musiquinha (...)” (E6, 62 anos).

As técnicas de enfermagem foram consideradas, por três participantes, como as profissionais que têm maior aproximação com as mães, por diversos fatores como: serem mães, terem um contato mais frequente com os bebês, tempo de serviço e até mesmo por uma questão de classe social, já que a maioria das mães são de baixa renda e se sentem mais à vontade para se aproximarem delas, uma vez que ocupam cargo “inferior”, considerando a organização hierárquica de cargos do hospital.

Entrevistada: Assim, eu percebo que as técnicas, elas tem uma abertura maior com as mães, sabe? Elas conversam, incentivam a fazer troca da fralda, dar a dieta... elas, da parte delas tem mais essa abertura.

Pesquisadora: Você atribui essa abertura a que fator?

Entrevistada: Mulher... eu não sei assim... Eu não sei se é o fato de elas serem mães também e eu não ser mãe, e não entender o que é que a mãe tá passando naquele momento, né? O fato de também ser importante de conversar sobre outra coisa pra arejar mais a cabeça, ou o fato até mesmo de, como eu sou nova, né? Aqui tem muitas técnicas que tem mais de 10 anos, 12 anos por aqui. Então acho que o fato né, de tá diariamente nesse... nesse serviço de UTI, nesse contato com as mães, talvez facilite mais, né? (E2, 28 anos);

(...) Como aqui são as mães mais carentes, aí elas se nivelam mais com as técnicas, e também porque...porque as técnicas ficam muito mais tempo de dedicação aos filhos delas (...) Então a relação de amizade, de confiança com as técnicas, eu acredito até, que é muito maior, entendeu? (E6, 62 anos).

As mães que estão há mais tempo acompanhando seus bebês na UTIN, por sua vez, foram identificadas como aquelas que têm uma maior aproximação com a equipe e, portanto, possuem um relacionamento mais próximo com os profissionais. Por outro lado, como relatado por uma profissional, a rotatividade de profissionais nas escalas dificulta o vínculo com as mães: “(...) e você como trabalha num setor que tem muita rotatividade de paciente, acaba sendo difícil também você construir um vínculo. Só realmente quando o bebê passa muito tempo aqui né, aí é fácil” (E2, 28 anos).

Só que assim, a gente tinha um RN que fazia um ano, então a gente tinha um contato com a mãe todos os dias. Então isso a gente vai criando também um laço de amizade. Mesmo sem a gente querer, mas a gente cria né? Então a gente

conversava, perguntava como é que tava a família, ela contava outras coisas que não eram em relação ao bebê dela (E3, 26 anos).

Entende-se que, para que haja vínculo, deve haver um tempo prolongado de cuidado. Todavia, torna-se interessante pontuar que o vínculo ou “laço de amizade” parece ser algo não “recomendado” na prática profissional, evidenciando a negação da dimensão afetiva no cuidado prestado às mães.

Ainda no que diz respeito ao tempo de contato entre mães e profissionais, algumas profissionais destacam que o relacionamento pode ser dificultado caso haja a percepção de que as mães que acompanham seus bebês há mais tempo sentem-se mais à vontade para falar e/ou interferir na rotina de serviços dentro da UTIN, fazendo comparações entre as profissionais. Assim, uma boa relação com essas mães pode ser tranquila, desde que elas adotem uma postura passiva. Para que isso ocorra, as profissionais empenham-se em manter às claras as regras do serviço, não permitindo que as mães invadam o espaço que é destinado aos profissionais de saúde que ali trabalham: “(...) É... às vezes elas, tipo... Como elas já ficam muito tempo aqui, né? Como X mesmo, já faz, vai fazer um ano que sua filha tá aqui... Pronto, ela, ela já se mete assim... (tom de voz muito baixo). Se mete no serviço, né?” (E1, 43 anos). A equipe tende a avaliar tais condutas como invasivas. As mães que têm mais tempo de convívio no setor, com frequência, passam a ser percebidas pela equipe como mais exigentes e questionadoras, uma vez que passam a apreender a cultura da UTIN e, assim, começam a reproduzir terminologias científicas e alguns procedimentos executados pela equipe, além de ser capaz de reconhecer com mais facilidade a competência ou não dos profissionais (Rolim *et al.*, 2017), fato este que pode gerar incômodo entre os profissionais, tanto pela disputa de saberes como por perceberem que estão sendo avaliados pelas mães.

Estimuladas a falarem sobre as possíveis dificuldades que as mães enfrentam no contexto da UTIN, algumas profissionais sinalizam, mais uma vez, a questão da classe social, partindo da crença de que as mães que têm um grau de instrução menor tendem a

ter mais receio em fazer questionamentos às médicas sobre o quadro clínico dos seus filhos:

Eu acho que elas sentem dificuldade até de chegar até perto de você, porque tem muitas que tem medo, receio, vergonha de falar, principalmente com a gente médico. Acha que o médico tá lá. Às vezes eu acho que existe isso assim... um certo distanciamento, aí às vezes quando você chega que conversa aí, isso diminui mais essa distância, entendeu? (E6, 62 anos).

A grande rotatividade de profissionais no setor, que dificulta o repasse de informações sobre os bebês às mães, o não incentivo ao toque da mãe no bebê por parte de alguns profissionais e o desconhecimento de algumas mães acerca das atribuições de cada profissional, também foram pontuados como fatores que contribuem para as dificuldades das mães no cotidiano da UTIN.

Condutas inadequadas foram citadas pelas participantes em relação a outros profissionais e em relação às mães. Trabalhar anos no setor da UTIN, lidar com o estresse diário e não saber separar os problemas pessoais com os do trabalho podem contribuir para condutas na contramão da proposta da humanização em saúde: “Parece assim, tem aquele dia daquela pessoa que parece que não poderia ter saído de casa, né? Que não consegue deixar ali na porta da rua, da porta do hospital para lá” (E5, 54 anos).

(...) tipo, às vezes também... depende, né?... (tom de voz baixo) da pediatra. Tipo, já diz que o bebê não vai sobreviver, porque é prematuro extremo, tudo... E eles surpreendem e saem. (...) Às vezes a médica diz uma coisa, porque aquilo é rotina, acontece sempre com um prematurinho extremo (...) Às vezes as pediatras falam uma coisa e é outra. Isso sempre acontece (E1, 43 anos).

Ações hostis por parte de algumas mães também foram elencadas como dificuldades enfrentadas pelas profissionais, sobretudo porque muitas mães revoltam-se contra a equipe, segundo as participantes. “Elas só fazem chorar, a maioria só faz chorar. Se revoltam, diz um monte de desaforo às vezes, mas no fim vai chorar e... é o que tem que fazer” (E6, 62 anos).

Ao avaliarem a presença das mães na UTIN, vários profissionais apontaram para uma avaliação positiva, alegando não terem dificuldade para lidar com esse tipo de situação. Como relatado por uma delas, essa conquista demandou tempo. Entretanto, quando o setor

está muito movimentado, as mães são vistas como um elemento de incômodo, como alega uma das profissionais. “(...) Às vezes eu acho ruim isso; às vezes é bom quando tá tranquilo, como você viu. Mas quando tem intercorrência a gente perde muito tempo pedindo pra elas saírem pra poder ir pra intercorrência” (E2, 28 anos).

(...) Hoje eu já sou bem acostumada, porque quando eu trabalhava na UTI infantil da Clínica X que Y instituiu acompanhante dentro da UTI... assim, foi como se fosse uma revolta generalizada, que eu até disse: “Meu Deus como é que a gente vai trabalhar dentro de uma UTI com mãe perto?” Mas depois a gente termina se acostumando (...) (E6, 62 anos);

Eu assim, eu... até que eu gosto. Eu acho... tu sabe que às vezes elas ajudam e muito, porque às vezes você sabe que, por exemplo, eu acho muito importante, eu acho. Hoje mesmo tem uma que é o primeiro filho, aí tá muito por fora assim, não tem, né? (E5; 54 anos).

Percebe-se que a aceitação da presença materna foi um processo gradativo e que a presença da mãe é reconhecida, sobretudo, pelo auxílio materno na rotina de cuidados dentro da UTIN. Os relatos geralmente não demonstram o acolhimento às necessidades emocionais dessa mãe, o que não quer dizer que não reconheçam a importância do vínculo entre mãe-filho e o sofrimento da mãe, entretanto tais questões parecem não ocupar lugar central no cuidado.

Os dados desta pesquisa indicam que as profissionais reconhecem a presença constante das mães na UTIN. Esse acompanhamento, contudo, tem normas; a mãe não deve questionar muito, comparar profissionais ou estar ansiosa para levar seus filhos para casa. A representação social das mães da UTN, construídas pelas profissionais de saúde, ancoram-se na ideia de uma mãe passiva e abnegada, ou seja, uma mãe constantemente presente e que suporta as dores calada. Revela-se, portanto, a hegemonia da narrativa da maternidade objetivada no devotamento e sacrifício (Resende & Bedran, 2017).

As mães também são responsabilizadas pela prematuridade de seus filhos, embora também haja o reconhecimento de outros fatores causais. Destaca-se o fator renda ou classe social como propiciador de limitações de conhecimento materno acerca da própria saúde gestacional; ou seja, quanto menos instrução tiverem essas mães, maiores serão as probabilidades delas colocarem em risco a gestação. Quanto menos condições

socioeconômicas, menor a interação delas com a equipe, especialmente com a figura do médico. A construção desse olhar generalizado sobre essas mães revela um conteúdo preconceituoso, além de invalidar os conhecimentos de senso comum produzidos por estas mães e dificulta a construção de vínculos com os profissionais, em um momento de vida tão doloroso para essas mulheres.

Os dados permitem pensar que a representação social construída pelos profissionais acerca das mães fomenta a banalização do sofrimento alheio. Para Aguiar, Oliveira e Schraiber (2013), essa banalização é muitas vezes motivada pela discriminação social contra pacientes atendidos em serviços públicos, o que aponta para uma degradação dos valores sociais e do cuidado com o sujeito. A justificativa de que o trabalho com a população pobre seria muito árduo simplesmente em função do grupo social em que as pessoas estão inseridas, reforça a ideia de condutas de violência institucional cada vez mais naturalizadas e invisibilizadas. Além disso, o modelo de assistência biomédica ainda se mantém em destaque no processo de cuidado, estando o foco de intervenção direcionado aos bebês. Alguns profissionais, inclusive, entendem que a ‘aproximação’ com essas mães seria uma conduta prioritariamente inadequada por parte da equipe. A ideia do cuidado puramente técnico se sobressai ao cuidado do sujeito enquanto ser psicossocial.

Em meio a tantas assimetrias nas relações humanas, Ayres (2017) lembra que o cuidado no campo da saúde precisa ser pensado no sentido de enaltecer as subjetividades, que tendem a ser negligenciadas, oprimidas ou desconhecidas. Na busca por superar a exclusividade dos métodos positivistas, há a necessidade de se dar espaço a perspectiva interpretativa, hermenêutica, que busca a compreensão entre sujeitos sobre si mesmos, propiciando um espaço discursivo das ciências da saúde. E esse movimento de recusa à “coisificação” das pessoas e das relações, o resgate do valor de uma solidariedade social e a busca da superação de uma visão individualista e individualizante das ações humanas se mostra necessária ao cuidado em saúde, uma vez que auxilia no processo de concretização e fortalecimento dos princípios e conceitos norteadores, como integralidade da atenção e redução de vulnerabilidades nas práticas de saúde (Ayres, 2017).

A equipe de profissionais de saúde percebe, aponta e reconhece muitas falhas existentes no setor, tanto do ponto de vista estrutural e técnico como também humanitário, de fragilidades na rotina de trabalho, especialmente no que diz respeito ao relacionamento com as mães dos bebês. Entretanto, ao passo em que reconhecem as fragilidades do setor e da equipe, aparentemente mantêm-se as mesmas condutas, especialmente no que diz respeito ao acolhimento. O acolhimento, por fazer parte do processo de humanização, revela-se imprescindível e urgente também no ambiente hospitalar, uma vez que ampliar a dimensão cuidadora do fazer profissional, propiciando a humanização em saúde (Silva, Hoffmann & Zacaron, 2018).

Ao comentarem sobre melhorias no acolhimento do serviço da UTIN, sugere-se a necessidade de ter um profissional que assuma com exclusividade essa função de “receber” os pais, deixando claro que não há o entendimento de acolhimento como um processo mais amplo, de acolher a família na sua dimensão integral, conduta esta que poderia ser assumida por qualquer profissional que estivesse atravessado pelo entendimento dos princípios norteadores das políticas de humanização.

Dentre as práticas de humanização, o acolhimento é um dos pilares essenciais do princípio da integralidade é um instrumento de extrema necessidade nos campos da saúde, da ética e das políticas sociais. Através do vínculo, o acolhimento se mostra essencial ao aprofundamento da integralidade na saúde, uma vez que acolher é o ponto de partida da construção de relações sociais democráticas, que propiciam a valorização do outro e a garantia de direitos, tudo isso a partir do estabelecimento de uma relação de confiança com os usuários dos serviços de saúde (Silva, Hoffmann & Zacaron, 2018).

Do exposto, pode-se dizer que a forma como as representações sobre as mães são construídas pelos profissionais nessas relações que estão em jogo, favorece a instauração de práticas profissionais que não correspondem à proposta de humanização. As ideias ancoradas pelas profissionais levam à compreensão fragmentada dessas mães, desconsiderando o contexto de integralidade de suas necessidades, assim como

desconsideram a dimensão afetiva do cuidado, que provocam, na maioria das vezes, ações desumanizadas.

3.4 Conclusão

Os dados da pesquisa permitem concluir que a visão que se cria sobre as mães dos bebês prematuros é, em geral, negativa e envolve elementos preconceituosos. Elementos representacionais como responsabilização das mães pela prematuridade e a pouca compreensão dessas mães acerca da situação de gravidade dos bebês, reforçam uma visão desfavorável sobre essas mães, que envolve fatores de ordem social como determinantes para as condições limitantes das mães.

O cuidado centralizado nas patologias dos bebês reforça a prevalência de um modelo biomédico, que emprega o afastamento entre os profissionais e os usuários e que atua numa perspectiva oposta à do princípio da integralidade do cuidado e da promoção da saúde, em busca da valorização da subjetividade humana. As mães são percebidas como acompanhantes presentes no período de internação dos seus filhos, entretanto, não são incluídas no processo de cuidado. Nos resultados obtidos, as dimensões representacionais dos profissionais em relação ao que seria uma boa mãe que revelam alguns elementos normativos que garantiriam uma boa relação entre eles. Para serem boas mães, elas precisariam interagir mais, e questionar sobre seus bebês, mas apenas quando necessário, evitando serem invasivas ao ponto de haver disputa de saberes.

Fica claro que a visão reducionista que se cria das mães dos bebês, promove nas práticas diárias do cuidado na UTIN, um afastamento nocivo entre profissionais e familiares, de modo que a vivência da internação passa a ser sentida de forma mais penosa para os familiares. A ideia de humanização ainda se mostra muito no campo da teoria; os profissionais “sabem” da importância das práticas humanizadoras nos espaços de saúde,

porém não as colocam em práticas nas ações cotidianas. Na verdade, talvez haja uma falha na visão que se tem do usuário do serviço de saúde pública, especialmente no que diz respeito àquilo que deveria ser garantia de direitos, e na prática, é ofertado como auxílio. Desse modo, o estudo das representações sociais neste contexto torna-se uma ferramenta valiosa para que se possa entender as dificuldades nas relações entre profissionais e familiares, e conseqüentemente na implementação de ações humanizadoras que considerem o outro na sua perspectiva integral.

3.5 Referências

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P; Oliveira, D. C. de. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: Ed. AB.
- Aguiar, J. M., Oliveira, A. F. P. L. & Schraiber, L. B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(11). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074912>.
- Almeida, A. M. O. (2005). *A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas*. In: M. F. S. Santos & L. M. Almeida (Orgs.). *Diálogos com a teoria das representações sociais*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Ayres, J. R. C. M. (2017). Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Revista baiana de enfermagem*. 31(1):e21847. DOI 10.18471/rbe.v31i1.21847.
- Bardin, I. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.

- Boni, V., & Quaresma, S. L. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*.
- Brasil (2003). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012) Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. [online]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
- Carvalho, L. S. & Pereira, C. M. C. (2017) As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Rev. SBPH*. v..20, n. 2, Rio de Janeiro.
- Costa, M. C. G., Arantes, M. Q. & Brito, M. D. C. (2010). A UTI Neonatal sob a ótica das mães. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 12, n. 4. DOI: dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7130.
- Do Bú, E. A., Alexandre, M. E. S. & Coutinho, M. P. L. (2017). Representações sociais do vitiligo elaboradas por brasileiros marcados pelo branco. *Psicologia, saúde & doenças*. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180311>.
- Frello, A. T. & Carraro, T. E. (2012). Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*. Brasília, 65(3).

Gaíva, M. A. M. & Scochi, C. G. S. (2002). *A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI Neonatal de um hospital universitário*. Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Gaíva, M. A. M. & Scochi, C. G. S. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*.

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de Pesquisa*. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Girardon-Perlini, N. M. O., Viana, A. A. F., Vand der Sand, I. C. P., Rosa, B. V. C & Beuter, M. (2012). Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI Neonatal. *Cienc Cuid Saude*. v. 11, n. 1. DOI:10.4025/cienc cuidsaude.v11i1.18855.

Kjellsdotter, A., Lantz, B. & Ottosson, C. (2018). Healthcare Professionals' Views on Parental Participation in the Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Pediatric Nursing*. 41, 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.09.008>.

Lima, L. G., & Smeha, L. N. (2019). A experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: uma montanha russa de sentimentos. *Psicologia em Estudo*, v. 24, e38179. Doi: 10.4025/psicolestud.v24i0.38179.

Morais, R. C. M. & Marcatto, M. (2014). *Humanização no cuidado neonatal: a concepção da equipe de enfermagem*. Journal of Research Fundamental Care Online. DOI: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1409-1418.

- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar.1978.
- Oliveira, D. C. & Gianasi, L. B. S. Representações sociais como teoria interpretativa para investigações na saúde do homem. *In: Araújo, J. S. & Zago, M. M. F. (2019). Pluralidade masculina: contribuições para pesquisa em saúde do homem*. Curitiba/PR: CRV.
- Pereira, P. J. & Bourget, M. (2010). Família: representações sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 19, n. 3.
- Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed., Rio Grande do Sul: Universidade FeeVale.
- Resende, D. K & Bedran, P. M. (2017). As construções da maternidade do período colonial à atualidade: uma breve revisão bibliográfica. *In: Dossiê Diálogos entre Antropologia e Arqueologia: contribuições e desafios. Open Journal Systems. V. 14, N. 1.*
- Rocha, I. M. S., Barbosa, V. S. S. & Lima, A. L. S. (2017). Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal. *Revista Científica de Enfermagem. São Paulo: Revista Recien. 7(21):21-29.*
- Rolim, K. M. C., Santos, M. S. N., Magalhães, F. J., Frota, M. A., Fernandes, H. I. V. M., Santos, Z. M. S. A., Martins, I. S., Pinheiro, C. W. & Alencar, H. C. N. (2017). O uso de tecnologia leve na promoção da relação enfermeira e pais na uti neonatal. *Investigação Qualitativa em Saúde. v. 2.*

- Santana, E. F. M. & Madeira, L. M. (2013). A mãe acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: desafios para a equipe assistencial. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*.
- Santos, M. F. S. (2005). A teoria das representações sociais. In: Santos, M. F. S. & Almeida, L. M. (Org.). *Diálogos com a teoria das representações sociais*. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE/ Ed. Universitária da UFAL. v. 1, p. 13-38.
- Silva, R. M. M., Menezes, C. C. S., Cardoso, L. L. & França, A. F. O. (2016). Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: revisão integrativa. *Revista Enferm. Cent. O. Min.*, 6(2):2258-2270, DOI: 10.19175/recom.v6i2.940.
- Silva, A. R., Hoffmann, E. & Zacaron, S. S. (2018). Acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepções das profissionais e mães. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 198-212. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.18739>.
- Souza, F. L., Saccol, S. M., Rolim, T. C. A., Piovesan-Rosanelli, C. L. S., Conterato, D. M. & Anversa, E. T. R. (2020). Motivos da não realização do pré-natal por gestantes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. REAS/EJCH. Vol.Sup.n.55 | e3878 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3878.2020>.
- Wolter, R. P. & Sá, C. P. (2013). *As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido*. Vol. XXIII, N. 1 y N. 22, pp. 87-105.
- You, S. Y. & Kim, A. R. (2020). South Korean nurses' lived experiences supporting maternal postpartum bonding in the neonatal intensive care unit. *International Journal of*

Qualitative Studies on Health and Well-being, 15:1, 1831221,
DOI:10.1080/17482631.2020.1831221.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, muitos aspectos da experiência de mães de bebês prematuros e de profissionais de UTIN puderam ser discutidos, especialmente no que diz respeito às relações estabelecidas entre esses dois grupos e às representações sociais em jogo nessas dinâmicas relacionais. O principal objetivo do estudo foi investigar como as representações sociais atuam na construção do relacionamento entre equipe de saúde e familiares no contexto da UTIN.

Foi possível constatar que as mães entrevistadas vivenciaram momentos difíceis e dolorosos, acompanhando seus filhos na UTIN e enfrentando grandes desafios para estarem disponíveis integralmente ao cuidado deles. Durante a vivência na UTIN, se depararam com o pouco acolhimento da equipe, exercido apenas de forma pontual, por alguns profissionais. O relacionamento distante narrado nas entrevistas ou mesmo a percepção de negligência do cuidado demonstra como a dimensão afetiva do cuidado é um fator determinante do cuidado, para as mães. A representação social da equipe de UTIN, portanto, abarca o ideal de profissional: aquele que tem suas práticas alicerçadas pelo viés do afeto, e revela o teor normativo da representação, ancorado na ideia do cuidado de uma mãe. Está implícito que trabalhar com crianças, para as mães, é trabalhar com amor, por dois motivos: o fato das crianças terem que ser tratadas como filhos das profissionais, sendo dispensados cuidados como uma mãe, e pelo fato de serem crianças frágeis exigindo delicadeza com afeto. Contudo, o cotidiano com o qual se deparam contribuiu para a emergência de elementos como: negligência, falta de atenção e delicadeza.

As mães demonstraram durante o estudo que o acolhimento disponibilizado pela equipe ainda é fragilizado, por não haver um profissional específico designado para tal função e, portanto, o que deveria ser uma regra de acolhimento, na prática passa a não se efetivar; o que se constata é que não se acolhe essas mães no primeiro contato com a UTIN. O acolhimento à família no ambiente da UTIN (Gaíva & Scochi, 2005) necessita de um olhar diferenciado e deveria ocorrer de forma orientada e sensível às necessidades particulares de cada familiar, necessitando para isso, que os profissionais sejam sensíveis a cada fato, à particularidade de cada caso, promovendo assim, um clima favorável ao enfrentamento da vivência em uma UTIN, que em geral, mostra-se tão adversa.

A necessidade de serem acolhidas pelos profissionais aparece nas falas das mães como algo importante durante toda a vivência na UTIN, não apenas no momento inicial de acolhida no setor. Ao falarem sobre o cuidado dispensado pela equipe durante todo o processo de internação dos seus bebês, as mães sinalizam para um cuidado fragilizado, empobrecido de diálogo e que provoca sentimentos de insegurança e medo. Durante o período estressante em uma UTI neonatal, estabelecer uma relação de proximidade com a equipe de assistência é fundamental para a família (Frello & Carraro, 2012), possibilitando a construção de uma relação de confiança entre profissionais e familiares.

O diálogo precário que a equipe de assistência estabelece com as mães entrevistadas conduz também ao registro de queixas em relação à comunicação diagnóstica, que muitas vezes é falha. O manejo durante a transmissão de notícias difíceis exige uma prática de cuidado humanizado que leve em consideração a história singular de cada mãe, de cada família. A compreensão da mãe e do bebê prematuro como seres holísticos exige dos profissionais de saúde uma identificação

da situação problema, de modo a planejar e propiciar um cuidado eficaz (Maia, Silva & Ferrari, 2014). Durante o processo necessário de formação de vínculo, os profissionais precisam estar atentos para as peculiaridades de cada caso, considerando os aspectos biopsicossociais envolvidos nesse contexto, uma vez que cada familiar tende a reagir de acordo com suas vivências pessoais e sua herança cultural (Maia, Silva & Ferrari, 2014).

No primeiro estudo, evidencia-se que o profissional de saúde ainda precisa construir ações de modo a contemplar aspectos afetivos do cuidado (voltada ao bebê e às mães) de modo a abarcar o sistema familiar. Esta lacuna possibilita a construção de uma visão negativa a respeito de vários profissionais que dificultam, por sua vez, a construção de um vínculo. No segundo estudo, as profissionais entrevistadas confirmam que, de fato, a dimensão afetiva do cuidado não é muito contemplada nas práticas profissionais dentro da UTIN, inclusive porque algumas delas parecem perceber o vínculo com as mães como algo não bem visto nas suas práticas, como algo que não deve ser praticado, uma vez que o foco é o recém-nascido. Sugere-se que existe uma lógica de pensamento, pautada no modelo biomédico, de que a aproximação com as mães pode não ser saudável para a relação entre profissionais e mães, no sentido de interferir negativamente nas práticas profissionais, seja porque as mães se sentiriam com “maior liberdade” com as profissionais, seja porque o respeito e os limites ficariam mais difíceis de serem estabelecidos pelos profissionais caso estes agissem com uma postura afetiva.

Interessante ressaltar o aspecto figurativo da representação social, característico do processo de objetivação, ao focalizarem as categorias médica e de enfermagem. A equipe de enfermagem, por sua vez, é vista como aquela fração dos profissionais que está mais próximo das mães, estabelecendo uma relação mais

estreita e constante e que, exatamente por isso, formam-se laços mais significativos ou conflitos mais severos e constantes, na mesma proporção. De acordo com Rolim *et al.* (2017), os pais valorizam os cuidados da equipe de enfermagem na UTIN dispensados aos bebês, fato este que promove maior segurança, confiança e tranquilidade dos pais com a equipe de assistência e com o processo de hospitalização. Espera-se que o profissional que esteja lidando diretamente com as mães de recém-nascidos hospitalizados interagir com estas, auxiliando-as nos cuidados e conscientizando-as da importância de sua participação na assistência ao seu filho. Mas, para que isso ocorra, esta mãe necessita sentir segurança nas informações fornecidas e confiança nos profissionais que estão acompanhando a criança.

Considerando a prática humanizada como mediadora no relacionamento entre profissionais e mães, é relevante destacar que das profissionais entrevistadas, apenas uma tinha capacitação em humanização. Desse modo, alerta-se para a necessidade de maiores investimentos institucionais para a consolidação de práticas humanizadas.

A representação social das mães construídas pela equipe demonstra a visão da mulher da periferia, sem instrução, de baixa renda e que, portanto, teve suas limitações para lidar com a própria saúde gestacional, e mantém suas limitações no cuidado com os filhos prematuros, por não conseguirem compreender, muitas vezes, quadros clínicos graves e a dinâmica do setor. Tais atribuições de causalidade explicitam o preconceito e as práticas de distanciamento voltadas às mães.

Constata-se que, da mesma forma que existem expectativas por parte das mães em relação às práticas dos profissionais, existe um ideal de mãe na representação que os profissionais construíram e que contribuem para interpretar

ações das mães e guiar suas práticas. Espera-se uma mãe que, quando necessário, estabeleça diálogo com a equipe, no sentido de questionar, tirar suas dúvidas sobre o quadro clínico do filho, superando suas barreiras intelectuais oriundas das baixas classes sócio-econômicas peculiares do público normalmente recebido no hospital de pesquisa. Ao mesmo tempo, o modelo de mãe ideal também deve incluir as características de não falar e/ou questionar em excesso e não ser invasiva em relação ao trabalho dos profissionais.

Interessante pontuar que as profissionais consideram, em linhas gerais, que as mães se fazem presentes durante o processo de internação dos filhos, embora algumas acreditem que há casos em que as mães rejeitam os filhos por não estarem tão presentes no setor, quando se sentem afetadas psicologicamente. O elemento representacional aqui está baseado no entendimento de que a mãe tem que estar sempre presente na UTIN, mesmo quando suas condições psíquicas para enfrentar o estado de doença do filho estão fragilizadas; essa noção instaura-se como uma prescrição normativa entre as profissionais, em relação às mães.

Além disso, vale ressaltar que embora o presente estudo tenha focalizado dois objetos, está em jogo, no cenário da UTIN, um sistema de representações sociais que abarcam objetos como UTIN, mãe, recém-nascido prematuro, profissionais, adolescente, dentre outros. No caso da visão da mãe adolescente, também percebe-se a presença de estereótipo que também pode dificultar o acolhimento a essas mães. Desse modo, visualiza-se a necessidade de haver estudos mais específicos que abordem as representações sociais vinculadas ao público de mães adolescentes que tem a vivência de filhos internados em UTIN. Assim, haveria a possibilidade de entender mais detalhadamente o contexto social em que se encenam todas essas relações entre os profissionais de saúde e o grupo

de mães adolescentes. E esse contexto social necessita ser considerado sempre e a medida em que profissionais de saúde e usuários consigam se perceber com diferenças e especificidades de interesses, de maneiras de entender os problemas e as ações de saúde, para que ambos sejam capazes de “ouvir e se fazer ouvir” (Oliveira, 2000, p.59).

O debate atual sobre humanização do setor público de saúde, especialmente em espaços como a UTIN, são muito frequentes atualmente, e já se observa de forma muito clara nas literaturas atuais a necessidade de que se invista cada vez mais em educação continuada das equipes de assistência acerca da importância destas práticas para que se atinja mais excelência no cuidado aos usuários. Neste cenário, o estudo sobre as representações sociais mostra-se imprescindível para uma melhor compreensão acerca das dificuldades de ações humanizadoras que se instauram neste contexto. Entender as representações sociais que se constroem em relação ao público usuário do SUS, que geralmente envolvem visões carregadas de preconceito, conduz a um melhor entendimento em relação às dificuldades de implementação da humanização no contexto da saúde. Os dados da pesquisa mostram que na prática, a humanização ainda permeia poucos espaços, e ainda não se mostra internalizada nas práticas dos profissionais de saúde. O próprio processo de acolhimento é revelado pela equipe como um dispositivo falho, que precisaria de modificações. Os profissionais falam da importância da humanização, de se acolher o usuário, as mães dos bebês hospitalizados, mas na prática percebe-se que não se assume a postura do acolhimento.

De acordo com o HumanizaSUS (Brasil, 2003), o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética e política da Política Nacional de Humanização do SUS, e envolve desde os aspectos políticos, operacionais e compromisso ético

até a garantia dos direitos sociais. Ele é uma das ferramentas de humanização da assistência à saúde, que desconstrói práticas engessadas, hierárquicas e até violentas no âmbito da saúde (Silva, Hoffmann & Zacaron, 2018). O acolhimento vai além da técnica de admissão do usuário; é uma ação tecnoassistencial que unifica os usuários junto aos profissionais e constrói novas formas de humanizar a saúde, ampliando a dimensão cuidadora do seu fazer. Nesse sentido, enseja novas relações participativas e democráticas em direção ao controle social e ao alcance das reais necessidades sociais de saúde, reconhecendo a família como participante e protagonista desse processo. Em tempos de regressão e desmontes de direitos, fortalecer as resistências e lutas sociais revela-se imprescindível e urgente (Silva, Hoffmann & Zacaron, 2018).

Para Silva, Hoffmann & Zacaron (2018), o acolhimento imerso no processo de humanização tem como finalidade valorizar as relações no ambiente hospitalar, resgatando o respeito e a dignidade das mães, como também atendê-las em todas as suas dimensões, de modo que contribua para a garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde.

Entende-se a necessidade das equipes de saúde serem qualificadas no sentido de ter habilidades de comunicação que sejam mais efetivas no apoio e incentivo à participação dos pais na tomada de decisão relacionada ao cuidado do filho internado, auxiliando-os a determinar seu papel parental (Kjellsdotter, Lantz & Ottosson, 2018). As regras e a própria cultura do hospital devem ajudar a tornar o ambiente acolhedor às famílias, para que estas se sintam bem vindas, permitindo uma atuação profissional totalmente em apoio ao desenvolvimento do vínculo dos pais na UTIN, sem tanto esgotamento ou sobrecarga (You & Kim, 2020). Contudo,

se as representações sociais não forem transformadas, torna-se difícil a adoção de uma postura acolhedora.

Kjellsdotter *et al.* (2018) entendem que o cuidado centrado na família é insuficiente dentro da UTIN, além da participação ativa dos pais continuar a ser um problema em todo o mundo. Tal realidade pode ter relação não apenas com as atitudes de profissionais, mas o resultado também da interferência de fatores organizacionais e ambientais. Há uma necessidade de que os cursos de formação para profissionais dessa área contemplem em seus currículos tópicos como comunicação terapêutica orientada por protocolos educacionais que auxiliem no processo de amenização da dor emocional das mães de bebês prematuros, promovendo o vínculo mãe-bebê (You & Kim, 2020). Entretanto, todas estas ferramentas só tornam possíveis a efetivação do cuidado humanizado a depender da visão que se tem do usuário do SUS, e do entendimento das práticas de cuidado em saúde como uma garantia de direitos dos usuários, e que deve propiciar a escuta, a participação, o fortalecimento e o protagonismo dos usuários durante todo o processo de cuidado.

O cuidado centrado na família requer o estabelecimento de um cuidado respeitoso, individualizado, propiciando sentimentos de segurança e parceria ao envolver os pais nos cuidados e no processo de tomada de decisões em relação ao bebê, reduzindo assim, os níveis de ansiedade destes (Frello & Carraro, 2012; Morais & Marcatto, 2014; Kjellsdotter *et al.*, 2018).

Do exposto, o estudo sobre a atuação das representações sociais no relacionamento entre equipe de saúde e familiares no contexto da UTIN possibilitou colocar em evidência a forma como as representações sociais interferem nessas relações, de modo que os profissionais têm suas ações profissionais ancoradas nas

representações sociais que são construídas sobre as mães que acompanham seus bebês. Assim, se as representações construídas são carregadas de aspectos negativos, as práticas profissionais tendem a ser orientadas a partir dessa perspectiva, repercutindo na qualidade do cuidado prestado. Além disso, permite pensar nos elementos representacionais construídos pelas mães dos bebês em relação ao modelo ideal de assistência prestada no espaço de uma UTIN, de modo que o cuidado pudesse alcançar as necessidades mais subjetivas de cada familiar que vivencia situações adversas durante a internação dos bebês.

As investigações sobre representações sociais entre os dois grupos permitiram desvelar como experiências, no cenário da UTIN, construíram ou reforçaram visões negativas sobre o outro, dificultando a construção de vínculos entre profissionais e mães. Nesse sentido, vários profissionais adotam posturas de distanciamento, enquanto as mães reforçam esse abismo, não se aproximando da equipe, por receio de não serem acolhidas, por não se sentirem à vontade ou mesmo por estarem ressentidas pela abordagem hostil por parte de alguns profissionais. A concretização da proposta de humanização em saúde no setor da UTIN deve considerar e modificar as representações sociais em jogo nesse cenário. Em outras palavras, se não há mudanças na forma como o sujeito significa o outro (e suas ações), torna-se difícil uma maior aproximação. Por outro lado, experiências positivas na UTIN também podem contribuir para a mudança nas redes de significação dos atores envolvidos.

Ressalta-se a necessidade da ampliação de estudos na área da UTIN a partir da perspectiva das representações sociais, com vistas ao aprimoramento da compreensão sobre princípios norteadores das políticas públicas de saúde, assim

como das práticas profissionais de cuidado, de modo que a integralidade do cuidado possa ser cada vez mais valorizada e efetivada nas ações de saúde.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P; Oliveira, D. C. de. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: Ed. AB.
- Brasil (2003). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde.
- Frello, A. T. & Carraro, T. E. (2012). Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*. Brasília, 65(3).
- Gaíva, M. A. M. & Scochi, C. G. S. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*.
- Kjellsdotter, A., Lantz, B. & Ottosson, C. (2018). Healthcare Professionals' Views on Parental Participation in the Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Pediatric Nursing*. 41, 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.09.008>.
- Maia, J. M. A., Silva, L. B., & Ferrari, E. A. S. (2014). A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 3(2):154-164.
- Morais, R. C. M. & Marcatto, M. (2014). Humanização no cuidado neonatal: a concepção da equipe de enfermagem. *Journal of Research Fundamental Care Online*. DOI: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1409-1418.
- Oliveira, D. C. (2000). Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis: EFUFSC.
- Rolim, K. M. C., Santos, M. S. N., Magalhães, F. J., Frota, M. A., Fernandes, H. I. V. M., Santos, Z. M. S. A., Martins, I. S., Pinheiro, C. W. & Alencar, H. C. N. (2017). O uso de tecnologia leve na promoção da relação enfermeira e pais na uti neonatal. *Investigação Qualitativa em Saúde*. v. 2.

- Silva, A. R. da, Hoffmann, E. & Zacaron, S. S. (2018) Acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepções das profissionais e mães. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.18739>.
- You, S. Y. & Kim, A. R. (2020). South Korean nurses' lived experiences supporting maternal postpartum bonding in the neonatal intensive care unit. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 15:1, 1831221, DOI:10.1080/17482631.2020.1831221.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MÃES DOS RECÉM-NASCIDOS

- **Dados sociodemográficos** (nome, idade, sexo, local de residência, renda familiar, cor, religião, frequência de visitas, se a gestação foi de risco e número de consultas no pré-natal).
- **Ficha clínica dos bebês** (tempo de internação e diagnóstico do bebê (motivo do internamento)).
- Como está sendo essa experiência de internação de seu filho na UTIN?
- Como você observa a equipe de saúde da UTIN em relação aos cuidados com o seu bebê?
- O que vem a sua cabeça quando escuta a palavra UTIN?
- Quem e como foi dito a vocês que sua criança teria que ficar internada na UTIN?
- Como você ficou após escutar esta informação?
- E como foi quando você entrou pela primeira vez na UTIN? Alguém da equipe veio falar contigo? Você procurou alguém?
- Como é seu relacionamento com os profissionais que trabalham na UTIN? Vocês conversam constantemente ou pouco? Você poderia me falar um pouco sobre como vocês se relacionam?
- Sobre o que vocês conversam?
- Existe algum profissional que conversa mais? Quem?
- O que poderia melhorar na relação de vocês?

- O que tem de bom?
- De um modo geral, o que você acha da equipe que trabalha na UTIN?
- Como uma equipe que trabalha na UTIN deve ser? (pedir para justificar)
- Como você avalia, percebe, o cuidado prestado pelos profissionais de saúde da UTIN em relação à você e ao seu bebê?
- Como você avalia a assistência do hospital em geral?
- Algo poderia ser feito para melhorar o cuidado às mães? E aos bebês?

Quem tem te dado suporte neste momento? (apoio emocional, financeiro, apoio instrumental)

- Como gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

- **Dados sociodemográficos e laborais** (nome, idade, sexo, tipo de vínculo empregatício, tempo de serviço e formação acadêmica).
- Primeiro, eu gostaria de saber quais as principais causas de nascimento prematuro. Você poderia me dizer?
- Eu gostaria de saber um pouco sobre o cotidiano das mães na UTIN. Você poderia me contar? Como elas se relacionam com os bebês?
- Quais as dificuldades que eles têm nesse contexto de UTIN? Por que você acha que isso acontece?
- Quais as impressões que você tem das mães que acompanham os bebês prematuros neste hospital? E os pais?
- Como as mães lidam com o nascimento de um bebê prematuro? Você acha que para o pai é diferente?
- De que forma é feito o contato da equipe com os pais dos bebês logo que eles chegam na UTIN? E depois?
- E no cotidiano, sobre o que geralmente vocês conversam?
- Você percebe alguma dificuldade em se relacionar com eles?
- Você acha que eles têm dificuldades em se relacionar com vocês?
- O que poderia ser melhorada no relacionamento entre mães e equipe?
- Como é trabalhar na presença de mães e pais?
- Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o assunto?

ANEXOS

ANEXO 1**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS**

Pesquisa: “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL: UM ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E FAMILIARES”

Eu, **MARCELA COSTA MEIRA** do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da **Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**, portador(a) do RG: 2654852 SSP/PB e CPF: 064/352/094-56, comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande. ____/____/____.

Assinatura do(a) Pesquisador responsável

Orientador(a)

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL: UM ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E FAMILIARES**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL: UM ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E FAMILIARES PARENTAIS** terá como objetivo geral Investigar como as representações sociais atuam na construção do relacionamento entre equipe de saúde e familiares no contexto da UTIN.

- Ao voluntário só caberá a autorização para a entrevista e aplicação de questionário ou ficha sócio-demográfica e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução N^o. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **99886-7920** com **MARCELA COSTA MEIRA**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador; vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Marcela Costa Meira

Assinatura do Participante

ANEXO 3

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL: UM ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E FAMILIARES PARENTAIS** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora **MARCELA COSTA MEIRA** a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) **MARCELA COSTA MEIRA**, e após esse período, serão destruídos e,

6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXO 4

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL: INVESTIGANDO AS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E FAMILIARES CUIDADORES

Pesquisador: MARCELA COSTA MEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19869619.7.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.600.367

Apresentação do Projeto:

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL: INVESTIGANDO AS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E FAMILIARES CUIDADORES

Lê-se :“ O Interesse pela temática justifica-se, entre outros motivos, pelo entendimento da importância do vínculo entre profissionais de saúde e familiares no âmbito da UTIN. A maneira como os profissionais de saúde percebem os pais e mães orientam as posturas e práticas de saúde que, por sua vez, acolhem ou geram mais sofrimento a esses familiares. A compreensão de que o fortalecimento dos vínculos parentais auxilia no processo de superação das dificuldades orgânicas e psíquicas dos neonatos, conduz a esse olhar direcionado para as relações que se constroem dentro desses serviços.”

DIANTE DISSO, O ESTUDO SE MOSTRA RELEVANTE.

Objetivo da Pesquisa:

OS OBJETIVOS E O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS APRESENTADOS ALINHAM-SE AO RECORTE TEMÁTICO.

Continuação do Parecer: 3.600.367

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ATENDE A Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A METODOLOGIA ESTÁ ALINHADA COM O TEMA, OS OBJETIVOS E OS INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ATENDE A RESOLUÇÃO 466/12.

Recomendações:

SUGERIMOS NUMERAR AS PAGINAS DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ.

APÓS A PESQUISA CONCLUÍDA, RECOMENDAMOS A INCLUSÃO NA PLATAFORMA DO RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ATENDE A RESOLUÇÃO 466/12

Considerações Finais a critério do CEP:

APÓS A PESQUISA CONCLUÍDA, RECOMENDAMOS A INCLUSÃO NA PLATAFORMA DO RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1401513.pdf	22/09/2019 16:18:33		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_Marcela_ABNT.pdf	22/09/2019 16:17:49	MARCELA COSTA MEIRA	Acelto
Outros	Termo_grav_voz_2.pdf	22/09/2019 16:13:30	MARCELA COSTA MEIRA	Acelto
Outros	Termo_grav_voz_1.pdf	22/09/2019 16:11:06	MARCELA COSTA MEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	22/09/2019 16:07:19	MARCELA COSTA MEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_1.pdf	22/09/2019 16:06:19	MARCELA COSTA MEIRA	Acelto

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.600.367

Justificativa de Ausência	TCLE_1.pdf	22/09/2019 16:06:19	MARCELA COSTA MEIRA	Aceito
Outros	Termo_compromisso.pdf	05/09/2019 20:49:41	MARCELA COSTA MEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisador.pdf	30/07/2019 20:35:29	MARCELA COSTA MEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	30/07/2019 20:32:42	MARCELA COSTA MEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2019 20:17:20	MARCELA COSTA MEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	30/07/2019 19:50:51	MARCELA COSTA MEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI.pdf	29/07/2019 09:51:30	MARCELA COSTA MEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 25 de Setembro de 2019

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))