

A representação social das mães e profissionais de saúde que cuidam do recém-nascido hospitalizado e a relação dos profissionais com estas mães

The social representation of the mothers and the health care professionals that assist hospitalized newborns and the relationship of these professionals with the mentioned mothers

Sueli Maria dos Reis Santos¹
 Ana Flavia de Souza Oliveira Faria²
 Eduardo José Danza Vicente³

RESUMO

palavras-chave

Recém-nascido

Hospitalização

Assistência à Saúde

A mulher que leva em seu ventre uma vida formula vários sonhos e expectativas sobre o bebê. Após o nascimento e a notícia de que seu filho ficará hospitalizado, ocorre uma frustração devido à quebra do vínculo mãe-filho. A partir disso, se estruturou este estudo, de natureza qualitativa, que reflete a representação social das mães e profissionais de saúde que atendem recém-nascidos hospitalizados e a relação dos profissionais com estas mães; buscou identificar os sentimentos destas mães, sobre a evolução de seus filhos e reconstrução da relação entre ambos e como os profissionais de saúde se comportam diante das reações dessas mulheres. A enfermaria neonatal da Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora foi o cenário. Utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas, os sujeitos foram mães e profissionais de saúde. As representações expressas pelas mães e profissionais configuraram as categorias: a tristeza e o medo; comunicação e prática educativa fazem diferença na visão das mães; a relação de ajuda e atenção na assistência à mãe; o trabalho requer cuidado e atenção; receptividade, culpa e rejeição desafiam o relacionamento entre profissionais e mães; a convivência entre tecnologia e humanização. Concluiu-se que, com a hospitalização do recém-nascido, há uma ruptura súbita entre o idealizado e a realidade, provocando na mãe sentimentos que interferem no relacionamento com o mundo. Saber acolher as mães, reconhecer seus sentimentos e reações é fundamental, e cabe aos profissionais, utilizando suas competências técnico-científicas, estabelecer condições para a relação mãe-filho, para amenizar os possíveis prejuízos para a mulher e a criança.

ABSTRACT

keywords

Newborn

Hospitalization

Delivery of Health Care

The woman that carries in her womb a new life creates many dreams and expectations towards the baby. After the birth and the news that her child is going to be hospitalized, there is frustration because of rupture of the mother-child bond. Based on that, a qualitative study has been organized, reflecting the social representation of both mothers and health care professionals that assist hospitalized newborns, and the relationship of these professionals with the mentioned mothers we aimed to identify these mothers' feelings about their children's development and the reconstruction of the relationship between both of them, and also how the health care professionals behave when facing those women's reactions. The neonatal nursery of the UFJFS Hospital Universitário Pediatric wing was the chosen background. Semi-structured interviews were used and the subjects were mothers and health care professionals. The representations expressed by mothers and professionals included the following categories: sadness and fear; communication and educational practice make a difference on how the mothers look at the situation; help attention related to the assistance provided to mothers; the work requires care and awareness; receptivity, blame and rejection challenge the relationship between professionals and mothers; the association of technology and humanization. We concluded that, with the hospitalization of the newborn baby, there is a sudden rupture between the ideal situation and reality, causing in the mother feelings that will interfere with her relationship with the world. To know how to embrace the mothers, recognize their feelings and reactions is essential, and it is the professionals' role, by using their scientific and practical knowledge, to create proper conditions to this mother-child relation, hoping to diminish possible damage to the woman and the child.

1 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. E-mail: sueli.santos@ufjf.edu.br

2 Enfermeira do Programa de Saúde da Família - Ubá - Minas Gerais/Brasil.

3 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A partir do momento em que a mulher descobre que está grávida, e as mudanças em seu corpo tornam-se perceptíveis, ela passa a se olhar de maneira diferente, e aí começam a se desenvolver os laços afetivos entre mãe e filho, que se intensificam durante toda a gestação.

O ser que ela carrega no ventre, por um longo período, fará parte do seu corpo e, quando os movimentos fetais passam a ser sentidos, o vínculo vai se fortalecendo, pois a mãe sente a presença da vida dentro de si. Estes movimentos muitas vezes funcionam como uma forma de comunicação entre os dois. A verdade é que cada mulher tem sua maneira particular de se relacionar com seu futuro bebê, cada uma de acordo com sua história de vida.

Durante a gestação, a mulher passa por um emaranhado de sentimentos, muitas vezes contraditórios, quase sempre predominando a ansiedade e o medo acerca do resultado final da gestação. Ela sonha com um bebê perfeito, saudável, com o momento em que vai poder tocá-lo e dar-lhe todo seu amor. Mas, quando algo de inesperado acontece e o bebê tão esperado nasce prematuro, enfermo ou com algum defeito congênito, fazendo-se necessária a hospitalização numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), ocorre uma ruptura súbita entre o idealizado e a realidade.

Tendo em vista que algumas gestantes necessitam de hospitalização para acompanhamento mais rigoroso do período gestacional até que completem a idade gestacional e que muitas têm seu recém-nascido (RN) hospitalizado, a reação que cada uma pode apresentar frente a esta situação é diversificada, principalmente em relação aos profissionais de saúde que atendem seus filhos.

Esta diversidade de situações suscitou questionamentos, cuja complexidade indicou a delimitação do estudo: qual a representação social da mãe frente às expectativas acumuladas durante a gestação e no momento do nascimento em relação ao filho sonhado e este sonho sendo desconstruído com a hospitalização do RN?

O objetivo do presente estudo foi analisar as transformações que ocorrem na esfera emocional da mulher que espera um filho, o qual, após o nascimento, precisou ser hospitalizado. O entendimento dessa questão pode subsidiar a compreensão das diferentes reações que as mães apresentam em relação aos profissionais de saúde que cuidam do RN hospitalizado.

Para operacionalizar o estudo, visando alcançar o objetivo, buscou-se: identificar o comportamento das mães em relação aos profissionais de saúde que cuidam do RN hospitalizado e da real condição do filho; identificar o comportamento dos profissionais frente às atitudes das mães de RNs hospitalizados; analisar e categorizar o comportamento explicitado pelas mães em relação à hospitalização do filho idealizado e do filho real, bem como aos profis-

sionais de saúde que cuidam do RN; analisar e categorizar o comportamento explicitado pelos profissionais de saúde que cuidam do RN hospitalizado em relação ao comportamento das mães.

O cuidado deve ser terapêutico e humanizado, desde a gestação, o parto e até o período perinatal. As gestantes necessitam de atenção especial conforme explicitam Kitzinger e Bailey (1995), uma vez que a gravidez é um período de adaptação no qual a mulher vivencia inúmeras mudanças físicas, mas também, uma gama variada de sentimentos.

Muitas vezes, essas mães, devido às mudanças de comportamento e de aumento da sensibilidade, apresentam choros repentinos, reações explosivas ou silêncio prolongado, conforme afirma Constenaro (2001). Acrescenta-se a tudo isso o grande choque que a mãe sente, ao saber que não poderá levar seu bebê para casa, porque terá que ficar hospitalizado. Faz-se necessária a humanização de todas as etapas de atenção a essa mãe.

Cabe ressaltar que, muito além do atendimento mecânico-tecnista, está a relevância da assistência humanizada. Proporcionar a essa mãe condições emocionais para lidar com a ruptura da expectativa de nove meses, e, para tal, nada mais adequado que propiciar sua permanência junto ao filho durante a internação e dar apoio frente aos possíveis sentimentos de culpa, nos conflitos familiares na rejeição do bebê, entre outros transtornos, essa é a opinião de Soares *et al.* (2001) *apud* Costenaro (2001).

Para Talhinhos (1997), a humanização dos cuidados de enfermagem numa unidade está além de qualquer mudança estrutural e tecnológica. Pode ser verificada por meio da postura de cada uma das pessoas que a faz e tem como pano de fundo a comunicação enfermeiro – doente – família.

Segundo Carvalho (1997), há um rompimento da base familiar no momento em que o filho adoece, as mães criam até mecanismos de defesa, reagindo com cuidados excessivos, podendo tornar-se mães superprotetoras, ou, por outro lado, pode haver reações como negação, atribuindo à equipe de saúde a responsabilidade da piora do quadro clínico, ao atraso no diagnóstico ou aos procedimentos terapêuticos.

Sendo assim, a focalização do atendimento humanizado pauta-se na integralidade do cuidado biopsicossocial da criança. A equipe deve estar comprometida com seu ambiente de trabalho, com a proposta de humanização como critério de qualidade da atenção à saúde (COSTENARO, 2001).

No entanto, é fundamental ressaltar que os profissionais também precisam de “cuidado” devido à grande tensão do trabalho (CARVALHO, 1997). O profissional que cuida do RN possui extrema responsabilidade no sentido de amenizar o sofrimento da mãe desse bebê, bem como promover um ambiente agradável para a mãe/filho e momentos alegres na medida do possível, durante o período de internação.

Podemos observar isso no que diz Pereira (2000, p.78): “Conseguir o sorriso de uma criança feliz é lindo; conseguir de uma criança triste é uma arte; arrancar o sorriso de uma criança gravemente doente, um milagre”.

MÉTODOS

Na busca de alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma investigação de natureza descritiva, com uma abordagem qualitativa, conforme orientado por Minayo (1994), visto que, dessa forma, se pode ter uma maior compreensão do significado das dimensões do cuidado sob a ótica das relações humanas entre os profissionais de saúde e as mães dos RNs hospitalizados.

A abordagem qualitativa viabilizou apreender os sinais que são expressos por estas mães e pelos profissionais de saúde, bem como o levantamento de questões subjetivas, juntamente com as aspirações, dúvidas, crenças, valores, atitudes e pensamentos que muitas vezes não podem ser expressos quantitativamente, rejeitando-se toda expressão numérica e de medida. Permitiu este cenário de estudo a descrição das situações vividas por estas pessoas (mães e profissionais) inseridas numa instituição hospitalar.

Esta investigação não permitiu visões isoladas e parceladas, possibilitando o levantamento de dados que englobaram de forma holística os sentimentos dos sujeitos participantes do estudo. A busca pela realidade vivenciada nas questões norteadoras deste estudo foi realizada por meio de entrevistas com as mães que estavam acompanhando seus filhos hospitalizados e profissionais que assistiam a estes RNs, na Enfermaria Neonatal da Unidade Pediátrica do Hospital Universitário de Juiz de Fora, no período de 20 de dezembro de 2005 a 17 de janeiro de 2006.

Para desencadear a construção deste trabalho, inicialmente encaminhamos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, que recebeu parecer favorável de nº 130/2005. As entrevistas foram agendadas após identificação dos sujeitos, a coleta dos depoimentos foi realizada na própria enfermaria, sem interferir nas atividades dos sujeitos entrevistados, e os depoimentos, gravados em fita cassete.

A fim de garantir liberdade de expressão aos sujeitos, obtendo depoimentos mais significativos, não foi estipulado tempo para as falas, tendo sido somente interrompidas quando não ficava claro qual era a questão ou havia alguma dúvida sobre o questionamento e sua capacidade de entendimento.

A entrevista foi dividida em dois momentos, o primeiro foi constituído pela identificação dos entrevistados e o segundo compôs-se de questões abertas não diretivas. Voltadas para as mães: o que você sentiu ao saber que seu filho seria hospitalizado? Em sua opinião, como os profissionais de saúde se comportam em relação a você e seu filho? Frente à situação que está vivenciando, como deveria ser o atendimento dado a você e seu filho? Questões voltadas

para os profissionais: como é trabalhar nessa unidade? Em sua opinião, como as mães se comportam em relação aos profissionais da unidade e ao filho hospitalizado? Em sua opinião, como deveria ser a assistência aqui na unidade? As entrevistas foram encerradas quando ocorreu o ponto de saturação nos depoimentos, totalizando assim 15 entrevistas, com mães e profissionais de saúde.

As falas dos entrevistados foram transcritas de seu conteúdo verbal, mas foi registrado o tempo de intervalo entre as expressões verbais e não-verbais; dessa forma, evitamos que detalhes das informações fossem perdidos. Possibilitando, assim, a identificação de todas as interações, bem como sua natureza entre os sujeitos envolvidos.

A fim de manter a privacidade do entrevistado, usamos as letras “M” para caracterizar o depoimento das mães e, para os profissionais, “P”, sendo a ordem dos entrevistados representada pela letra e um número, exemplificando M₁ e P₁ e assim sucessivamente, mantendo, dessa forma, o anonimato.

Para o processo de análise, construímos uma planilha que foi preenchida com recortes das falas dos sujeitos relacionados à questão norteadora. O preenchimento deste instrumento ocorreu após várias leituras do conteúdo, identificação e análise dos fragmentos discursivos.

Nesta fase, houve a emergência de seis categorias, que possibilitaram a análise do discurso dos sujeitos, bem como discussão dos resultados.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram três as categorias oriundas dos depoimentos das mães: a tristeza e o medo; comunicação e prática educativa fazem diferença na visão das mães; a relação de ajuda e atenção na assistência à mãe. Os depoimentos dos profissionais de saúde deram origem às seguintes categorias: o trabalho importante requer cuidado e atenção; receptividade, culpa e rejeição desafiam o relacionamento entre profissionais e mães; a convivência entre tecnologia e humanização. A análise de cada categoria possibilitou alcançar os objetivos desenhados neste estudo.

A tristeza e o medo

As mães, quando questionadas sobre o que sentiram ao receberem a notícia de que o filho precisava ser hospitalizado, fizeram referência às emoções sentidas desde a gravidez. Quando a mulher recebe a notícia de que está grávida, ela é permeada por sonhos e grandes expectativas em relação ao seu futuro bebê. No entanto, quando ocorre alguma intercorrência durante esse processo, e o seu filho nasce com alguma patologia ou prematuro, havendo necessidade de hospitalizá-lo, esta mãe tem parte de seus sonhos frustrados, devido à separação do binômio mãe-

filho, podendo essa reação se refletir em grande tristeza, sentimentos de culpa e medo.

Estes comportamentos são evidentes e aceitáveis, como explicitados: *“senti medo dele morrer, a gente sofre muito durante a gravidez, depois vai perder...”* M₅ *“... fiquei triste com a separação...”* M₇ *“ fiquei triste, eu não esperava que ele ficasse na incubadora...; chorei...”* M₁₀

Para Padovani *et al.* (2004), o nascimento prematuro de um bebê configura-se em um evento estressante para a família, a qual se depara com uma situação imprevisível conseqüente das condições de instabilidade orgânica que acometeram o bebê prematuro, resultam em uma forte experiência de separação da família, principalmente da mãe, do bebê prematuro, causando a incerteza sobre sua evolução clínica e sobrevivência. Alia-se a isso a distorção criada entre a “imagem ideal do bebê” idealizada pela mãe em oposição à “imagem real” do bebê prematuro ou malformado.

A mesma autora ainda afirma que, para passar por este momento de frustração de sonhos, a família deve reorganizar seu quadro imaginário, a fim de ajustá-lo à imagem de um bebê muito pequeno e frágil, impedindo que se chegue nessa situação de rompimento de expectativas na chegada do bebê imaginário, em níveis exacerbados de ansiedade, tristeza, medo e demais sentimentos que circundam esta mãe neste momento tão difícil, o de encarar a realidade vivida, desta situação de conflito e estresse.

Da mesma forma, como explicita Maldonato (1997), o fato de a criança nascer prematura deixa na mulher uma lacuna que distancia a expectativa do filho esperado e o enfrentamento do filho real.

Para mães de crianças prematuras, a situação é agravada por elas não estarem preparadas para a interrupção da gravidez, o que prejudica a interação mãe-filho, devido à separação durante o período em que o recém-nascido fica internado na UTI neonatal.

Kitzinger e Bailey (1995) afirmam que, para algumas mulheres, o filho, durante a gestação, é tido como parte do corpo da mãe, e que, após o nascimento, a sensação que ela sente é de que ocorreu uma amputação, ou seja, “perda de partes de si própria”. No entanto, após o parto, a gestante tem a percepção de que o bebê é outra pessoa, mas, quando esta mulher atina para esta realidade, estando sob a condição de seu filho nascer com algum problema de saúde, torna este fato muito mais doloroso e penoso. Isso pode ser percebido no seguinte fragmento: *“... eu não aceitava que ela tinha que ir para a UTI e eu ir para casa sem ela, parece que pegou um pedaço da gente e levou embora”*. M₆

Sendo assim, podemos considerar que, em muitos casos, a mãe enfrenta estes desafios de aceitação ao se deparar com a situação de separação de seu filho, visto que esta sente o bebê como parte integrante de seu corpo.

Dessa forma, podemos afirmar que o nascimento de um RN pré-termo reflete para os pais, principalmente para as mães, um grande choque, negação da realidade, pena antecipada da fragilidade do filho, dúvidas sobre o desempenho futuro desta criança como um ser “normal”, sentimentos de fracasso materno por não ter conseguido levar a gestação até o final (KITZINGER e BAILEY,1995).

Isso pode ser facilmente aceitável, visto que, como explicitam Campos e Cardoso (2004), a espera de um filho é “permeada por sonhos, expectativas e sentimentos de apreensão pela chegada do novo integrante no seio familiar”. Sendo assim, esta mãe cria dentro de si grandes expectativas com a chegada do bebê, a fim de poder acariciá-lo, tocá-lo, senti-lo próximo dela e protegê-lo, como se ainda estive dentro do ventre materno.

Esta separação faz com que a mãe se sinta perdida na enfermaria da maternidade, não pertencendo ao grupo de mães que perderam seus filhos, nem ao daquelas que tiveram filhos saudáveis e a termo. Ir para casa sem o bebê aumenta ainda mais a sua sensação de desapontamento, incapacidade e privação da mãe. Como acompanhado na seguinte fala: *“... fiquei triste, me senti humilhada... filho vem pra cá ficar internado é triste ir para casa sem o neném, é muito difícil.”* M₃

Dessa forma, podemos relacionar esse desapontamento, essa intermediação de sentimentos devido à quebra do vínculo materno. Este pode ser visto como um processo crescente que tem início desde a concepção e é fortalecido por eventos significativos durante a gravidez e amadurece através do contato mãe e filho, durante o período neonatal.

Klaus e Kernell (1978) *apud* Duarte e Sena (2001), afirmam que a gestante, ao conceber uma criança em condições diferentes da esperada, muitas vezes, expõe um sentimento de culpa por acreditar ser a desencadeadora de tal acontecimento. Esse autor enfatiza que os fatos decorrentes do nascimento deste bebê, fora das perspectivas elaboradas e planejadas pela gestante e futura mãe, podem acarretar um distanciamento desta mulher e seu filho, visto que ela começa a não se sentir capaz de amá-lo por pensar ser a principal causadora de todos os problemas.

A realização da coleta de dados proporcionou uma visão maior da relação que as mães possuem ao verem que seus filhos são prematuros ou possuidores de alguma malformação e que deverão ficar hospitalizados, sendo percebido, dessa forma, que algumas mulheres revelam sentimentos contrários aos explicitados pelo autor supracitado, sendo estes de aceitabilidade, ausência de desespero e que, inicialmente, há presença de angústia e tristeza, sendo a fé a fonte de sustentação e esperança de cura de seus filhos. Isso pode ser claramente acompanhado na seguinte fala: *“...é ruim, mas dizer que eu entrei em desespero, que eu me apavorei, não. Eu falei com ele quando a gente se separou – ‘fica*

com Deus, daqui a pouco a mamãe vai te buscar, Papai do céu vai cuidar de você lá". (M₂)

Algumas até demonstram muita aceitabilidade, distanciamento e frieza em relação à situação vivida, sendo para elas este acontecimento um fator comum que não está condicionado e relacionado com a sua dedicação ao seu filho, cabendo apenas a estas mães adaptar-se a este momento.

Desse modo, as mães entrevistadas, em sua maioria, demonstram não se sentirem culpadas e que o fato de seus filhos estarem hospitalizados não está relacionado diretamente por alguma falha cometida por elas, como podemos acompanhar no seguinte depoimento: *"Eu não senti nada, quando tem que ficar, fica mesmo. A gente fica magoada, mas não pode fazer nada, né?!" (M₄) "Eu senti medo dele morrer. Por que a gente sofre muito durante a gravidez. Depois vai perder?! Talvez você até não queira engravidar, mas, depois que engravidou, você não quer que morra. Você quer é cuidar dele." (M₅) "... não senti desespero, raiva, eu não esperava por nada, a gravidez foi tudo normal." M₂*

No entanto, algumas mães entram em situações de grande conflito interno, o que pode acarretar sentimentos mais graves como a depressão. De acordo com Maldonato (1997), quando se trata de crianças portadoras de malformações ou problemas graves, torna-se mais difícil para a mãe fazer a distinção entre a normalidade e o patológico, propiciando, portanto, uma depressão pós-parto. A autora ainda relata que os sentimentos relacionados à depressão podem ir se agravando e, dessa forma, merecem ser vistos pelos profissionais de saúde com maior cuidado, como podemos comprovar no seguinte relato: *"... horrível, medo, angústia... comecei a passar mal dos nervos e entrar em depressão..." M₉*

Segundo Di Renzo *et al.* (1987) e Corrêa (1991), *apud* Maldonato (1997), não se tem ainda conhecimento exato do que desencadeia o parto antes do tempo previsto e de que forma prevenir esse acontecimento. Segundo os mesmos autores, os principais fatores para tal processo podem ser o estado debilitado de saúde e de nutrição da mãe antes da gravidez, condição socioeconômica, faixa etária, ganho de peso inferior à média, alcoolismo, tabagismo, uso de drogas, alterações emocionais, infecções, traumatismos, gestação gemelar, ausência ou deficiência de pré-natal.

No entanto, não podemos colocar a mãe como culpada por este acontecimento, sendo que ainda estão sendo realizados estudos para se compreender o que pode causar partos prematuros.

A comunicação e a prática educativa fazem diferença na visão das mães

Na opinião das mães sobre o comportamento dos profissionais em relação a elas e ao seu filho, foi enfatizado que a comunicação é uma ferramenta valiosa para o relaciona-

mento e que as práticas educativas fazem diferença não só na relação mãe-profissional, mas também na relação mãe-filho.

Dessa forma, podemos compreender que o processo educativo, tendo como alicerce a comunicação realizada de forma efetiva, é um dos grandes facilitadores para que ocorra a interação profissional de saúde, em que este serve de suporte para a mãe que está circundada de dúvidas e medos sobre a evolução de seu filho. O que podemos verificar nos seguintes fragmentos: *"... procuram me explicar, como eu aprendi muito, sei de muita coisa pelo que meu filho está passando, aprendi a lidar com ele mediante ao que eles me ensinam... Nunca me negaram informação, sempre procuraram me dar todas as orientações que eu precisava, que eu queria, que eu buscava..." M₁ "...eles conversam muito com a gente, perguntam como a gente está encarando essa realidade porque a gente esperava passar por uma coisa e é totalmente diferente." M₇ "Aprendi a lidar com ele mediante ao que eles me ensinaram, procuraram sempre me ensinar. Nunca me negaram informação. Sempre procuraram me dar todas as orientações que eu preciso, que eu queria, que eu buscava." M₁*

A qualidade dos cuidados que a criança recebe dos pais é de suma importância para o seu desenvolvimento futuro. O estabelecimento do apego é reforçado pelo contato físico pele a pele, contato visual e amamentação materna. Cabe, portanto, ao 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. Percebemos tal colocação nestas falas:

"... graças a Deus, na hora que ele precisou, ele caiu nas mãos de quem socorreu ele a tempo, soube salvar a vida dele", mas eu encontrei pessoas totalmente irresponsáveis... eu acho que foi descaso... ela não deu a atenção devida." M₁ "eles comportam bem, trata a gente bem, eles passam muita tranquilidade..." M₃ "são muito bons, tratam meu filho muito bem, não posso reclamar de ninguém ... me ensinaram..." M₄ "toda hora, eles vêm aqui, cada hora um examina. À noite é eu que olho, eu tinha medo de dar banho por causa dele ser pelancudo, todos os profissionais ensinam muito bem, eu não tenho medo de ir com ele para casa." M₅ "tudo que você precisa vem na hora, a maior educação, te tratam com carinho... em relação a outros hospitais, aqui é um hotel de luxo..." M₆ "... são ótimos profissionais..." M₉ "... respeitam, o atendimento é ótimo..." M₁₀

A enfermagem é uma das profissões da área de saúde que permanecem maior tempo junto ao paciente, permitindo, portanto, um contínuo relacionamento, sendo este estabelecido através, como referenciado anteriormente, de uma efetiva comunicação e freqüente processo educativo. No entanto, encontramos ainda profissionais que não se conscientizaram de que as pessoas que se encontram na situação de saúde/doença requerem toda a atenção, além de

ser importante que estes profissionais insiram a família em todo o processo de cuidar. Podemos perceber esse “desca-so” nos fragmentos extraídos das seguintes falas: *“teve um ... que ele não conversou comigo, ele ficou responsável pelo meu filho um tempo ... mais de mês... ele nunca trocou uma palavra comigo ... ficava limitando o período que eu podia ficar perto do meu filho, então com ele eu tive problema... os outros não, os outros todos eu fui muito bem acolhida, muito bem assistida, me deram muita atenção...”*M₁ *“serem mais comunicativos ainda com os pais, ... ter um tempinho a mais para a gente perguntar alguma coisa...”* M₂

Assim podemos citar Waldow (1998, p.94), que afirma:

“Durante ação, a cuidadora comunica-se mesmo que não haja necessidade de palavras. O corpo comunica-se e, nesse sentido, as variáveis da cuidadora desempenham um papel bastante importante, principalmente considerada a motivação e os sentimentos.”

A relação de ajuda e atenção na assistência à mãe.

Conforme visto, algumas mães possuíam receios de tocar em seus filhos por pensarem que poderiam lhes causar algum dano: *“os profissionais falaram que eu podia tocar nela, mas eu ficava com medo de passar infecção. Colocar a mão não ia adiantar muito, era medo. Aí, eu preferi não tocar nela. Ela estava cheia de aparelhos, aí, eu fiquei com medo.”*M₃

Para que a família supere essa fase dolorosa de o seu filho ter nascido prematuro, ou estar hospitalizado devido a malformações, é necessário que os profissionais que estejam envolvidos nesse processo cuidativo dêem todo o apoio possível a esta família, ou seja, ouvindo e atentando para todos os anseios e dúvidas dos mesmos.

As mães, ao serem abordadas sobre a situação que estão vivenciando e como deveria ser o atendimento oferecido a elas e ao filho, clamaram pela necessidade de que os profissionais voltassem o olhar para elas, justificando que precisam de ajuda e atenção. Estes depoimentos são: *“... explicar para a mãe o que a criança tem, a mãe tem que tentar entender para ajudar.”* M₁ *“tem que ter um tempo para observar a mãe, saber o que ela está sentindo, para tentar ajudar e eu acho que isso ajuda muito.”* M₁ *“...o que eles puderem dar a mais neste momento é muito importante para os pais, atenção a mais. Para os pais, quando eles conversam com um médico, assim contente, eu acho que eles se sentem mais ... há um aconchego melhor.”* M₂

Scochi (2004) explicita que a falta de oportunidades de a mãe interagir efetivamente com seu filho hospitalizado pode levar a um prejuízo do apego e ocasionar desordens no relacionamento futuro de ambos. Estudos vêm sendo realizados sobre esta temática, evidenciando que o comportamento de apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato mãe/filho nos momentos iniciais da vida pós-natal.

No entanto, quando esta separação é inevitável, esse prejuízo futuro poderá ser minimizado através de um atendimento individualizado e do empenho dos profissionais de saúde em apoiar estas mães, principalmente, nos primeiros contatos entre elas e o filho, após a separação. Mas, para que isso aconteça, é primordial que estes profissionais estejam preparados para lidar com as reações e para entender os sentimentos das mães, pois cada uma age de maneira singular.

O trabalho requer cuidado e atenção

O ato cuidativo pode ser visto, conforme explicitam Paterson e Zderad (1988), *apud* Campos e Cardoso (2004), como “fusão de ‘self’ com o espírito rítmico do outro, ou seja, quando nos colocamos no lugar do outro, obtemos um conhecimento especial intuitivo e inexpressável”.

Podemos entender que o papel fundamental do enfermeiro neste momento é de desempenhar seu ato cuidativo em uma visão holística, embasada no conhecimento técnico-científico, mas não se distanciando do apoio emocional, dispondo de compreensão e oferecendo sempre informações, a fim de tranquilizar a mãe. Como apresentado na seguinte fala: P3 *“é uma enfermaria que requer o maior cuidado, a maior atenção, por serem crianças prematuras, crianças que nascem deformadas, deficientes”.*

Para Boff (1999, p.21), “cuidar é mais que um ato. É uma atitude que gera muitos outros atos. O cuidado encontra-se na raiz dos seres humanos, na sua constituição, na sua essência”. O cuidado humano é para Waldow (1998, p.204) “uma forma ética e estética de viver, que se inicia pelo amor à natureza e passa pela apreciação do bebê. Consiste no respeito à dignidade humana, na sensibilidade para com o sofrimento, aceitando o inevitável”.

Os profissionais de saúde, ao serem questionados sobre como se sentem trabalhando na unidade que atende as crianças e mães, na condição específica, assim responderam: *“...me sinto bem, o local de trabalho é bom.”* P₁ *“...me sinto bem, tem tudo a ver comigo, eu gosto de trabalhar com criança.”* P₂ *“é um trabalho muito importante, onde eu dou continuidade ao que eu fazia na UTI. É um trabalho muito gratificante.”* P₃

É natural que os profissionais se sintam à vontade em suas receptivas especialidades e não saibam o que fazer com as dificuldades emocionais, nem como conversar sobre elas. É primordial perceberem que o acolhimento é sempre muito mais valioso do que receitar soluções (ALBURQUEQUE, 2005).

A receptividade, a culpa e a rejeição desafiam o relacionamento entre profissionais e mães.

Os profissionais de saúde, ao serem abordados sobre o comportamento das mães em relação a eles e ao filho hospitalizado, foram enfáticos em dizer que algumas são receptivas e outras apresentam sentimento de culpa. Ve-

jamos alguns dos depoimentos: “...comportam muito bem, eu nunca tive dificuldades para lidar com elas; algumas vezes, eu sinto que elas ficam um pouco magoadas ... mas, na maioria das vezes, se comportam bem. Algumas ficam muito deprimidas.” P₁

“...medo, a primeira coisa é medo, a segunda coisa é incapacidade, culpa são os primeiros sentimentos que ela tem (filho).” P₅ “tem umas que aceitam bem o tratamento, aceitam o filho da forma que nasceu, e algumas até que rejeitam (filho).” P₃ “...umas são agressivas, outras depressivas, parece que a gente é que é culpado” P₂

O nascimento de um bebê prematuro ou doente e a sua internação logo após o nascimento levam a mãe a manifestar sentimentos e ações que muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais que as assistem: “... é tão difícil para elas, ainda mais no hospital universitário, onde tem tantos profissionais e elas não conseguem identificar todos... umas têm uma boa receptividade médica, outras não. A enfermagem é o carro-chefe, que convive com elas, pois é ela que ensina cuidar das crianças, então depende muito de cada pessoa, elas criam vínculo com aquelas que são mais receptivas... porque o contato é direto.” P₅ “... muitas vezes os profissionais são críticos, muitas vezes tem dificuldade em separar o que eu penso do que eu posso falar, muitas vezes criam vínculo de amizade com a mãe ... e acha que, por ser íntima, pode falar: você é muito chata! O profissional pode até pensar que a mãe é chata, mas ela não pode falar...muitas eu acho que têm uma dificuldade de discernir até onde que eu posso chegar.” P₅

Quando a mãe recebe a informação de que seu bebê nasceu com baixo peso, esta notícia se reflete com resposta de desespero, pois a mesma assimila este acontecimento com a idéia de que seu filho nasceu com alguma malformação e, sendo assim, adota uma postura de rejeição, revolta e culpa. “A gente teve caso de uma mãe que rejeitou o bebê, então, nada o que era em relação ao filho, ela gostava de fazer. Ela não dava banho. Ela sumia, desaparecia. Ai, a gente tinha que avisar o médico, e era acionado o Conselho Tutelar. Já foram buscá-la várias vezes (...). Depois, ela veio por causa do Conselho Tutelar, aí, com aquela convivência, ela via o carinho que nós tratávamos ela e a criança foi muito importante...” P₃

Podemos nos deparar com outra realidade que foi exposta no comportamento das mães, ao serem abordadas sobre seus sentimentos, pois, para algumas, inicialmente, os filhos não foram desejados e, portanto, não houve os cuidados necessários no início da gestação, decorrente da demora para a sua aceitação.

Observamos também que, mesmo após a aceitação da gravidez, muitas permanecem resistentes em participar do ato cuidativo com seus filhos e até mesmo de se interagirem no cuidado. Podemos evidenciar isso na seguinte explanação de um dos profissionais entrevistados: “Culpa, a primeira coisa que elas perguntam é: ‘eu tive culpa, o que foi que eu fiz?’. Elas sentem culpa porque o filho nasceu com algum problema.” P₅ “... muitas ficam revoltadas porque não estão preparadas para lidar

com essa situação, às vezes não desejavam ter o filho aí acabam aceitando”(filho) P₄

É comum a mãe desenvolver falta de confiança em seus recursos. Ela sente medo de não saber cuidar tão bem do filho quanto os profissionais. Sente também gratidão, ciúme, inveja e raiva. É natural que o sinta. Muitas vezes, ela não sabe o que sente. É fundamental que a equipe de saúde fortaleça emocionalmente a mãe, reconhecendo que suas dificuldades são compreensíveis, mas que, aos poucos, ela vai aprendendo a cuidar.

A convivência entre tecnologia e humanização.

Os profissionais de saúde quando solicitados para emitir opiniões sobre como a assistência deveria ser realizada na unidade, cenário do estudo, responderam:

“... por ser uma unidade nova, que veio antes deles serem capacitados, muitos profissionais aqui acham que não estão preparados para trabalhar com prematuros, apesar de já terem trabalhado em outros lugares. Têm dificuldade de entender uma coisa, que a gente está começando agora, que é mínimo toque, que é separar a parte técnica da parte do que é melhor para a criança, e não porque tem horário para tudo, e estamos sabendo que não é bem assim, o horário é a criança que vai fazer. Só que, às vezes, o setor limita um pouco quanto a isso, mas, em questão da parte técnica, eu vejo que elas têm realmente um preparo para isso, uma prova disso é que dificilmente nossas crianças voltam para a UTI.” P₅ “...falta uma UTI neonatal, tem profissionais qualificados, mas não tem como atender” P₂

É primordial compreender que, para humanizar o cuidado, é necessário estabelecer um melhor relacionamento entre profissionais e famílias, e isso não depende apenas de conhecimento técnico-científico e tecnologia de ponta, mas, sobretudo, de uma política de ação, na qual não se omite o esforço da humanização de seus serviços, posto que humanização é a característica fundamental de uma administração eficaz. A humanização não resulta apenas da aplicação de recursos materiais, mas essencialmente da mudança de atitude dos recursos humanos envolvidos no processo. Daí a importância de que o trabalho possa abranger todos os níveis e responsabilidades, ou seja, a equipe técnica, os próprios pacientes e seus familiares.

Neste sentido, ressaltamos que, no entendimento explicitado por Boff (1999, p. 34), “Cuidar [...] é especial e precisa de sentimento, e nós, cuidadores, precisamos acreditar nisso e fazer com o coração, isso faz a diferença. O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem.”

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do estudo possibilitou a elucidação de diferentes representações sociais das mães e dos profissionais de saúde que atendem recém-nascidos hospitalizados.

Através da análise das informações, pode-se constatar que alguns profissionais optaram por trabalhar com recém-nascidos por ser através destes que estariam se realizando profissionalmente, procurando dar o melhor de si. Afirmam ainda que estão sempre se empenhando em entender os sentimentos das mães. Isso se revelou neste estudo como de grande importância, devido ao fato de que, quando nos colocamos no lugar do outro, obtemos um conhecimento intuitivo e inexpressável.

Salienta-se que ocorreu a compreensão dos sentimentos dessas mães, principalmente por parte das profissionais que são mães e passaram por experiências ímpares com seus filhos e que podem melhor entender os sentimentos de uma mãe que tem seu filho separado após o nascimento, enquanto as outras levam os filhos saudáveis para casa.

Esta separação acarreta a impossibilidade de amamentação, enfraquecimento do vínculo mãe-filho, insegurança de deixar seu filho aos cuidados de pessoas “estranhas”, em um ambiente distante de sua realidade, só podendo visitá-lo em horários predeterminados.

A mãe é submetida a viver neste período de sua vida na constante dúvida sobre a evolução de seu bebê, no que tange a sua possibilidade de sobrevivência e reintegração social. Além disso, ter que conviver e superar vários mitos estabelecidos pela sociedade, relativos à sobrevivência de prematuros e enfrentar a quebra do paradigma de que o modelo cultural físico imposto por esta sociedade é a imagem do bonito e do bom.

Alguns profissionais afirmam que se colocar no lugar das mães, compreendendo seus sentimentos e reações, é a melhor forma de se relacionar com elas e de atender as suas expectativas. Em contrapartida, nos deparamos com outra classe de profissionais que expõem atitudes contrárias a essas, apresentando preconceitos, críticas às mães, falta de entendimento das atitudes dessas mulheres, desrespeito à individualidade, falta de compreensão de que cada mulher enfrentará de forma diferente as dificuldades na busca do restabelecimento do vínculo quebrado.

Deve-se considerar, portanto, o contexto de vida dessas mulheres, para só então poder entender o comportamento revelado por elas e a receptividade ao processo de tratamento de seus filhos, bem como a necessidade que elas revelam de ter por perto alguém da família para dar apoio, até que sintam segurança para cuidar de seus bebês.

Quando o recém-nascido necessita de hospitalização, há uma ruptura súbita entre o idealizado e o real. Provocando na mãe sentimentos de medo, ansiedade, culpa e autopiedade, pois toda felicidade que imaginou que sentiria quando da chegada do bebê foi substituída por uma realidade que terá que enfrentar ou se adaptar, num período em que se sente tão fragilizada.

Desse modo, entendemos que saber acolher as mães e reconhecer seus sentimentos e reações é fundamental e que cabe aos profissionais utilizar suas competências técnicas e científicas para estabelecer condições para a relação mãe-filho, colaborando ao máximo para amenizar os possíveis prejuízos advindos dessa separação precoce, que poderá interferir no desenvolvimento do recém-nascido e até no futuro relacionamento mãe-filho.

Acreditamos que, ao planejar a assistência a essas mães, deve-se preconizar o restabelecimento do vínculo mãe-filho, ressaltando as representações sociais de cada indivíduo inerente a este processo. Para tanto, acreditamos que o estabelecimento de grupos entre estas mães e profissionais de saúde proporcionará aproximação entre as duas classes, com troca de informações e saberes, oportunizando às mães e aos profissionais maior abertura, no sentido de contextualizar a representação social de cada elemento no processo cuidativo do recém-nascido.

Dessa forma, salientamos que o nosso maior desejo, ao realizar este estudo, foi mostrar de que forma estas mães, permeadas por seus diversos sentimentos, se firmam em nossa sociedade, ao mesmo tempo como os profissionais reagem frente a estas representações e de que maneira intervêm neste processo, bem como a própria representação individual de cada profissional com suas particularidades de vida e experiências.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. X. **Portal Humaniza**. Notas sobre bebês, pais e cuidados emocionais. São Paulo, 2005. Disponível em <<http://www.acasa.com.br>. Acesso em 06/04/2005.
- BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. São Paulo: Medsi, 1999. 216 p.
- CAMPOS, A. C. S.; CARDOSO, M.V.M.L. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. **Rev latino am. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n.4, jul/ago 2004.
- CARVALHO, P. R. A. **Terapia Intensiva em Pediatria**. Rev Latino-Am. Enfermagem 4ªed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1997.722 p
- COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em Enfermagem – pesquisas e reflexões**. Santa Maria /RS: Centro Universitário Franciscano, 2001. 262p
- DUARTE, E. D.; SENA, R. R. Cuidado Mãe Canguru: relato de experiência. **REME Rev min enferm**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1/2, p. 86-92, 2001.
- KITZINGER, S.; BAILEY, V. **Gravidez dia-dia**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1995. 254 p.
- MALDONATO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 1997.p. 229.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. 269p.

PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; DUARTE, G.; MARTINEZ, F. E. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Rev bras psiquiatr** São Paulo, v. 26, n. 4, p. 82-90, dez. 2004.

PEREIRA, P. R. Alegria é o nome do remédio. **Almanaque Brasileiro de Saúde e Cultura**, v. 1, n. 1, p. 75-80, set./out., 2000.

SCOCHI, C. G. S. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência da perspectiva dessas mulheres. **Rev latinoam enf**, Ribeirão Preto, v. 12, n.5, p. 727-735, set./out. 2004.

TALHINHAS, C. Comunicação como vetor de humanização. **Nursing rev tec enferm**, v. 10, n. 113, p. 21-26, jul./ago., 1997.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 204 p.

Enviado em 08/11/2007

Aprovado em 30/11/2007

CURSOS | *Lato sensu* *Stricto sensu* Pós-Graduação Odontologia

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, fundada em 1904, ao longo de sua história vem contribuindo para o desenvolvimento científico e sócio-econômico regional. Atualmente, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora conta com um grupo substancial de Doutores que atuam há longa data nas diversas especialidades clínicas odontológicas.

Desde 1994, as atividades de pós-graduação foram iniciadas nesta Unidade da Universidade Federal de Juiz de Fora produzindo inúmeros trabalhos científicos, tais como artigos em periódicos nacionais e internacionais, monografias de conclusão de curso de pós-graduação e apresentações em congressos nacionais e internacionais.

A criação de um Programa de Mestrado em Clínica Odontológica na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, torna-se possível devido ao alicerce acadêmico científico construído ao longo de sua história.

Finalmente, a estrutura organizacional e de equipamentos possibilita a nossa Instituição oferecer condições para o desenvolvimento de trabalhos científicos de qualidade. Contamos atualmente com 12 laboratórios de ensino e pesquisa, 05 salas de clínica (total de 157 laboratórios odontológicos completos) em boxes individuais e atendemos aproximadamente 600 pacientes/dia nas diversas especialidades odontológicas. Acreditamos estar em um momento propício, com o amadurecimento de nossa Instituição, possuindo também excelentes pré-requisitos para podermos contribuir ainda mais com o desenvolvimento científico no âmbito da Odontologia em nosso país.

Stricto sensu

MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Lato sensu

DENTÍSTICA • DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR E DOR OROFACIAL •
ENDODONTIA • IMPLANTODONTIA • ODONTOGERIATRIA • ODONTOLOGIA
LEGAL • ODONTOLOGIA P/ PACIENTES C/ NECESSIDADES ESPECIAIS •
ODONTOPEDIATRIA • ORTODONTIA • PERIODONTIA – TURMA A •
PERIODONTIA – TURMA B • PRÓTESE DENTÁRIA • RADIOLOGIA
ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA • RESIDÊNCIA EM ODONTOLOGIA •
SAÚDE COLETIVA