

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE / UNICENTRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO**

JAQUELINE PORTELLA BUASKI

**HUMANIZAÇÃO: VIVÊNCIA DE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS EM SEU
PROCESSO DE INTERNAMENTO EM UTI NEONATAL**

**IRATI - PR
2020**

JAQUELINE PORTELLA BUASKI

**HUMANIZAÇÃO: VIVÊNCIA DE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS EM SEU
PROCESSO DE INTERNAMENTO EM UTI NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro Oeste, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Desenvolvimento Comunitário.

Linha de Pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Ide Fujinaga

Coorientadora: Prof^a Dr^a Caroline Guisantes Salvo De Toni.

IRATI - PR

2020

Catálogo na Publicação
Rede de Bibliotecas da Unicentro

B917h

Buaski, Jaqueline Portella

Humanização: vivência de mães de bebês prematuros em seu processo de internamento em UTI neonatal / Jaqueline Portella Buaski. – – Irati, 2020.

xii, 129 f. : il. ; 28 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Linha de pesquisa: Processos do desenvolvimento humanos nos contextos comunitários, 2020.

Orientadora: Cristina Ide Fujinaga

Coorientadora: Caroline Guisantes Salvo de Toni

Banca examinadora: Cristina Ide Fujinaga, Ancelmo Schörner, Ana Lucia Ivatiuk

Bibliografia

1. Desenvolvimento comunitário. 2. Humanização. 3. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 4. Mães. 5. Lazer. 6. Fotografia. I. Título. II. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário.

| CDD 614



Universidade Estadual do Centro-Oeste


Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444/97
CNPJ 77.902.914/0001-72

TERMO DE APROVAÇÃO


JAQUELINE PORTELLA BUASKI

HUMANIZAÇÃO: VIVÊNCIA DE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS EM SEU PROCESSO DE INTERNAMENTO EM UTI NEONATAL

Dissertação aprovada em 07/02/2020 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:


Orientadora: Prof.ª Dr.ª Cristina Ide Fujinaga

Instituição: UNICENTRO


Prof. Dr. Ancelmo Schörner

Instituição: UNICENTRO


Prof. Dr.ª Ana-Lúcia Ivatiuk

Instituição: FAE

www.unicentro.br

Campus Santa Cruz: Rua Padre Salvador, 875 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus Cedeteg: Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-167 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Iratí: Rua Professora Maria Roza Zanon de Almeida s/n – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATÍ – PR

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus pais, Maria e Silvestre, os maiores incentivadores desta trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tornar este sonho possível.

Aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado, incentivando de todas as formas, mas que acima de tudo me ensinaram sobre o amor, respeito, solidariedade e honestidade. Obrigada mãe pelas orações!

Aos meus irmãos e suas esposas pelo apoio.

À minha orientadora Professora Cristina, por transformar a minha vida! Por permitir que minha trajetória fosse marcada por esta vivência. Por ensinamentos que foram muito além do conhecimento científico, mas, humano! Por toda paciência.

À minha coorientadora Professora Carol, por aceitar estar conosco neste desafio, por todos os ensinamentos e paciência.

À equipe “HumanizAção”! Paula, Arieli, Ana Carla, Letícia, Ângela e Diane. Tenham a certeza de vocês me ensinaram muito, sem vocês tudo isso também não seria possível!

Aos demais envolvidos no Projeto HumanizAção, que de alguma forma contribuíram para sua efetivação.

Às mães participantes! Guerreiras! Obrigada por permitirem conhecer suas vivências!

Aos professores que encontrei no decorrer da minha formação, profissão ao qual tenho imensa admiração, muito obrigada!

Aos amigos que torceram por essa conquista e que me fortaleceram de alguma maneira. Obrigada!

BUASKI, J. P. **Humanização: vivência de mães de bebês prematuros em seu processo de internamento em UTI Neonatal.** 132 p. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário). Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati, 2020.

RESUMO

O contexto da assistência em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal provoca às mulheres/mães acompanhantes de recém-nascidos prematuros, elevada probabilidade de vivenciar intenso sofrimento durante o período de internamento. Diante disso, a tecnologia de cuidado “HumanizAção” de caráter extensionista e equipe executora interdisciplinar, promoveu e implementou estratégias de apoio e cuidado, em seu sentido ampliado à estas mulheres/mães, com a implementação de estratégias de cuidado, em seu sentido ampliado, com atividades recreacionais e de lazer, nas quais as participantes eram protagonistas das ações. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi compreender a vivência de mães de prematuros participantes da tecnologia de cuidado – “HumanizAção”, em processo de internamento de seu filho na Unidade da Santa Casa de Irati, Paraná. Com delineamento qualitativo e desenvolvido a partir da pesquisa-ação, participaram cinco mães de recém-nascidos prematuros, que compareceram, no mínimo, em quatro ações da tecnologia. Efetuou-se aplicação de um questionário para caracterização das participantes, a história gestacional foi obtida a partir de prontuários disponíveis na Unidade e fotografias registradas durante as ações da tecnologia foram disparadoras de entrevistas individuais. As entrevistas foram apresentadas em forma de narrativas, entrelaçadas com as demais fontes e analisadas utilizando-se o método de Análise de Narrativas. As categorias que emergiram a partir das narrativas geradas com as fotografias, representam que as ações do grupo de apoio promoveram um espaço de liberdade para expressões, acolhimento, escuta e construção de vínculos. Assim como a desvinculação da atenção das mulheres/mães centrada no recém-nascido, provocando o surgimento do protagonismo e antagonismos de sentimentos. A trajetória das mulheres/mães foi marcada por relações intensas com a equipe, processos que provocaram transformações e ressignificações, reduzindo a ansiedade e o estresse. Deste modo a tecnologia de cuidado, contribuiu para ampliação de possibilidades na humanização do cuidado e fortalecimento desta população, para o enfrentamento de suas vivências no processo de hospitalização.

Palavras-chave: Humanização. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Mães. Lazer. Fotografia.

BUASKI, J. P. Humanization: experiences of mothers of premature babies in its process of hospitalization in neonatal ICU. 132 p. Dissertation (Interdisciplinary Master in Community Development). State University of the Western Center, Irati, 2020.

ABSTRACT

The context of the assistance in Neonatal Intensive Care Units causes in accompanying women/mothers of premature newborns, a high probability of experiencing suffering during the hospitalization period. So, the technology of caring, "HumanizAction" of an extensionist character and interdisciplinary executive team, promoted and implemented strategies of support and care, in its expanded way with recreational and leisure activities, in which the participants were protagonists of the actions. Therefore, the aim of this study was to understand the experience of mothers of premature newborns, that were participating in the technology of caring – "HumanizAction", in the process of their child's hospitalization at the Santa Casa de Irati Unit, in the state of Parana. With a qualitative delineation and developed from the action-research, five mothers of premature newborns participated, who attended at least four technology actions. A questionnaire was applied to characterize the participants, the gestational history was obtained from medical records available at the Unit and photographs were recorded during the technology's actions and triggered to individual interviews. The interviews were presented in the form of narratives, interlaced with other sources and analyzed using the Narrative Analysis method. The categories that emerged from the narratives caused by the photographs, represented that the support group's actions promoted a space of freedom for expressions, reception, listening and building bonds. As well as the untying of the attention from women/mothers centered on the newborn, causing the appearance of protagonism and antagonisms of feelings. The trajectory of women/mothers was marked by intense relationship with the team, processes that caused transformations and redefinitions, reducing anxiety and stress. In this way, caring technology has contributed to the expansion of possibilities in the humanization of care and strengthening of this population, in order to face their experiences in the hospitalization process.

Keywords: Humanization, Neonatal Intensive Care Unit, Mothers, Leisure, Photograph.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	- Atividades realizadas nas ações.....	51
FIGURA 2	- Fluxograma colheita dos dados.....	54
FIGURA 3	- Fotografia escolhida por Diamante.....	60
FIGURA 4	- Fotografia escolhida por Pérola.....	66
FIGURA 5	- Fotografia escolhida por Rubi.....	70
FIGURA 6	- Fotografia escolhida por Esmeralda.....	74
FIGURA 7	- Fotografia escolhida por Ametista.....	77
FIGURA 8	- Fotografia atividade porta-algodão.....	82
FIGURA 9	- Fotografia atividade toalhinha de boca.....	83
FIGURA 10	- Fotografia atividade dia da beleza.....	83
FIGURA 11	- Fotografia atividade porta-objetos.....	92
FIGURA 12	- Fotografia atividade porta-algodão.....	100
QUADRO 1	- Interpretações das narrativas das participantes em relação a sua motivação pela escolha da fotografia.....	80
QUADRO 2	- Interpretações das narrativas das participantes em relação aos sentimentos no momento em que foi registrada a fotografia.....	86
QUADRO 3	- Interpretações das narrativas das participantes em relação ao que é observado na fotografia.....	89
QUADRO 4	- Interpretações das narrativas das participantes em relação ao sentimento despertado pela fotografia.....	92
QUADRO 5	- Interpretações das narrativas das participantes em relação ao significado do momento vivenciado no grupo.....	95
QUADRO 6	- Interpretações das narrativas das participantes em relação a experiência no grupo.....	101

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1	- Caracterização das pedras preciosas.....	57
----------	--	----

LISTAS DE ABREVIACOES E SIGLAS

IHAC	-	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PNHAH	-	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RN	-	Recém-nascido
RHS	-	Rede de Humanização em Saúde
SUS	-	Sistema nico de Saúde
TCLE	-	TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTIN	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 CONSTRUINDO OBJETO DE ESTUDO	14
1.1 CAPÍTULO 1 - O CONTEXTO HOSPITALAR E AS TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO.....	14
1.2 CAPÍTULO 2 - UTI NEONATAL: FATORES ASSOCIADOS AO CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO E A FAMÍLIA.....	27
1.3 CAPÍTULO 3 - MÃE DE RECÉM-NASCIDO NA UTIN: DESAFIOS DA MATERNIDADE, DO CUIDADO HUMANIZADO E DO ESTUDO DESSAS RELAÇÕES.....	35
2 OBJETIVOS	48
3 PERCURSO METODOLÓGICO	49
4 PEDRAS PRECIOSAS: FOTOGRAFIAS E SUAS NARRATIVAS	57
4.1 ENTRE A COLA E O PAPEL – UM ESPAÇO DE LIBERDADE, ACOLHIMENTO E CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS	80
4.2 ENTRE O FIO E A AGULHA – DESVINCULAÇÃO DA ATENÇÃO CENTRADA NO BEBÊ PARA OUTRAS NUANCES DE SUA SUBJETIVIDADE	87
4.3 ENTRE A FITA E O LAÇO – O PERTENCIMENTO, PROTAGONISMO E ANTAGONISMOS DE SENTIMENTOS.....	91
4.4 DA LATA DE LEITE PARA O PORTA ALGODÃO – PROCESSO E TRANSFORMAÇÕES.....	95
4.5 O SOM DE RECORTE DA TESOURA – ESPAÇO PARA ESCUTA DO SILÊNCIO.....	98
4.6 ENTRE O FIO E O BORDADO – AS RESSIGNIFICAÇÕES E RELAÇÕES MARCANTES.....	104
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
7 APÊNDICE 1	128

APRESENTAÇÃO

Chegar ao ensino superior não é a possibilidade para a maior parte dos jovens, principalmente para aqueles que têm a sua origem no campo e que são mulheres. Esse cenário é parte da minha realidade e a escolha pelo curso de Fonoaudiologia não foi apenas uma opção e sim motivada pelo desejo de oferecer/provocar transformações, principalmente com a população da zona rural, especialmente as mulheres, que desde muito cedo se tornam esposas e mães, influenciadas pela cultura, bem como eu mesma observava, pela ausência de oportunidades. Adentrar a graduação foi para mim, além de uma conquista individual, a possibilidade de se fazer presente frente às representações de dificuldades enfrentadas pelo ser mulher.

A realização da Iniciação Científica na graduação foi a primeira oportunidade de investigação de questões relacionadas à mulher e ao trabalho. Em seguida, a continuidade se deu no Trabalho de Conclusão do Curso, em que se ampliou a reflexão e constatação dos prejuízos à saúde da mulher e de seus filhos. Porém, foram pesquisas que apresentaram limitação dos resultados, deixando de lado aspectos de caráter amplo que envolvia a temática.

A partir daí, surge o interesse de investigar questões relacionadas e aos papéis sociais da mulher na contemporaneidade, especialmente da mãe, visto que eram essas as inquietações que moviam a tentativa de ingresso na pós-graduação. Percebi que nos estudos anteriores os resultados “mascaravam” questões sociais importantes para se compreender a dimensão da problemática envolvendo a mulher.

As aulas das disciplinas obrigatórias no Programa Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário foram muito importantes para a minha formação interdisciplinar. Com o aprofundamento nos estudos, cada vez mais se fazia necessário refletir para que, de fato, dessa vez eu tivesse a oportunidade de desenvolver uma pesquisa a qual repercutisse em mudanças e transformações para os participantes. Assim, em consonância com minha orientadora, decidimos que o tema de minha dissertação versaria sobre o projeto ser desenvolvido em um grupo de apoio para pais de bebês prematuros, no hospital Santa Casa de Irati, vinculado ao Programa “Universidade Sem Fronteiras - USF”.

Nesse mesmo período, eu estava morando em uma pensão, localizada ao lado da Santa Casa, local no qual muitas mães e famílias que possuíam seus filhos

internados na Santa Casa também moravam durante o tempo de internamento. Com isso, tive a oportunidade de conversar com várias mães e seus familiares, pois havia vários locais que eram de uso comunitário na pensão. Foram muitas as histórias compartilhadas, preocupações, alegrias pelo ganho de peso do bebê, inseguranças, roupinhas com cheirinho de bebê no varal. Os quartos eram lado a lado, várias vezes dormi ouvindo, mesmo sem querer, uma mãe falando sobre seu bebê, às vezes pelo telefone conversando com seu esposo ou familiares.

Essa experiência foi marcante. Penso que muitas situações nesse local foram complicadas para mim, nem posso imaginar como foi difícil para aquelas mães, estando debilitadas, em período pós-parto. Morei apenas três meses na pensão e saí em busca de outro lugar. Entretanto, reconheci que não era por acaso a experiência que vivenciei por algum tempo naquele lugar, pois logo a professora Cristina comentou sobre o Projeto, que seria promovido para essas mães/famílias de recém-nascidos prematuros, no hospital. Eu senti a certeza, que desta vez, iria proporcionar de fato algo para a comunidade, e seriam elas, as mães e suas famílias, os verdadeiros beneficiados.

Em seguida, iniciei a participação no Estágio Pedagógico Voluntário em Fonoaudiologia Hospitalar, no setor da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). As ações foram realizadas juntamente com os alunos/estagiários da graduação, em prol das mães e familiares no grupo de “HumanizAção”, vinculadas ao estágio supervisionado. É neste contexto que minha imersão se inicia no grupo, no planejamento, organização e conjunta condução das atividades, com as professoras supervisoras. Diversas foram as dificuldades encontradas; observamos que para os alunos/estagiários esta experiência em sua maioria não foi exitosa, pela dificuldade em compreender a proposta, manejar as situações que emergiam e principalmente por conta do contato pontual e a rotatividade dos alunos na equipe executora. Isto demonstrou que práticas de formação neste formato necessitam ser exploradas/aperfeiçoadas. Porém ainda momentos incríveis ocorreram nesse grupo e a certeza de que deveríamos continuar!

Nesse mesmo ano, surgiu a notícia da aprovação do projeto “HumanizAção” - grupo de apoio para pais de recém-nascidos prematuros, no Programa “Universidade Sem Fronteiras”. Nesta ocasião o projeto adquire caráter de extensão, e novamente passei a participar do projeto juntamente com a equipe de execução interdisciplinar, de membros fixos. Para além das ações realizadas *in loco*,

ocorreram momentos de supervisão com preparação teórica e discussões pertinentes. Este novo formato, permitiu que a intensidade de minha vivência se tornou profunda, impossibilitada de não ser afetada e/ou provocar afetações nas ações, me tornei também uma participante contínua.

Diante das ações que foram ocorrendo, um desejo passou a ser despertado, pois apenas relatos não eram suficientes para demonstrar ou contar o que observávamos, era difícil explicar o que sentíamos, e principalmente o que víamos naqueles momentos. Mas como algumas fotografias que registramos, externavam tudo isso e ainda um pouco mais, acreditou-se que esta seria também nossa ferramenta de pesquisa. Surge aí a busca de entender como utilizar esse recurso em pesquisa. Procuramos auxílio com o Professor Doutor Ancelmo Schörner, do departamento de História, que nos recebeu prontamente, sugerindo para eu cursar a disciplina optativa de História e Fotografia, a qual me ofereceu extremo aprendizado e o desejo em apostar na utilização da fotografia na pesquisa.

Em seguida, um ano de andamento do projeto (outubro de 2019), surgiu-me a oportunidade de participar do Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades (CONINTER) em Maceió (AL). Esse evento afirmou ainda mais o desejo da utilização da fotografia como instrumento de pesquisa, por sua potencialidade, pois obtive a oportunidade de conhecer seu uso efetivo na prática de estudos que foram demonstrados em oficinas.

Porém, depois disso, deparei-me com uma inquietação ainda maior, o quanto este recurso ainda necessita ser explorado na área da saúde e, por esse motivo, a decisão do uso da fotografia no presente estudo foi um grande desafio, pois ousamos a sua utilização para além de um instrumento disparador de entrevistas, mas também devido à natureza do estudo, acreditamos na sua potencialidade para demonstrar/ilustrar importantes evidências.

Como pesquisadora, outro desafio enfrentado foi ter que pensar sobre como ficariam as questões éticas e de sigilo que envolveria a utilização da fotografia em estudos relacionados à saúde. Além disto, o meu distanciamento da lógica linear/disciplinar na qual é baseada a minha formação, promoveram inúmeros momentos que necessitaram de maiores reflexões e resiliência.

Destacamos ainda, neste estudo, que reconhecemos que a Política Nacional de Humanização preconiza que os movimentos para a sua efetivação sejam disparados a partir do envolvimento dos três eixos: usuários, profissionais e a

gestão. Mas ressaltamos que, devido à etapa de andamento do projeto, o nosso enfoque principal foram os usuários. Porém, inquietações de forma indireta, foram geradas aos profissionais e gestão. Para que isso permaneça ocorrendo, cabe a insistência em um processo contínuo, pois várias circunstâncias interferem no processo de busca e alcance de soluções assertivas, principalmente porque somos externos à instituição.

Este trabalho é coletivo, pois conta com a colaboração dos professores, profissionais, dos alunos do grupo de pesquisa e principalmente de várias mães que, com suas vivências, contribuíram para a efetivação e andamento do projeto. Em virtude disso, para referir-me às atitudes, acontecimentos por mim realizados e/ou vivenciados, utilizo pronomes pessoais e verbos na primeira pessoa do singular. E, quando me refiro a atitudes, comportamentos e/ou vivências da equipe/participantes, uso de pronomes pessoais e verbos na primeira pessoa do plural.

Importante destacar ainda, que emprego o uso pseudônimos para nomeação das participantes a partir do momento que estas serão apresentadas, considerando que para mim ultrapassaram o significado de apenas participantes, mas se tornaram pedras preciosas, únicas e exuberantes. Além disto, efetuei o uso da linguagem poética para, apresentar as categorias geradas a partir da análise das narrativas, com o estabelecimento de analogias às atividades/acontecimentos nas ações do grupo.

Sendo assim, o estudo foi dividido em capítulos, iniciando com a construção do objeto de estudo, que contempla o contexto hospitalar e as transformações do cuidado; em seguida, a UTI neonatal: fatores associados ao cuidado com o recém-nascido e a família; e apontamentos sobre a mulher e a maternidade. No percurso metodológico descrevo sobre os aspectos éticos, a escolha metodológica, local da pesquisa, as participantes do grupo “Humanização”, a colheita e entrelaçamento dos dados. Por conseguinte, apresento as narrativas originadas das fotografias disparadoras das entrevistas, análise das narrativas e considerações finais.

1 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1 CAPÍTULO 1 - O CONTEXTO HOSPITALAR E AS TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO

Para que sejam compreendidas as transformações ocorridas nos modos de promover o cuidado, é necessário destacar os acontecimentos históricos dos primeiros domínios científicos realizados pelo homem, aliado às influências e aos interesses sociais que deram origem e institucionalizaram o hospital como local de cuidado. Serão a partir desse contexto, que se poderão entender as repercussões desses processos na assistência de mães/famílias em Unidades de Terapia Neonatal, objeto de estudo deste trabalho.

O avanço das descobertas e domínio de métodos de manipulação efetuados pelo homem, durante o período do Renascimento, colocou-o como um ser representante, elemento central de todas as coisas do Universo (VIEIRA, 2016). O surgimento deste domínio - sabedoria e autonomia passam a garantir a solução de todas as angústias do ser humano, controle sobre as doenças, a vida e a morte. Instaura-se uma ilusão, pois o homem para sustentar esse novo domínio compromete as relações humanas, tornando-as mais distantes e menos significativas, em um *“homem muito menos ‘humanizado’”* (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006, p. 280). Diante disso, faz-se necessário compreender os aspectos históricos que demonstram os processos de transformação na sociedade e suas implicações nas relações interpessoais do ser humano e nas relações de cuidado.

Na modernidade, o reducionismo e dualismo se fizeram presentes na produção e reprodução da teoria e da prática do conhecimento científico. Isso promoveu a transformação do corpo, principalmente na saúde, tornando-o objeto de ordem e saber, que por um lado provocou avanços consideráveis para a ciência. Em contrapartida, corrompeu aquilo que era essencialmente humano, reduzindo sua compreensão apenas com os fundamentos da ciência da natureza. Essa compreensão do corpo humano ligado à natureza vem a ser demarcada com o processo de limitação de seu objeto (corpo), a visão de mundo passou a ser dividida entre o sujeito e objeto de conhecimento, provocando a exclusão das subjetividades, daquilo que é intrínseco ao ser humano/suas relações, mantendo-se apenas o interesse daquilo que permite a sua quantificação (ARMANI, 2016).

O rigor da ciência passou a ser aferido pela rigidez das medições. O lugar central da matemática promove a designação de que para se conhecer é necessário quantificar. Muitas vezes as qualidades que são intrínsecas de um objeto (mente humana), são desqualificadas para que possam ser traduzidas pelas suas quantidades, ou seja, são divididas em partículas e quando isso não é possível se tornam irrelevantes cientificamente (SANTOS, 1988).

Morin (2003) demonstra uma importante constatação, para ele, esta fragmentação e isolamento levam à deterioração da visão global, à incapacidade de perceber o contexto e o complexo dos fatos, formado por fatores econômicos, político, sociológico, psicológico, afetivo, mitológico, entre outros, que são inseparáveis e interdependentes, constituindo uma relação “[...] *entre as partes e o todo, o todo e as partes* [...]” (MORIN, 2003, p. 88).

A decomposição de conceitos e especificidades de objetos ou generalizações é algo que necessita de cautela ao se promover ciência, em virtude de que esta é produto da atividade humana, de múltiplas culturas e intersubjetividades. Por conta disso, a problematização da humanização se faz indispensável na saúde, refletindo-se sobre o lugar que o corpo humano foi colocado ao longo da história, pois somente dessa forma é possível vislumbrá-lo, mantendo-o a sua particularidade humana de existir e compor-se de sentido (ARMANI, 2016).

O modo como passa a ser concebido o corpo e seu cuidado, demonstra durante um longo período da história, por volta do século XVIII, cuidados de caridade foram oferecidos pela Igreja. Esses foram os primeiros estabelecimentos com características hospitalares que se tem o surgimento. Todas as ações não possuíam como objetivo a busca pela cura e sim a salvação da alma. Abrigavam aqueles que já não possuíam chances de cura, inválidos, leprosos, excluídos da sociedade da época (ORNELLAS, 1998).

O acolhimento ocorria nos hospitais como forma de excluir o indivíduo da sociedade, bem como, para que a doença não tivesse a possibilidade de ser espalhada, em casos extremos em que não havia a opção de cura, apenas aguardavam a chegada da morte. Assim, ficaram conhecidas as Santas Casas de Misericórdia, comandadas por religiosos (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Aos poucos os moldes de caráter institucional foram se consolidando. Com o avanço do capitalismo, houve a transformação das práticas de cuidado, inserindo seus modos de fazer no processo de produção capitalista. Assim, ocorreu o

investimento de maneira significativa em tecnologia médica de equipamentos hospitalares, porém, isso aumentou os custos dos serviços prestados. Desta forma, doentes crônicos não ofereciam retornos, ou seja, não representavam o lucro como retorno para os investimentos. O hospital, da mesma forma que representava abrigo e acolhimento na Idade Média, torna-se o espaço de rejeição de categorias indesejáveis, pois assume o seu lugar de produção de serviços, seu interesse foca naquele que é rentável economicamente (ORNELLAS, 1998). Com o aumento da profissionalização e da evolução tecnológica, houve a despersonalização do seu papel acolhedor. Em decorrência disso, sente-se a necessidade de tornar humanizadas as práticas novamente, ao longo dos últimos tempos (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Entre as transformações ocorridas na sociedade, como apontam Barra et al. (2006), o movimento da industrialização promoveu para além da modernização, avanços tecnológicos e de informação. No campo da saúde, as tecnologias, a informática, com aparelhos e equipamentos sofisticados contribuíram imensamente para auxiliar no tratamento e/ou cura de maneira rápida e eficaz de doenças, contribuindo, dessa forma, para melhores condições e qualidade de vida.

De acordo com Peixoto (1994, p. 254), a utilização da tecnologia no campo da saúde “*está vinculada aos interesses, valores e prioridades do sistema capitalista de produção de bens e serviços e obedece a mesma lógica do capital e da lucratividade*”. A implementação tecnológica no processo de produção de serviços de saúde é, assim, uma questão de cunho político/econômica que, tal como, é sustentada por posições ideológicas de atores sociais que detêm o poder no setor, por outro lado, é analisada e questionada, frente às inúmeras contradições que provoca no plano social.

Essas transformações tecnológicas assumiram uma relevante importância na sociedade contemporânea, não só diante às repercussões junto ao processo produtivo, mas também, provocou algumas tendências que deram origem a novos modos organizacionais, novas relações de trabalho, influenciando as qualificações profissionais e as relações sociais. Com significado de eficiência e qualidade, a tecnologia assume o papel de legitimadora, tanto em nível individual no desempenho de funções como também em nível institucional (PEIXOTO, 1994).

Sendo assim, é inquestionável a disponibilidade da tecnologia a serviço da vida humana. A problemática que tem apontado questionamentos é de “*até que*

ponto o progresso técnico-científico é saudável e promove o crescimento e harmonização das pessoas” (BARRA et al., 2006, p. 2). Seja qual for o tipo de tecnologia, carece do reconhecimento da sua utilização. Como enfatizam os autores:

[...] além da segurança, eficácia, ética, impacto social e relação custo-benefício, é saber utilizá-las de forma humanizada, lembrando sempre que os indivíduos que estão empregando e fazendo uso das mesmas, são seres humanos (BARRA et al., 2006, p.2).

O processo de industrialização provocou efeitos também na organização do trabalho, igualando-o à produção de bens e/ou serviços em que cada trabalhador possui uma função específica, com conhecimento fragmentado apenas de uma parte isolada da qual foi designado a realizar. Este modo de desempenho do trabalho resulta em otimização do tempo, multiplica resultados, entretanto, o trabalhador se coloca em um estado de indiferença diante da realização de sua tarefa, frente ao outro o sofrimento se torna natural, sem o devido compromisso e responsabilidade pelo seu cuidado e assistência.

Esta perda da sensibilidade humanística pode ocorrer institucionalmente e socialmente (RIOS, 2009). Isto demonstra que os avanços tecnológicos na sociedade geram recursos cada vez mais destacados no campo da informação, capazes de promoverem perspectivas difíceis de serem imaginadas. Por conta disso, elencar a temática da humanização em decorrência de sua falta, demonstra um profundo desequilíbrio (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Para o profissional de saúde, a atuação diante de todos os recursos tecnológicos e de mercado se torna um desafio. Existem diversas ferramentas que podem auxiliar no processo de trabalho, porém, para a sua utilização e manipulação exige-se do profissional habilidade e criatividade necessárias para acompanhar do mesmo modo/rapidez que o seu processo de criação. Todavia, o conhecimento puramente científico pode provocar interferências no uso prático dos recursos, como por exemplo, a realização de exames com equipamentos de imagem, que auxiliam em diagnósticos de doenças, é neste contexto prático que acontecem as relações interpessoais. E por conta disso, quando há falta de formação e preparo de profissionais nestas relações, a realização de um exame pode se tornar um momento de extremo sofrimento para o paciente (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Isto pode ser decorrente da formação profissional, principalmente na saúde, onde a prática com propósitos da interdisciplinaridade não se torna realidade. Leis (2005), aponta que a departamentalização ocorrida nas universidades, levou de forma progressiva para uma formação que apenas reproduz conhecimentos voltados para o mercado de trabalho, deixando de lado novas inquietações e demandas de geração de novos recursos humanos para atender antigos e atuais problemas.

Além disso, o modelo de formação fragmentada somente reconhece a importância de conhecimentos específicos, para apoderar-se de tecnologias, supondo a essas a capacidade de resolução de todas as problemáticas e situações do trabalho. Este foco da aplicação técnica provoca o afastamento das relações no cuidado. Como destaca Morin (2003, p. 17):

[...] os conhecimentos fragmentados só servem para usos técnicos. Não conseguem conjugar-se para alimentar um pensamento capaz de considerar a situação humana no âmago da vida, na terra, no mundo, e de enfrentar os grandes desafios de nossa época.

Tais lacunas são evidenciadas no estudo de Rossoni e Lambert (2004), que aponta a necessidade de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais das diversas áreas da saúde, pois a formação de recursos humanos para esse setor é um grave problema, por conta do despreparo dos profissionais na sua formação para atuarem na complexidade inerente do sistema de saúde. Os autores entendem que isso é o reflexo de diretrizes curriculares que ainda estão em processo de constituição.

Enquanto isso, os conhecimentos reproduzidos são apenas de interesses econômicos, que alimentam o uso e o consumo de tecnologias como sendo as principais ferramentas de trabalho, deixando de lado os recursos essenciais necessários nas relações entre o profissional e seu paciente/cliente. Esse modelo de formação provoca para os profissionais, dificuldades em lidar com sujeitos. Com a manipulação dos equipamentos, as possibilidades para emergir e compartilhar sentimentos, angústias, troca de saberes na relação podem não ser oportunizadas. Não existem dúvidas em relação aos benefícios que a tecnologia pode oferecer, como a agilidade, precisão diagnóstica, além de segurança para a equipe. Todavia, juntamente pode contribuir para a desumanização do atendimento, o distanciamento entre aquele que cuida e o recebedor do cuidado, podendo provocar até mesmo o

sentimento de abandono, uma relação fria, invisível, insignificante, configurando nada além de uma parte do funcionamento de uma máquina (BARRA et al., 2006).

Diante do contexto do surgimento e ampliação do uso da tecnologia, o hospital pode ser considerado um local que conta com um número repleto de equipamentos de alta tecnologia, e no âmbito de recursos humanos se encontram excelentes técnicos, conhecedores de aparelhos que eles manipulam com desenvoltura. Porém, a grande dificuldade se constitui na arte de confortar, de ir ao encontro das pessoas em sofrimento que perdem sua identidade e são identificadas apenas como um caso de determinada doença ou como um número. Em decorrência disso, surge o movimento oficial da humanização com foco nos hospitais, devido ao processo de desumanização provocado pelas transformações históricas citadas anteriormente.

O conceito de humanização empregado para balizar os desdobramentos deste estudo, é estabelecido por Benevides e Passos (2005) que acompanharam a construção da Política Nacional de Humanização (PNH). Desta forma, apontam o enfrentamento de dois desafios que partem da formulação da política, da transformação de: conceito-sintoma para conceito-experiência. Em que neste primeiro, os autores apresentam a paralisia e a reprodução de sentidos já instituídos, que podem ser identificados nas práticas segmentadas, que ocorrem por áreas como saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso; por níveis de atenção da assistência hospitalar; exercício de certas profissões; características de gênero; orientadas por exigências de com foco no cliente e qualidade total dos serviços.

Já o conceito-experiência revela as dimensões implicadas nas experiências reais, ou seja, é quando se efetiva na prática, quando o conhecimento é aliado à transformação da realidade. Sendo assim, a problematização do conceito humanização apontado a partir do caráter sintomático, daquilo que está provocando paralisações no funcionamento do serviço é identificar o que sugere o segundo conceito (experiência), daquilo que provoca movimento de mudanças e transformações na prática (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Segundo Benevides e Passos (2005), submeter-se a essas duas dimensões é buscar desenvolver ações que não sejam isoladas, de: *“Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS e definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde”* (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.392). Portanto, o conceito de humanização adotado é para o arranjo de uma

tecnologia de cuidado capaz de gerar movimento e contribuir na consolidação da política pública.

Na década de 1980, a organização e funcionamento dos sistemas de saúde deixam de ser marcados pela eficácia, otimização e eficiência passando à incorporação da qualidade, satisfação e autonomia do usuário, até a década de 1990. Porém, foi apenas em 2001 que ocorreu o lançamento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), pelo Ministério da Saúde. Este propôs um conjunto de ações integradas, com o objetivo de alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público e, assim, a humanização foi instituída com maior atenção à saúde. As práticas assumiram uma postura de respeito e acolhimento ao outro, visando à transformação cultural nas instituições, já que os usuários deixaram de ser vistos apenas como consumidores dos serviços de saúde (FORTES, 2004).

Ainda diante de práticas descontextualizadas na assistência à saúde, em 2003, o Ministério da Saúde colocou o PNHAH em revisão, lançando a Política Nacional de Humanização (PNH), que expande o alcance da humanização dos hospitais para toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir daí a política passou a ter foco também nos processos de gestão e de trabalho. Organizada com princípios, métodos, diretrizes e dispositivos transversais capazes de envolver as atividades institucionais, usuários, profissionais e gestores em uma construção coletiva (RIOS, 2009).

Os princípios são entendidos como causadores, que forçam a ação, colocam em movimento o plano da política, na PNH. Esses são três: 1- a transversalidade, que promove a transformação das relações e comunicação entre todos os envolvidos no processo de produção de saúde, rompe as fronteiras de saberes e poderes; 2- a indissociabilidade entre atenção e gestão, que torna inseparável os modos de cuidar e gerir, integrando a produção de saúde-sujeitos; e 3- o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, que promove a efetividade das relações entre os sujeitos que contratam entre si a responsabilidade compartilhada do cuidado e gerenciamento dos processos institucionais e de saúde (RIOS, 2009).

A política é composta também por um método que orienta a condução dos processos, ou seja, os modos de caminhar no sentido de incluir diversos agentes. São necessárias estratégias dos modos de gerir e cuidar para provocar mudanças

nos padrões e organizações verticalizados, isto é o que se refere aos métodos preconizados pela PNH, que de tal modo precisam possuir caráter transversal como maneira de atingir as práticas em diversos âmbitos no SUS. Dessa maneira, assume-se uma determinação de inclusão dos atores envolvidos.

De acordo com as colocações de Pasche (2009), tem-se o “Método da Tríplice Inclusão”, o qual inclui de três formas, porém com uma determinação única de desestruturar os limites de poder. Faz parte a inclusão dos atores implicados (trabalhadores, usuários, gestores); coletivos que expressam os interesses de diferentes grupos (movimentos sociais, por exemplo); e analisadores sociais, diretamente ligados em perturbar os modos de trabalho.

As diretrizes são orientações gerais que norteiam os trabalhos e expressam o método da tríplice inclusão, na produção de saúde, são eles:

O Acolhimento, como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na construção de vínculo na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. A Clínica Ampliada, que vai além do atendimento, é uma ação em saúde em que as pessoas são vistas de forma ampliada e que não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. A Cogestão, que se configura em um campo de ação humana, que visa coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho, para a obtenção de fins, metas e objetivos. A Defesa dos Direitos do usuário prevê a garantia dos direitos dos usuários. O Fomento de grupidades coletivos e redes, que promove o incentivo do trabalho em grupo, reconhecendo-o como possibilidade para que as pessoas possam reconhecer limitações, oportunidades, simpatias, antipatias, lidar com frustrações, compartilhar sentimentos e experiências em espaços conjuntos/coletivos ampliando a formação de redes para enfrentamento da produção de saúde. A valorização do trabalho e do trabalhador tem uma avaliação permanente das práticas e seus efeitos sobre a vida de todos e cada um. A Construção da memória do SUS que dá certo, constitui-se da construção coletiva de diversas formas de registro das experiências dos protagonistas (trabalhadores, usuários e gestores) para que sejam compartilhadas contribuindo para a sua efetivação (BRASIL, 2010, p. 35).

Os dispositivos da PNH são ações, projetos, tecnologias, ou seja, tudo aquilo que possa gerar/disparar “[...] *um movimento de mudanças para transformar as práticas vigentes*[...]” (BRASIL, 2010, p. 07), podem ser arranjos de elementos concretos ou imateriais que são acionados na gestão e/ou na atenção para a produção em saúde. São dispositivos, o Acolhimento e Classificação de Risco; Colegiado Gestor; Contrato de Gestão, Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Grupo de Trabalho de Humanização e Câmara Técnica de Humanização; Programa de Formação em Saúde, Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; Projeto memória do SUS que dá certo; Projeto Terapêutico

Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projetos cogерidos de ambiência; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação, entre outros; Visita aberta e Direito a acompanhante (BRASIL, 2010).

Importante destacar em relação aos dispositivos de acolhimento e escuta qualificada, por conta de suas importantes contribuições como ferramentas que podem auxiliar na compreensão de reais problemas. A escuta qualificada quando oferecida pelos profissionais de saúde ao usuário, contribui no acolhimento destes nos serviços, permitindo que possam relatar sobre seus desejos, demandas e angústias de acordo com as suas possibilidades de diálogo. Além disto, facilita o acesso às tecnologias adequadas às suas necessidades, e com isto, é possível ampliar a efetividade das práticas em saúde de maneira integral e na busca da humanização do cuidado (BRASIL, 2013).

Desta maneira, novamente se reforça que a humanização surgiu como uma resposta para toda a demanda social, que se iniciou principalmente no âmbito hospitalar, com ações locais, institucionais, que aos poucos deram origem a uma política pública de saúde. Tudo isso na busca de recuperar o respeito daqueles que mandam para aqueles que obedecem, o direito de opinião e expressão (RIOS, 2009). Para isto é necessário antes se dispor com discernimento, da visão base que sustenta as práticas em saúde no processo saúde-doença, pois desencadear ações humanizadas depende do reconhecimento do outro que é realizado pela integralidade, e isto só ocorre quando a concepção de saúde do processo saúde-doença abrange o sujeito não apenas de uma visão biológica, mas também psicológica, social e ambiental. Sendo assim, a humanização é efeito/consequência da aplicação efetiva da integralidade, que é guiada pela concepção de saúde (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012).

Desse modo, passa a ser necessário que a equipe de saúde na sua atuação, compreenda os sujeitos em sua concepção biológica, social e espiritual, sem deixar de lado seus conhecimentos adquiridos previamente na concepção de mundo. Entretanto, no contexto hospitalar de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), os estudos evidenciam que a prática humanizada ainda está em processo de construção, isso pode ser verificado diante das pesquisas que apontam a pouca compreensão dos profissionais sobre o cuidado humanizado.

O estudo de Souza e Ferreira (2010), por meio de entrevista semiestruturada e observação participante, objetivou analisar sob a ótica dos profissionais de saúde, a proposta de atenção humanizada e detectar os sentidos e os limites identificados por eles para a oferta dessa forma de assistência, em um hospital materno-infantil da cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa apresentou que existem importantes elementos que impedem a oferta da assistência humanizada, como: a falta de recursos materiais e humanos, influenciando a sobrecarga de trabalho, conflitos de relacionamento e a falta de infraestrutura, tanto para os trabalhadores como para conduzir as iniciativas de humanização, como o exemplo citado do alojamento de nutrizes. Foi possível observar que neste estudo, embora existam obstáculos, os profissionais criam estratégias para atender ao que foi preconizado na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Outro estudo realizado por Reis et al. (2013), em uma Unidade de Terapia Neonatal e pediátrica, de um hospital privado, em um município da região sul do Brasil, buscou identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado. Importante destacar, que foram excluídos enfermeiros que ocupavam cargos de chefia, incluindo apenas aqueles que faziam parte da equipe e estavam diretamente interligados ao funcionamento da unidade. Por meio de entrevistas semiestruturadas, constatou-se que a percepção da equipe de enfermagem sobre humanização baseia-se na própria ciência do cuidado de enfermagem e não pontualmente na Política de Humanização ou até mesmo na busca por mudanças no serviço para a sua implantação. Os elementos, como estrutura física, ambientes de trabalho e cuidado, foram relatados pelos profissionais como deixados ao acaso, pela falta de humanização, escassez de planejamentos e ações, os quais deveriam ser objetivos a serem alcançados na instituição. Esses fatores apontaram para a necessidade de comunicação e participação gestora na instituição, bem como também foram evidenciados no estudo de Souza e Ferreira (2010).

No estudo de Oliveira, Lopes, Vieira e Collet (2006), buscou-se diagnosticar o processo de trabalho de enfermagem na UTIN, identificando qual a percepção da equipe sobre seu objeto de trabalho, quais são os instrumentos de trabalho utilizados, qual é a finalidade do trabalho, qual é o produto final obtido com o trabalho e quais ações são desenvolvidas para a humanização da assistência de enfermagem. Utilizou-se também o recurso de entrevista semiestruturada, com

integrantes da equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário no Oeste do Paraná. Foi observado que a equipe de enfermagem não possuía entendimento e domínio do processo de trabalho, pois ou consideravam apenas o uso de materiais, ou apenas o conhecimento, sem estabelecer relação entre esses instrumentos, não apreendem a complexidade do processo de trabalho, apenas o contemplam de maneira segmentada. Bem como, a humanização não é norteadora de todo o processo da assistência, sendo apenas realizadas ações fragmentadas.

A pesquisa de Lamego, Deslandes e Moreira (2005), realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Cirúrgica, procurou, com a observação participante, analisar os cuidados ambientais e relações de atendimento, na busca de refletir sobre potencialidades e obstáculos para promoção de cuidado humanizado. Notou-se que havia um contexto favorável ao acolhimento das mães e o reconhecimento das necessidades dos bebês, porém, em relação aos cuidados ambientais ainda se verificou a presença de ambiguidades, em que a adoção de algumas condutas se contrapunha.

Sendo assim, pode-se afirmar que a busca pelo cuidado humanizado é um desafio apontado em diversas realidades no contexto de serviços de UTIN. Todavia, isso demonstra a necessidade emergente de intervenções. O que pode ser verificado com maior profundidade, nos estudos que evidenciam as práticas neste cenário.

Em uma Unidade hospitalar universitária de São Paulo (BR), foi investigada com entrevistas, a percepção das mães acompanhantes em relação às ações humanizadoras. As categorias que surgiram foram em relação à assistência recebida, relacionamento com os profissionais e condições institucionais. As entrevistadas apontaram satisfação quanto à assistência e ao apoio da equipe, mas relataram necessidades de mudanças na estrutura física do setor, para proporcionar um amparo mais humanizado, e a necessidade de um espaço de lazer solicitado pelas mães (SPIR et al., 2011).

No estudo de Rocha et al. (2011), realizado em Fortaleza (CE), procurou-se identificar ações de enfermagem que promoviam a humanização da assistência e investigar fatores que desfavoreciam o cuidado à família no contexto neonatal. Foi possível identificar que emergiram resultados favoráveis de ações da equipe de enfermagem da UTIN, diante dos aspectos emocionais que envolvem a família no processo de internação, como orientações à família, à liberação e presença dos pais

na unidade, na participação do cuidado, incentivando o toque e o resgate do vínculo afetivo. Porém, aspectos negativos como lotação de leitos, que acabam sobrecarregando a equipe, comprometem a humanização e o cuidado para com as famílias.

O estudo recente de Souza et al. (2019), realizado em uma maternidade pública de referência de Teresina-PI, dedicou-se em identificar quais são as intervenções de Enfermagem realizadas na UTIN, as quais promovem o fortalecimento do vínculo entre a família e o recém-nascido prematuro, na busca da humanização do serviço. As entrevistas revelaram que as práticas comumente realizadas eram a entrada livre dos pais na Unidade, trocas de fraldas, administração de dieta, uso de músicas e livros para acalmar os bebês, além do Método Canguru (modelo de assistência - reúne estratégias de intervenção biopsicossocial), o que consideram como promovedor da humanização da assistência.

A emergência de intervenções, como citado anteriormente, referem-se aos estudos que, diante do cenário existente nas Unidades, apontam as demandas e/ou empenham-se em ações. Assim como o referido acima, a maior parte dos estudos busca compreender a percepção de profissionais/equipe acerca da humanização, e propõe estratégias e/ou demonstra práticas efetivas. Porém, essas práticas ainda necessitam ser ampliadas e inseridas ao maior número possível de Unidades.

Neste sentido, a humanização deve assumir uma posição de valorizar experiências já existentes e estimular novas realizações com um caráter renovador na atenção do Sistema Único de Saúde – SUS, enquanto política pública transformadora, capaz de produzir mudanças em espaços ainda necessários, pois a sua efetiva implantação depende do envolvimento dos vários atores (NAVARRO; PENA, 2013). Desta maneira, para se produzir mudanças significativas nas práticas de serviços contribuindo para efetivação dos princípios norteadores do SUS, a PNH deve ser aliada, constituindo-se como estratégia de afirmação de um sistema que diante de suas limitações é passível de efetividade (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Diante disso, no próximo capítulo, serão abordadas as especificidades que contemplam o nascimento prematuro e o processo de internamento enfrentado pelas famílias em UTIN, destacando a importância de novas intervenções e/ou ampliação

das práticas existentes, a fim de promover a transformação do cuidado à população assistida neste contexto.

1. 2 CAPÍTULO 2 - UTI NEONATAL: FATORES ASSOCIADOS AO CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO E A FAMÍLIA

Considera-se importante destacar o contexto que contempla, de forma geral, o processo de internamento de recém-nascidos prematuros em UTIN. Tal contextualização faz-se importante uma vez que existem fatores que determinam as situações de instabilidade vivenciadas pelas mães/famílias. Ressaltar-se-á algumas dessas, como o próprio nascimento prematuro e as especificidades de cuidado que serão exigidas pelas condições clínicas variáveis do bebê, bem como a organização institucional e dinâmica de trabalho da equipe que podem desestruturar/estruturar profundamente as mães/famílias.

A hospitalização sofreu inúmeras transformações, entre elas, no final do século XIX: mudanças referentes ao modo de produção, desenvolvimento da prática médica e ao valor e significado que a sociedade dá à criança. De acordo com a literatura norte-americana, até 1930, a assistência de enfermagem à criança hospitalizada possuía como objetivo prevenir a transmissão de infecções e realizava isso por meio do isolamento. Diante disso, os familiares, principalmente a figura materna, afastaram-se da assistência e do envolvimento com os profissionais. Assim sendo, a valorização do crescimento e desenvolvimento das reações psicológicas infantis, da necessidade de educar e o impacto emocional da doença e da hospitalização na criança e nos pais eram pouco considerados (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999).

As necessidades sociais que surgiram essencialmente após a Segunda Guerra Mundial provocam avanços na prática médica. Nos Estados Unidos, a partir de 1940, ocorreram mudanças nas atitudes em relação à assistência hospitalizada, porém, a forma de assistência que afasta a mãe e familiares de envolvimento com a criança e a equipe de profissionais é ainda presente até os dias atuais (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999).

Com a introdução de terapias antimicrobianas e os avanços tecnológicos disponíveis para a assistência neonatal, houve uma revisão da relação custo-benefício do afastamento dos pais e familiares durante a hospitalização de seus filhos. Entretanto, para isso as transformações nos conceitos de criança foram indispensáveis: quando passou a ser compreendida como um ser em desenvolvimento não só físico, mas também social, emocional e psicológico. Dessa

forma, a configuração da assistência hospitalar passa a ser revista, com a consideração desses aspectos, os quais passaram a influenciar diretamente no modo como o trabalho em saúde é prestado a esta população (MOLINA et al., 2007).

Sendo assim, diante de inúmeras influências, o modo de conceber o trabalho, a assistência ao recém-nascido deixa de ser exclusivamente de verificação dos aspectos biológicos, dando lugar ao bem-estar e qualidade de vida. Atender a demanda social de redução da morbimortalidade deixa de ser a motivação primária, pois se soma a necessidade de oferecer qualidade de vida para o bebê, mas também para a mãe/família, importante representante da força de trabalho do setor produtivo no sistema capitalista (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

No Brasil, foi apenas a partir do final da década de 1980, que a família começou a participar do cuidado à criança hospitalizada. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº. 8069, de 1990) regulamenta esta situação no país como um todo, pois no artigo 12 é estabelecido que os hospitais 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).

Diante das intensas transformações ocorridas, a Resolução do Ministério da Saúde estabeleceu que uma UTIN é destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias (BRASIL, 2010), e caracteriza-se pelo sofisticado número de equipamentos tecnológicos disponíveis para resguardar a saúde do recém-nascido de risco que se encontra vulnerável, dependente de auxílio para manter a organização das condições fisiológicas e de comportamento (SINSEM; CROSSETTI, 2004).

Destaca-se primeiramente que a prematuridade se constitui em um grande problema de Saúde Pública, principalmente em países em desenvolvimento (ESCOBAR; CLARK; GREENE, 2006). A prematuridade é definida, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece a idade gestacional do recém-nascido, como: a) pré-termo ou prematuro o bebê que nasce com menos de 37 semanas completas de gestação, ou com menos de 259 dias; b) o recém-nascido a termo é aquele que nasce entre a 37^a e 41^a semanas e seis dias, e c) o pós-termo é o bebê que nasce com 42 semanas ou mais de idade gestacional (TORATI, 2011).

O prematuro possui a necessidade de cuidados específicos para sua sobrevivência, o que se coloca como um desafio aos pais e para o próprio bebê. A

necessidade do internamento em UTIN pode se tornar um dos responsáveis pelo surgimento de morbidades e possíveis comprometimentos do processo de desenvolvimento e crescimento infantil, devido ao período de hospitalização (RODARTE et al., 2005). Atualmente, as internações de recém-nascidos em UTIN vêm aumentando. Entre os principais motivos de internação estão as más formações congênitas, as infecções, desconfortos respiratórios, destacando-se, contudo, a prematuridade como principal causa (ESTEVAM; SILVA, 2016).

Em estudo realizado em 2017, buscando investigar as principais causas de morte na infância nos estados brasileiros, a prematuridade se encontra em primeiro lugar nos estados da região Norte e Nordeste, seguida pelas anomalias congênitas em estados da região Sul, Centro-Oeste, Sudeste, exceto Minas Gerais e Goiás. (FRANÇA et al., 2017). A cidade de Irati/PR, região da realização do presente estudo, apresenta elevada prevalência de bebês pré-termo. De acordo com o SINASC - Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos, no ano de 2016, apresentou índice de 10,4% de prematuros, sendo maior que o estado do Paraná, com índice de 8,9% (ambos definidos por ocorrência). Diante desses dados, observa-se a importância de implementações de ações no âmbito hospitalar, principalmente no contexto da UTIN, que visem ao cuidado integral e humanizado centrado na mãe/família do recém-nascido, na busca de oferecer suporte no enfrentamento do processo de hospitalização.

Uma das primeiras iniciativas de humanização na UTIN foi a implantação do Método Canguru, desenvolvido na Colômbia em 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, por Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez. Essa prática teve como objetivo melhorar os cuidados oferecidos ao recém-nascido pré-termo nascidos naquele país. O método é utilizado até hoje, inclusive no Brasil, buscando reduzir os custos da assistência perinatal e promover, com o contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, vínculo afetivo, estabilidade térmica, favorecendo seu pleno desenvolvimento (BRASIL, 2013). No Brasil, com o propósito de expandir esta nova concepção de assistência, o Método Canguru foi implementado com a Portaria do Ministério da Saúde, sendo incluído em tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o procedimento de Atendimento ao Recém-nascido de Baixo Peso, além de ser definida a equipe de saúde responsável por esse atendimento (BRASIL, 2013). O propósito de instituir

essa política pública foi de preconizar um novo modo de cuidado, no sentido de alterar o modelo centrado em procedimentos puramente tecnicistas e de aspecto biológico para outro em que o cuidado com os bebês tenha abertura aos propósitos da humanização e, desta maneira, a assistência seja integral ao bebê e sua família.

Entretanto, uma política específica de incentivo para um novo modo de promover o cuidado ao recém-nascido não é suficiente para eliminar as dificuldades enfrentadas pelas famílias, profissionais e pelo bebê que necessita de internamento. Destaca-se que o ambiente da UTIN apresenta muitos fatores estressores ao bebê e à família, como um considerado nível de ruídos, luzes, monitores, respiradores, ventilação mecânica, monitoramento invasivo, sondas de alimentação, cateteres, vários procedimentos, intervenções e manipulação contínua pela equipe no bebê por conta da medicação prescrita, dieta, entre outros (LOHMANN, 2011).

Com o nascimento prematuro, as condições a que o bebê é submetido na UTIN apresenta-se de maneira muito diferenciada do útero materno. Por exemplo, o útero possuía uma temperatura ideal envolvida por uma parede de camadas de pele que proporcionava segurança e conforto, já na UTIN, uma incubadora de modo estendido de braços e pernas facilita a manipulação, porém negativamente contribui para a auto-organização do bebê. Soma-se a isso, que o momento de contato com o bebê, na maioria das vezes, busca a recuperação dos aspectos físicos e biológicos, com poucas intervenções amorosas e de afetividade (PEREIRA et al., 2013).

Braga e Morsch (2003) também apresentam que o estado de estar hospitalizado em UTIN, insere o bebê em um meio de pouca hospitalidade, submetendo-o aos estímulos como estresse e dor, ruídos em excesso, luz intensa, procedimentos clínicos invasivos, trazendo como consequência fatores desafiantes ao recém-nascido já no início de sua vida extrauterina. Aos pais, essa situação também provoca elevada desestabilidade, uma luta diária é iniciada na tentativa de se adaptar com a nova realidade e rotina imposta.

Os pais, no momento de entrada em uma UTIN, pela primeira vez, se deparam com um conjunto de sensações difíceis de serem vivenciadas, sentimentos que se confundem ao irreal. É uma movimentação constante de profissionais desconhecidos, que utilizam termos técnicos para se referirem aos equipamentos e procedimentos, são vários os outros bebês também junto ao seu filho, que aparentemente são diferentes da concepção ideal de um recém-nascido, presentes em berços e incubadoras (BRAGA; MORCH, 2003).

Tronchin e Tsunehiro (2006), apontam ainda que a experiência de possuir um filho internado desencadeia reações de choque, incredulidade, sofrimento, tristeza e, sobretudo, o medo constante de morte do bebê. Tais sentimentos podem comprometer os laços afetivos, sendo que as imaginações e simbolizações das mães/famílias podem agravar ainda mais o enfrentamento do processo de internamento.

Além disso, ser mãe é ocultar um ser mulher, é deixar de lado seus desejos, para dedicar-se ao cuidado do filho com eficácia, pois este é apenas um dentre os outros papéis sociais assumidos e associados ao sexo feminino, que necessita ser ainda ótima trabalhadora, esposa, mulher, entre outros. Assim há uma pluralidade de fatores que atravessam as decisões de mulheres em diferentes culturas, e tornam a maternidade um acontecimento atravessado por cobranças sociais. A gestação neste sentido, pode trazer uma pluralidade de sentimentos, emoções e realizações, processo este que ocorre a constituição da maternidade (PICCININI et al., 2008). E caso esta função não seja desempenhada dentro do esperado, se dá o espaço para o lugar da impotência de um sexo frágil. Desta forma, entende-se que isto é agravado quando ocorre o nascimento de um bebê prematuro, pois há uma culpa projetada para esta mulher que fracassou no seu papel social de ser mãe e de gerar um bebê “perfeito”.

Sendo assim, para esta mulher/mãe é uma realidade aterrorizante estar diante da execução dos procedimentos efetuados pela enfermagem, como a aspiração de tubos orotraqueias, punções venosas, introdução de sondas. Entretanto, o modo preciso e eficiente que a equipe de enfermagem realiza os cuidados provoca sentimentos de incapacidade na mãe de auxiliar o cuidado de seu próprio filho. Como consequência, é comum o ciúme projetado da mãe para o profissional que está mais próximo de seu filho, para a mãe os cuidados deveriam ser realizados por ela, pode surgir desse contexto a sensação de incapacidade diante as necessidades do seu filho (PINTO; BARBOSA, 2007). De acordo com Araújo e Rodrigues (2010), o fato de mães se sentirem substituídas, frente aos cuidados realizados por terceiros é comum, provocando conflitos entre a equipe e as mães, gerando em alguns casos o afastamento da mãe e desinteresse pelo seu filho.

Para o completo desenvolvimento do recém-nascido, com a possibilidade de um crescimento saudável, é de extrema importância que seja proporcionado pela

equipe de assistência, desde o nascimento, o contato entre a díade mãe e bebê, com estímulos necessários para o progresso das dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. A valorização desse contato pode ser incentivada com a realização dos cuidados diários, como o banho do bebê, alimentação, cuidados de higiene, entre outros, pois é desse modo que a mãe tem a possibilidade de significar sua relação com seu filho, reconhecendo e estabelecendo laços afetivos durante o cuidado (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Atualmente, cada vez mais instrumentos têm sido gerados para favorecer o trabalho da equipe de saúde intensivista. Mecanismos estes que são produzidos com o intuito de aprimorar a humanização da assistência. Como a permissão de visita dos familiares, permanência dos pais com o recém-nascido, grupos de apoio aos pais, participação em decisões sobre o tratamento, entre outras possibilidades, para a substituição do modelo tradicional de assistência, que apenas possuía sua atenção para o RN hospitalizado, passando a inserir a família no processo de cuidado (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Costa, Arantes e Brito (2010) apontam que o reconhecimento da equipe quanto à relevância de valorizar a presença da mãe junto ao recém-nascido precisa ser no sentido de reconhecer a dupla enquanto seres holísticos, repletos de sentimentos, significados, hábitos, valores e costumes. Dessa maneira, a equipe carece compreender de modo singular e eficiente cada caso, pois a formação do vínculo entre a dupla contempla aspectos biológicos, psíquicos e culturais de suas vivências que influenciam diretamente a forma como se organizam. Nessa perspectiva, durante o período de internação, a equipe necessita refletir sobre os comportamentos, atitudes e condutas a serem tomadas com os familiares e principalmente com a mãe em momentos críticos ou de elevado estresse, com informações/orientações precisas, percepção atenta e individual para cada caso para que ocorra o desenvolvimento de uma comunicação eficaz entre os envolvidos.

Lohmann et al. (2017) buscaram conhecer a percepção de pais e equipe de saúde sobre o atendimento prestado à criança internada em uma UTI neonatal. Verificou-se intensa ansiedade dos pais pelo momento vivido, falta de entendimento das explicações, superproteção, dificuldades com os horários em que o profissional responsável está presente juntamente com os pais na unidade. Além disso, os profissionais apontaram a necessidade de um manual de rotinas para os pais. Neste sentido, é evidente que ainda ocorre a presença de uma preocupação superficial por

parte dos profissionais, com as reais necessidades dos pais, seus sentimentos e significados do internamento de seu filho.

As mães, juntamente com a família, desenvolvem uma busca por informações e conhecimento a respeito da unidade e seu funcionamento, sobre a equipe e sua composição, em relação ao estado de saúde do bebê, entre outros questionamentos que surgem por consequência da condição de internamento de seu filho em uma UTI, que traz incertezas constantemente (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010). Entretanto, essa iniciativa adotada por mães/famílias, não é comum, pois a grande maioria nem sequer possui condições socioculturais para efetuar esses questionamentos.

Apesar da Lei e importância da presença e participação da família no processo de internamento, isso não é realidade em muitos serviços por conta de restrições estabelecidas pelas instituições, o que dificulta a comunicação plena e esclarecedora entre a equipe e as famílias. Costa, Arantes e Brito (2010) destacam que a ausência ou imprecisão de informações podem provocar sentimentos de conformismo, incompreensão e intenso sofrimento. Os autores descrevem ainda que as mães consideram o ambiente da UTI como um espaço destinado para as pessoas que estão em um estado crítico de saúde e/ou iminente de morrer. Desta forma, são inúmeros os significados negativos atribuídos, que mistificam a permanência neste local, provocando sentimentos de angústia e insegurança entre as mães. Tais contextos podem comprometer todas as relações de vínculo. Devido a isso, repensar práticas dirigidas aos pais, especialmente às mães, é fundamental.

Desta forma destaca-se a importância de se contextualizar o nascimento prematuro como um dos principais causadores do processo de internação de recém-nascidos em UTIN, reconhecendo as complexidades das condições de saúde que provocam diversas incertezas e, por conta disso, a rotina enfrentada pelos pais é desgastante, carregada de sentimentos, angústias, dúvidas, sofrimentos, o que pode provocar profundos impactos no modo singular vivenciado por cada mãe/família. Ressalta-se que é a partir disso que se nota a necessidade de promover o cuidado humanizado direcionado para as mães/famílias, pois como parceiros fundamentais na assistência prestada, é fato que são afetados pela complexidade que envolve o nascimento de um filho prematuro.

À vista disso, salienta-se a importância do profissional de saúde estabelecer relações que proporcionem confiança e segurança, tornando-se assim, referência

para a família. O cuidado integral deve ser direcionado na implicação de se repensar as relações do recém-nascido/família/equipe, proporcionando o cuidado centrado na família, aliviando o sofrimento vivenciado pela família no ambiente hospitalar (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

É necessário que a equipe, na sua atuação, compreenda os sujeitos em sua concepção biológica, social e espiritual. Sem deixar de lado os conhecimentos da família, que foram adquiridos previamente na sua concepção de mundo. Uma maneira para se fazer isso é considerar a família como importante no processo de assistência/hospitalização, para, a partir disso, oferecer instrumentos que possam provocar o empoderamento em relação ao cuidado, pois é ela que está envolvida diretamente com o recém-nascido e necessita ser preparada para o enfrentamento do processo.

Quanto à execução dos procedimentos técnicos, é válido ressaltar que são fundamentais e que devem ser realizados de acordo com as necessidades. Por isso, o profissional de saúde, no atendimento ao recém-nascido, deve possuir os conhecimentos técnicos essenciais. Porém, sem deixar de considerar as relações humanas envolvidas em todo o contexto, já que o cuidado humanizado é a busca pela valorização do ser humano e suas singularidades, essas que são inerentes à rotina da assistência, e que não apresentam padrões, mas demanda ações individuais (DUARTE; NORO, 2010).

Pensando em humanização da assistência (BRASIL, 2004), enfatizamos a importância do cuidado integral. Estratégias como grupos de apoio, cuidado e lazer são eficientes para tornar a rotina hospitalar menos desgastante, reconhecendo-se principalmente o complexo contexto que enfrentam as mães acompanhantes em UTIN, no desempenho da maternidade, aspectos estes que serão apresentados no próximo capítulo.

1.3 CAPÍTULO 3 - MÃE DE RECÉM-NASCIDO NA UTIN: DESAFIOS DA MATERNIDADE, DO CUIDADO HUMANIZADO E DO ESTUDO DESSAS RELAÇÕES

Foi por volta dos séculos XVIII e XIX, com o movimento da constituição familiar burguesa que ocorreu o grande interesse médico pela mulher enquanto objeto de investigação. Devido ao elevado índice de mortalidade infantil, a mulher foi considerada como a principal e melhor responsável pelos cuidados com os filhos, cabendo a ela restringir sua vida a preservar o lar e os filhos. Essa função assumida pela mulher burguesa, de se tornar responsável pela educação e sobrevivência dos filhos tornou-se muito diferente da posição ocupada por ela anteriormente, em que não era convocada para exercer uma função materna. Porém, com a transformação que já estava ocorrendo de redefinição do papel da mulher na família da sociedade europeia, a medicina rejeita a imperfeição e reconhece o sexo feminino como possuidor de características ideais para a maternidade (SCAVONE, 2001).

Segundo Badinter (1985), o discurso que diferencia e atribui diferenciação entre os sexos sempre foi marcado pela ordem biológica. A mulher na cultura ocidental sempre foi e ainda é marcada pela sua natureza biológica de ser capaz de gerar filhos, conseqüentemente, comparada ao instinto inato de seres animais é suposto a ela o instinto materno. Entretanto, os determinantes mais fortemente relacionados ao desenvolvimento de comportamentos são de origens sócio-histórico-culturais. Desse modo, o amor materno não deixa de ser um sentimento humano tanto quanto outros, que podem ocorrer de maneira variável, de acordo com a cultura, acontecimentos, sentimentos e vivências das mulheres. Este varia também conforme o momento histórico e costumes da época. Desta forma, tal reflexão abre caminho para que se pense a possibilidade de uma mulher optar por não ter filhos, uma vez que não existe um instinto inato que a faça desejar a maternidade, ou amar incondicionalmente a criança que ela gera.

Scavone (2001) apresenta alguns motivos que podem levar a mulher a realizar escolhas sobre a maternidade. Os motivos podem estar associados ao desejo de reprodução, à busca de sentidos da própria vida, à necessidade de reconhecimento/respeito social, ao amor por crianças, à reprodução de modelo de família tradicional, além de outros que podem existir. Sobretudo, diante desse contexto apresentado, a decisão pela maternidade ainda que conflituosa, é a

escolha de muitas mulheres em alguma fase da vida. Ressalta-se que com as inovações tecnológicas de métodos de concepção e principalmente de contracepção (a pílula), que são opções de controle eficazes e socialmente aceitos, muitas mulheres puderam escolher ou adiar, ou não vivenciar a maternidade.

A escolha ou não pela maternidade ainda é um acontecimento que tende a envolver sentimento de culpa. Isso porque muitas das decisões da mulher são realizadas a partir daquilo que é imposto socialmente a ela, como a maternidade, ser boa mãe e esposa. Para Barbosa e Rocha-Coutinho (2007), a maternidade possui uma finalidade biológica determinada desde o nascimento de um ser humano do sexo feminino, que é inquestionável e por conta disso, sua identidade feminina está sujeita aos valores estabelecidos pelo discurso da sociedade. Sendo assim, independente da possibilidade de escolha realizada pela mulher, não retira dela o fato de precisar lidar com os julgamentos da sociedade sobre ser ou não mãe. Nesse contexto, como afirma Nunes (2011), para algumas mulheres passar a maior parte de seu tempo em dedicação exclusiva aos filhos não é atraente. Decidir ainda em ser casada e não ter filhos, valorizando acima de tudo sua vida profissional, é incumbir-se de carregar uma culpa e déficit com a família, podendo até ser estigmatizada como aquela que pensa apenas na carreira e/ou é materialista.

Scavone (2001) aponta ainda a intensa transformação provocada pelos processos de globalização e industrialização ocorridos nas últimas três décadas. São novos padrões de comportamento de consumo que influenciam diretamente em novos modos de decisões sobre a maternidade. As mulheres passaram a conquistar a inserção no mercado de trabalho, buscar sua realização profissional, além de possuir o direito de escolha sobre seu estilo de vida (QUERINO; DOMINGUES; LUZ, 2013). Ser mulher não significa mais somente ser ou tornar-se mãe (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2007). Diante disso, o que ocorre é um profundo processo de transição, em que a mulher luta em fortalecer uma identidade feminina (ALBERTUNI; STENGEL, 2016).

Desta forma, o acontecimento da gravidez, seja ele uma escolha ou quando não é planejado, traz consigo diretamente a iminência da influência de todos os fatores citados anteriormente, os quais irão impactar sobre a gestação e sobre o processo de tornar-se/constituir-se mãe. Uma diversidade de fatores permeia as decisões de diferentes mulheres nas mais variadas culturas de serem mães, assim a gestação é uma experiência que pode trazer uma pluralidade de sentimentos,

emoções e realizações. A gravidez é um período repleto de complexidades, em que ocorrem diversas mudanças que são experimentadas pela gestante, desde os aspectos físicos até modificações psíquicas. De maneira comum, a mãe passa a imaginar o filho gerado, surgem idealizações de uma criança perfeita e com saúde (BRAGA; MORSCH, 2003).

Por questões de saúde da mãe e/ou do bebê, muitas gestações podem adquirir complicações para o momento do parto, levando ao nascimento prematuro do bebê. O nascimento prematuro tende a provocar impactos de elevada proporção na vida dos pais, da família e essencialmente na mãe. A dimensão deste impacto é comparada ao quanto maior for o afastamento do bebê que nasceu àquela imaginação criada durante a gestação (LAMY, 2003).

A possibilidade do nascimento prematuro de um bebê é extremamente impactante. Algumas mães, já no hospital, enfrentam momentos de intervenção na tentativa de prolongar a gravidez. Quando isso não é possível, o parto logo vem a acontecer e, diante de toda a complexidade do momento, tende a ser vivenciado de forma traumática. O bebê que chega demanda cuidados extremos e peculiares, que precisam ser realizados em UTIN. Aspectos relativos ao ambiente e ao desempenho das funções maternas e paternas são alterados por conta da fragilidade do bebê e da consequente necessidade de hospitalização. Essa realidade leva à separação da díade, com impossibilidade do toque e olhar entre mãe e bebê, impedimento este que prejudica a formação de vínculos, tão importantes neste momento para fortalecimento da dupla. Surge o luto pelo estado de ser mãe diferente daquele idealizado (FERRARI; DONELLI, 2010). Desse modo, o processo de luto na vivência da prematuridade traz para a mãe e para a família um momento difícil, que exige fortalecimento para o seu enfrentamento (TINOCO, 2013).

O nascimento prematuro submete a mulher a enfrentar dificuldades que não eram consideradas e/ou imaginadas pela então recém tornada mãe. A iminência de morte é sempre presente, é estar lidando com um bebê frágil que pode não resistir, e que, em alguns momentos, fica difícil em ser reconhecido como seu. As tarefas e cuidados maternos são destituídos e substituídos por aparelhos, equipamentos tecnológicos e uma equipe de profissionais (FERRARI; DONELLI, 2010).

O contato inicial da mãe com seu filho recém-nascido internado em UTIN tende a ser permeado por sentimentos muito variados. Entre eles a negação da situação do recém-nascido, levando a mãe a não aceitar ou a evitar entender

informações referidas pela equipe de saúde, podendo apresentar sentimentos de inferioridade, depressão, hostilidade, frustração, raiva ou culpa (ERLANDSSON; FAGERBERG, 2005). Assim como, com os contatos iniciais, a manutenção do vínculo é realizada e fortalecida, pelos sentimentos de amor, afeto e felicidade pela chegada do filho (ROSA et al., 2010).

Por conta de diversos fatores, que envolvem a hospitalização do prematuro na UTI, comumente a mãe necessita permanecer como acompanhante do bebê no hospital. Isso se deve às normas de muitas instituições, aspectos culturais e também à importância do aleitamento materno, o qual precisa ser retirado, quando o bebê não tem condições físicas de sugar, ou oferecido diretamente pelo seio quando já está estabelecida esta capacidade. Sendo assim, a mãe, para permanecer no hospital acompanhando e alimentando seu filho, deixa o convívio social e familiar em prol do bebê doente, em alguns casos, deixa outros filhos (DUARTE; DITZ; SILVA; ROCHA, 2013).

A nova rotina imposta para a família, em especial para as mães acompanhantes, durante o período de hospitalização do recém-nascido pode provocar a manifestação de sofrimento pela separação de seu filho quando a mãe não está com ele na unidade neonatal, bem como o sofrimento pela separação dos outros filhos e/ou membros da família (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006). Essa situação inesperada, do nascimento prematuro, pode provocar para algumas mães a perda do controle de si mesmas, em que manejar as situações relacionadas ao processo de internamento, ao bebê ou a questões cotidianas pode representar algo que exige maiores esforços. A vida é transformada pelas novas rotinas, os pais necessitam mudar seus hábitos, costumes e ritmos de vida. Os hábitos, ou o modo como estavam acostumados a realizar atividades cotidianas são alterados, pois têm, por exemplo, que se deslocar até a instituição para visitar o bebê, algo que nunca imaginaram ter que fazer (GAVEY, 2007).

Outro fator que modifica o ambiente da mãe e da família é sua situação econômica e social, assim como o planejamento de como ela direcionará suas responsabilidades no lar (VILLAMIZAR; VARGAS; RUEDA, 2014). Todos esses fatores levam as mães a conferirem o significado de 'prisão' à vivência delas no hospital (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006). Lara e Kind (2014), descrevem que, a partir do momento que ocorre o nascimento do filho prematuro e o processo de internação, o papel social de tornar-se mãe é afetado, de certa maneira

interrompido de seu percurso normal. Tornar-se mãe se modifica neste cenário, mesmo que exista o reconhecimento dos papéis culturais que lhe são atribuídos.

Por conta disso, cabe à equipe de saúde procurar identificar as necessidades da família durante o período de internamento, com o objetivo de promover, em seguida, ações de cuidado que são importantes para eles. Para isso, precisam compreender os sentimentos e dificuldades gerados pela vivência na UTIN e que, com o acolhimento e da escuta, podem propiciar maior enfrentamento da situação e garantir mais segurança para a família.

Diante da complexidade que se configura o momento vivido por essas mães/famílias, ainda são escassos os estudos que descrevam práticas humanizadas desenvolvidas com mães/famílias de recém-nascidos prematuros no contexto hospitalar. Os trabalhos existentes (REIS et al., 2013; RIBEIRO et al., 2016; CORRÊA et al., 2015; ROSEIRO; PAULA, 2015; WERNET et al., 2015; EVANGELISTA et al., 2016; ZANFOLIM; CERCHIARI, GANASSIN, 2018) em sua maioria, focam em identificar a concepção das famílias sobre a assistência oferecida, demonstrando pontos positivos, dificuldades e lacunas encontradas nesse processo e principalmente trazem a percepção dos profissionais sobre o conceito – humanização. Ainda, tendem a possuir caráter pontual, relacionadas ao recém-nascido, como manejo do modo de informações fornecidas às famílias sobre o estado de saúde do bebê, ampliação da participação das famílias nos cuidados ao seu filho, entre outras (FERNANDES; SILVA; ROSEIRO; PAULA, 2015).

São poucos os estudos que descrevem ações com as mães/famíliares dos bebês internados em UTIN (SCOCHI, 2004; VASCONCELOS; FERREIRA; SCOCHI, 2008; DITZ; MOTA; SENA, 2008; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; DUARTE; DITZ; SILVA; ROCHA, 2013). Sendo assim, observa-se que espaços de apoio e estratégias de cuidado que ofereçam a atenção direcionada às mães/famílias, em consonância com as atuais políticas públicas de humanização, com a busca de oferecimento do atendimento integral, criação de estratégias de apoio baseadas no sentido ampliado de saúde, valorizando as relações humanas e que promovam o acolhimento e escuta para à população assistida, não são a realidade dos serviços ofertados.

Neste sentido, promover a humanização das práticas em saúde, com instrumentos e estratégias de apoio, cuidado, escuta, acolhimentos e lazer, dirigidos às mães/famílias acompanhantes de recém-nascidos hospitalizados em UTIN,

apresentam-se como uma necessidade para a humanização da assistência. Isso porque, parece que tais estratégias favorecem o alívio de tensões e obtenção de forças na superação das dificuldades impostas nesse contexto de hospitalização (VASCONCELOS; FERREIRA; SCOCHI, 2008).

Reconhecer a importância da criação de espaços onde as mães possam expressar as demandas ao seu filho, sua família, relacionadas a si mesmas e ao momento vivido, é a primeira iniciativa para provocar mudanças neste contexto. A promoção destes lugares pode favorecer a diminuição do estresse psicológico durante a internação e a formação de uma rede de apoio com outras mães que vivenciam a mesma situação e dessas com os profissionais de saúde, podendo compartilhar suas histórias, angústias e inseguranças (GOODING et al., 2011). O uso de atividades lúdicas, educativas e com grupos de apoio direcionadas à mãe são utilizados como estratégia para aliviar tensões, compartilhar informações e experiências e favorecer a socialização em instituições hospitalares que prestam assistência a recém-nascidos prematuros.

Neste sentido destacamos a concepção adotada de NEUFELD et al. (2017), como uma das mais atuais para referirmos ao trabalho com grupos, especificamente grupos de apoio. Esta modalidade volta-se para sintomas crônicos apresentados por sujeitos, devido às intervenções que vivenciam/vivenciaram, sejam estes pacientes ou seus acompanhantes. Os conteúdos/temas a serem abordados referem-se às demandas apresentadas pelos participantes. É considerado como contribuição central o apoio entre os participantes.

Sendo assim, na criação de grupos de apoio deve-se considerar alguns aspectos técnicos na composição de grupos na sua organização inicial, que necessita conter objetivos claros e conhecimento de quem são os participantes (NEUFELD et al., 2017). Neste sentido a homogeneidade dos participantes, bem como sua heterogeneidade, apontam diferentes variáveis facilitadoras/ dificultadoras do trabalho. Quando mais próximas as características dos participantes, o desempenho de seu reconhecimento de pertencimento ocorre com maior facilidade. Já a heterogeneidade promove maior número de diferentes pontos de vista, o que enriquece o compartilhamento de experiências, fazendo com que os sujeitos possuam a possibilidade de reconhecer uns nos outros que suas dificuldades não são únicas, mas sim também vivenciadas por outras pessoas.

A partir disto apresentamos a seguir alguns estudos que partiram da lógica de grupos de apoio, não especificamente a partir da concepção anteriormente apresentada, mas que demonstram possibilidades de práticas no contexto em foco. Como é o exemplo do estudo Duarte, Dittz, Silva e Rocha (2013) que evidenciaram que as constituições de grupos foram eficazes para promover maior envolvimento e segurança para participar do cuidado do bebê, com maior adoção de práticas de aleitamento materno, aumento do interesse pelo contato pele a pele, melhora da compreensão de saúde da criança e estabilidade emocional da mãe.

Araújo e Rodrigues (2010) demonstram também que a formação de grupos fortalece a participação da mãe no cuidado do bebê, devido à aquisição de confiança na equipe e em si como capaz de assumir a habilidade para a prestação assistência ao seu filho, restaurando a competência e confiança parental. Consideram ainda, a promoção do lazer e a recreação como estratégia socializante, que promovem a construção de laços afetivos e fortalecem as relações de amizade entre as mães que vivenciam a mesma situação, ampliando suas redes de apoio.

Os grupos de apoio se constituem por características comuns, de espaços favorecedores de diálogo, estimulando as mães para que possam expressar seus sentimentos, reflexões em relação ao momento vivenciado e as possíveis implicações no seu cotidiano. As mães possuem a possibilidade de descobrir novos sentidos para sua vida e encontrar alternativas de enfrentamento dos empecilhos resultantes do nascimento de um filho prematuro (DITZ; MOTA; SENA, 2008).

O estudo realizado em um hospital de referência terciária para atenção perinatal localizado na cidade de Recife – PE, buscou analisar os significados atribuídos pelas mães acompanhantes de recém-nascidos pré-termo sobre a vivência em um grupo de apoio. O grupo ofereceu atividades de lazer e recreação, realizadas duas vezes por semana, estabelecidas pela equipe de trabalho, como oficina de bordado, flor de papel, embalagem plástica, jogos, momento de cantorias infantis, passeios e festas comemorativas, que estimulavam a participação das mães, demonstrando suas preferências e habilidades diferenciadas. Verificou-se que as estratégias de apoio às mães acompanhantes sob a condução de uma equipe multidisciplinar forneceram subsídios para a humanização do cuidado no ambiente hospitalar, proporcionando espaços de escuta e lazer (VASCONCELOS; FERREIRA; SCOCHI, 2008).

Outro estudo no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP, que proporcionou atividades lúdicas, recreacionais e educativas para mães de bebês de risco, assistidos em unidade neonatais, também verificou, ao analisar essa experiência na perspectiva destas mães, a importância de se realizar atividades de lazer e recreação junto a elas. Ficou evidente a relevância da participação nas atividades pela diminuição do estresse, e favoreceu a socialização das mães que vivenciam situações da hospitalização do filho (SCOCHI, 2004). Isso demonstra que, neste momento, as mães/famílias necessitam que alguém ofereça escuta para suas legítimas carências e principalmente de empatia, devido a sua importância para que possam ter alívio dos momentos de tensão e mistura de sentimentos que estão vivenciando, conseqüentemente condições para o enfrentamento do processo de hospitalização. Neste sentido o modo como a equipe estabelece as relações no grupo, é essencial para este acontecimento, isto demonstra a atenção que os profissionais devem adotar em suas práticas.

A empatia que surge nestes grupos é motivadora de acolhimento e mudanças, o que está na base da PNH. Leahy, Tirch e Napolitano (2013, p.68) definem que empatia “[...] *refere-se tanto à identificação quanto à experiência compartilhada (espelhamento) da emoção de outra pessoa (“vejo que você está chateado” ou “sinto sua tristeza”)*”. Este processo envolve ainda outros aspectos, como validação que “[...] *consiste em encontrar verdade no sentimento*” (Leahy; Tirch; Napolitano, 2013, p.68) em valorizar, respeitar, não desqualificar o sentimento do outro na sua relação. A compaixão, por sua vez, é a “[...] *tentativa de acalmar e confortar o outro*” (Leahy; Tirch; Napolitano, 2013, p.68). Ambos aspectos são importantes para serem considerados tanto em processos terapêuticos como nas relações ao longo da vida, pois a partir da maneira como são conduzidas nas relações podem favorecer ou desfavorecer a contribuição para a melhora dos sujeitos em relação aos seus sentimentos.

Diante deste contexto, compreende-se que a criação de grupos de apoio é uma estratégia de cuidado na assistência de famílias que necessitam de internamento para seus filhos em UTIN. Esta modalidade contempla o modelo de assistência integral, que busca incluir no atendimento todos os atores (mãe/família) que podem contribuir na evolução do indivíduo assistido. Sendo assim, o grupo de apoio assume ainda a performance de tecnologia de cuidado. Segundo Merhy (2005), as tecnologias podem ser descritas e classificadas como leve, leve/dura e

dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve/duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. A adoção de tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo, ou seja, da direção que se dá as relações, na busca da construção da atenção integral como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado.

Nesse sentido, o que compõe as tecnologias das relações é a troca de saberes no diálogo entre os a equipe de profissionais, usuários e gerenciamento. Não se trata de apenas uma reunião destes componentes, mas da produção conjunta no ato dos serviços, em uma construção coletiva Merhy (2005). Desta maneira, é necessário privilegiar alternativas criativas, para avaliar a promoção e uso tecnologias de cuidado - como a adoção de tecnologias leves, na assistência em saúde. Para isso, a utilização de novos métodos/recursos que permitam captar as relações de maneira objetiva, capazes de eternizar um momento de relação no tempo, veicular, provocar, e se tornar ponto de partida para as reflexões, a fotografia se coloca como uma ferramenta ímpar a ser utilizada com estes propósitos. Do ponto de vista conceitual, Monteiro (2006, p. 12) atesta:

[...] a fotografia é um recorte do real. Primeiramente, um corte no fluxo do tempo real, o congelamento de um instante separado da sucessão dos acontecimentos. Em segundo lugar, ela é um fragmento escolhido pelo fotógrafo pela seleção do tema, dos sujeitos, do entorno, do enquadramento, do sentido, da luminosidade, da forma etc. Em terceiro lugar, transforma o tridimensional em bidimensional, reduz a gama das cores e simula a profundidade do campo de visão.

Em relação à natureza da fotografia, esta pode ser endógena ou exógena, também denominada *êmique* ou *etique*. De natureza *êmique* são aquelas produzidas pelos sujeitos da comunidade/local estudado, e que desta forma registram com intensidade a representação que possuem sobre si mesmos. Já a fotografia *etique* é realizada pelo próprio pesquisador e por conta disto necessita da utilização de outros procedimentos como auxílio para sua confirmação, ou seja, é uma hipótese a ser confirmada. Sendo assim, ao utilizar a fotografia como meio disparador de reflexões, surgem preciosas informações do diálogo entre o indivíduo e a sua representação e que a partir deste momento adquirem força própria, de tornam independentes da fotografia que a motivou. A fotografia estimula o indivíduo a ir

além daquilo que está representado na imagem, pois justamente é esta uma de suas características, o poder de desencadear ideias de diferentes modos (GURAN, 2011).

Estas configuram-se como algumas das possibilidades para a apresentação da formação de um *corpus* fotográfico, considerando neste caso a fotografia realizada pelo pesquisador, a sua natureza de constituição é *etique*. São fotografias produzidas “para descobrir”, em que o pesquisador se aproxima de seu objeto de estudo para formular questionamentos em relação ao seu trabalho de campo. O pesquisador estabelece uma determinada negociação com o grupo, de sua presença transformando a fotografia em uma “moeda de troca”, contribuindo assim para a viabilidade da pesquisa (GURAN, 2011).

Sendo assim, a definição destes registros como instrumento de pesquisa, destaca-se para entender os “*significados engendrados pelas imagens, suas formas de produção e mediação de sentidos*” (RIOS; COSTA; MENDES, 2016, p.117). E que deste modo, utilizando-se dos pressupostos sugeridos pela antropologia no seu uso da fotografia, apontam que para a fotografia produzir sentidos, necessita ser “*lida de maneira específica, ou seja, ter seu conteúdo (re) descrito e (re) interpretado através do discurso textual, oral ou escrito*” (GURAN, 2011, p. 81). Deste modo, a utilização da fotografia pode se dar com a leitura da imagem, isto é, do reconhecimento das informações nela contidas, as quais propiciam uma reflexão científica, por conta disso, podem ser utilizadas como disparadores de entrevistas (GURAN, 2011).

Destacamos a seguir estudos que apontam a riqueza do uso da fotografia como instrumento de pesquisa no campo da saúde, âmbito este em que o modo como a fotografia pode ser utilizada é bastante variável, por conta das especificidades do objeto de estudo em foco. Em alguns estudos o modo de utilização da fotografia pode ser aquele em que, os registros fotográficos são realizados pela população/comunidade estudada, para isto o pesquisador entrega aos participantes meios para estes registros (câmeras). Podem ainda serem acrescentadas percepções do participante sobre seus registros. Outra maneira é a escolhida para utilização no presente estudo, com o registro efetuado pelo próprio pesquisador, a qual propõe como essencial a aproximação sua com a população/objeto de pesquisa, e de seu olhar diante dos fatos/acontecimentos. A partir disto a fotografia adquire potencial para provocar a produção de narrativas.

O estudo de Toralles-Pereira et al. (2007) buscou utilizar imagens que expressassem, a partir da ótica de pacientes, situações que vivenciaram no processo de atendimento/tratamento na enfermaria. Destaca-se que as imagens foram registradas pelos pacientes acamados, internados na Enfermaria de Ortopedia de um hospital público. Nessa pesquisa, os autores utilizaram a fotografia como estratégia de ruptura a modelos de comunicação instituídos, possibilitando momentos de autonomia aos pacientes, trazendo imagens e relações, que puderam contribuir para uma reflexão crítica sobre os desafios éticos relativos aos aspectos relacionais e comunicacionais da formação em saúde. Os resultados apontaram que entre as maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes internados entrevistados estão a dependência, gerando constrangimento e desconforto, e a falta de informação, gerando insegurança e ampliando a dependência.

Lima et al. (2014) destacou o uso da fotografia como ferramenta de pesquisa eficaz, para o registro de variadas situações de riscos para acidentes presentes no ambiente domiciliar de crianças nascidas expostas ao HIV, devido ao fator essencial - a prevenção. Realizado com doze famílias residentes em Fortaleza/Ceará, compostas por mãe HIV+ e criança nascida exposta ao vírus, entre janeiro e fevereiro de 2011, identificam-se de maior risco para ocorrência: quedas e traumas; intoxicações; choque elétrico e asfixias/sufocações/engasgos. Os riscos identificados serviram de base para a classificação dos diagnósticos de enfermagem. O recurso da fotografia permitiu que as informações relatadas nas entrevistas não apenas viessem a ser repassadas subjetivamente pelas mães, mas explicitadas de maneira clara nos registros fotográficos realizados pela pesquisadora nas residências.

Tittoni e Prudente (2015), realizaram seu estudo junto a trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Porto Alegre. As fotografias constituíram-se como material utilizado em oficinas, onde foram conduzidas discussões sobre os modos que os trabalhadores percebem o trabalho. Sendo possível então, problematizar de que maneira a produção de imagens fotográficas pode funcionar como estratégia de provocação de olhares e de reflexões sobre o trabalho o qual é, muitas vezes, institucionalizado e enrijecido pelas dificuldades cotidianas na prática da atenção básica em saúde. Desta forma, a pesquisa feita por meio de intervenção fotográfica, produziu para além de estratégias de colheita de dados, uma experiência tanto dos pesquisadores como dos sujeitos do território, que

se misturaram na produção das imagens, permitindo a produção de analisadores, novos olhares e reflexões sobre o trabalho.

O estudo de Börner et al. (2015) explorou as percepções de adolescentes mexicanos sobre os riscos à saúde ambiental em áreas urbanas contaminadas com o da técnica da fotografia ambiental como uma ferramenta de pesquisa. Para isto setenta e quatro adolescentes de duas comunidades na cidade de San Luis Potosi no México, receberam câmeras e foram convidados a tirar fotografias de elementos e situações que eles acreditavam afetarem sua saúde pessoal em casa e fora de casa e em seguida descrever as fotografias por escrito. Foi possível verificar após a análise que os adolescentes perceberam diferentes riscos à saúde ambiental como prejudiciais ao seu bem-estar, por exemplo, lixo, poluição do ar e falta de higiene. Mas principalmente que a técnica fotográfica se revelou como promissora para a pesquisa em saúde ambiental, pois forneceu uma impressão realista e concisa dos riscos percebidos.

Ribeiro, Trovo e Puggina (2017) utilizaram o recurso da fotografia para além de um recurso, mas também como potente estratégia de humanização no contexto de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Buscaram identificar a influência do contexto do paciente sedado por meio de histórias de vida e fotografia na percepção do cuidado da equipe de enfermagem e avaliar a intervenção proposta como estratégia de humanização para cuidar do paciente sedado. Participaram 43 profissionais da equipe de enfermagem de uma UTI de um hospital público do estado de São Paulo. Foram fixados aos prontuários dos pacientes sedados no leito fotografias e histórias de vida dos pacientes apresentados por suas famílias, durante dez dias. Na entrevista prévia a esta intervenção, verificou-se que a interação verbal proporciona maior segurança durante o atendimento, como a preferência pelo cuidado de pacientes inconscientes, pelo desafio da complexidade e a recompensa da recuperação. E que o conhecimento sobre aspectos da vida do paciente melhora o engajamento. Já na entrevista pós-intervenção foi possível contemplar que o contexto do paciente resgatou elementos importantes para o cuidado, como emoção, promoção da sensibilidade, despertar empatia com a contextualização, envolvimento e comprometimento com o cuidado, aspectos importantes para a humanização no atendimento de pacientes sedados em UTI (RIBEIRO; TROVO; PUGGINA, 2017).

No estudo de Calha, Monteiro e Hilário (2019) realizado com idosos, a fotografia foi utilizada para analisar as potencialidades do uso da técnica de foto-elicitação como ferramenta de acesso às reais necessidades dos beneficiários da intervenção dos profissionais de saúde. Para isto foram selecionadas fotografias que abrangessem os seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para cada um dos domínios da qualidade de vida, foi produzido um arquivo fotográfico, totalizando quatro, com realidades antagônicas relacionadas à experiência da velhice em cada domínio. Em seguida foram realizadas sessões com o grupo de doze idosos. Neste momento realizaram a escolha das fotografias que para eles melhor ilustrassem a velhice, e a partir daí justificaram sua resposta no grupo. Esta ferramenta com seu potencial, permitiu coletar informações significativas e relevantes para o planejamento de intervenções de enfermagem.

Diante dos relatos da literatura, a utilização da fotografia como instrumento de pesquisa, parece favorecer a produção de reflexões e permitir ao pesquisador, ao eternizar um momento de relações, facilitar a própria descrição do sujeito, sobre como ele subjetiva suas vivências e relações. O que não seria possível por outros meios de investigação. Pensando-se a condição das mães de bebês na UTIN, e o impacto positivo dos grupos de apoio observado através de alguns estudos (SCOCHI, 2004; VASCONCELOS; FERREIRA; SCOCHI, 2008; DUARTE; DITZ; SILVA; ROCHA, 2013; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010), entende-se que a fotografia pode ser um meio que facilite/evoque a expressão dessas mães, sobre suas vivências em grupos de apoio. O que permitiria aos profissionais de saúde/pesquisadores poderem compreender com maior clareza o impacto de tecnologias leves no cuidado humanizado. Então, a partir disto, formulamos os nossos objetivos com esta pesquisa.

2 OBJETIVOS

Geral

Compreender a vivência de mães de prematuros, participantes da tecnologia de cuidado – Humanização, em processo de internamento de seu filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Específicos

- Descrever as participantes de acordo com a faixa etária, escolaridade, estado marital, número de filhos, condições socioeconômicas, experiência anterior com o aleitamento materno e história gestacional.
- Vivenciar a participação no grupo de apoio “Humanização” juntamente com as mães.
- Verificar a compreensão das participantes sobre os momentos vivenciados na tecnologia de cuidado “Humanização”.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico permitiu que o presente estudo se constituísse de um delineamento qualitativo, que segundo Minayo (2010, p. 57): “[...] se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem”. O caminho de desenvolvimento/investigação neste estudo foi a pesquisa-ação, pois concedeu a aproximação necessária na busca do conhecimento científico, sem desconsiderar significados e crenças da população estudada.

A pesquisa-ação foi realizada na Santa Casa de Irati, um hospital filantrópico, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse local dispõe de uma UTIN com 11 leitos e recebe recém-nascidos de maior complexidade e que necessitam de assistência especializada, entre eles, os recém-nascidos de baixo peso ao nascer e os prematuros. A Santa Casa de Irati possui, desde 2010, o título de Hospital Amigo da Criança, em que as práticas realizadas são voltadas para o estabelecimento do aleitamento materno imediato. Desta maneira, as mães permanecem na UTIN acompanhando seu filho durante todo o processo de internamento, pois os bebês só recebem alta se estiverem com suas condições clínicas estáveis e se alimentando com eficácia e o peso de 2000 gramas, de acordo com as normas estabelecidas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Ao longo desse processo de internamento, as mães passam o período matutino e vespertino na Unidade, pois necessitam realizar a retirada do leite quando o recém-nascido ainda não possui condições clínicas, maturação, entre outras condições de mamar diretamente no seio materno. Os bebês recebem leite através de sonda, porém, quando já atingem/detêm a capacidade para se alimentar, as mães permanecem para realizar o aleitamento materno e prestar os cuidados básicos para seus filhos.

Para a retirada do leite e/ou amamentar, as mães possuem horários fixos estabelecidos pela instituição. No final do dia, as mães necessitam realizar a retirada do leite para que seja armazenado para o período noturno, pois não permanecem na Unidade durante a noite, junto de seus filhos. É oferecido para as mães o cômodo noturno na “Casa de Apoio da Gestante”, local no qual podem dormir e receber a refeição do jantar. Algumas mães acabam ficando em residências de amigos e/ou

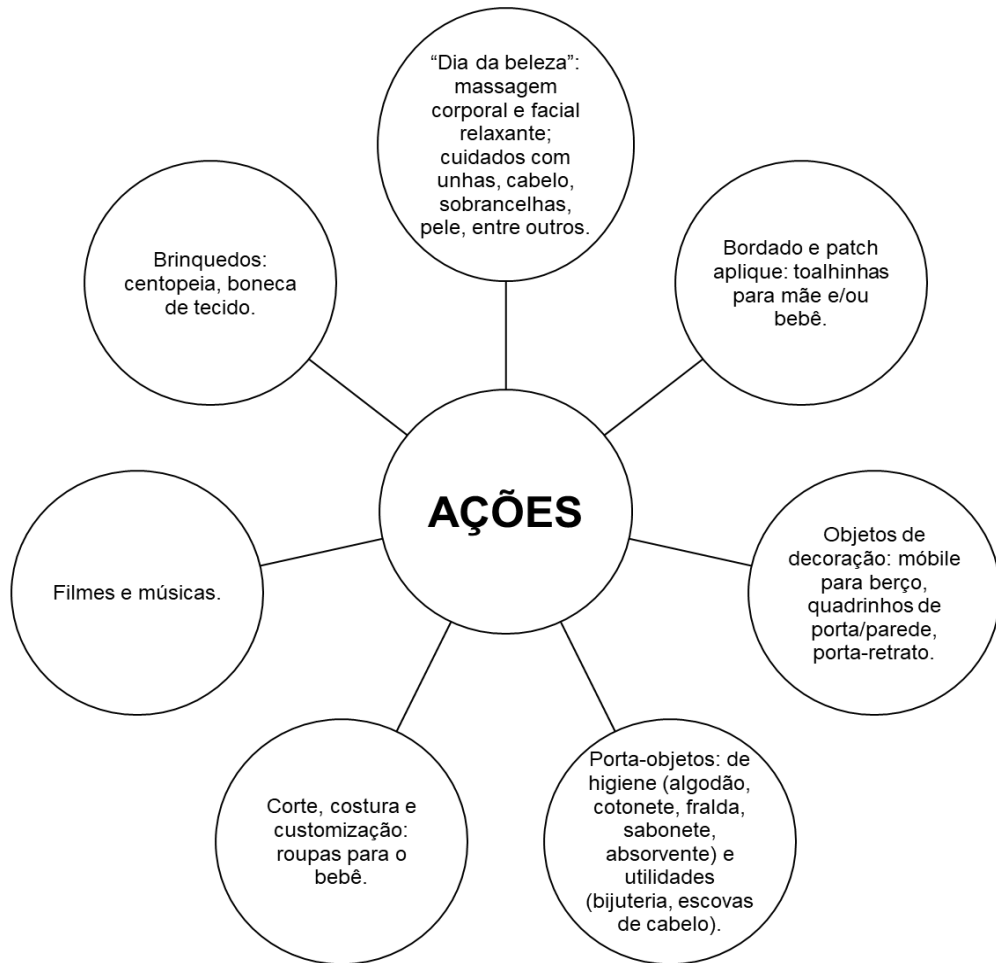
parentes, em uma pensão próxima à instituição, ou ainda retornam para suas residências no final do dia.

Considerando que a pesquisa-ação envolve uma ação por parte dos sujeitos/grupos envolvidos e implicados com a problemática, a fim de promover a sua compreensão e encontrar caminhos para a transformação da situação. No presente estudo as participantes foram constituídas por cinco mães de recém-nascidos permanentes na UTIN, que aceitaram participar da tecnologia de cuidado – “HumanizAção”. A tecnologia de cuidado “HumanizAção” possuiu caráter extensionista, seguiu a lógica de que as participantes eram protagonistas das ações, ou seja, as atividades foram realizadas a partir das demandas apresentadas pelas mães acompanhantes, que possuíram seu filho assistido na UTIN da Santa Casa de Irtati.

Como destaca Thiollent (1992) a pesquisa-ação constitui-se além da participação, uma ação realizada de modo planejado, para solucionar problemas coletivos, pesquisadores e participantes representam a situação e/ou problema envolvido de maneira conjunta. Sendo assim, foram realizadas ações por meio da implementação de estratégias de cuidado, em seu sentido ampliado, com respeito à singularidade das necessidades das participantes/famílias de bebês nascidos prematuros, promovendo momentos diferentes a vivência hostil do contexto hospitalar. Em vista disso, a humanização do atendimento foi entendida como uma tecnologia leve, tal como uma forma de conduzir as relações de trabalho, na busca da atenção integral a fim de promover o trabalho humanizado em saúde.

Devido à alta rotatividade dos recém-nascidos e mães acompanhantes, inicialmente a todos os encontros, as mães que estavam presentes na sala de espera da UTIN foram convidadas a participar das ações da tecnologia de cuidado “HumanizAção”. Nestes encontros de acordo com as solicitações das participantes, foram realizadas atividades (Figura 1): recreativas, de lazer e autocuidado, com a escuta e acolhimento, aliadas ao diálogo aberto (conversa) com as participantes.

FIGURA 1. ATIVIDADES REALIZADAS NAS AÇÕES



FONTE: A autora (2020).

A seleção das participantes do presente estudo ocorreu a partir dos critérios de inclusão que foram: participar de no mínimo quatro encontros/ações não consecutivas na tecnologia de cuidado “HumanizAção”. Como exclusão, desconsiderou-se da pesquisa as participantes que não possuíam registros de fotografias.

Ainda, ao definir o objeto de estudo da presente pesquisa, constatamos que seria necessário descrever as participantes de acordo com suas características básicas que refletissem suas condições socioeconômicas de determinantes sociais, pois se entende que estes são fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde dos indivíduos (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). Para isso, efetuou-se a aplicação de um questionário após a entrevista, com perguntas dirigidas e semidirigidas, para colher informações referentes à faixa etária, escolaridade, estado marital, número de filhos, condições socioeconômicas e experiência anterior com o aleitamento materno. Em relação à história gestacional, foi realizada a obtenção dos dados de prontuários disponíveis na Unidade (Apêndice 1).

A equipe atuante/executora das ações foi interdisciplinar, contou com uma profissional fonoaudióloga recém-formada, duas graduandas do curso de fonoaudiologia, duas do curso de psicologia e uma técnica em enfermagem. Os encontros ocorreram semanalmente, com duração de uma hora e trinta minutos na sala de terapia ocupacional da instituição, no período de outubro de 2018 – outubro de 2019. Deste modo, o método escolhido permitiu minha participação de maneira intensa na condução das ações *in loco*, tal como no planejamento e organização das atividades que antecederiam os encontros. Ocorreram cerca de quarenta e cinco ações durante o período de vigência da tecnologia de cuidado, que foram planejadas de maneira contínua de acordo com as demandas. Vale a pena ressaltar que a pesquisa-ação contempla uma imprevisibilidade e não linearidade dos acontecimentos e demandas. E, por se tratar de um contexto hospitalar, esses fatores ainda são maiores e mais acentuados e, por isso, foram conduzidos de maneira acolhedora, com escuta para as reais necessidades e em dinâmica com os demais integrantes da equipe executora.

Da mesma forma, é possível ressaltar a pluralidade com que se constituíam as demandas, as quais necessitavam ser manejadas e solucionadas. Algumas destas estavam relacionadas à atividade do dia (ex.: algum material utilizado que apresentou problemas), outras, relacionadas às participantes, como: solicitações de atividades que não estavam ao alcance do grupo, por elevados custos; surgiram também conflitos de interesse entre as participantes; encaminhamentos diante de sinais de alterações de saúde física e mental, como queixas de que não estavam se sentindo bem. Por exemplo, foram comuns alterações de pressão arterial das participantes, devido ao estado pós-parto. Nesses casos, diante de relatos de sinais de alteração, imediatamente as mães foram acompanhadas e encaminhadas para atendimento na instituição pela equipe médica. Outros acontecimentos como demandas específicas que necessitaram de atendimento individual da psicologia e/ou serviço social foram encaminhadas.

O pesquisador possui uma função ativa na realidade dos fatos que observa, na busca de, por meio das ações, conduzir novas possibilidades para a resolução/amenização de situações. Equaciona os problemas evidenciados, acompanhando e avaliando as ações em função do problema. Desta maneira, exige que se estabeleça uma estrutura de relação entre pesquisador e pesquisados de

modo participativo e com “escuta” para a elucidação dos aspectos envolvidos, sem que ocorra imposição unilateral de suas próprias concepções.

Além da condução *in loco*, as ações do grupo requereram seu planejamento, organização e avaliação contínua do andamento, os quais também foram conduzidos periodicamente juntamente com a coordenação do Projeto. Havia demandas específicas relacionadas às participantes e funcionamento do grupo na instituição, como solicitações de atividades que necessitavam ser planejadas, disponibilidade de salas ou da equipe, entre outras ações que necessitavam serem dialogadas e decididas conjuntamente com a equipe executora.

Além disso, quando identificados temas que despertavam a necessidade de aprofundamento teórico, estes eram discutidos conjuntamente durante supervisão com a coordenação do Projeto. Esse diálogo entre a equipe aconteceu quinzenalmente. Ainda, realizei a busca e organização contínua dos materiais necessários para a execução das atividades solicitadas pelas participantes, acrescida da administração dos recursos financeiros disponíveis.

Sobre a colheita dos dados - A fotografia e a entrevista

Para compreender a vivência de mães participantes da tecnologia de cuidado – “HumanizAção” em seu processo de internamento em UTIN, foi necessário utilizar instrumentos metodológicos que privilegiassem cenas, gestos, expressões e as falas dos sujeitos envolvidos, no qual foram definidos o uso do registro de fotografias como disparadores de entrevistas individuais. Os registros de fotografias foram realizados por mim, durante as quatro ações não consecutivas que estive presente cada uma das participantes na pesquisa-ação. Durante as ações, as cenas, gestos, expressões, atitudes individuais e coletivas foram registradas com o dispositivo Ipad 6 - Apple®. De acordo com Milton Guran, a fotografia “*quando é produzida pelo pesquisador com a função específica de atestar conclusões, por sua vez, a fotografia se apresenta como resultado de uma reflexão*” (GURAN, 2011, p. 81). Sendo assim, o registro de fotografias foi iniciado somente após assinatura do termo de consentimento, que autorizou o uso de imagem.

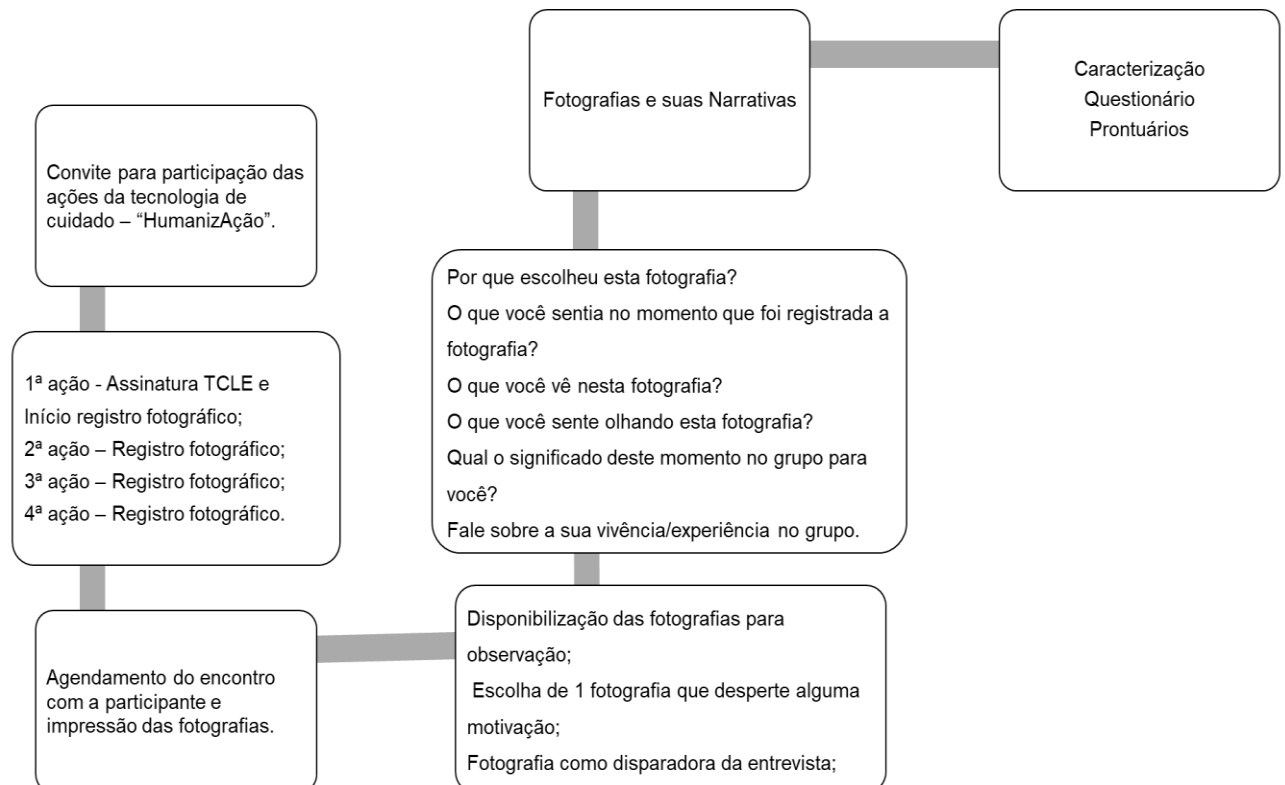
Para a realização da entrevista, foram selecionadas todas as fotografias individuais e coletivas dos momentos vivenciados na tecnologia de cuidado, e que contemplaram a presença da participante na fotografia. Em seguida, foi realizada a impressão destas imagens em papel fotográfico tamanho 10x15cm.

As entrevistas semiestruturadas ocorreram individualmente, na sala de espera da Unidade. Como sugerido por Creswell (2014), o uso das fotografias é uma importante fonte que auxilia na colheita de dados. Sendo assim, foram apresentadas para cada participante, todas as fotografias em material físico, em seguida, solicitado para realizar a escolha de apenas uma, a qual lhe despertasse alguma motivação. Após a escolha, a partir da fotografia selecionada, as seguintes questões disparadoras do roteiro foram lançadas:

- Por que escolheu esta fotografia?
- O que você sentia no momento que foi registrada a fotografia?
- O que você vê nesta fotografia?
- O que você sente olhando esta fotografia?
- Qual o significado deste momento no grupo para você?
- Fale sobre a sua vivência/experiência no grupo.

As entrevistas foram gravadas em arquivos de áudio e posteriormente transcritas na íntegra. As fotografias escolhidas pelas participantes serão apresentadas juntamente com suas narrativas.

FIGURA 2. FLUXOGRAMA COLHEITA DOS DADOS



FONTE: A autora (2020).

Sobre o entrelaçamento dos dados

As narrativas colhidas neste estudo foram entrelaçadas com as demais fontes e analisadas utilizando-se o método de Análise de Narrativas proposto por Nunes et al. (2017). Segundo Muylaert et al. (2014), narrativas são:

[...] representações ou interpretações de uma história, no qual não se deve julgar como um relato verdadeiro ou falso, que não permite sua comprovação, pois são caracterizadas por expressar a verdade sobre um ponto de vista em seu determinado contexto de tempo e espaço (MUYLAERT et al., 2014, p. 195).

Nunes et al. (2017), destacam que a Análise de Narrativas permite explorar o que são, e como são feito os relatos. Características como tom de voz, entonações, pausas, sentimentos, que são fundamentais para o entendimento do relato complemento a análise do pesquisador.

[...] a Análise da Narrativa é um método que permite a interpretação dos fatos narrados e dos fatores que os informantes julgam importantes sobre o tema em que são questionados. O estudo qualitativo por meio de narrativas permite ir além da transmissão de informações, pois consegue capturar as tensões do entrevistado, fazendo com que a experiência do indivíduo seja revelada (NUNES et al., 2017 p. 17.).

Shutze (2011) estabelece o delineamento para a análise de entrevistas narrativas: na primeira etapa, após a transcrição efetua-se a separação do material indexado (racional, coletivo) do não indexado (subjetivo). Em um segundo momento, organiza-se o material indexado de cada participante elaborando cada trajetória. Em seguida, investiga-se o material não indexado, reúnem-se os materiais e equiparam-se as trajetórias individuais e, por último, identificam-se e comparam-se semelhanças entre as trajetórias para o estabelecimento dos movimentos coletivos.

Dessa maneira, o material é analisado de forma gradual, com o agrupamento em categorias. Primeiramente, para cada entrevista narrativa (transcrição) e depois na ordenação de um sistema, para todas as narrativas realizadas, sendo que a interpretação final é o resultado da análise conjunta (MUYLAERT et al., 2014).

O contato inicial com a literatura relacionada ao tema permite a delimitação de algumas categorias previamente, todavia, com o material construído com as narrativas, novas categorias podem ser determinadas, permitindo assim, a

construção da interpretação com base no significado do material e não interpretações com base em conceitos já existentes (MUYAERT et al., 2014).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, sob o número do parecer 3.061.071. As participantes foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após permitirem sua participação na pesquisa.

4 PEDRAS PRECIOSAS: FOTOGRAFIAS E SUAS NARRATIVAS

Destaco aqui a nomeação a que me referi até o presente momento – as cinco participantes - considereei insuficiente esta escolha para elucidar o quão representam neste estudo, como também para mim. Resolvi chamá-las de pedras preciosas, porque são únicas e exuberantes! Sendo assim apresentamos a caracterização das pedras preciosas, que demonstra a faixa etária média de 31,2 anos e o estado marital da totalidade - casada. O número de filhos variou entre um a sete filhos.

TABELA 1. CARACTERIZAÇÃO DAS PEDRAS PRECIOSAS

Pedra preciosa	Faixa etária (média=31,2)	Estado Marital	Nº de filhos
Diamante	40 anos	Casada	7 filhos
Pérola	30 anos	Casada	1 filho
Rubi	31	Casada	1 filho
Esmeralda	29	Casada	3 filhos
Ametista	26	Casada	1 filho

FONTE: A autora (2020).

As entrevistas serão apresentadas em forma de narrativas, juntamente da fotografia escolhida, a fim de preservar os detalhes das experiências. As participantes receberam pseudônimos de pedras preciosas, para manter o sigilo de suas identidades.

Diamante

Diamante possuía quarenta anos, estudou até o ensino médio (incompleto), e sua ocupação profissional era manicure. Casada, seu esposo trabalhava como caldeireiro, ele estudou o ensino fundamental completo, o casal mantinha uma união estável. Ela residia com quatro a sete pessoas, em casa própria, com banheiro e eletrodomésticos básicos, na área urbana. A sua renda mensal pessoal era de um salário mínimo, e a familiar, de um a três salários mínimos. O bairro em que residia possuía posto de saúde e saneamento básico. Não possuía empregada doméstica.

Contou-nos que a sua experiência anterior com o aleitamento materno, teve duração de quatro a dez meses com seus filhos. A gestação de seu filho, que se

encontra em internamento, foi de vinte e nove semanas, e constituiu-se da sétima gestação. O parto foi do tipo vaginal. Diamante apresenta hipotireoidismo.

A participação de Diamante no grupo “HumanizAção” foi marcante! Participou ativamente, desde o seu primeiro dia. Já no início, compartilhou toda sua história no grupo. Sua participação nas ações do grupo foi intensa e distinta, uma vez que Diamante demandava com veemência a atenção da equipe executora para o seu momento ali no grupo. Quando iniciava a produção de algo, a todo instante solicitava opiniões em relação a qual melhor maneira para decorar, combinar de cores, etc. Possuía uma personalidade contagiante, dinâmica, comunicativa e expressiva. Diamante a cada encontro surpreendia a todos, pois revelava suas opiniões verbalmente sobre as atividades, daquilo que estava gostando, assim como, daquilo que não lhe agradou.

Diamante apresentou sugestões para próximos encontros, com ideias encontradas nas redes sociais de *Internet*, assim como semanalmente registrava recadinhos escritos de sugestões e agradecimento à equipe na “Caixinha de Sugestões”, que o grupo disponibilizou na sala de espera da Unidade, espaço este oferecido para agradecimentos, sugestões e reclamações sobre o grupo. Ainda, relatava que por meio das redes sociais aos seus familiares e amigos, contava a eles sobre as atividades, relatando que ela era quem havia produzido os objetos. Demonstrava admiração de sua própria capacidade.

Além disso, em sua trajetória no grupo, Diamante foi intermediadora da presença de outras participantes. Pois, a todas aquelas que estavam chegando à Unidade e ainda não conheciam o grupo, Diamante relatava a motivação que oferecia a outras mães para participar do grupo, como maneira de ajudá-las para enfrentar o sofrimento. E assim, frequentemente chegava às ações trazendo outra mãe a seu convite.

Sua trajetória no grupo foi marcada pela construção compartilhada do enfrentamento de conflitos pessoais/familiares, pois durante o processo de internamento, Diamante enfrentou diversos conflitos no relacionamento com seu esposo. Por conta disto, frequentemente relatava no grupo como foi chegar a sua casa e não conseguir dormir, em não estar conseguindo se alimentar como gostaria. Assim como, após contar sobre estes acontecimentos destacou em vários momentos o quanto passou a sentir-se melhor, aliviada, e principalmente pela possibilidade de expressar de sua maneira o que estava sentindo, sem julgamentos.

Observamos que oferecer este espaço de escuta para além das questões internas do processo de hospitalização, propiciou apoio para, não apenas Diamante em seu papel social de mãe, mas de mulher e esposa.

Diamante participou de quatro encontros até o momento da entrevista. Depois disso, sua presença ainda foi extensa e vigorosa, pois ainda que diante de imensa angústia e sofrimento, Diamante provocou o riso em todos que ali estavam. Conversávamos sobre os mais variados assuntos, fazia questão de estar naquele espaço, muitas vezes também estendeu apoio para outras participantes. Em alguns encontros as novas participantes solicitaram a realização de alguma atividade que já havia sido efetuada recentemente. Ficávamos preocupadas de como Diamante iria reagir, pensávamos rapidamente em sugerir outra atividade ou perguntávamos especificamente a ela sobre o que gostaria de fazer, para não ocorrer a repetição daquilo que já havia realizado. Porém, Diamante nos surpreendeu várias vezes por sua solidariedade, pois prontamente afirmou que não haveria problemas e sim que poderia auxiliar as outras participantes na produção de objetos referentes à atividade proposta.

Pouco antes da ocorrência do processo de alta de seu filho, Diamante foi transferida para outra instituição, por conta de uma cirurgia de seu filho. Permaneceu cerca de uma semana nesta outra instituição. Quando retornou, e seu filho internou novamente, voltou a participar do grupo. Diamante concentrou sua participação naquele primeiro dia de retorno, em contar sobre a sua indignação, diante de não encontrar nenhuma ação por parte daquela instituição de *“Ajudar as mães”*. Ou seja, da existência de alguma atividade, de algum espaço (grupo) que promovesse auxílio para a permanência no hospital. A indignação de Diamante demonstrava o quanto a sua vivência no grupo promovia diferença para o seu enfrentamento do processo de hospitalização. Seu relato chamou a atenção de outras participantes que estavam presentes, que também questionaram o porquê de não haver grupos de apoio em outras instituições.

Diamante destacou ainda, que iria buscar registrar na ouvidoria da instituição, tanto do hospital que foi transferida para cirurgia, sugestões para a implementação de grupos de apoio para as mães, bem como reclamações referentes a outras situações que desfavorecem a permanência e participação no cuidado do filho em internamento. Assim como, buscaria o registro na ouvidoria da instituição do presente estudo, para ressaltar a necessidade da continuidade do

atual grupo de “HumanizAção”, para que outras mães que chegassem até ali, também tivessem a oportunidade de participar.

A cada encontro, Diamante presenteou a todos com sua presença: a equipe executora - Ângela e Letícia, graduandas de psicologia; Ana Carla e Arieli, graduandas da fonoaudiologia; Diane, técnica em enfermagem e também graduanda em fonoaudiologia; e, eu Jaqueline, recém-formada em fonoaudiologia. Estar junto a Diamante foi marcante, eu aprendi com ela o quanto escutar o outro é importante e promove apoio. A seguir, apresentamos como ocorreu a entrevista com Diamante.

A entrevista foi realizada no período da tarde, na sala de reuniões da instituição. Diamante demonstrou muito interesse em participar da pesquisa, estava ansiosa para saber sobre o que se tratava a nossa conversa. Estava um dia lindo, fazia frio, mas o sol aquecia aquela tarde. Após apresentar o material fotográfico impresso, Diamante observou as fotografias atentamente, fez diversos comentários sobre aquelas que havia gostado, que estava sorrindo, cansada, com o cabelo desarrumado, entre outros apontamentos. Após observar todas as fotografias, foi solicitada a escolha de apenas uma: aquela que lhe despertasse alguma motivação.

Esta foi a fotografia escolhida por Diamante.

FIGURA 3. FOTOGRAFIA ESCOLHIDA POR DIAMANTE



FONTE: A autora (2019).

Sobre o porquê escolheu esta fotografia, Diamante narrou com convicção: *“Acho que aqui está num dos meus melhor dia (risos), então acho que eu pude, acho que, posso dizer daquela ansiedade, nervosismo, aquele estresse, entendeu?! Fico tudo, então por isso que eu falei essa foto está me expressando tudo um pouquinho disso, cansada, daí esse dia acho que foi meu melhor dia né, as coisas amei fazer todas, mas o dia em si, acho que essa aqui. Que menos estressada assim sabe, tipo calma, tranquila, e... E tipo sei lá, me sentindo útil, sabe?! Essa aqui eu gostei (risos) por isso que escolhi ela. Essa aqui me mostrou uma expressão que faz tempo que eu não sentia, sabe?! Então eu acho que é essa! Os problemas que vinha já de, acho que essa aqui eu esqueci de tudo! Então eu prefiro essa.”*

Em relação à pergunta: “O que você sentia no momento em que foi registrada a fotografia?” Ela disse:

“Estava... tipo... Um pouco ali curiosa de como ia ficar, se ia dar certo o que nós estava planejando... Por que querendo ou não foi ideia da tanto da mãe que sou eu, quanto das meninas profissionais que são vocês cada uma acrescentou algo com amor ali, coloco um pedacinho, ali que nem né, coloco a fita, uma outra colou, então já dava, eu me senti ali, como pode dizer, até naquelas pequenas coisas o companheirismo, que eu senti da parte das meninas... Né, atenção, às vezes também falta isso, a gente quer ser que nem criança, precisa de uma atenção de alguém pra gente, e geralmente é a gente que dá atenção né, ah! Da atenção para marido, da atenção para o filho, da atenção para tudo, mas para mim ninguém dá um pouco de atenção, aquele mérito de fazer alguma coisa e aqui.... Eu me senti assim! Gostei muito de trabalhar, então foi assim.”

Sobre “o que você vê nesta fotografia? ”: (silêncio, olha para a fotografia)
“Família! Senti como uma família...”

Sobre “o que você sente olhando esta fotografia? ”: *“Que nem agora (risos), é, carinho! Como eu falei, porque tipo eu adotei, porque eu não tenho irmã, tipo sou única filha mulher, tipo adotei ali as meninas, você ali como um membro ali de família, como as irmãs ali que eu não tive. Vocês não me trataram ali como diferente, conforme às vezes como uma roupa de vesti, como a maneira que eu estava, porque ultimamente a gente não pode né, nem está bonito porque a correria é grande eu estou tudo dia aqui, chego cedo, saio a tarde, só durmo e já venho no*

outro dia cedo. Então ali eu me senti igual, vocês não fizeram a gente se senti é... Mal, sabe, eu me senti muito bem. E olhando assim, como eu falei, fazia tanto tempo que eu não me sentia assim”.

No tocante a “qual o significado deste momento no grupo para você? ”: *“Significado (pausa), pois olha ali eu acho que deixei o estres um pouquinho, e... Comecei pega a virtude de dentro ali, tipo, como eu falei, as coisas que eu não sentia, carinho, compreensão, ouvido, porque as pessoas me ouvem ali, é, sabe não sei explicação é só senti a pessoa senti ali para pode, sabe, é uma presença aqui dentro, eu senti uma paz, eu gostei, então não tenho muito de dize, é, para mim foi show, vou acha falta quando saí daqui (risos) ”.*

Quando solicitado para que “Fale sobre a sua vivência/experiência no grupo”:

“Bom, então, eu gostei, por causa que como eu falei, ali eu pude fala coisas para as outras pessoas estranhas sem ter medo de me expressa e da forma que eu passei espero que (risos) ninguém me levo do para o outro mal coisa assim, é que às vezes a gente se expressa e muitos não gostam, nossa, essa menina é grossa, essa menina, fala demais, essa menina é isso. Mais é, ali eu havia uma diferença muito grande porque para mim mudo muito!!! Entendeu? Eu aprendi ali dentro do grupo, eu gostei dessa experiência, porque coisa que eu não tinha, eu comecei analisa e coloca dentro de mim, uma é tira, lida com a minha ansiedade, entendeu, aprendi, to aprendendo assim, os dias que eu desço ali aprendi, to aprendendo com a minha ansiedade, com o meu nervosismo, sabe? Por isso que eu falei que já fazia tempo que eu não me sentia assim, é... Também gostei muito que além da gente aprende algo que eu posso leva também, saindo daqui muita coisa eu vô leva para tenta faze, ter até de repente um ganho extra, e também para a distração, porque eu senti uma terapia, sabe, porque aquilo para mim não era bom a o nervosismo a ansiedade e eu sô uma pessoa extremamente assim. Então, eu estou agora tipo mais, leve, me sentindo mais leve, então para mim foi uma experiência muito legal. Onde eu fiz nova amizade, conheci nova pessoas, novas mãe que estavam ali dentro do grupo e as meninas né, as profissionais também, que tão ali, me senti muito útil dentro. Eu gostei da experiência, mais (pausa) vou senti falta que nem eu falei...Que eu me senti muito bem né ali, é uma experiência muito boa, pôr às vezes eu podia tá lá fora, parada, sem fazer nada, podia tá ali dentro ansiada, até a hora, tipo de eu da entrada de ver meu neném, aquela ansiedade, aquele dia que eu falei

que estava meio estressada, porque a gente não sabia o estado, ah... meu filho vai ficar bem, por que é pequenininho, isso aquilo, eu sei que vou demora muito aqui pelo tamanho que ele nasceu, então se não tivesse esse grupo de ocupação eu acho que estaria bem mais pior meus dia (pausa), estaria um dia meio estressante, cansativo, porque não deixa de sê, você tá fora da tua casa, daí eu fora da minha cidade, né, i daí você vem em um lugar que você não conhece muita pessoas, eu comecei a conhece as pessoas daqui de dentro, que nem das outras que eu vim ali né, eu conheci uma das meninas ali, só que agora mudo tem algumas nova, algumas profissionais aqui eu já peguei amizade anteriormente, que nem eles falam até que eu tinha virado cliente da Santa Casa, mas que nem com esse grupo ocupa, passa as hora, a gente aprende, além de fazer os trabalhinho, a gente leva aquele cada pouquinho de cada um. Cada um que fale uma experiência que teve na vida, ouve o que a gente passa, e assim vai... Eu vou pegando aquilo pra mim sabe, então eu fui gostando, e pode sê que a pessoa assim que tá dentro, como eu falei, eu já vou levando como uma família, se você é uma pessoa que não quer perde o contato, quando você vê é difícil esquece, pode passa, pode até a gente esquece o nome da pessoa, mas a fisionomia, a alegria, algo daquela pessoa vai te marca né, uma às vezes o sorriso, pode até também outra o defeito, a ansiedade, pela ansiedade da pessoa, outra fala demais “eu lembro aquela mulher que fala” (faz voz diferente), é uma coisa que fica né, você sempre vai lembra, então é uma coisa que pelo menos eu, levo isso pra mim. Então, eu não vou esquece, como falei, cada uma ali, não sei o nome né, se pergunta, eu só descrevo a pessoa “Há! Fulana de tal, tal” (faz voz diferente), mas é assim, quando eu gosto, eu gosto, quando eu não gosto, ia dize não gosto. Então eu amei está nesse grupo ali. Eu não sabia que tinha, como falei foi uma mãezinha que tinha, que me levo e eu acabei ficando, né, e tento puxar as outras para irem também, que é muito bom...”

O percurso de Diamante no grupo foi longo. Após a entrevista, permaneceu participando até o dia da chegada da alta hospitalar de seu filho, foi quando se despediu de todos para retornar para casa com ele.

Pérola

Pérola possuía trinta anos, estudou o ensino superior completo, atuava como psicóloga. Era casada e seu esposo trabalhava como turismólogo. Moravam da zona urbana em uma casa alugada, com saneamento básico e banheiro, e

residiam com uma a três pessoas. A sua renda mensal era de aproximadamente um salário mínimo, somada à de seu conjugue, era de um a três salários mínimos. Referiu que não havia posto de saúde no seu bairro.

Pérola estava sendo mãe pela primeira vez, não possuía experiência anterior com o aleitamento materno. A gestação de seu filho, que se encontrava em internamento, foi de trinta e três semanas e três dias. Realizou parto cesáreo, por conta de intercorrências, apresentou pré-eclâmpsia e hipertensão.

A participação de Pérola não poderia deixar de ser iluminada pelo seu brilho! Seu olhar radiante transmitia uma leveza, mas que por vezes era substituída por preocupação e angústia. Durante sua participação no grupo, por muito tempo permaneceu retraída, resistente, não direcionava o olhar para se expressar, havia apenas um sorriso tímido, conversava apenas com aquilo que era indispensável, relacionado à atividade, sem compartilhar sobre si e sua história. Em alguns encontros não esteve presente. De acordo com as outras participantes o estado de saúde de seu filho havia desestabilizado. Porém, após alguns dias retornou a participar do grupo. Esse seu processo de participação entre a não frequência de participação e seu silêncio no grupo foi respeitado, mas que se fez marcante, de modo único, por sua delicadeza.

No decorrer das ações, Pérola passou a direcionar seu olhar, expressar sorrisos, opinar com maior frequência sobre detalhes daquilo que estava produzindo, assim como dialogar com outras participantes e com a equipe executora. Desde o início de suas primeiras participações, sempre chegou acompanhada por Diamante, que a instigava dizer à equipe o que ela gostava para que pudéssemos fazer nas atividades. Havia uma grande parceria e solidariedade entre Diamante e Pérola, chamava a atenção a maneira como se alocavam na sala, sempre se sentavam lado a lado.

Apesar de se ausentar por alguns dias, Pérola teve uma longa participação no grupo, participou de quatro encontros consecutivos, até o momento da realização da entrevista. Possuiu a oportunidade de acompanhar e estar junto a Diamante em todos os encontros no grupo. Recordo-me, de um dia em que estive sentada ao seu lado durante toda a ação, e ela começou a contar o quanto estava sendo difícil para ela permanecer hospedada na casa de sua mãe, pois não se sentia bem por parecer estar causando incômodo. Contou ainda o quanto estava sendo difícil para seu esposo suportar não levar o filho para casa. Disse que estar ali (no grupo), estava

sendo como “*aproveitar o tempo ali*” para se sentir melhor e, assim, conseguir dar apoio para seu esposo. Com os outros integrantes da equipe que estiveram presentes em todos os encontros, Pérola também, em alguns momentos, esteve mais próxima durante a realização da atividade.

Pérola nos ensinou que, como profissional, esteve em conflito com seus conhecimentos, necessitando ser ainda maior amparada, pois se viu na posição de “*estar sendo cuidada*”, e isso lhe provocou certo incômodo pelo modo a como referiu, demonstrou que para ela foi difícil aceitar estar sendo cuidada. Desta maneira, a sua participação impactou a todos, havia para nós da equipe um receio, uma preocupação/incômodo, diante da presença de uma participante que era profissional de saúde – psicóloga, ali naquele espaço. A preocupação surgia diante do que poderíamos estar significando para ela, porém, ficou evidente o quanto ela estava necessitando de apoio. Contribuímos para o seu fortalecimento e de seu esposo/família indiretamente. O grupo se tornou um espaço para que Pérola e sua família pudessem aliviar as angústias e sofrimentos, em utilizar este momento para o fortalecimento.

Em seus últimos dias de permanência na Unidade e participação no grupo, registrou ainda de modo escrito, sugestões de atividades e agradecimentos à equipe executora pelo apoio oferecido a ela, bem como, entregou à equipe executora lembrancinhas como modo de agradecimento. A seguir, apresentamos como foi a entrevista com a participante Pérola.

Em uma manhã de sol, Pérola observou as fotografias calmamente, efetuou várias pausas para olhar com atenção cada uma delas. Separou duas fotografias em suas mãos, em seguida escolheu uma.

FIGURA 4. FOTOGRAFIA ESCOLHIDA POR PÉROLA



FONTE: A autora (2019).

Em relação ao “por que escolheu esta fotografia?” Pérola conta: *“É, então, eu fiquei em dúvida em duas como eu falei, porque uma mostra assim, eu sendo cuidada e a outra mostra um momento que a gente têm para fazer novas amizades, e como tem me marcado mais essa questão das novas amizades, por isso que eu escolhi esta que a gente está ali fazendo uma atividade, conversando, dando risada, né, trocando até por uma questão de empresta cola, empresta isso, isso vai criando um vínculo com outras pessoas que a gente não conhecia antes também. Então como isso foi mais forte, é... Eu achei legal e escolhi esta.”*

Sobre “o que você sentia no momento que foi registrada a fotografia?”, narra emocionada: *“É, eu acho legal que as fotografias mostram, olhando as fotografias mostram bem como se a gente estivesse lá no momento mesmo, né, então primeiro a gente confeccionando algumas atividades, isso mostra um pouco de orgulho da gente mesmo de tá ali confeccionando, né, i o momento de distração de tudo que tá acontecendo mesmo né, de...Da gente tá ali produzindo alguma coisa e pensando na gente mesmo né, então achei legal por essa questão. E era o que a gente estava sentindo no momento né. Então, a gente não lembra assim da parte que foi difícil,*

lembra como uma coisa boa mesmo... (se emociona, começa a chorar). E é legal, porque agora eu estou num momento bem feliz! De que ele já está evoluindo bastante, né, é bem legal... (olha para a foto, sorri). Calmei já! (risos).

Sobre “o que você vê nesta fotografia? ” Pérola conta entusiasmada: “*Eu vejo assim, e até pensando em olha a fotografia de fora, é... duas pessoas se divertindo, mesmo assim né, um espaço que a gente consegue vê que quem tá ali, é uma produção que por mais que seja para o filho, é uma produção pra gente também, né de pensa, não tem como, a gente nesse momento muitas vezes deixa a gente de lado pra pensa em coisas pro filho mesmo, mas mesmo produzindo alguma coisa pra ele, eu vejo que também é um momento nosso, de que “ó o que eu fiz”, de tantas coisas que eu produzi levei pra casa, né, como estou passando esse tempo na casa da mãe, de mostra né “ó o que eu fiz, fui eu que fiz”, então ali é duas pessoas mostrando seu potencial mesmo, né, conversando, num momento feliz ali, mostrando potencial ali a criatividade, né, isso que eu vejo olhando pra foto de novo...” Acho que isso, mesmo. Uma troca, umas palavras como potencial, amizade né, diversão, distração, são essas palavras que acabam vindo na cabeça... (sorri).*

Referindo-se ao “o que você sente olhando esta fotografia? ”: “*Agora eu sinto... que todo esse momento passado aqui (se emociona), realmente valeu a pena! Claro que a gente não queria assim que o filho tivesse na UTI, mas, eu percebo que eu consegui aproveitar bem, esse tempo aqui, sabe!? Até, para o meu marido falei esses dias que, ele é mais ansioso, que para ele tem que estar em casa logo, mas falei para ele, a gente tem que aproveitar esse momento, e... (se emociona) Com certeza a gente vai ser pessoas completamente diferentes... né, saindo daqui, então até no começo assim, as meninas falavam “vamos lá pro artesanato, daí né, até a gente é... Passar a primeira semana e percebe e tem o outro grupo né, de humanização que é na sexta e no sábado, daí nas primeiras semanas fiquei meio assim, não, não vou participa né, que, que eu vou fazer, que, que eu vou falar, e depois que a gente se encaixa nisso, fica esperando a hora! Mesmo, esperando chega o dia e chega a hora. É... Quando a gente se aproveita o momento e se engata mesmo naquilo que tá acontecendo né, a gente consegue crescer e se torna uma pessoa mais forte, né, então, é... Isso que eu sinto agora, de como eu aproveitei e como eu estou uma pessoa diferente agora do que quando eu entrei (se emociona). Então isso para mim é bem legal (risos). (pausa) Pode... (risos)”.*

Em relação ao “qual o significado deste momento no grupo para você? ”: *“Eu acho que é um pouco disso também de... É... Nos últimos anos da minha vida, eu sempre busquei, com tudo que acontece eu me tornei uma pessoa melhor, então eu vejo que o grupo me ajudou muito nisso, mesmo de também está ali aproveitando o momento de estar aproveitando para conhecer gente nova, de está até convivendo junto com as outras mães, né que a gente tem o espaço, é, entre os cafés, mas ali a gente pode conversa, e assuntos diferentes, e um puxando o outro, é... Eu acho que me ajudou muito de aproveita o momento e me torna uma pessoa melhor, então o grupo me ajudou bastante nisso mesmo... E da gente está ali, tirando dúvidas, meio que aproveita para tudo mesmo ali, então acaba contribuindo mesmo com tudo. Mas para mim eu vejo que é isso de poder estar ali aproveitando mesmo, uma coisa para mim...”*.

Quando pedido para que Pérola “fale sobre a sua vivência/experiência no grupo”: *“Uhum... É eu vejo que, nos primeiros a gente vai, é... A gente vai começando devagar.... Não conversa muito está ali conhecendo né, às vezes é... De começo não entende muito o objetivo ali né, vai indo devagar, mas é, conforme a participação no grupo a gente já pensa, por exemplo, ontem ou antes de ontem foi o dia que eu fui ali, escrevi, dei sugestão, né, então, é, a gente começa entender melhor, participar melhor, é então eu vejo que no começo mais tímida, mais desconfiada, do que a gente tá fazendo aqui e depois já fui me entregando um pouco mais, dando ideia, conversando, conhecendo um pouco mais vocês também, então, é, vejo que também foi um processo lento, de chega e daí se entrega realmente né... E daí a gente já fica pensando, já fica esperando, agora só a outra sexta, só na outra semana e daí então como eu estou nesse processo de que ele pode ganha alta daí eu fico pensando, “ Ah! Daí eu não vou”, não vai ter o próximo né... É... Algo que a gente já fica com vontade de ter, de chega a hora assim... Então.... Acho que é isso, esse processo que eu fui levando...”*.

A entrega da lembrancinha para a equipe executora marcou a alta hospitalar, Pérola e seu filho retornaram para casa.

Rubi

Rubi possuía trinta e um anos, trabalhava como agricultora juntamente com seu marido, que também não concluiu o ensino fundamental. Residia com quatro a sete pessoas, em uma casa própria. Localizada na zona rural, com eletrodomésticos

básicos, banheiro, sem rede de esgoto. A localidade onde residia, possuía posto de saúde. A renda declarada por Rubi foi de um salário mínimo, sendo esta a renda familiar. Em relação a sua experiência anterior com o aleitamento materno, não possuía, pois esta foi a sua primeira gestação, com vinte e três semanas e dois dias. O parto foi vaginal e Rubi era tabagista.

Rubi foi encantadora por sua humildade diante de todo sofrimento e angústia! Sua trajetória na Unidade foi intensa, pois o processo de internamento de seu filho foi longo. Acompanhada disso, buscou refúgio nas ações do grupo. A participação de Rubi foi marcada pelo sofrimento, que era evidente em sua face, por conta do estado de seu filho que era de alta instabilidade, pela prematuridade extrema. Rubi construiu diversos laços com outras participantes no grupo, tornou-se agente mediadora ao convocar diversas outras mães para participar. Assim como, ofereceu apoio, encorajou e comoveu outras participantes com sua história.

Em sua trajetória no grupo, verbalmente com sua maneira tímida de ser, sugeriu para a equipe em vários momentos, ideias de atividades para serem realizadas. Esteve acompanhada por todos os membros da equipe executora em todas as suas participações, Rubi possuía uma relação de proximidade com todos.

Obtive a valiosa oportunidade de estar presente em todos os encontros em que Rubi estava. Rubi nos provocou a lidar intensamente com a iminência de não retornar com seu filho para casa, por conta de seu estado de saúde que era grave e instável. Sendo assim, a cada encontro, Rubi relatava sobre o estado atual de saúde de seu filho, oferecíamos escuta e respeitávamos a sua condição em cada momento, pois devido esta instabilidade, a atividade não se tornou atraente por várias vezes. Mas observamos que Rubi apenas desejava estar ali, junto da equipe e de outras participantes.

Em um encontro em que eu cheguei por alguns instantes mais tarde, as participantes já estavam reunidas na sala, contemplava-se uma verdadeira esfera naquele espaço, em que parecia que eu iria interromper o diálogo que se apresentava com fluidez no presente momento. Quando adentrei, imediatamente Rubi alcançou em minhas mãos um envelope, e disse para eu ver a sua primeira fotografia com seu filho no colo. Calmamente eu abri aquele envelope: deparei-me com uma imagem que nunca irá sair se minha memória, ali estava. Rubi, sorrindo e chorando com seu filho no colo, um bebê com inúmeros tubos e equipamentos ligados a ele. No momento em que olhei para a fotografia Rubi disse sorrindo: “Eu

não aguentei, chorei muito quando peguei ele no colo, foi a primeira vez! ”. Permaneci olhando para aquela fotografia e pensando o que eu iria dizer para Rubi, diante daquela imagem que para ela representava um momento importante com seu filho, mas que ao mesmo tempo demonstrava imensa fragilidade. Mas logo em seguida eu disse a ela: *“Você viu que ele está olhando para você?!”*. Rubi sorriu, com lágrimas nos olhos.

Eu não possuía certeza exatamente de qual seria a melhor forma para reagir, diante daquela fotografia que representava uma situação tão frágil. Mas eu acreditava que deveríamos contribuir para que Rubi obtivesse outras possibilidades sobre a nossa percepção em relação àquela imagem. Buscando favorecer para ampliar suas forças e continuar enfrentando aquele processo de internamento, por isso, ao dizer que seu filho estava olhando para ela, poderia lhe encher de esperança e fortalecimento.

Esse encontro foi marcante com a sua participação no grupo. Rubi comoveu a todos, com a fotografia sua com seu filho no colo, quando apresentou para o restante da equipe e, feliz, relatou o registro da primeira vez em que segurou seu filho em seus braços. Rubi demonstrou o quanto o grupo e o espaço eram importantes para compartilhar esse marcante acontecimento, de vivência da hospitalização de seu filho. Ela participou de quatro encontros consecutivos, até o momento da entrevista. Em seguida, apresentamos o momento único que foi a entrevista com Rubi.

Em uma manhã fria, porém, iluminada pelo sol, à Rubi foi apresentado o material fotográfico, ela observou pausadamente cada uma das fotos, comentou sobre as inúmeras amizades que fez no hospital, destacou que a fotografia “fala” sobre os diversos momentos que enfrentou ali, de momentos difíceis, mas também daqueles que possuiu a oportunidade de se divertir no grupo com as “meninas”.

FIGURA 5. FOTOGRAFIA ESCOLHIDA POR RUBI



FONTE: A autora (2019).

Quanto ao “por que escolheu esta fotografia? ”, Rubi narra: *“Ah! Porque tem as que eu fiz amizade, tem vocês que ajudam a gente né, tem tudo junto aqui né tem o que a gente faz para nós, que faz para os nenês tudo né. Fala bastante né... (olhando para a fotografia). Sim! Bastante momento bom que a gente tem, é triste, não é fácil estar aqui, mais... Que nem é os momento que a gente se diverte né, com vocês, com as meninas né, algumas tão, algumas já não tão já foram embora né, e assim vai por diante a gente vai construindo outras amizades e vai indo né... Que é bastante importante né, a gente conversa com uma com outra, que vai passando o dia, uma dá força pra outra, uma tira a dúvida da outra quando sabe né, quando sabe, quando não sabe fala não sei né... E assim vai...”*.

Em relação ao “o que você sentia no momento em que foi registrada a fotografia? ” Rubi comovida conta: *“Essa... (respira fundo) Eu pensava no Bruno, no nenê, quando estivesse em casa brincando que nem com os brinquedos que a gente faz com as coisinhas que a gente faz ali né, pensava no nenê”*.

No tocante ao “o que você vê nesta fotografia? ”: *“Essa... Gente que esta sorrindo, mas que por dentro tem uma tristeza né...”*.

Rubi conta sobre “o que você sente olhando esta fotografia? ”: *“Saudade... Bastante da Sandra, da Djuli que foi que eu convivi mais né, tem a Vilmari né, que hoje já vai para pediatria, também né, que a gente sente falta né... Que torna quase uma família quase né, vejo que nem saudade, sinto saudade delas...”*.

No tocante ao “qual o significado deste momento no grupo para você? ”. Rubi narra: *“Ai, é bom porque distrai a gente, a gente conversa a gente brinca, dá risada, é o momento que a gente se distrai, que a gente tipo esquece um pouquinho dos problema que tá tendo fora de lá... Da sala né, lá você entro lá você tipo consegue se espairer, se desliga um pouquinho a cabeça, o pensamento né, que nem eu que estou com o Bruno ali né, aí meu Deus, que nem não deu bom o exame do pezinho dele, daí você já fica pensando né, então que nem lá você consegue tipo se distraí um pouco, não fica só com aquilo, com uma coisa só na cabeça, direto. É isso...”*.

Quando solicitado para que Rubi “fale sobre a sua vivência/experiência no grupo”, narra: *“Ah! Para mim que nem eu não sabia que tinha, depois fiquei sabendo, aí fui gostei, para mim é muito bom.... Sinto falta. Que nem agora esses dias a gente estava com a Leslie, daí vai ter só hoje e não vai ter mais, de manhã. Depois só com a Silvia, então já sente falta, você se acostuma né. Que nem se acostumamos com vocês né, daí a gente já fica ai meu Deus, tomara que chegue sexta que tem as meninas da fono né para nós e, vamos inventa alguma coisa diferente... Então para mim é muito bom, gosto bastante! Ah, que nem agradece todo mundo né, que nem o grupo de vocês da Silvia, de tudo, tudo né, da UTI, que nem tem paciência com a gente né, a hora que a gente está nervosa vocês conversam.... Né, só ajuda, então só tenho que agradece...”*.

Rubi retornou para sua casa após sua longa participação nas ações. Porém, não houve tempo para se despedir, ela e seu filho lutaram muito, mas ele não resistiu por conta da extrema prematuridade. Foi um profundo acontecimento enfrentado por todos. Mas tínhamos a certeza de que de várias formas contribuimos para seu fortalecimento e enfrentamento deste acontecimento.

Esmeralda

Esmeralda possuía vinte e nove anos, cursou o ensino superior, porém não finalizou a graduação. Casada, trabalhava apenas no lar e aos cuidados dos filhos. O seu esposo trabalhava como motorista, e havia cursado o ensino fundamental

completo. Na residência da família, convivia com quatro a sete pessoas, em uma casa própria, localizada na zona urbana, com banheiro, saneamento básico. Esmeralda não possuía renda própria, a renda familiar era de um a três salários mínimos.

A sua experiência com o aleitamento materno foi de um ano e seis meses da sua última gestação, das três existentes. A gestação de seu filho, que se encontrava em internamento, foi de trinta e uma semanas. Realizou parto cesárea, devido a intercorrências provocadas pela hipertensão.

Esmeralda, encantadora com a sua ternura em seu modo de ser! Sua trajetória no processo de internamento também foi longa. Resistiu a vários convites para participar, realizados na sala de espera. Algumas vezes, Esmeralda até chegou a dizer ainda na sala de espera, que iria participar, mas quando as mães se deslocaram até o local das ações, Esmeralda não compareceu junto às demais. Acontecimentos estes que foram respeitados, enquanto isso, o convite permaneceu para todas as mães a cada encontro.

A participação de Esmeralda quando iniciou, foi ativa na realização das atividades, com iniciativa para decidir sobre aquilo que gostaria para decorar, produzir, realizar, etc. Era encantadora sua habilidade com as atividades manuais, referiu-se, em vários momentos, ao quanto gostava de efetuar atividades manuais como, bordado, patch applique, produção de objetos de decoração, entre outros. O percurso de Esmeralda no grupo foi marcado pelo seu encontro com suas habilidades, concentrava-se nas atividades de maneira que chamava a atenção, por sua afetividade com as atividades manuais, que ofereceram a ela a recreação, e que preenchia os espaços da hospitalização, transformando o processo também em um lugar de afetividade e, portanto, atenuando as angústias.

Esmeralda não costumava dialogar e compartilhar sua história abertamente, mas no momento que alguma das integrantes da equipe executora se aproximava, sentava-se ao lado, Esmeralda imediatamente começava a conversar, perguntar sobre algum material, contar sobre o que já fez relacionada àquela atividade, assim como relatar sobre seu filho, sobre as evoluções que ocorreram e/ou desestabilidades das condições de saúde. Em todos os encontros Esmeralda foi acompanhada por todos os membros da equipe, e o fato de compartilhar somente de maneira individual, fez da participação de Esmeralda, única. A sua participação, ocorreu em quatro encontros consecutivos, antes da realização da entrevista. Mas

em seguida disso, Esmeralda continuou participando ativamente. A sua presença foi marcada da seguinte forma: estar próximo a Esmeralda, tanto para mim, quanto para a equipe, revelou momentos em que fomos desafiados a acompanhar suas habilidades com as atividades. Observamos que a superação de Esmeralda diante do momento vivido, e pelo espaço que encontrou no grupo, refletia a conquista/finalização na realização de cada atividade. O momento da entrevista realizada com Esmeralda será apresentado a seguir.

Em uma tarde de muito sol, logo após o almoço, foi apresentado o material fotográfico impresso para Esmeralda, que estava ansiosa para participar da conversa.

FIGURA 6. FOTOGRAFIA ESCOLHIDA POR ESMERALDA



FONTE: A autora (2019).

Esmeralda narra “por que escolheu esta fotografia? ”: *“Perece que está mais alegre na foto, sei lá, as outras eu fiquei sempre de cabeça baixa, essa aqui aparece mais o rosto, eu estava sorrindo! ”*.

No tocante ao “o que você sentia no momento em que foi registrada a fotografia? ” Esmeralda destaca: *“Na verdade, sei lá, que nem eu, estava fazendo as coisas, estava fazendo a toalhinha, estava mais distraída, estava mais leve, porque a gente geralmente, que nem quando a gente fica aqui em cima fica mais preocupado, esta ali direto né, esperando o tempo passa rapidinho para gente já poder entra de novo, então eu estava mais distraída nesse momento...”*.

Esmeralda narra com entusiasmo “o que você vê nesta fotografia? ”: *“Na verdade ali nós estávamos fazendo a toalhinha né?! Eu me vejo bem ali, estava fazendo uma coisa que eu gosto (pausa), estava animada! Estava bom! (risos) Uma coisa assim... (risos)”*.

Sobre “o que você sente olhando esta fotografia? ” Esmeralda conta: *“É uma lembrança boa, uma coisa boa que a gente fez... Que aprendeu uma coisa diferente também, eu não sabia fazer toalhinha desse jeito né... É uma lembrança boa que eu vejo aí que me bate (pausa). Acho que é isso...”*.

Sobre “qual o significado deste momento no grupo para você? ” Esmeralda narra: *“Para mim é uma coisa boa! Diferente! Que nem eu que conheci as meninas, que não conhecia, é uma experiência nova né, foi uma coisa bem boa que eu fiz ali que para mim foi muito bom! ”*.

Quando solicita para que “fale sobre a sua vivência/experiência no grupo”, Esmeralda enfatiza: *“É... Esta sendo bom! Por causa que a gente fica aqui em cima, você... sempre tem que tá sempre ali com a cabeça só ali no nenê né, e a gente precisa também se distraí um pouco né, é o estresse né, que nem na primeira semana que eu fiquei aqui, eu fui pra minha casa chorando, desesperada, por causa de não poder levar ele pra casa, e ali a gente tá lá a gente se distrai, é uma coisa diferente pra faze, esquece um pouco né, não que esqueça né, mas minimiza um pouco né, aquele pensamento de só tá ali, só tá ali, do que vai acontece, se vai logo pra casa ou não, é uma coisa que ajuda bastante a gente se distraí, passa o tempo né pra gente...”*. Após sua longa trajetória no grupo Esmeralda retorna para casa levando o filho.

Ametista

Ametista possuía vinte e seis anos, e trabalhava como operadora de caixa. Era casada, e assim como seu esposo, possuía ensino médio completo. Ele trabalhava como motorista. Residiam com uma a três pessoas, em casa própria, que continham eletrodomésticos básicos, banheiro. Localizava-se na zona urbana, ausente de tratamento de esgoto. O bairro possuía posto de saúde. A renda mensal de Ametista era de um a três salários mínimos e, somada à renda familiar total, não ultrapassava a esses valores.

Ametista, uma grande guerreira! Pois como observamos, ao contrário de outras mães, sua trajetória no processo de internamento demonstrou a ausência de estabelecimento de laços com outras mães, que também permaneciam na Unidade. Não observamos que Ametista possuía maior proximidade com alguma mãe em específico, o que talvez dificultasse sua luta no processo de hospitalização.

No grupo, sua participação foi marcada pelo silêncio, mas um silêncio preenchido pelo encanto. Era comum vê-la com seus olhos admirados olhando para suas produções, segurava os objetos em suas mãos com enorme cuidado, analisava cada detalhe com deslumbramento. Esses momentos demonstravam uma fascinação de Ametista, em não acreditar estar diante daquilo que ela mesma havia produzido. Os momentos no grupo ofereceram para Ametista, a possibilidade de mover diversas vezes sua atenção para outros eixos/direções, para além do sofrimento da hospitalização.

Durante a participação de Ametista, todos da equipe estiveram presentes. Ametista participou de quatro encontros seguidos, até o momento da entrevista, após isso, seu filho recebeu alta da Unidade. Ametista permitia a todos estarem junto a ela no momento da realização de alguma atividade, pois notamos ainda que frente a isto, havia uma dificuldade/receio de Ametista para manipular os materiais, que indiretamente demandava auxílio para iniciar uma produção. Respeitamos e auxiliamos neste processo, pois isto não fazia com que Ametista desistisse de estar ali no grupo e/ou de realizar a atividade. A seguir apresentamos a entrevista efetuada com Ametista.

Em uma tarde em que o sol brilhava nos aquecendo intensamente, foi apresentado para Ametista o material fotográfico impresso, ela olhou cuidadosamente cada uma das fotografias, e quando solicitada para escolher uma, imediatamente selecionou.

FIGURA 7. FOTOGRAFIA ESCOLHIDA POR AMETISTA



FONTE: A autora (2019).

Ametista conta “por que escolheu esta fotografia? ”: *“Porque... Porque essa eu achei que eu estava mais solta, no começo eu estava mais envergonhada... Acho que é isso...”*.

Sobre “O que você sentia no momento em que foi registrada em fotografia? ”, Ametista narra com firmeza: *“Alegria! (pausa, fica pensativa) Mais animada assim... (pausa) acho que é isto...”*.

No que se refere ao “o que você vê nesta fotografia? ” Ametista relata: *“(pausa, pensa olhando para a fotografia) Alegria! Vontade de fazer as coisas.... Isso!”*.

Ametista também conta sobre “o que você sente olhando esta fotografia? ”: *“O que eu sinto... (pausa) Feliz!”*.

Em relação a “qual o significado deste momento no grupo para você? ”: *“Ah é muito bom! Um momento que a gente tem assim de desestressa, de pensa em outras coisas.... Foi isso...”*.

Por fim, Ametista conta “sobre a sua vivência/experiência no grupo”: *“Eu gostei! Estou gostando, achando bom interagi assim, coisa nova assim, não tinha,*

não fazia isto antigamente... Acho que isto". Ametista, logo em seguida da entrevista, retornou para sua casa com seu filho que recebeu alta hospitalar.

Importante destacar que anteriormente ao início de várias ações, ocorreu que quando a equipe executora chegou até a sala onde as atividades eram realizadas, para organizar e preparar os materiais que seriam utilizados naquele encontro, deparou-se com as participantes já a espera, aguardando para participar da ação do dia. Esses acontecimentos foram marcantes, pois representavam o interesse e entusiasmo das participantes na expectativa daquele momento.

Além disso, foram frequentes as solicitações de disponibilização de material e de atividades, para que pudessem realizar durante os outros dias que não ocorriam as ações. Frequentemente a equipe disponibilizava materiais como agulha para bordado e fio, para o uso nos dias que seguiam ao próximo encontro. Quando nos encontrávamos novamente na ação seguinte, as participantes com alegria demonstravam aquilo que haviam produzido. Foram inúmeras toalhinhas bordadas que representavam com veemência o empoderamento, a satisfação, e autonomia por conseguirem finalizar seus primeiros bordados. Estes e outros momentos foram registrados através de fotografias, oferecendo origem às narrativas.

As narrativas originadas a partir das fotografias trazem uma proliferação de questões afetando tanto as participantes quanto a pesquisadora. Foi possível perceber uma boa receptividade do método utilizado. Importante destacar que não tivemos acesso a qualquer trabalho que utilizasse esse procedimento com esta temática/população.

De modo geral, o momento em que o material impresso fotográfico foi apresentado configurou-se em um momento único, de atenção/cuidado em que elas ficaram surpresas, expressaram-se com sorrisos, admiradas em se ver ali naquela imagem, de modo que demonstravam sentirem-se especiais, de que alguém estava dispensando atenções dirigidas a elas. Diversos apontamentos surgiram das participantes anteriormente ao início das questões do roteiro. Apontaram sobre como se viram nos primeiros encontros e até os últimos, as expressões, os gestos, que, como cita Rubi, para ela "*a fotografia fala*". Como aponta Guran (2011), a fotografia tem em sua própria natureza a capacidade de abrir vias para a percepção do mundo visível, e obtenção de informações que não seriam possíveis por outros métodos de investigação.

Sendo assim, como coloca Maresca (1996, p.113), a fotografia possibilita através das: “[...] trocas que passam pelo silêncio, pelos olhares, expressões faciais, mímicas, gestos, distância, etc.”, informações preciosas que podem ser captadas, porém, que ao discurso científico nem sempre é possível incluir.

As narrativas geradas não possuem a função de esgotar as possibilidades e apontamentos diante desta experiência das participantes com a fotografia, na participação do grupo durante o processo de hospitalização. Mas considerando que “*nossa memória é seletiva, lembramos daquilo que “podemos” e alguns eventos são esquecidos deliberadamente ou inconscientemente*” (MUYLAERT et al., 2014, p. 195). Importando desta forma o que é relatado (MUYLAERT et al., 2014).

Observamos a existência de semelhanças, bem como, de singularidades nas narrativas apresentadas pelas participantes, são evidências do percurso particular de cada participante no grupo e diante de sua representação na fotografia. A seguir apresentamos, as categorias geradas a partir na análise das narrativas.

4.1 ENTRE A COLA E O PAPEL – UM ESPAÇO DE LIBERDADE, ACOLHIMENTO E CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS

As motivações para a escolha das fotografias perpassaram sobre os inúmeros significados que o momento no grupo gerou para as participantes. Não foram apenas atividades isoladas, mecânicas de produção, ou por meio de um passo a passo definido. Na produção, no produto final, não se buscou a perfeição, ou julgamentos sobre o objeto pelo seu estado, se estava dentro do esperado. Mas importou para estas participantes o que o momento dedicado para a atividade promoveu.

Entre a cola e o papel simboliza as significações advindas de momentos que adquiriram profundas representações para as participantes, o fato de compartilhar/emprestar objetos/materiais promoveu acontecimentos que desencadearam em formações de vínculos, em que “emprestar a cola” deu lugar também ao relacionamento com outras pessoas, como narra Pérola. Outras representações, preenchidas de significados apresentados pelas participantes, pela sua vivência no grupo, fizeram-se presentes durante as atividades como serão demonstradas a seguir.

No quadro 1, evidenciamos algumas motivações que levaram as participantes a selecionar a fotografia. Delimitamos três categorias: espaço de liberdade de expressões, acolhimento e construção de vínculos.

QUADRO 1. INTERPRETAÇÕES DAS NARRATIVAS DAS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO A SUA MOTIVAÇÃO PELA ESCOLHA DA FOTOGRAFIA

Espaço de liberdade de expressões	<p><i>“Que menos estressada assim sabe, tipo calma, tranquila”.</i> <i>“[...] me mostrou uma expressão que faz tempo que eu não sentia, sabe? ”</i> <i>“[...] acho que essa aqui eu esqueci de tudo!”</i> (Diamante)</p> <p><i>“[...] está mais alegre na foto”.</i> <i>“[...] eu estava sorrindo”.</i> (Esmeralda)</p> <p><i>“[...] essa eu achei que eu estava mais solta, no começo eu estava mais envergonhada”.</i> (Ametista)</p> <p><i>“[...] momento bom que a gente tem”.</i> <i>“[...] é os momentos que a gente se diverte</i></p>
-----------------------------------	--

	<i>né</i> . (Rubi)
Acolhimento	<p><i>"[...] mostra assim eu sendo cuidada [...]"</i>. (Pérola)</p> <p><i>"[...] e... e tipo sei lá, me sentindo útil, sabe?! Essa aqui eu gostei (risos). "</i> (Diamante)</p>
Construção de vínculos	<p><i>"[...] mostra um momento que a gente tem para fazer novas amizades, e como tem me marcado mais essa questão das novas amizades".</i></p> <p><i>"[...] a gente está ali fazendo uma atividade, conversando, dando risada, né, trocando até por uma questão de empresta cola, empresta isso, isso vai criando um vínculo com outras pessoas"</i> (Pérola)</p> <p><i>"Por que tem as que eu fiz amizade, tem vocês que ajudam a gente né".</i> (Rubi)</p>

FONTE: A autora (2020).

A definição da fotografia foi impulsionada pela liberdade de expressão, o modo como foram acolhidas no grupo e as construções de vínculo. O acolhimento permite a verificação do processo de trabalho na produção de saúde, é nisso que estão baseadas as relações entre os profissionais e usuários, profissionais/profissionais e gestão, que exigem avaliações constantes, mediante os valores humanitários pressupostos pelo acolhimento em saúde. Em diversos segmentos narrados pelas participantes, mostram-se indicativos da relação estabelecida/proporcionada no espaço do grupo, como demonstra Ametista, ao eleger a fotografia em que para ela refletia estar *"mais solta"*, ou seja, a maneira como foi conduzida/estabelecida as relações ofereceram às participantes a possibilidade de se sentirem descontraídas, acontecimento este que ocorre quando o acolhimento de fato é efetivo.

FIGURA 8. FOTOGRAFIA ATIVIDADE PORTA-ALGODÃO



FONTE: A autora (2019).

FIGURA 9. FOTOGRAFIA ATIVIDADE TOALHINHA DE BOCA



FONTE: A autora (2019).

FIGURA 10. FOTOGRAFIA ATIVIDADE DIA DA BELEZA



FONTE: A autora (2019).

Como afirma Costa, Klockl e Locks (2012), em seu estudo, em que buscou conhecer como ocorre o acolhimento aos pais na percepção da equipe de enfermagem neonatal, na busca de elaborar estratégias para a relação profissionais/familiares:

O acolhimento é a chave inicial para o processo de comunicação entre os pais e os profissionais de saúde. A forma como os pais são recebidos no hospital irá influenciar significativamente toda a internação do recém-nascido (COSTA; KLOCKL; LOCKS, 2012, p. 360).

O acolhimento é entendido em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de incluir, de acolher. Sendo assim, essa atitude resulta em estar em relação com algo ou alguém. É uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, que contempla aspectos éticos, estéticos e políticos. Ético porque se refere à atribuição de reconhecer o outro em suas várias dimensões e divergências, em relação ao seu modo de vida, sentimentos e crenças. Estético, pois traz estratégias criadas do dia a dia das relações humanas, assim como, político pelo compromisso coletivo, em estar envolvido nos diferentes encontros da vida (BRASIL, 2010).

Cabe ressaltar a importância do recurso fotográfico, em captar as expressões despertadas nas participantes, e os relatos do modo como se sentiam

no momento do grupo. São inúmeras as estratégias que podem ser utilizadas no favorecimento do acolhimento de famílias, no contexto de UTIN. Como incentivar a participação da família no cuidado, comunicação efetiva entre a equipe da Unidade e os pais, entre outros, cabe a equipe identificar e reconhecer as demandas, porém, para isto, a população assistida necessita sentir-se segura no contexto que se insere, e possuir subsídios para então, poder, sobretudo, expressar-se (LUCAS et al., 2009). Neste sentido, o grupo constituiu-se em um espaço em que as mães, pelo modo em que foram acolhidas, tiveram a liberdade para expressar-se, das mais variadas formas sobre aquilo que estavam sentindo.

Para isso, é fundamental a equipe de profissionais entender a importância de se favorecer a coprodução do trabalho em saúde, ou seja, com a participação do usuário e como disparador de expressões a o trabalho criativo:

[...] são múltiplas as possibilidades de aprisionamento do processo de trabalho, os signos que se impõem pelos afetos, que podemos encontrar os caminhos de produção subjetiva, abrindo-se para o Trabalho Criativo. O ato de criação será, portanto, o efeito de uma desruptura, deslocamento, no plano das subjetividades presentes na produção do cuidado, sendo estas a expressão dos trabalhadores e dos usuários (FRANCO, 2015, p.106).

Isto demonstra a necessidade de oferecer possibilidades que despertem a criatividade, como as atividades oferecidas no grupo. Pois as adversidades que podem surgir no campo da saúde são vastas, e que, portanto, não seguem uma previsão, com moldes estabelecidos, em que possam ser solucionados/amenizados todos com as mesmas estratégias. E para isto, os profissionais também são convocados a agir/responder com condutas que nem sempre obedecem aos conceitos pré-concebidos de conhecimentos técnicos, porém, na maioria das vezes, são obrigados a adotar apenas soluções dentro do que é protocolado. Romper padrões e promover modos de cuidar alternativos denomina-se como trabalho criativo. Estas alternativas requerem que se assumam novas condutas, determinados riscos, o que os autores chamam de “responsabilização solitária”, ou ainda, quando estabelecida uma rede para a tomada de decisões sobre essa forma de trabalho, esta se torna a responsabilização coletiva. É o trabalhador assumindo o controle sobre o seu processo de trabalho (FRANCO, 2015).

Desta forma, o modo como foi promovida a condução das ações, constituiu-se em uma alternativa para a produção do trabalho criativo em saúde. Essa

possibilidade resultou na maneira como as mulheres se sentiram acolhidas, como relatado por Pérola, que interpreta na fotografia o sentido de estar sendo cuidada e, Diamante, que narra estar sentindo-se “útil”. Estas narrativas demonstram a atenção dispensada às participantes, do cuidado que foi além de aspectos pontuais como relacionados no estudo de Lucas et al. (2009) referido anteriormente. Trata-se de uma abordagem baseada no cuidado integral em saúde, para que os sujeitos não sejam vistos de modo fragmentado. Todavia na prática, em diversos contextos isso ainda é uma luta contínua, principalmente no âmbito de UTIN, onde aspectos de saúde orgânica ainda detêm maior atenção.

[...] no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes. Elas acontecem aqui e acolá, mas ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que almejamos. Exatamente por isso, talvez seja oportuno dedicar maior atenção ao exame dessas experiências, em sua maioria localizada, que transformam as práticas na direção da integralidade. Há que reconhecê-las, analisar as condições que tornaram possível sua emergência, refletir sobre os potenciais e os limites de sua difusão. Analisar as experiências que se pautam pela integralidade é uma importante agenda de pesquisa (MATTOS, 2004, p. 1412).

Sendo assim, por meio da atenção integral promovida, a construção de vínculos foi despertada, entre as participantes e participantes/equipe, no espaço das ações, sendo relatadas no momento da definição da fotografia. Diante disto, o estudo de Schimith et al. (2011), que realizou uma revisão integrativa sobre estudos que abordam as relações entre profissionais de saúde e usuários, durante as práticas em saúde, e com este estudo buscou identificar os aspectos pesquisados no cotidiano dos serviços acerca dessas relações. A partir de 290 estudos publicados entre 1990 e 2010, foi estabelecido cinco núcleos de sentido: a relevância da confiança na relação profissional-usuário; sentimentos e sentidos na prática do cuidado; a importância da comunicação nos serviços de saúde; modo de organização das práticas em saúde; e (des) colonialismo. Os autores observaram nos estudos, que as relações estabelecidas nas práticas de saúde têm uma dimensão transformadora, a partir do momento que se inclui os sujeitos como participantes do processo de assistência.

Além disso, afirmou-se no estudo acima, que por mais que existam políticas públicas propostas pelo Estado, sua efetivação e consolidação nos serviços ainda é um desafio constante. Sendo assim, as ações promovidas no grupo demonstraram-

se como uma possibilidade de cuidado eficiente, na busca constante de construção da atenção integral com a população assistida em UTIN.

4.2 ENTRE O FIO E A AGULHA – DESVINCULAÇÃO DA ATENÇÃO CENTRADA NO BEBÊ PARA OUTRAS NUANCES DE SUA SUBJETIVIDADE

O sentimento despertado diante da fotografia demonstrou que as participantes encontraram no grupo a possibilidade de outras nuances de sua subjetividade. Referiram-se em diversos momentos à distração, em que as imaginações perderam o foco permanente centrado nas condições clínicas de seus filhos, e passaram a dar lugar para pensar em si mesmas, pensar em momentos além do período de hospitalização. Este processo foi de construção durante os momentos das participantes no grupo, em que necessitaram atravessar de maneira intensa as situações que estavam vivendo, para oferecer lugar a outras percepções e abstrações frente à hospitalização enfrentada. Isto, como uma agulha que necessita perfurar para entrelaçar o fio com o tecido e formar o ponto da costura. Assim, as participantes atravessaram o momento vivido e com o apoio oferecido no grupo, estabeleceram outras articulações, de direcionamento de sua atenção para outras possibilidades, o que provocou sentimentos que favoreceram para o enfrentamento do momento vivenciado.

Sendo assim, no quadro 2 apresentamos a categoria “Desvinculação da atenção centrada no bebê para outras nuances de sua subjetividade”, criada a partir das narrativas dos sentimentos no momento em que foi registrada a fotografia.

QUADRO 2. INTERPRETAÇÕES DAS NARRATIVAS DAS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO AOS SENTIMENTOS NO MOMENTO EM QUE FOI REGISTRADA A FOTOGRAFIA.

Desvinculação da atenção centrada no bebê para outras nuances de sua subjetividade	<p><i>“[...] a gente não lembra assim da parte que foi difícil, lembra como uma coisa boa mesmo...”</i></p> <p><i>“[...] isso mostra um pouco de orgulho da gente mesmo de está ali confeccionando, né, e o momento de distração”</i></p> <p><i>“[...] pensando na gente mesmo né”</i> (Pérola)</p>
Desvinculações do sofrimento imediato	<p><i>“[...] estava mais distraída, estava mais leve”</i></p> <p><i>“[...] eu estava mais distraída nesse momento”</i> (Esmeralda)</p> <p><i>“[...] Alegria! (pausa fica pensativa) Mais animada assim...”</i> (Ametista)</p>
Desvinculações de preocupações futuras	<p><i>“[...] quando estivesse em casa brincando”</i></p>

	<p>(Rubi)</p> <p><i>“Estava... Tipo... Um pouco ali curiosa de como ia fica, se ia dá certo o que nós estávamos planejando...”</i></p> <p>(Diamante)</p>
--	--

FONTE: A autora (2020).

A participação nessas atividades possibilitou às participantes saírem de seu mundo restrito, centrado no bebê, para entrar no mundo da recreação e distração. Pérola destaca um importante acontecimento, o fato de pensar em si própria. Para além de desvincular pensamentos relacionados ao seu filho, as participantes voltaram-se a elas, de que para além de uma mãe, existe um ser mulher que possui desejos, opiniões, demandas que são apagadas pelo papel social de mãe.

Outro acontecimento importante foi de que era comum, nos encontros, as participantes mencionarem as dificuldades com a amamentação, por diversos fatores relacionados ao processo. Entendendo-se que um dos papéis determinados à mulher é a maternidade, o grupo ofereceu suporte no alívio da culpa de uma mulher que “falhou” na sua vocação para a maternidade e amamentação do seu filho (TINOCO, 2013). Deste modo, o corpo feminino assume uma posição da ordem social, em um objeto que sofre influências de forças de poder, que podem vir a conter e regular de acordo com as normas e valores estabelecidos socialmente. Um exemplo disso é a identidade materna assumida pela mulher em relação à amamentação, que como um processo, diante de transformações históricas e sociais, promove ao papel de mãe vivências de modo individual das oscilações no decorrer do momento histórico vivido. Deste modo, a identidade feminina não é estática e suporta de maneira subjetiva as representações do que é ser ou não ser uma mulher que amamenta (GIORDANI et al., 2018).

Sendo assim, é possível constatar que, de modo indireto, as ações contribuíram para que as participantes direcionassem sua atenção, por alguns momentos, a si próprias, colocando-se à frente diante da situação vivenciada. E diante de dificuldades com a amamentação, o alívio da tensão pode ser um fator cooperante para o favorecimento da amamentação, como pode ser verificado nas palavras de Esmeralda e Ametista.

Em seguida, consideramos o estudo de Favaro e Peres (2012), para destacar outros acontecimentos marcantes das participantes no grupo. Os autores

buscaram comparar a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo. De abordagem quantitativa, foram quarenta participantes submetidas à avaliação de rastreamento realizada pelo Serviço de Psicologia, de um hospital no interior paulista, com a aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), esta que avalia sintomas clinicamente significativos de ansiedade e depressão em adultos de ambos os sexos. Os resultados mostraram que, entre as mães de bebês prematuros, 75% apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade e, 50% apresentavam sintomas clinicamente significativos de depressão. Em relação às mães de bebês a termo, 65% não apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade e tampouco depressão. Sendo assim, as mães de bebês prematuros apresentaram diferença estatisticamente significativa, concordando com a literatura, que demonstra que a prematuridade impacta negativamente a saúde mental de mães de bebês prematuros.

Outro estudo de revisão integrativa, também aponta para questões alarmantes, em relação à saúde mental de mães de recém-nascidos prematuros. Felipe, Souza e Carvalho (2014), selecionaram produções científicas em bases de dados no período de 2003 a 2014. Verificou-se que as mães de recém-nascidos prematuros estão vulneráveis a desenvolver sintomas psicopatológicos. Dentre essas alterações, as mais evidentes foram depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Diante disso, o nascimento prematuro pode contribuir para o desenvolvimento de alterações na saúde mental. Portanto, as autoras ainda sugerem que é necessário que os profissionais investiguem sobre as condições de saúde mental dessas mães, bem como implementem estratégias que auxiliem no enfrentamento da hospitalização do seu filho prematuro.

É imprescindível ações nesse contexto, que ofereçam a possibilidade de que as mães possam desafixar sua atenção somente restrita ao seu filho, pois como mostram os estudos referidos, o nascimento de um recém-nascido prematuro provoca intensas alterações nas condições de saúde mental da mãe. Cabe ressaltar que as narrativas produzidas pelas participantes demonstraram que as ações no grupo promoveram diferentes modos de distanciamento/desvinculações. Foram desvinculações imediatas, em que as participantes apresentaram indícios de alívio do sofrimento do momento vivido. Além disso, representações de desvinculações de preocupações para o momento futuro ocorreram, como demonstra o relato da mãe

em seu imaginário, que narra o fato de seu filho poder brincar com o objeto produzido na ação (Rubi).

4.3 ENTRE A FITA E O LAÇO – O PERTENCIMENTO, PROTAGONISMO E ANTAGONISMOS DE SENTIMENTOS

No quadro 3 apresentamos as categorias originadas a partir das narrativas que as participantes contaram em relação ao que observaram na fotografia: “o pertencimento; protagonismo; antagonismos de sentimentos”. Notou-se que o apoio encontrado no grupo propiciou para as participantes a formação de laços com a equipe executora, estes que adquiriram o significado de família, como referiu Diamante. Assim como a fita se oferecida movimentos de dobradura pode produzir exuberantes laços, as participantes tiveram a oportunidade de entrelaçar-se com a equipe, e estabelecer estas relações. Entre a fita e o laço representa os movimentos singulares de cada integrante e sua participação no grupo, em que o sentimento de pertencimento pode ser apenas um entre outros, como antagonismos de sentimentos, e protagonismo das participantes.

QUADRO 3. INTERPRETAÇÕES DAS NARRATIVAS DAS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO AO QUE É OBSERVADO NA FOTOGRAFIA.

O pertencimento	<i>“Família! Senti como uma família...”</i> (Diamante)
Antagonismos de sentimentos	<i>“Gente que esta sorrindo, mas que por dentro tem uma tristeza né...”</i> (Rubi)
Despertando o protagonismo	<i>“Alegria! Vontade de fazer as coisas.... Isso!”</i> (Ametista) <i>“[...] até pensando em olha a fotografia de fora, é... Duas pessoas se divertindo [...]”</i> (Pérola) <i>“Eu me vejo bem ali, estava fazendo uma coisa que eu gosto (pausa), estava animada! Estava bom! (risos)”</i> (Esmeralda) <i>“[...] um espaço que a gente consegue vê que quem está ali, é uma produção que por mais que seja para o filho, é uma produção para a gente também”</i> <i>“[...] mas mesmo produzindo alguma coisa pra ele, eu vejo que também é um momento nosso, de que “ó o que eu fiz”, de tantas coisas que eu produzi levei pra casa [...]”</i> <i>“[...] “ó o que eu fiz, fui eu que fiz”, então ali é duas pessoas mostrando seu potencial</i>

	<p><i>mesmo [...]”.</i> <i>“[...] né, conversando, num momento feliz ali, mostrando potencial ali a criatividade, né”.</i> (Pérola)</p>
--	---

FONTE: A autora (2020).

As categorias geradas revelam a heterogeneidade do olhar singular de cada mãe diante da fotografia. Chamou atenção a narrativa de Rubi, ao mencionar que para ela sua fotografia representava sorrisos, mas que por trás disto havia uma tristeza. Rubi destaca o que enfrentam estas participantes neste contexto, são antagonismos de sentimentos que surgem, e quando se refere ao sorriso que encontra lugar nos rostos das participantes, isto são evidências de que o ambiente da hospitalização pode sim dar lugar a outras nuances além da dor, sofrimento, angústia – ao sorriso, que se fez presente nas ações, muitas vezes discreto, mas esteve lá.

Cassoli (2016, p.117), em seu estudo ao qual se propôs problematizar a produção de processos de subjetivação, com a intervenção em hospitais através dos palhaços, assim traz uma importante contribuição:

O humor começa a ser entendido como uma experiência humana que contribui para o desenvolvimento da vida, principalmente no trabalho e tratamentos de saúde. Humor como uma experiência da consciência, ou/e do inconsciente, ou seja, uma experiência psíquica, interna ao sujeito, considerada eficiente, tanto do ponto de vista biológico, como psíquico, da personalidade, sendo esta, portanto, a responsável por ele e que permite ao indivíduo tornar-se protagonista de si mesmo, criar sua própria fórmula do sucesso, seja no tratamento, no trabalho ou na vida.

Deste modo, gerar sorrisos em um ambiente hostil como o da UTIN, é proporcionar uma nova lógica de cuidado, rumo à transformação da assistência nesse contexto. Como mostra Freitas et al. (2013), no estudo que relata a vivência de estudantes ao realizarem a terapia do riso enquanto estratégia de humanização do cuidado no ambiente hospitalar, identificaram da prática que o relacionamento vincutivo, a mediação de diálogos, a diversão, interação e o sorriso são completamente necessários para a compreensão das reais condições de vida e conseqüentemente para auxiliar a manutenção da saúde dos sujeitos:

Possibilitar ações dialógicas que favoreçam externar anseios e os substituir por um sorriso, um abraço, uma palavra de ânimo que lhes convença piamente na superação da doença e a esperança da recuperação precoce,

podendo assim voltar para junto de seus familiares (FREITAS et al., 2013, p. 58).

Freitas et al. (2013) ainda apontam que é evidente, no cenário hospitalar, a importância das atividades lúdicas pelo fato de favorecerem o cuidado com intervenções que minimizem outros agravos a todos os envolvidos no processo de internamento, além de favorecer o estreitamento de vínculos entre profissionais e pacientes, como demonstram os sentimentos familiares que foram despertados, a narrativa de Diamante, enfatiza esta relação, que é fruto do modo como as ações foram conduzidas, a fim de que as participantes sentissem segurança para expressar de que maneira os laços estabelecidos no grupo as representavam.

Com a produção de objetos a criatividade foi despertada, bem como, o potencial das participantes em produzir algo. Além das atividades ocuparem o lugar de momentos ociosos, transformando a vivência das participantes na UTIN, os objetos produzidos consistiam em uma maneira das participantes prestarem o cuidado para seus bebês, já que o processo de internamento provoca o afastamento de seus filhos. Como retratado por Gomes (1999), de que a possibilidade de se reduzir os diversos sentimentos negativos, gerados pela hospitalização do recém-nascido, é pela oportunidade de participação da mãe/família no cuidado de seu filho, viabilidade esta cedida pelas atividades no grupo.

Os olhares atentos aos detalhes, pedidos de ajuda para manusear os materiais, de opinião de qual seria a melhor maneira para decorar um objeto que estavam realizando, demonstrou em diversos momentos o empenho e uma determinada admiração das participantes diante de algo que elas próprias estavam produzindo. Às vezes o silêncio, em outros o sorriso, representavam apenas o desejo de estar ali fazendo algo, sem ser julgada, ou cobrada por não estar com seu filho. Além da redescoberta de suas próprias criatividade, do resgate de outras habilidades, o papel de ser a mãe ideal naquele período, tão enfatizado naquele momento, e que desempenhavam da melhor maneira possível, com todas as suas forças, assim como, compartilhavam suas histórias, estabelecendo laços fraternos entre elas.

FIGURA 11. FOTOGRAFIA ATIVIDADE PORTA-OBJETOS



FONTE: A autora (2019).

Ocupar o tempo com uma atividade se constrói para além de sua realização em si. Como as atividades são promovidas a partir do desejo e experiências das participantes, quando estão executando e experienciando a atividade, constrói-se a possibilidade de desvincular a atenção centrada na saúde e condições clínicas do bebê. São para outros aspectos de si e do contexto que a atenção é direcionada.

4.4 DA LATA DE LEITE PARA O PORTA ALGODÃO – PROCESSO E TRANSFORMAÇÕES

O quadro 4 evidencia a categoria “processo e transformações” originada a partir das narrativas que provocou o sentimento despertado pela fotografia. Entre a lata de leite e o porta algodão retratam-se os processos e transformações que ocorreram e foram narradas pelas participantes. A lata de leite, considerada material reciclável, encontrou outra finalidade durante as ações, o porta algodão, e entre isto, deu-se o processo de transformação, fato este revelado pelas participantes como sentimento marcante despertado pela fotografia. Foram transformações no modo de encarar a hospitalização.

QUADRO 4. INTERPRETAÇÕES DAS NARRATIVAS DAS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO AO SENTIMENTO DESPERTADO PELA FOTOGRAFIA.

<p>Processo e transformações</p>	<p><i>“[...] fazia tanto tempo que eu não me sentia assim”.</i> (Diamante)</p> <p><i>“É uma lembrança boa, uma coisa boa que a gente fez... Que aprendeu uma coisa diferente também [...]”.</i> (Esmeralda)</p> <p><i>“[...] eu percebo que eu consegui aproveita bem, esse tempo aqui, sabe!?”.</i> <i>“[...] com certeza a gente vai ser pessoas completamente diferentes... né, saindo daqui [...]”.</i> <i>“[...] nas primeiras semanas fiquei meio assim, não, não vou participa né, que eu vou fazer, que, que eu vou fala, e depois que a gente se encaixa nisso, fica esperando a hora! ”.</i> <i>“[...] É... Quando a gente se aproveita o momento e se engata mesmo naquilo que esta acontecendo né, a gente consegue cresce e se torna uma pessoa mais forte, né, então, é... Isso que eu sinto agora, de como eu aproveitei e como eu estou uma pessoa diferente agora do que quando eu entrei (se emociona) ”.</i> (Pérola)</p>
----------------------------------	--

FONTE: A autora (2020).

O diálogo efetivo entre as profissionais da equipe de saúde e as mães/famílias de prematuros deve ocorrer no sentido de favorecer a redução de sua ansiedade e estresse gerado pela internação do bebê. Pois esse momento é permeado por emoções e sentimentos, dentre os quais se destacam a sensibilidade excessiva e ansiedade, provocando diversos processos que as participantes enfrentaram por conta do nascimento prematuro e das condições iniciais de fragilidade e instabilidade do bebê.

Considerar o sofrimento do ser humano, sua percepção de dor ou alívio demandam palavras de conforto que possam ser reconhecidas pelo outro, pois é por meio da linguagem que se procede a comunicação humana, do mesmo modo quando não se produz de maneira eficiente e contingente inviabiliza a humanização da relação entre o profissional e o outro. Portanto, pode-se afirmar que sem a comunicação não há humanização. Esta última é dependente do falar e ouvir. O diálogo é humanizador, quando perpassado entre os semelhantes, como possibilidade de atingir o bem-estar comum. Estabelecer mecanismos de comunicação com intuito de superar o simples modo de recepção e emissão de mensagens para alimentar o sistema de organização. A comunicação possui uma essência única em si de promover a humanização, em que cada sujeito é ator, que precisa agir com interpretações para o bem individual e coletivo (COLLET; ROZENDO, 2003).

Favorecer para que as distâncias nesta relação - profissionais/mães - sejam nulas, é enaltecer o oferecimento de subsídios de enfrentamento para estas participantes, como pode ser observado nas narrativas apresentadas por elas, que demonstram o despertar de sentimentos positivos diante da fotografia registrada em sua participação no grupo. Este estreitamento das relações promovido no grupo fez com que as integrantes tivessem a possibilidade de vivenciar novos processos, de reconhecer naquele momento de dificuldades, suas próprias potencialidades de superação e, desta forma, passarem a substituir as angústias, que deram lugar à autoconfiança e à superação conforme relatado por elas.

A valorização/superação diante dos momentos vivenciados no grupo também foi de transformação para as participantes, como pode ser observado no relato de Pérola, em que ela destaca: “[...] *É... Quando a gente se aproveita o momento e se engata mesmo naquilo que esta acontecendo né, a gente consegue cresce e se torna uma pessoa mais forte, né, então, é... Isso que eu sinto agora, de*

como eu aproveitei e como eu tô uma pessoa diferente agora do que quando eu entrei (se emociona) ”.

Esta transformação no modo de conceber sua vivência no processo de internamento é capaz de fortalecer não apenas o enfrentamento do momento vivido, mas, além disto, subsidiar esta mãe para o processo de alta.

[...] para cuidar de um bebê prematuro os pais necessitam trilhar um caminho de incertezas, medo, insegurança, sensação de impotência e inabilidade num processo de conhecer para cuidar (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008, p. 181).

Pois, independente das condições em que se encontre o bebê em internamento, a pergunta mais frequente entre as mães é “quando o bebê vai receber alta?”. Diante disso, tais aspectos reforçam a necessidade da existência de ações/estratégias/tecnologias promovidas pelos profissionais que atuam no contexto da UTIN, em oferecer assistência adequada às mães/famílias. Como refere Veronez et al. (2017), não existem ações padronizadas que possam ser implantadas, com a garantia de resolubilidade imediata, pelo contrário, cabe ao movimento contínuo de se reconhecer as necessidades que podem ser sustentadas com criatividade e, acima de tudo, baseando-se na premissa do atendimento humanizado – o acolhimento.

4.5 O SOM DE RECORTE DA TESOURA – ESPAÇO PARA ESCUTA DO SILÊNCIO

O quadro 5 apresenta a categoria “espaço para escuta do silêncio”, derivado das narrativas produzidas pelas participantes, a partir do significado atribuído ao momento vivenciado no grupo, diante da fotografia. Os significados atribuídos demonstram de maneira intensa, diversos momentos que se fizeram presentes durante as ações, em que por meio do silêncio apenas olhares eram compartilhados, mas que ali havia uma escuta, para o som da tesoura realizando o recorte, este som cada vez ficava mais alto, pois representava a voz daquelas participantes que ainda em silêncio falavam de suas angústias. O espaço no grupo se tornou de escuta para o não falar das participantes. A partir daí estes momentos no grupo marcaram, de maneira singular, cada uma das participantes como se apresenta abaixo.

QUADRO 5. INTERPRETAÇÕES DAS NARRATIVAS DAS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO AO SIGNIFICADO DO MOMENTO VIVENCIADO NO GRUPO.

Espaço para escuta do silêncio	<p><i>“Mas para mim eu vejo que é isso de poder estar ali (em silêncio) aproveitando mesmo, uma coisa para mim...”</i> (Pérola)</p> <p><i>“[...] sabe, não sei explicação, é só sentir, a pessoa senti ali para poder saber, é uma presença aqui dentro, eu senti uma paz (em silêncio), eu gostei [...]”</i> <i>“[...] pois olha ali (em silêncio) eu acho que deixei o estres um pouquinho [...]”</i> (Diamante)</p> <p><i>“[...] a gente tipo esquece (em silêncio) um pouquinho dos problemas que está tendo fora de lá”</i> (Rubi)</p> <p><i>“Um momento que a gente tem assim de se desestressa, de pensa em outras coisas... (em silêncio) ”</i> (Ametista)</p>
--------------------------------	--

FONTE: A autora (2020).

O espaço promovido nas ações configurou-se de inúmeras possibilidades e significados para as participantes, o fato de estarem em grupo, refletiu na possibilidade do fortalecimento de vínculo e solidariedade entre as participantes,

pois, nestes momentos, compartilhavam suas histórias de vida, experiências, conhecimento sobre o que estavam produzindo, sentiram-se seguras em esclarecer dúvidas de diversas ordens, tanto com a equipe executora, assim como entre elas, acontecimento este que é relatado por Pérola.

A oportunidade de poderem compartilhar é também um momento de aprendizado, em que podem olhar para suas experiências e as das outras famílias, partilharem sentimentos, angústias, medos e as conquistas de seus bebês, isso faz com que as mães se fortaleçam e que se tornem mais seguras (BALBINO et al., 2015). Sendo assim, nota-se a necessidade de ampliação destes espaços no contexto da assistência, na busca da transformação do cuidado prestado neste âmbito. Pois, como aponta Smith (1994), modelos de grupos que utilizam exclusivamente o apoio formal, são desvantajosos para esta população. Pois, quando o manejo do grupo possui o foco em apenas de ouvir outros pais, que estão compartilhando experiências traumáticas semelhantes isto se configura em um fardo emocional adicional para os que estão tentando manter as próprias emoções sob controle. Para as condições em que se encontram abalados emocionalmente, receber o apoio não deve configurar sistematicamente em retribuí-lo.

Para que isto não ocorra, consideramos deste modo um fator importante a heterogeneidade na formação de grupos de apoio apontada por Neufeld et al. (2017), pois para mães acompanhantes de recém-nascidos prematuros, compreender a existência desta característica favoreceu sua condução. Visto que o contexto da assistência em UTIN do presente estudo é referência em atendimento na região, isto contempla a abrangência de usuários de realidades distintas com variadas culturas, costumes e condições socioeconômicas, o que pode impactou diretamente no modo como foram manejadas as demandas. Enfatizamos o respeito com as especificidades das participantes, atenção esta que necessita ser entendida pelos profissionais na execução em futuros serviços.

Desta maneira, como apresenta Vasconcelos (2004), o desenvolvimento de grupos de apoio deve ser uma estratégia oferecida pelos profissionais na prática clínica nestes serviços, pois as iniciativas no sentido de promoção do lazer, ainda são escassas. Estes modelos de sistematização do lazer para a promoção de saúde, oferecidos às mães, possuem uma abrangência que se expande, pois, indiretamente, afetam todos os envolvidos, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento familiar com melhoria da qualidade de vida.

Como demonstra o estudo de Casarini (2013), os cuidados oferecidos pelos profissionais, nesta busca de transformação do modelo de assistência não deve ser composto por passos técnicos, a serem seguidos em determinada condição das famílias/mães acompanhantes. O apoio é uma construção com base na relação estabelecida com a pessoa, o que implica ao profissional uma relação de cuidado. Deste modo, se a equipe de saúde não estiver disposta às necessidades das mães, isto implica na impossibilidade do exercício de traduzir e decodificar as necessidades de saúde e, assim, compromete a qualidade da assistência e conseqüentemente, as mães também estarão menos preparadas para cuidar de seus filhos. Pois os cuidados oferecidos às mães contribuem para a capacitação da família como um todo, para estabelecer novamente os vínculos que foram comprometidos com o nascimento prematuro, favorecendo assim, o processo de alta.

Por conseguinte, por meio das experiências que marcaram estas participantes, e que produziram múltiplos significados na laboração da tecnologia de cuidado, de modo indireto, acreditamos ter contribuído para o processo de alta, na sustentação emocional destas participantes, como narraram Diamante e Ametista respectivamente, atribuindo o significado: “[...] pois olha ali eu acho que deixei o estres um pouquinho [...]” e, “Um momento que a gente tem assim de se desestressa, de pensa em outras coisas...”. Isto demonstra a minimização da tensão vivenciada pela mãe, que promove o favorecimento das relações dessas famílias que se encontram fragilizadas diante do processo de internamento e principalmente aos bebês que necessitam do suporte de suas famílias no seu cuidado.

Observamos que o modo como foram conduzidas as ações no grupo provocaram impactos positivos, para além das narrativas que, como enfatiza Diamante, com o significado de: “[...] carinho, compreensão, ouvido, por que as pessoas me ouvem ali”. A manifestação da adesão foi verificada por meio de outros meios também como agradecimentos, expressões faciais, do sorriso, entre outras observações de diário de campo, produções escritas, presentes/lembrancinhas para a equipe executora, também evidenciaram os impactos desta tecnologia com as participantes.

Tais manifestações são modos singulares de afetação que geraram efeitos que, como destacamos aqui, possui baixos custos para sua efetivação, como a equipe que se dispôs neste espaço a escutar as dificuldades enfrentadas. As

participantes, inicialmente, demonstravam constrangimento para falar de seus sentimentos e/ou de si mesmas, mas gradualmente, quando se sentiam seguras no grupo, expressavam-se. A escuta qualificada como referido anteriormente, é uma ferramenta sugerida pela PNH (BRASIL, 2013), que juntamente ao acolhimento promove a facilitação do trabalho em saúde.

A escuta qualificada é um caminho para o acolhimento, que neste estudo evidenciamos em sua perspectiva a contribuição para efetivação da PNH, bem como do Sistema Único de Saúde (SUS). Como ferramenta gerencial que auxiliou na melhor condução dos processos, visto que ofereceu um panorama da compreensão e sentimento dos envolvidos no processo. Foi uma prática que requereu habilidade, um olhar diferenciado às situações particulares, em que se evidenciaram o trabalho conjunto e compartilhado. A prática de compartilhamento de dificuldades entre as próprias participantes ou delas com a equipe executora, leva-as ao ato de escutar o outro, tal como, faz com que possam escutar a si próprias de maneira menos sofrida e elaborarem seus recursos internos para lidarem com suas questões e dificuldades (BRASIL, 2013).

[...] torna-se essencial proporcionar “escuta” a essas pessoas, pois essa intervenção lhes permite entrar em contato com o conteúdo verbalizado e, dessa maneira, preparar-se melhor para lidar com um fato não desejado e a frustração e sofrimento dele decorrentes. Ademais, se não lhes forem concedidos tais momentos de reflexão, de contato íntimo com os seus pensamentos e receios, podem vir a desenvolver patologias, uma vez que renunciam à própria vida, fundindo-a a do paciente. Essa alienação tende a advir do cansaço físico e emocional, bem como do aprisionamento e excessiva carga de responsabilidades demandadas pelo paciente (GIL; BERTUZZI, 2006, p. 52).

Importante destacar que o espaço no grupo se constituiu não apenas para a escuta de demandas, as quais eram possíveis de serem verbalizadas, mas também aquelas que necessitavam de um espaço para se compor no silêncio, pois momentos de silêncio provocaram para equipe o desafio de também “ouvir o silêncio” das participantes, que apenas desejavam estar ali, sendo acolhidas.

FIGURA 12. FOTOGRAFIA ATIVIDADE PORTA-ALGODÃO



FONTE: A autora (2019).

Quando surgiram demandas específicas e/ou foi observado a necessidade de atendimentos individuais, como para o serviço social e psicologia, foram realizados encaminhamentos diretamente para a equipe de serviço da instituição hospitalar. Assim como, quando observadas demandas relacionadas ao serviço/instituição, estas foram encaminhadas/discutidas com a gestão e profissionais responsáveis pelo setor necessário, na busca de encontrar soluções em conjunto que possam auxiliar/melhorar o serviço.

[...] o ato de escuta promove não apenas para a equipe, mas a todo o serviço, planejamento, execução e avaliação de ações/processos deve constituir um movimento inseparável, sempre com o caráter de avaliar coletivamente para produzir sinais indicativos dos rumos que precisam ser redirecionados. E consideramos que a indução desse movimento, ou da articulação desse movimento, é uma atribuição essencial da PNH (como “intervenção nos modos de fazer”) e entendemos que é esse exercício que pode ajudar na consolidação da Política no cotidiano de trabalho (BRASIL, 2013, p. 26).

Sendo assim, os profissionais necessitam incorporar na prática a importância da escuta, principalmente estando interligada a todas as rotinas de cuidado, deve ser considerada como uma de suas expressões, não deve ser desempenhada de modo pejorativo, por não se tratar de uma intervenção terapêutica individual e sim, na busca de oferecer resolubilidade dentro das possibilidades (BRASIL, 2013).

O estudo de Mesquita e Carvalho (2014), ao investigar e avaliar as evidências disponíveis na literatura a respeito do uso da Escuta Terapêutica, como estratégia de intervenção em saúde, verificou que em grande parte dos estudos havia um nível de evidência adequado, com abordagens de diferentes modos e aspectos relacionados à escuta terapêutica, o mais importante e que comumente destacam é a necessidade destas habilidades, por parte dos profissionais de saúde, para o desenvolvimento de um processo de escuta eficaz. Diante disso, é possível afirmar que a experiência no grupo possibilitou às participantes uma maneira de abordagem com atenção às dificuldades, proporcionando um espaço também de acolhimento com escuta para as diferenças, como foi destacado por Diamante: *“Vocês não me trataram ali como diferente [...]”*.

O acolhimento multidisciplinar dos cuidadores traz um impacto positivo tanto do ponto de vista de humanização como da gestão, ao resultar em facilitação do processo de tratamento e alta dos pacientes (BRASIL, 2013, p. 233).

Isso demonstra a importância do acolhimento que deve ser promovido por todos os profissionais/atores envolvidos no processo, independente da área de conhecimento/atuação, virtude esta promovida no espaço do grupo pelo envolvimento interdisciplinar, em que cada membro da equipe executora projetava seu olhar, bem como sua escuta atravessada por seu conhecimento específico, porém, sem contemplar as participantes de modo fragmentado, com atenção apenas para questões específicas observadas, e sim como seres constituídos de maneira holística.

4.6 ENTRE O FIO E O BORDADO – AS RESSIGNIFICAÇÕES E RELAÇÕES MARCANTES

No quadro 6 apresentamos as narrativas relatadas pelas participantes, quando foram convidadas a falar sobre sua experiência no grupo. As categorias que emergiram foram: “ressignificações” e “relações marcantes”. Entre o fio e o bordado simboliza as relações marcantes estabelecidas no grupo, um bordado, por sua vez, também assume a característica de marcação, dinâmica essa efetuada pelas participantes durante os encontros e que marcaram sua experiência no grupo. O fio por sua vez, ainda antes de dar forma ao bordado, pode produzir e reproduzir-se, quando percorre um caminho de desvio, pode ser retomado e iniciado novamente, permite-se tecer os mais variados pontos e de diferentes formas, isto se tornou em ressignificação para lidar com seus sentimentos e abrir espaço para novas possibilidades, para além do processo de hospitalização.

QUADRO 6. INTERPRETAÇÕES DAS NARRATIVAS DAS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO A EXPERIÊNCIA NO GRUPO.

As ressignificações	<p><i>“[...] ali eu havia uma diferença muito grande por que para mim mudo muito!!! Entendeu? Eu aprendi ali dentro do grupo, eu gostei dessa experiência, por que coisa que eu não tinha, eu comecei analisa e coloca dentro de mim, uma é tira, lida com a minha ansiedade, entendeu, aprendi, estou aprendendo assim, os dias que eu desço ali aprendi, estou aprendendo com a minha ansiedade, com o meu nervosismo, sabe? ”.</i></p> <p><i>“[...] também gostei muito que além da gente aprende algo que eu posso leva também, saindo daqui muita coisa eu vô leva para tenta faze, ter até de repente um ganho extra, e também para distração, por que eu senti uma terapia, sabe, por que aquilo para mim não era bom a o nervosismo a ansiedade [...]”.</i></p> <p><i>“[...] então se não tivesse esse grupo de ocupação eu acho que estaria bem mais pior meus dias”.</i></p> <p>(Diamante)</p>
Relações marcantes	<p><i>“[...] eu gostei, por causa que como eu falei, ali eu pude fala coisas para outras pessoas estranhas sem ter medo de me expressa [...]”.</i></p> <p><i>“[...] é uma coisa que fica né, você sempre vai lembra, então é uma coisa que pelo</i></p>

	<p><i>menos eu, levo isso para mim. Então, eu não vou esquecer, como falei, cada uma ali, não sei o nome né, se pergunta, eu só descrevo a pessoa [...]”.</i></p> <p><i>“[...] que nem eles falam até que eu tinha virado cliente da Santa Casa, mas que nem com esse grupo ocupa, passa as horas, a gente aprende, além de fazer os trabalhos, a gente leva aquele cada pouquinho de cada um. Cada um que fale uma experiência que teve na vida, ouve o que a gente passa [...]”.</i></p> <p><i>“[...] eu estou agora tipo mais, leve, me sentindo mais leve, então para mim foi uma experiência muito legal. Onde eu fiz nova amizade, conheci novas pessoas, novas mães que estavam ali dentro do grupo e as meninas né, as profissionais também, que tão ali, me senti muito útil dentro”.</i> (Diamante)</p> <p><i>“[...] eu vejo que no começo mais tímida, mais desconfiada, do que a gente está fazendo aqui e depois já fui me entregando um pouco mais, dando ideia, conversando, conhecendo um pouco mais vocês também, então, é, vejo que também foi um processo lento, de chega e daí se entrega realmente né... E daí a gente já fica pensando, já fica esperando, agora só a outra sexta [...]”.</i> (Pérola)</p> <p><i>“Que nem se acostumamos com vocês né, daí a gente já fica ai meu Deus, tomara que chegue sexta que tem as meninas da fono né para nós e, vamos inventa alguma coisa diferente...”</i> (Rubi)</p>
--	---

FONTE: A autora (2020).

A narrativa de Ametista destaca a possibilidade proporcionada no grupo, a de interação, relação importante para a promoção de diversos aspectos relevantes para subsidiar o enfrentamento do processo de internamento: *“Eu gostei! Estou gostando, achando bom interagir assim, coisa nova assim, não tinha, não fazia isto antigamente”*. A interação das participantes no grupo foi permeada pelo compartilhamento de suas experiências, e com isso, estabeleciam relações que permaneciam durante todo o processo de hospitalização, a chegada aos encontros esporadicamente acontecia de maneira individual, mas sim em seus grupos. E, a

partir disso, que havia a referência em diversos momentos de que umas estariam convidando as outras para participar, a interação que ocorria internamente no grupo provocou nas participantes a motivação de convidarem/trazerem outras participantes. Quando observavam que havia alguma mãe que estava precisando de ajuda, entre elas, insistiam para que esta se integrasse ao grupo, tal como, quando ocorria a ausência por algum motivo, principalmente por piora do quadro de saúde do bebê e/ou transferência para outros hospitais, todas se empenhavam em produzir algo, como forma de solidarizar-se com a colega.

Entre as participantes, em momentos pontuais notou-se a presença de conflitos externos ao grupo, os quais se evidenciaram no comportamento das delas durante as ações, levando a equipe a promover manejos para lidar com as situações. Porém, estes manejos promovidos auxiliam para que os conflitos sejam reduzidos, que o mal-estar provocado seja desvinculado e dê lugar para a atenção aos detalhes, à melodia de uma música, por exemplo. Zimerman (2007) destaca que é intrínseco ao conceito de grupo, a existência entre os participantes de alguma forma de interação e afetos, a qual costuma assumir as mais variadas formas, e entre esta multiplicidade podem emergir fantasias, ansiedades, mecanismos defensivos, fenômenos resistênciais e transferenciais, entre outros fenômenos que necessitam ser manejados.

A atenção em saúde é permeada por diferentes ações e instâncias, com diferentes graus de abertura e comunicação entre profissionais, grupos e comunidade que se refletem nas práticas em saúde. Exige relações em que ocorra interação, com base na troca, que só acontece quando as pessoas se envolvem em encontro verdadeiro e genuíno, que é conquistado progressivamente entre os atores envolvidos. Conviver e relacionar-se é um processo contínuo de aprendizado, considerando as diferenças entre os sujeitos e a flexibilização das ações, um processo de mudanças constantes baseadas nas relações que se estabelecem pautadas nos valores éticos e no comprometimento entre os seres humanos (LANZONI; MEIRELLES, 2012, p. 469).

A interação com a equipe permite ainda a identificação de fatores emocionais subjacentes, culturais, econômicos e sociais que envolvem o contexto familiar da mãe acompanhante, isto é, a busca pela superação do modelo biomédico em promover a saúde, baseado não apenas em olhar aspectos individuais e biológicos, mas com uma abordagem ampliada e abrangente do que envolve a situação (Heidmann et al., 2006).

Diferente de Ametista, para Diamante, a experiência no grupo provocou ressignificação, como narra sobre sua participação/experiência no grupo: “[...] ali eu havia uma diferença muito grande porque para mim mudou muito!!! Entendeu? Eu aprendi ali dentro do grupo, eu gostei dessa experiência, porque coisa que eu não tinha, eu comecei analisa e coloca dentro de mim, uma é tira, lida com a minha ansiedade, entendeu, aprendi, to aprendendo assim, os dias que eu desço ali aprendi, to aprendendo com a minha ansiedade, com o meu nervosismo, sabe? ”. O processo de ressignificação foi provocado pela equipe no estabelecimento das relações das participantes no grupo, para que, diante do processo de enfermidade familiar vivido pelas participantes, novos pontos de vista viessem a surgir, contribuindo para que outros fatores fossem levados em consideração.

É nesta perspectiva que se traz o cuidado como elemento que compõe as práticas de saúde, mas que não se reduz a instrumento de trabalho em saúde, e sim um dispositivo que pode produzir subjetividade e ressignificação para as pessoas em situação de doença. O cuidado [...] diz respeito à capacidade dos trabalhadores de saúde e cuidadores de considerar a dimensão subjetiva e existencial indissociavelmente presente e operante na vida da pessoa doente e sua influência no processo de ressignificação. A capacidade de entender a dimensão subjetiva e existencial do ser humano, atributo da cultura humanista, e associá-la aos conhecimentos da cultura científica também caracteriza essa dimensão do cuidado. Assim, o cuidado não se esgota como realização de técnicas e procedimentos profissionais terapêuticos objetivos. Ao contrário, possui um elemento subjetivo que remete para a dimensão humana e de sentido da existência (SELLI et al., 2008).

Ressignificar o processo de sofrimento que impõe a hospitalização a estas participantes, produziu diversos outros sentidos à vivência, muitos talvez não puderam ser evidenciados, mas ainda, como mostra Diamante em sua narrativa, a experiência no grupo com a produção das mais variadas atividades despertou o desejo de dar continuidade às produções não apenas no período de internamento, mas também quando retornar para casa, após a alta hospitalar de seu filho: “[...] também gostei muito que além da gente aprende algo que eu posso leva também, saindo daqui muita coisa eu vô leva pra tenta fazer, ter até de repente um ganho extra, e também pra distração, por que eu senti uma terapia, sabe, por que aquilo pra mim não era bom a o nervosismo a ansiedade [...]”. Esse desejo de continuidade relatado surgiu em diversos momentos, por várias participantes, pois a grande maioria delas não possuía uma atividade fixa de renda, dessa forma, visualizaram nas produções uma alternativa de lucro financeiro, no período em que não poderiam

retornar para suas atividades ocupacionais. Já, para aquelas que possuíam uma atividade fixa remunerada, tinham esta prática como um meio para se sentirem úteis.

Entendemos que este movimento de mudanças provocado, foi de um deslocamento contínuo em que se configuraram as ações do grupo, não se trataram de ações isoladas como foi possível verificar no relato de Pérola, que justifica a necessidade de oferecer continuidade, pois é um processo que ocorre aos poucos. Resignificar as vivências abriram portas para outras possibilidades, como a de gerar sua própria renda a partir da experiência no grupo. O foco das atividades não consistia em aprendizagem/incentivo das participantes para a geração de renda, porém, a partir do momento que despertada a criatividade, as participantes passaram a reconhecer novas possibilidades dentro de seu próprio contexto e realidade advinda. As atividades equivaleram a catalisadores de transformação dos cuidados no ambiente hospitalar, impactando a vivência das participantes para além do momento atual de internamento, como também gerando a possibilidade de mudanças no retorno delas para suas realidades. Machado (2004), traz uma importante contribuição que enfatiza o quão favorável é a o despertar da criatividade para promover mudanças:

[...] as relações entre o lúdico e a criatividade, a considerar os aspectos do divertimento e suas consequências sobre o emocional humano, bem como suas características integrativas, como um instrumento que proporcione situações e desencadeie ações favoráveis ao desenvolvimento do pensamento criativo como diferencial humano. Ao justificar-se a importância da interferência dos aspectos lúdicos sobre o desenvolvimento da criatividade, basta refletir sobre uma de suas características básicas, o divertimento, carregado de sensação de satisfação e bem-estar. Assim, ao se defender e identificar o divertimento no processo de criação, torna-se possível canalizar esforços e ações que propiciem o seu desenvolvimento. Considerando o desenvolvimento da criatividade como um processo de crescimento, experimentação e ressignificação [...] (MACHADO, 2004, p. 175-76).

Sendo assim, a promoção da criatividade e do lúdico pode ser uma importante ferramenta no contexto da população assistida, pois, conforme já mencionado, a busca por suas demandas, a partir dos desejos apresentados pelas participantes, segundo Machado (2004), é inseparável à abordagem do lúdico e da criatividade sem que se esteja conjuntamente levando em consideração a cultura da população, aquela a qual pertence e desenvolve-se com características sociais específicas. Desta maneira, propor este molde de atividades é também valorizar as especificidades daquela população.

Posto isso, não haveria novas possibilidades e ressignificações senão as relações marcantes estabelecidas no grupo, relações essas que novamente enfatizam o vínculo construído, como já discutido anteriormente, o qual envolve o afeto, a solidariedade - a empatia entre as participantes, mas principalmente da equipe executora com estas mulheres/mães. E que, por meio das narrativas apresentadas pelas participantes, demonstraram a formação de uma verdadeira esfera - no sentido de um campo em que as pedras preciosas encontraram bases para o desenvolvimento de laços fraternos, resgate do que há de humano e necessário nas relações estabelecidas no cuidado.

Diante disto verificamos nos estudos de Takaki; Santana, 2004; Costa; Figueiredo; Schaurich, 2009; Terezam; Reis-Queiroz; Hoga, 2017; Albuquerque et al., 2019; e Saviato et al., 2019, sobre a empatia no contexto hospitalar, que o principalmente enfoque é dado por profissionais da enfermagem, considerados como os principais responsáveis pelo cuidado. Todavia, esta abordagem necessita ser ampliada, pois o contexto hospitalar, principalmente de UTIN, possui especificidades que demandam o preparo e atuação efetiva de diversos profissionais pela complexidade do serviço prestado, e conseqüentemente, ocorre o maior envolvimento da população assistida com os diversos profissionais.

Entendemos que, na prática, no cotidiano dos serviços, diversos empecilhos podem surgir dificultando, ou até mesmo extinguindo, o estabelecimento de relações com empatia diante do outro, como é apontado por Takaki e Santana (2004), como a falta de tempo, a influência de fatores emocionais do profissional e a falta de valorização pela própria equipe de trabalho, entre outros fatores. Entretanto, destacamos que, como demonstrado neste estudo, a aproximação com as participantes foi favorecida na atuação em grupo, e com o oferecimento de atividades recreacionais, o que contribui para que os profissionais estabelecessem a empatia frente às participantes que indiretamente, rogavam por zelo, respeito, solidariedade, compreensão, paciência, manifestação de afeto, consolo e empatia!

Desta maneira, destaca-se a empatia estabelecida entre os profissionais da equipe executora e as participantes, que pode ser observada nas narrativas de Rubi, Pérola e principalmente Diamante: “[...] eu estou agora tipo mais, leve, me sentindo mais leve, então para mim foi uma experiência muito legal. Onde eu fiz nova amizade, conheci novas pessoas, novas mãe que estavam ali dentro do grupo e as meninas né, as profissionais também, que tão ali, me senti muito útil dentro”. A

empatia surge como uma estratégia para satisfazer as demandas, favorecendo o alívio do sofrimento, e que contribui para a formação de vínculo entre profissional e os sujeitos, como no caso de Diamante, dando lugar ao fato de sentir-se útil, sentimento este que ocupa o tempo de ociosidade que as participantes vivenciam durante a hospitalização.

Além disto, a empatia de ser contemplada como condição essencial para o desenvolvimento, crescimento, melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar os problemas do cotidiano, tornando o cliente cada vez mais independente para o autocuidado (TAKAKI; SANTANA, 2004). Sendo assim, este estudo vem contribuir para reforçar a importância do desenvolvimento da empatia como atitude primordial, pois entendemos que esta se configura como uma tecnologia leve, que se materializa nas atitudes de todos os profissionais envolvidos, no cuidado de mães/famílias acompanhantes de recém-nascidos prematuros em internamento em UTIN, na busca da humanização da assistência neste âmbito.

Destacamos que este trabalho não se encerra aqui, foi apenas uma semente lançada nesta instituição, mas que continua sendo desenvolvida, repensada, provocando movimentos de mudanças na atenção a esta população. Por fim podemos destacar o fruto da mobilização social provocada a partir da tecnologia de cuidado “Humanização”, foi o estabelecimento de parcerias para a efetividade do grupo e no auxílio da instituição hospitalar, conseqüentemente da população assistida. Por conta da elevada utilização de materiais, em geral, para as produções, principalmente de tecidos, buscou-se mobilizar socialmente setores desta área. Esta iniciativa promoveu a parceria contínua entre a Universidade, por meio da tecnologia de cuidado “Humanização”, a instituição hospitalar e uma indústria do setor têxtil, com a doação permanente de tecidos para as atividades, assim como, com o oferecimento de roupas com tamanhos especiais para os recém-nascidos prematuros, para utilização na UTIN.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As funções designadas ao papel feminino têm sofrido diversas transformações em nossa sociedade, mas a mulher ainda está muito ligada à maternidade. O desafio de ser mulher/mãe de um recém-nascido prematuro permanece devido às circunstâncias que o processo de internamento impõe, por conta das intervenções necessárias para manter a vida do RN, e provocam intenso sofrimento para as mulheres/mães/famílias. Por conta disto, cabe a necessidade da operacionalização das políticas públicas vigentes, com a promoção de práticas efetivas que promovam a humanização do cuidado que ainda são incomuns.

Este estudo demonstrou que as ações promovidas no grupo de apoio foram importantes tecnologias no cuidado desta população, capazes de produzir novos/diversos sentidos e significados, coletivos e individuais à vivência das pedras preciosas, Diamante, Rubi, Ametista, Pérola e Esmeralda durante o processo de hospitalização de seus filhos, que foram evidenciados pela fotografia. Sendo assim, o modo como assumiram as categorias elucidadas, foram de acordo com as especificidades e características da maneira como esta população construiu sua trajetória nas ações. Pois no momento em que destacamos que “entre a cola e o papel” acontecimentos marcaram estas mulheres/mães, é por conta de que conseguiram encontrar no grupo um espaço em que se sentiram acolhidas. A partir disto construíram vínculos de fortalecimento e tiveram a liberdade para se expressarem de diversas maneiras as suas angústias, verbalmente bem como, também deixaram seus corpos falarem por meio de sorrisos, olhares e comportamentos que surgiram sem o medo de serem julgadas.

Estes acontecimentos foram resultantes do processo vivenciado no grupo, em que as atividades foram agentes destas novas possibilidades entre os inúmeros sofrimentos impostos pela hospitalização. Foi um processo como em “entre o fio e a agulha” revelou, que estas mulheres percorreram, e a partir daí alcançaram a desvinculação de suas atenções centrada no bebê. Estas desvinculações foram do sofrimento imediato, assim como de preocupações futuras. Neste sentido, “entre a fita e o laço” demonstrou o pertencimento destas mulheres ao espaço do grupo, por conta dos laços fraternos estabelecidos com a equipe executora. Sentimentos variados encontraram oportunidade para se manifestarem, o que despertou desta

forma o protagonismo, o desejo em desempenhar algo para além do cuidado de seus filhos naquele momento.

Quando apresentamos os processos e transformações em “da lata de leite para o porta algodão”, destacamos que de fato estas mulheres ao possuírem oportunidades ímpares a sua permanência no internamento com as atividades no grupo, perpassaram por processos de criar suas próprias estratégias de enfrentamento, provocando assim transformações que reduziram suas ansiedades e o estresse existente. Isto foi promovido ainda de maneira singular, como demonstramos em “o som de recorte da tesoura” lugar de escuta em que a voz destas mulheres pode se compor no silêncio, pois nem sempre necessitavam/desejam verbalizar suas angústias, isto foi uma maneira singular encontrada no grupo para lidar/reduzir/acalentar os seus sofrimentos. Momentos como estes marcantes e se demonstraram como ressignificação, como destacamos em “entre o fio e o bordado”, mas que não ocorreram de forma linear, estas mulheres obtiveram a oportunidade de iniciar, pausar e retomar novamente o seu modo de enfrentamento do processo de hospitalização.

Portanto as categorias demonstradas são um conjunto de contribuições à vivência destas mulheres/mães em suas trajetórias de enfrentamento do processo de hospitalização de seus filhos, que foram permitidas pelo cuidado oferecido no grupo. Assim como revelaram a potencialidade deste método na captura de repercussões que não seriam possíveis por outros meios. Pois houve uma heterogeneidade do olhar singular de cada mulher/mãe diante da fotografia, em que com as questões disparadoras, emergiram de modo distinto, sinalizações do percurso de cada mulher/mãe que resgatou na fotografia sentidos/significados marcados pelo tempo, demonstrando a relevância do método utilizado e a intensidade com que foram demarcados cada instante de suas vivências no grupo.

E esta trajetória marcada por cada participante no grupo, em especial as pedras preciosas de maneira singular, permitiu, eu viver este estudo - como uma das experiências mais virtuosas e enriquecedoras de minha história pessoal/profissional e principalmente como pesquisadora. Pois estive imersa durante todo o andamento das ações, impactada de todas as maneiras por demandas/súplicas destas mulheres/mães diante de suas angústias e sofrimentos. Foram desafios de ordem estrutural, organizacional, entre outros que demonstraram que o trabalho em

humanização é isto, provocar a todo momento movimento para mudanças na realidade e isto envolve a resistência e luta contínua.

É estar intrinsecamente em diversos momentos lidando com o desconhecido, com aquilo que não é palpável advindo das relações humanas, em assumir que em determinadas situações surgem inúmeras dúvidas se foi aquela a melhor decisão tomada. Assim foi para mim uma experiência profundamente marcante, e que por meio do uso da fotografia eternizada pelos registros, são fotos de momentos que tal como para as mulheres/mães dispararam diversos sentidos e significados, para mim emocionam, arrepiam, provocam o resgate para reviver um determinado momento, bem como interpretações de um trabalho vivo, com o compromisso de demonstrar às diversas áreas do conhecimento e principalmente aos profissionais de saúde novos caminhos para a humanização do cuidado. Acreditamos ter contribuído para a ampliação das possibilidades de intervenções, na busca de transformar as realidades dos serviços que assistem a tríade mulher/mãe-filho-família, tal como para expansão de atuação em contextos de UTIN's e fortalecimento desta população para o enfrentamento de suas vivências no processo de hospitalização.

Ressaltamos que na instituição do presente estudo, nosso enfoque, neste momento, foram os usuários, mas destacamos que as ações provocaram diversas mudanças e as inquietações para os profissionais e gestão, de maneira indireta, bem como também o diálogo com estes foi ampliado. Outro ponto importante é o impacto provocado na formação relativamente à graduação e pós-graduação na trajetória de condução desta tecnologia de cuidado. À vista disso, sugerimos a realização de novos estudos neste âmbito, para aprofundamento destas questões.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTUNI, P. S.; STENGEL, M. Maternidade e novos modos de vida para a mulher contemporânea. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 22, nº. 3, p. 709-728, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682016000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020.

ALBUQUERQUE, M. C. S. et al. Empatia dos profissionais de enfermagem de um serviço hospitalar de emergência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e 20170406, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100327&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 dez. 2019.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, nº. 2, p. 180-186, abr/jun. 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a07.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2019.

ARAÚJO, B. B. M. d.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Rev da Esc de Enferm da Usp**, [s.l.], v. 44, nº. 4, p. 865-872, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/02.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

ARMANI, C. H. História e fenomenologia existencial do corpo: uma contribuição teórica à humanização das ciências da saúde. **Atenea** (concepción), [s.l.], nº. 514, p. 65-78, dez. 2016. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-04622016000200065&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 dez. 2019.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALBINO, F. S. et al. Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para a família em unidade neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0297.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicologia Clínica**, [s.l.], v. 19, nº. 1, p. 163-185, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652007000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 dez. 2019.

BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, 2006; 8 (3): 422-30. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm. Acesso em: 10 dez. 2019.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, nº. 17, p. 389-394, Aug. 2005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 dez. 2019.

BORNER, S. et al. Explorando a percepção dos adolescentes mexicanos sobre os riscos à saúde ambiental: uma abordagem fotográfica para a análise de riscos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1617-1627, maio de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501617&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. **Os primeiros dias na UTI** (In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2ª ed. 5ª reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Normalização. **Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. 1ª ed., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 26 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 2ª ed. 1ª reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf. Acesso em: 27 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente** – ECA e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1990. [citado 2008 abr. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 26 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf. Acesso em: 26 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 26 dez. 2019.

CALHA, A. G. M; MONTEIRO, F. J. L; HILARIO, M. I. T. Photography in the planning of health interventions for the elderly. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 4, p. 940-947, Aug. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000400940&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 jan. 2020.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, nº. 3, p. 676-689, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2020.

CASARINI, K. A. **Doença grave e internação em terapia intensiva**: Experiências em longo prazo de pessoas adoecidas e cuidadores. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08102013-154542/publico/DOUTORADO_KARIN_APARECIDA_CASARINI.pdf. Acesso em: 23 dez. 2019.

CASSOLI, T. Humanização, psicologia e riso: produção de liberdade e processos de subjetivação. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre , v. 6, nº. 2, p. 109-133, jul. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2019.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 56, nº. 2, p. 189-192, Apr. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672003000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2019.

CORRÊA, A. R. et al. As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Esc Anna Nery**, 2015; 19(4):629-634. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0629.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

COSTA, M. C. G; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Rev. Eletr. Enf.**, 2010 out/dez; 12(4):698-704. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2019.

COSTA, R.; KLOCKII, P.; LOCKS, M. O. H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da Equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3): 349-53. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a13.pdf>. Acesso em: 15 dez. 19.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 571-580, 2009 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 dez. 2019.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: Escolhendo entre cinco abordagens. São Paulo: Penso Editora LTDA; 2014. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Ymi5AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&ots=MvaOzvKy3s&sig=1s8n7CSDXo0qZUH_pYQGiSYeGaA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 08 dez. 2019.

DITZ, E. d. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. d. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, nº. 1, p. 75-81, Mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 dez. 2019.

DUART, E. D. et al. Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. **Revista Rene**, 14(3), 630-38. 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/>. Acesso em: 04 dez. 2019.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2010 [citado em 2016 dez. 15];31(4):685-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400011>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ERLANDSSON, K.; FAGERBERG, I. Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. *Midwifery*, [s.l.], v. 21, nº. 2, p. 131-138, jun. 2005. **Elsevier BV**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2004.09.008>. Acesso em 20 dez. 2019.

ESCOBAR, G. J.; CLARK, R. H.; GREENE, J. D. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. **Semin Perinatol** 2006; 30:28-33. Disponível em: http://www.homebirth.org.uk/35_36weekers.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

ESTEVAM, D. C. M.; SILVA, J. D. D. Visão das mães em relação ao cuidado com o recém-nascido após a alta da uti neonatal. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, nº. 1, p. 15-24, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831990>. Acesso em: 20 dez. 2019.

EVANGELISTA, V. C. et al. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. **Rev Bras Enferm.**, 2016; 69(6):1037-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672016000601099&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 jan. 2020.

FAVARO, M. S. F.; PERES, R. S.; SANTOS, S. A. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 17, nº. 3, p. 457-465, set./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v17n3/12.pdf>. Acesso em: 15 dez.19.

FELIPE, A. O. B.; SOUZA, J. d. J.; CARVALHO, A. M. P. Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães. **Arq. Ciênc. Saúde**. 2014, jul-Set; 21(3) 16-27. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-622-\(21-3\)-jul-Set-2014.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-622-(21-3)-jul-Set-2014.pdf). Acesso em: 15 dez. 2019.

FERNANDES, N. G. V.; SILVA, E. M. B. Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. **Rev. Enf. Ref., Coimbra**, v. ser IV, nº. 4, p. 107-115, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2019.

FERRARI, A. G.; DONELLI, T. M. S. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 3, nº. 2, p. 106-112, dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822010000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

FORTES, P. A. D. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, nº. 3, p. 30-35, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2019.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 20, nº. 1, p.46-60, maio 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972017000500005>. Acesso em: 29 nov. 2019.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, supl.1, p. 102-114, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00102.pdf. Acesso em: 15 dez.2019.

FREITAS, N. A.; et al. A prática da terapia do riso na atenção Hospitalar: reflexões a partir da Vivência interdisciplinar. **SANARE, Sobral**, V. 12, nº. 1, p. 54-58, jan./jun. – 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/Jaque/Downloads/329-634-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jaque/Downloads/329-634-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 22 dez. 2019.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, nº. 4, p. 444-448, Aug. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.

GAVEY, J. Percepção parental dos cuidados neonatais. **Revista de Enfermagem Neonatal**, 2007; 13 (5): 199-206.

GIL, M. E; BERTUZZI, L. D. Desafios para a psicologia no cuidado com o cuidador. **Bioética** 2006 14 (1): 49-59. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/6/9. Acesso em: 26 dez. 2019.

GIORDANI, R. C. F. et al. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(8):2731-2739, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2731>. Acesso em: 04 jun. 2019.

GOODING, J. S. et al. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. **Semin Perinatol**. 2011; 35(1):20-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21255703>. Acesso em: 26 dez. 2019.

GOMES, M. M. F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal construindo possibilidades de cuidado**. 1999. 238p. Tese (Doutorado) Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/16150>. Acesso em: 02 jun. 2019.

GURAN, M. Considerações sobre a constituição e a utilização de um corpus fotográfico na pesquisa antropológica. **Discursos fotográficos**, Londrina, v. 7, nº. 10, p. 77-106, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/discursosfotograficos/article/view/9215>. Acesso em 25 ago. 2019.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, nº. 2, p. 352-358, June 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2019.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, nº. 3, p. 669-675, Sept. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.

LAMY, Z. C. **Metodologia canguru**: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. In: MOREIRA, MEL., BRAGA, NA., and MORSCH, DS., orgs. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Criança, Mulher e Saúde collection, p. 141-156. ISBN 978-85-7541-357-9.

LANZONI, G. M. d. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, nº. 3, p. 464-470, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2019.

LARA, K. L.; KIND, L. Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, nº. 4 p. 575-585, out./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-73722014000400575&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 27 dez. 2019.

LEIS, H. R. **Sobre o conceito de interdisciplinaridade**: Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, v. 6, nº. 73, p. 2-23, jan. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/2176>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, nº. 2, p. 33-39, abril 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691999000200005&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 27 nov. 2019.

LIMA, I. C. V. et al. Acidentes domésticos e diagnósticos de enfermagem de crianças nascidas expostas ao HIV. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 215-219, June 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200215&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2020.

LOHMANN, P. M. **O ambiente de cuidado em UTI neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ambiente e Desenvolvimento, Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, 02 mar. 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10737/213>. Acesso em: 12 ago. 2019.

LOHMANN, P. M. et al. Ambiente de cuidado em uti neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde. **Rev. Dest Acadêm**, Lajeado, v. 9, nº. 3, 2017.

LUCAS, T. A. M. P. C. et al. A importância do acolhimento à família em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enferm UFPE on line**. 2009 Oct/Dec;3(4):1101-7. Disponível em: <file:///C:/Users/Jaque/Downloads/5608-10332-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MACHADO, F. H. **O lúdico como um diferencial no despertar da criatividade**. In: SCHWARTZ, G. M. Dinâmica Lúdica: novos olhares. Barueri, SP: Manole, 2004. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=4yB4vdSvfM8C&pg=PA176&lpg=PA176&dq=despertar+possibilidades+ressignifica%C3%A7%C3%A3o+em+grupo+de+apoio&source=bl&ots=x9UFvU3Mph&sig=ACfU3U0U0L5Hc0nJTjpKTdnZTqzZ66Okag&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwiFI9KG4NbmAhWHup4KHRHfBkQQ6AEwBHoECAkQAQ#v=onepage&q=despertar%20possibilidades%20ressignifica%C3%A7%C3%A3o%20em%20grupo%20de%20apoio&f=false>. Acesso em: 27 dez. 2019

MARESCA, S. **La photographie**: Un miroir des sciences sociales. Paris: L'Harmattan. 1996.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Nurses' autonomy and vulnerability in the Nursing Assistance Systematization practice. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, nº. 4, p. 953-958, Aug. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2019.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. d. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, nº. 6, p. 1127-1136, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601127&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020.

MINAYO, M. C. d. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição. São Paulo: Hucitec, p. 269, 2010.

MOLINA, R. C. M. et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Esc Anna Nery R Enferm** 2007 set; 11 (3): 437 - 44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000300007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 02 set. 2019.

MONTEIRO, C. História, fotografia e cidade: reflexões teórico-metodológicas sobre o campo de pesquisa. **MÉTIS: história e cultura**, v. 5, nº. 9, p. 11-23, jan./jun. 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/Jaque/Downloads/781-2637-1-PB.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2019.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MUYLAERT, C. J. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 184-189, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800184&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020.

NAVARRO, L. M.; PENA, R. S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP** 12(1), 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n1/a07.pdf>. Acesso em: 30 set. 2019.

NEUFELD, C. B.; MALTONI J; IVAITIUK, A. L; RANGÉ, B. P. In: **Aspectos técnicos e o processo em TCCG**. NEUFELD, C. B.; RANGÉ, B. P. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos. 1ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2017.

NUNES, L. S.; PAULA, L.; BERTOLASSI, T.; NETO, A. F. A análise da narrativa como instrumento para pesquisas qualitativas. **Rev Ciênc Exatas** | Vol. 23 nº. 1. Ano 2017. p. 9. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/exatas/article/viewFile/2547/1704>. Acesso em: 20 ago. 2019.

NUNES, S. A. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. **Psic Clín**, v. 23, nº. 2, 2011, p. 101-115 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/ RJ, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291022027007>. Acesso em 10 out. 2019.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. **A humanização na assistência à saúde**. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):277-84

OLIVEIRA, B. R. G. d. et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, nº. spe, p. 105-113, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.

OLIVEIRA, I. C; CUTOLO, L. R. A. Humanização como expressão de Integralidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012;36(3):502-506. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/13.pdf. Acesso em: 25 fev. 2020.

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **R. Bras. Enferm. Brasilia**, v. 51, nº. 2, p. 253-262, abr./Jun., 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71671998000200007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2019.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, nº. 11, p. 4541-4548, Nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2019.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Rev Interface - Comunic, Saúde, Educação**. Botucatu. V. 13, supl. 1, p. 701-8, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500021. Acesso em: 20 set. 2019.

PEIXOTO, M. R. B. O uso da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico: ótica do enfermeiro e do usuário. **Rev Esc de Enferm USP**. v. 28, nº. 3, p. 53-62, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v28n3/0080-6234-reeusp-28-3-257.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2019.

PEREIRA, F. L. et al. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2013; 47(6):1272-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000601272&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 ago. 2019.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. EDUNISC Edições Loyola, São Paulo, 2004, 319 p.

PINTO, J. P.; BARBOSA, V. L. Maternal-infant bonding and the mother's participation during venipuncture: a psychoanalytic perspective. **Rev Lat Am Enferm.** 2007;15(1):150-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100022. Acesso em: 15 set. 2019.

QUERINO, L. C. S; DOMINGUES, M. D. S.; LUZ, R. C. A evolução da mulher no mercado de trabalho. **E-FACEQ**: revista dos discentes da Faculdade Eça de Queirós, Ano 2, número 2, agosto de 2013. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170427174519.pdf. Acesso em: 08 de. 2019.

REIS, L. S. d. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, nº. 2, p. 118-124, Jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2019.

RIBEIRO, J. F.; SILVA, L. L. C. d.; SANTOS, I. L. d. et al. O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(10):3833-41, out., 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Jaque/Downloads/11450-26370-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jaque/Downloads/11450-26370-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 21 jan. 2020.

RIBEIRO, C. A. P. S; TROVO, M. M; PUGGINA, A. C. Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible?. **Enferm. glob.**, Murcia , v. 16, n. 47, p. 453-495, 2017 . Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300453&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2020.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, nº. 2, p. 253-261, Jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2019.

RIOS, S. O.; COSTA, J. M. A.; MENDES, V. L. P. S. A fotografia como técnica e objeto de estudo na pesquisa qualitativa. **Discursos fotográficos**, Londrina, v. 12, nº. 20, p. 98-120, jan/jul. 2016. Disponível em: 05 abr. 2019.

ROCHA, R. S. et al. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):502-9. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a019_-_promocao_do_cuidado_humanizado_a_familia_pela_equipe_de_enfermagem_na_unidade_neonatal_-_rene_2011.pdf. Acesso em: 10 mai. 2019.

RODARTE, M. D. O. et al. O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev Latino-Americana de Enferm**, v. 13, nº. 1, p. 79-85, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a13.pdf>. Acesso em: 01 ser. 2019.

ROSA, R. d. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, nº. 1, p. 105-112, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2020.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. d. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 32, nº. 1, p. 109-119, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000100109&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 ago. 2019.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, Volume, Número 1, Jan./Jun. 2004. Disponível em: [file:///C:/Users/Jaque/Downloads/20140521092044v18n1_09formacaoprof%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Jaque/Downloads/20140521092044v18n1_09formacaoprof%20(4).pdf). Acesso em: 04 dez. 19.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. av.**, São Paulo , v. 2, nº. 2, p. 46-71, Aug. 1988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340141988000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2019.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. d.; GOMES, R. d. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000500012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jul. 2019.

SAVIETO, R. M. et al. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3151, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100340&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 dez. 2019.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface – Comunic, Saúde, Educação**, v. 5, nº. 8, p. 47-60, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

SCHÜTZE, F. **Pesquisa biográfica e entrevista narrativa**. In: WELLER, W.; PFAFF, N. (Org.). Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática. 2ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 210-222

SCOCHI C. G. S. et al. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. **Rev Latino-Am Enferm** 2004; 12

(5):727-735. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500005&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 nov. 2019.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, nº. 3, p. 479-503, Nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2019.

SELLI, L. et al. O cuidado na resignificação da vida diante da doença. **O Mundo da Saúde São Paulo**: 2008: jan/mar 32(1): 85-90. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/58/85a90.pdf. Acesso em: 27 dez. 2019.

SINSEM, C. D.; CROSSETTI, M. G. O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Rev. Gaúcha em Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2004 25 (2): 231-42. Disponível em: <file:///C:/Users/jacqu/Downloads/4510-14437-1-PB.pdf>. Acesso em: 24 set. 2019.

SMITH, K. et al. Parents opinions about attending parent support groups. **Child Health Care**. 1994; 23:127-36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10134803>. Acesso em: 23 dez. 2019.

SOUZA, K. M. O. d.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, nº. 2, p. 471-480, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2019.

SOUSA, S. C. d.; MEDINO, Y. M. S.; BENEVIDES, K. G. C. B. et al. Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 13(2):298-306, fev. 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Jaque/Downloads/236820-133852-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jaque/Downloads/236820-133852-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 22 jan. 2020.

SPIR, E. G. et al. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, nº. 5, p. 1048-1054, Oct. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2019.

TAKAKI, M. H; SANTANA, D. M. G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 9, nº. 1, jun. 2004. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1708/1416>. Acesso em: 29 dez. 2019.

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2017; 70(3): 669-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>. Acesso em 28 dez. 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 5ª ed. São Paulo: Cortez: Autores associados, 1992.

TINOCO, V. **Maternidade prematura: repercussões emocionais da prematuridade na vivência da maternidade**. [tese] Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.4estacoes.com/pdf/maternidade_prematura_doutorado.pdf. Acesso em: 12 jul. 2019.

TITTONI, J.; PRUDENTE, J. Encontros com a pesquisa: uma experiência sobre trabalho em saúde, tempo e fotografia. **Revista de Ciências HUMANAS**, Florianópolis, v. 49, nº. 2, p. 75-93, jul/dez 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/2178-4582.2015v49n2p75>. Acesso em: 08 dez. 19

TORALLES-PEREIRA, M. L. et al. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (4): 1013-1022, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232004000400022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 dez. 2019.

TORATI, C. V. **Política de Atenção ao recém-nascido prematuro: Morbidades respiratórias e neurológica**. 2011. 142 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local)- Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória. 2011.

TRONCHIN, D. M.R; TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Rev lat am enfermagem**. 2006; 14(1):93-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a13.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2019.

VASCONCELOS, M. G. L. **Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife, PE** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29092004-160611/publico/doutorado.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2019.

VASCONCELOS M. G. L.; FERREIRA, E. B.; SCOCHI, C. G. S. Vivência materna no grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascidos pré-termo. **Rev Min de Enferm** 2008; p. 167-172. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/253>. Acesso em: 09 nov. 2019

VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saúde Mater**. Infant., Recife, v. 6, nº. 1, p. 47-57, Mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2018

VERONEZ, M. et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2017 jun; 38(2): e 60911.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>. Acesso em: 23 dez. 2019.

VIEIRA, C. S. Homem: o centro e a medida de todas as coisas. **Saber Humano, Edição Especial**: Cadernos de Ontopsicologia, p. 277-290, fev. 2016. Disponível em: <https://saberhumano.emnuvens.com.br/sh/article/view/120>. Acesso em: 23 jul. 2019.

VILLAMIZAR, B.; VARGAS, C.; RUEDA, E. Mães descobrindo amor incondicional no processo adaptativo de hospitalização de seu bebê prematuro. **Rev. Cuid.** 2014; 5 (2): 782-91.

WERNET, M. et al. Mother recognition in the Neonatal Intensive Care Unit. **Rev Bras Enferm.** 2015;68(2):228-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000200228&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 jan. 2020.

ZANFOLIN, L. C.; CERCHIARI, E. A. N.; GANASSIN, F. M. H. Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Jan/Mar. 2018 v. 38 n° 1, p. 22-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932018000100022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2020

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**, São Paulo, v. 4, n° 4, p. 1-16, dez. 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 dez. 2019.

7 APÊNDICE 1

Projeto Humanização – Caracterização das participantes	
Nome:	
Data de nascimento:	Telefone:
Cidade:	Estado Marital:
Escolaridade e profissão da MÃE <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo Profissão/ocupação: <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal QUAL?: _____	Escolaridade e profissão da CONJUGUE/PAI <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo Profissão/ocupação: <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal QUAL?: _____
1-Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos) (A) Moro sozinho (B) Uma a três (C) Quatro a sete (D) Oito a dez (E) Mais de dez	2- A casa onde você mora é? (A) Própria (B) Alugada (C) Cedida
3- Sua casa está localizada em? (A) Zona rural (B) Zona urbana (C) Comunidade indígena (D) Comunidade quilombola	4- Qual a sua renda mensal, aproximadamente? (A) Nenhuma renda. (B) Até 1 salário mínimo (R\$954,00). (C) De 1 a 3 salários mínimos (D) De 3 a 6 salários mínimos (E) De 6 a 9 salários mínimos (F) De 9 a 12 salários mínimos (G) De 12 a 15 salários mínimos (H) Mais de 15 salários mínimos
5. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal? (A) Nenhuma renda (B) Até 1 salário mínimo (C) De 1 a 3 salários mínimos (D) De 3 a 6 salários mínimos (E) De 6 a 9 salários mínimos	6 – O bairro/comunidade que você reside possui posto de saúde (ESF- Estratégia Saúde da Família)? (A) Sim. (B) Não. 7 – Sua residência possui rede de esgoto e/ou água tratada (saneamento básico)? (A) Sim.

(F) De 9 a 12 salários mínimos (G) De 12 a 15 salários mínimos (H) Mais de 15 salários mínimos	(B) Não.
8 – Sua residência possui os artigos: <input type="checkbox"/> Televisão; <input type="checkbox"/> Rádio; <input type="checkbox"/> Automóvel; <input type="checkbox"/> Aspirador de pó; <input type="checkbox"/> Videocassete e/ou aparelho de DVD; <input type="checkbox"/> Geladeira, freezer e máquina de lavar;	9 – Qual o número de banheiros de sua residência? <input type="checkbox"/> Nenhum. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou mais 10 – Possui empregada doméstica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Experiência com aleitamento materno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Até quantos meses/anos _____.	
História gestacional Descoberta com quantas semanas: (____°). <input type="checkbox"/> Primípara. <input type="checkbox"/> Multípara (____° gestação). <input type="checkbox"/> Medicamentos usados na gestação. <input type="checkbox"/> Hábitos como: fumo, álcool e drogas ilícitas. <input type="checkbox"/> Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse). <input type="checkbox"/> Aceitação da gravidez. Parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesária <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Único . Doenças: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> DST Outros: _____	