

# Percepções das mães que são profissionais de saúde sobre as relações na unidade neonatal

*Health professionals mothers' perceptions about relationships in the neonatal unit*

*Percepciones de las madres profesionales de la salud sobre las relaciones en la unidad neonatal*

Allison Scholler de Castro Villas Boas<sup>I</sup> ; Isabela Corasini<sup>II</sup> ; Maria Aparecida Bonelli<sup>III</sup> ;  
Ana Izaura Basso de Oliveira<sup>II</sup> ; Gabriele Petruccelli<sup>II</sup> ; Monika Wernet<sup>III</sup> 

<sup>I</sup>Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, Brasil; <sup>II</sup>Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil

## RESUMO

**Objetivo:** discutir as percepções das mães que são profissionais de saúde sobre as relações na unidade neonatal. **Método:** estudo qualitativo, apoiado no Interacionismo Simbólico, com 11 mães de recém-nascidos pré-termo que são profissionais da saúde. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os dados foram coletados de maio a outubro de 2021, por meio de entrevistas individuais, e submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** apesar de as mães serem profissionais da saúde, as relações na unidade neonatal foram difíceis, sofridas, desconfortantes e restritivas ao processo de 'ser e tornar-se mãe'. Estas desvelaram sentimentos de não pertencimento ao cuidado e de afastamento de suas crianças. **Conclusão:** as relações entre mães e profissionais da saúde atuantes na unidade neonatal estiveram marcadas por sofrimentos, limitações e desconfortos, sendo lacunares em processos colaborativos, na contramão do Cuidado Centrado na Família.

**Descritores:** Cuidados Críticos; Pessoal de Saúde; Relações Profissional-Família; Comportamento Materno; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

## ABSTRACT

**Objective:** to discuss the perceptions of mothers who are health professionals about relationships in the neonatal unit. **Method:** a qualitative study, based on Symbolic Interactionism, with 11 mothers of preterm newborns who are health professionals. After approval by the Research Ethics Committee, data was collected from May to October 2021, through individual interviews, and subjected to thematic content analysis. **Results:** despite the mothers being health professionals, relationships in the neonatal unit were difficult, painful, uncomfortable, and restrictive to the process of 'being and becoming a mother'. They revealed feelings of not belonging to care and of being away from their children. **Conclusion:** the relationships between mothers and health professionals working in the neonatal unit were marked by suffering, limitations, and discomfort, and were lacking in collaborative process, going against Family-Centered Care.

**Descriptors:** Critical Care; Health Personnel; Professional-Family Relations; Maternal Behavior; Intensive Care Units, Neonatal.

## RESUMEN

**Objetivo:** discutir las percepciones de las madres profesionales de salud sobre las relaciones en la unidad neonatal. **Método:** estudio cualitativo, basado en el Interaccionismo Simbólico, con 11 madres de recién nacidos prematuros que son profesionales de la salud. Previa aprobación del Comité de Ética en Investigación, se recolectaron los datos de mayo a octubre de 2021, mediante entrevistas individuales y los sometieron a análisis temático de contenido. **Resultados:** aunque las madres eran profesionales de salud, las relaciones en la unidad neonatal fueron difíciles, dolorosas, incómodas y restrictivas al proceso de 'ser y volverse madre'. Revelaron sentimientos de no pertenencia a los cuidados y de alejamiento de sus hijos. **Conclusión:** las relaciones entre las madres y los profesionales sanitarios que trabajan en la unidad neonatal estaban marcadas por el sufrimiento, las limitaciones y la incomodidad, y carecían de procesos de colaboración, lo que iba en contra de la Atención Centrada en la Familia.

**Descriptorios:** Cuidados Críticos; Personal de Salud; Relaciones Profesional-Familia; Conducta Materna; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

## INTRODUÇÃO

O Brasil está entre os dez países do mundo com as maiores taxas de nascimentos prematuros, aqueles que ocorrem antes das 37 semanas gestacionais, com prevalência de 11%, de tendência estável<sup>1</sup>. A prematuridade está entre as condições que repercutem em internações em Unidades Neonatais (UNs).

Nas UNs os processos relacionais entre profissionais, mulher e família do bebê estão descritos como insuficientes<sup>2</sup> e potencialmente estressantes<sup>3</sup>, muito em função do não acolhimento das necessidades particulares<sup>4,5</sup> e restrições para entrada<sup>2,6</sup>. Fruto desse contexto, a relação dos pais com o recém-nascido (RN) fica comprometida, apesar de ser essencial a este<sup>6</sup> e ao enfrentamento parental.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (CNPq), Edital PROPQ 001/2020/PIBIC/CNPq, bolsa concedida a Isabela Corasini.

Autora correspondente: Allison Scholler de Castro Villas Boas. E-mail: [acastrosvb@gmail.com](mailto:acastrosvb@gmail.com).

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Juliana Amaral Prata

Nesse cenário, os processos colaborativos de cuidado nas UNs, ou seja, a efetiva incorporação do Cuidado Centrado na Família (CCF) está lacunar e requer avanços<sup>6-8</sup>. Ainda prevalecem tomadas de decisões e realização de procedimentos centradas exclusivamente nos profissionais<sup>8</sup>.

Diante do exposto e sob o pressuposto de que a condição de profissional de saúde da mãe pode favorecer as interações nas UNs, indagou-se: “quais são as percepções que mães que são profissionais de saúde têm sobre as relações com os profissionais de saúde na UN?”.

Nesse contexto, o objetivo do estudo foi de discutir as percepções das mães que são profissionais de saúde sobre as relações na unidade neonatal.

Adotou-se o referencial teórico foi do Interacionismo Simbólico (IS), dada sua ênfase nos significados, interações e ações sociais. O IS entende que o ser humano interpreta os fatos e comporta-se perante alguém ou algo em função dos significados e, esses, são resultantes das vivências interacionais sociais e internalizadas<sup>10</sup>.

## MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, apoiado no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*<sup>9</sup>.

Os critérios de inclusão foram: ter parido recém-nascido pré-termo que ficou internada em UN por tempo superior a cinco dias; estar em domicílio com essa criança a tempo superior a seis meses; e ser profissional de saúde. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: ser a mulher portadora de surdez ou apresentar algum comprometimento para construir narrativas compreensíveis.

A técnica “Bola de Neve” (*Snowball Sampling*) direcionou a localização e convite ao estudo, dada sua indicação para população específica e foco em tema particular<sup>11</sup>. Os primeiros movimentos foram junto ao grupo de pesquisa Saúde e Família, com captação de três participantes em potencial, sendo que todas aceitaram integrar o estudo. Cada uma delas indicou uma nova participante em potencial e essa tendência se repetiu. No total foram convidadas 12 mulheres, das quais uma não aceitou, justificada pela falta de tempo para se envolver com uma entrevista. As participantes que aceitaram foram contactadas por via telefônica/on-line, quando houve a explicação sobre a pesquisa. Após consentimento da participação, foram agendadas as entrevistas.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada única, remota, via Google Meet®, nos meses de maio a outubro de 2021, com duração média de 55 minutos; conduzidas pelas duas primeiras autoras, ambas com experiência anterior em estudos qualitativos. Anterior à apresentação da colocação disparadora da entrevista, alguns dados de caracterização foram obtidos: faixa etária, profissão, local e unidade de atuação profissional, número de filhos, idade gestacional de nascimento do filho prematuro e tempo de estadia na UN.

A colocação: ‘Conte-me sobre sua relação com os profissionais de saúde durante sua estada em unidade neonatal’ foi utilizada para disparar as entrevistas, as quais foram gravadas somente em áudio, e posteriormente transcritas e analisadas com base na análise de conteúdo temática<sup>12</sup>. As perguntas de suporte, apresentadas de modo encadeado com o que era trazido pela participante foram: ‘Como se sentiu nas relações com estes profissionais que mencionou?’; ‘Pecebeu-se sendo envolvida no cuidado de sua criança?’; e ‘Como se caracterizou a partilha de informações?’. O encerramento da coleta de dados deu-se por sua saturação, ou seja, a qualidade e profundidade permitiu a compreensão do fenômeno investigado<sup>12</sup>.

O processo analítico iniciou-se com leituras flutuantes das transcrições para apreensão do conteúdo exposto no recorte do estudo, seguidas de releituras e destaque de trechos na direção de estabelecimento de categorias. Um processo de interpretação dedutiva e indutiva conduziu o fechamento analítico<sup>13</sup>.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e houve assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital enviado no convite ao estudo. As participantes tiveram suas identidades preservadas sendo identificadas pela letra M, alusivo a palavra ‘mulher’, seguido de número arábico, tradutor de sua entrada no estudo.

## RESULTADOS

As participantes deste estudo apresentaram idades entre 30 e 45 anos, sendo que pouco mais da metade delas eram primíparas. A idade gestacional de nascimento dos RNs esteve entre 28 e 35 semanas, enquanto a estadia média na UN foi de 65 dias. Três participantes eram mães de gemelares e uma era mãe de criança diagnosticada com síndrome de *Down*. Quanto à formação profissional, quatro eram enfermeiras, duas fisioterapeutas, uma psicóloga, uma biomédica, uma terapeuta ocupacional, uma técnica de enfermagem e uma instrumentadora cirúrgica. Apenas

duas mães trabalhavam no mesmo hospital onde sua criança ficou internada, porém em outro setor. Nenhuma das participantes era da área neonatal.

A partir do processo de análise emergiram as seguintes categorias temáticas: “Inserção na UN: negativas de coparticipação”; “Solicitude profissional: transformação do lugar da mulher”; e “Símbolo profissional da saúde: impactos para os processos interacionais”.

### **Inserção na UN: negativas de coparticipação**

Os tempos iniciais na UN abarcaram a tentativa da mulher em ser coparticipe do cuidado de seu(ua) filho(a), porém encontraram barreiras nas relações com os profissionais da unidade, sentiram desconforto e sensação de deslocamento.

Não identificaram disponibilidade dos profissionais para interações particulares e caracterizaram como mínimas as informações disponibilizadas. Assinalaram ainda abertura relacional desfavorável ao diálogo, inclusive nas questões relativas ao RN e sua terapêutica. Além disso, receberam indicativas recorrentes para que suspendessem o lado ‘profissional de saúde’ e fossem ‘apenas’ mães. Este conjunto intensificou desconfortos e desconfianças.

*Eu só acho que a forma que é falada podia ser mais humana, menos técnica e não esconder as coisas. Porque eu acho que se você tem uma hipótese de diagnóstico, não esconde o diagnóstico, eu tinha condições de compreender. Daí, você percebe que tem coisa e fica alerta, atenta a tudo com dúvida de estar sendo feito como deve. (M3)*

*Sentia que queria distância de mim. Distância assim, nada de entrar em conversas sobre o (nome da criança). Ficava ‘será que está tudo certo mesmo?’. Você fica ali deslocada, só podendo olhar. Eu vigiava calada, engolindo inquietações, pois diziam: ‘aqui você é só mãe, não é profissional’. (M11)*

*[...] Eu tinha vontade de mudar o jeito de coisas dali, mas eu era mãe. É difícil dizer tchau profissional. No início você fica nesta luta. E a equipe recomenda dizer este tchau, mas não cabe. (M2)*

Quando de sua alta hospitalar, com o maior distanciamento físico de seu(ua) filho(a) e a necessidade de ajustar sua dinâmica para estar na UN, ampliaram reflexões internalizadas sobre serem os profissionais da saúde, que estarão cuidando de seu RN, os primeiros a tocarem, pegarem ou cuidarem dele. Diante disso, sentiram-se fragilizadas emocionalmente, ampliando sofrimentos e preocupações, com resgate recorrente de estarem a ser espectadoras.

*Quando recebi a alta foi horrível. Agora tinha que pensar em como faria para star ali, pensar em tudo: como vir, se deixarão eu vir quando posso... (M7)*

*Uma coisa que me marcou é que ali eu estava ajudando, mas o filho era deles, era uma frase que elas tinham ali: ‘aqui ele é meu filho, a hora que eu te entregar, ele vai ser seu’. Então eu pensei comigo: ‘é meu, eu que fiz, saí de mim’, mas elas falavam assim, não sei se por carinho ou para colocar um limite entre a gente. Isso rebulçava dentro de mim. (M6)*

Neste contexto, assinalaram o quanto as restrições para a presença de familiares significativos marcaram negativamente a experiência da mulher e repercutiu em solidão.

*Senti falta [...] de ter alguém mais próximo, que seria por exemplo alguém da minha família: minha mãe ou minha irmã. Porque para mim foi um momento muito difícil. Mas assim, às vezes você quer um colo de mãe, uma palavra de uma irmã [...]. Então o mais próximo de você ali era por telefone, elas ligavam, eu ligava. (M4)*

A insensibilidade dos profissionais foi ressaltada.

*Eles (equipe de enfermagem) estão tão ocupados com os procedimentos técnicos, que às vezes eles esquecem que a gente está ali. [...] E eu senti também que nesse momento do primeiro contato, do colo, não teve aquela coisa, elas não veem que eu estava pegando o filho no colo pela primeira vez. É algo também muito mecânico, muito prático. (M6)*

Diante deste cenário, na direção de sua incorporação colaborativa, uma mulher buscou demonstrar ser portadora de conhecimentos próprios à saúde, porém sem sucesso.

*Tentava conseguir permissões, tentava mostrar delicadamente que eu tinha entendimento e podia pensar com eles. A resposta era: ‘aqui você tem que ser mãe, só mãe’. [...] Tentava dar umas indiretas do tipo ‘não vejo a hora de trocar a fralda’, mas nada, desconversavam. (M11)*

### **Solicitude profissional: transformação do lugar da mulher**

De modo geral, comentaram que interações junto aos profissionais foram ríspidas, com imposição de modos de ser. Destacaram que restava a elas submeterem-se e/ou ajustarem-se ao determinado pela equipe, convivendo solitariamente com seus sofrimentos, para assim conseguirem garantir o cuidado a seu(ua) filho(a).

*Eu me sentia uma intrusa em relação ao tratamento e horários de mamada. Como eu tinha os dois eu pedia: ‘se eu atrasar 5 minutos, por favor, não coloca o leite na sonda’. Mesmo se eu chegasse 10 minutos antecipada*

*e ela tivesse chorando, o leite estava lá. Aí eu chegava 1h30min de trânsito, e não podia amamentar porque ela estava alimentada. Eu não tive o acolhimento que esperava, me coloquei numa posição de: 'deixa fazer o que querem fazer, porque quero levar minha filha embora'. (M5)*

Para algumas mulheres, com o tempo, alguns profissionais de saúde revelaram-se mais solidários, empáticos e solícitos. A impressão que tiveram foi que estes conseguiram se colocar no lugar dela e resignificaram-na enquanto mãe. Quando deste acontecimento, comentaram sobre um movimento paulatino de transferência da 'posse' e cuidado de seu(u) filho(a) para ela. Isso amenizou o desconforto relacional e contribuiu com o processo de tornar-se mãe. Os técnicos de enfermagem estiveram destacados nessa questão.

*Conseguir ser percebida como mãe por alguns (profissionais da saúde), dá uma luz, ajuda a gente a acreditar. Sofrer a cobrança de fazer assim, assado, é dureza, é como se você fosse ninguém, um robô, que deve cuidar, só que é corrigido toda hora. Sempre elas têm algo a falar, para ser diferente. Horrível isto, mas quando surge uma profissional que te percebe, que fica ali junto, daí o filho parece ser seu e não mais delas. (M8)*

*Porque elas (técnicas de enfermagem) choraram junto comigo o dia que o bebê morreu, como elas aplaudiram junto comigo o dia que o (nome da criança) teve alta. (M1)*

*[...] Eles (equipe de enfermagem) trouxeram duas mães de lá, que tiveram filhos com síndrome de Down para conversar comigo, e isso foi muito legal, porque depois eu fiz isso também com outras mães. (M4)*

Em função de serem profissionais de saúde, as mulheres sentiram grande aflição e anseios frente às instabilidades do quadro de seus(uas) filhos(as). Associaram isso à compreensão dos símbolos emitidos na UN. Por outro lado, exaltaram quando a equipe integrou este elemento na relação com ela.

*Eu ia para uma salinha ordenhar, para tirar leite, e elas já sabiam que eu era toda desesperada, ansiosa, e aí elas já entravam e falavam: 'não é o monitor do (nome da criança)'. Porque eu parava e saía de peito para fora da salinha: 'gente, é o (nome da criança)?' Porque o monitor dele era o que mais apitava, e elas se preocupavam comigo, elas falavam: 'fica tranquila que não é o (nome da criança), está tudo bem'. (M10)*

*Com o tempo, até os sinais vitais elas (equipe de enfermagem) deixavam eu ver, elas falavam 'pode ver a pressão' [...]. Até medicação eu dava, ficava ali na gavetinha, dava o horário elas só me falavam: 'pode dar o remedinho tal', eu dava, trocava fralda, dava banho. (M4)*

### **Símbolo profissional da saúde: impactos para os processos interacionais**

O símbolo profissional de saúde, na percepção da mulher, teve influência no comportamento dos profissionais da saúde em relação à ela, dado entendimentos provocados:

- (1) *'profissional de saúde possui conhecimento sobre prematuridade, não necessitando de esclarecimentos';*

*O contra (de ser profissional da saúde) é por eles (profissionais) acharem que por ser da saúde eu já sabia muitas coisas, mas quando a gente vira mãe, a gente esquece de tudo, parece que da minha mente fugiu quando eu virei a mãe. (M9)*

- (2) *'a comunicação com profissionais de saúde deve ser rebuscada no linguajar, não carecendo de explicações nem pormenores'; e,*

*Comigo a conversa era só com termos técnicos, como se eu soubesse todos. Sabe daquelas coisas de ficar implícito que está claro e por vezes não está. Usavam mais palavras técnicas, termos diagnósticos e pouco se importavam em validar se eu conhecia mesmo, se eu estava entendendo. Mas, por vezes, eu precisava do simples, do termo popular para eu compreender mesmo. (M8)*

- (3) *'profissionais de saúde avaliam com críticas o cuidado exercido por outros profissionais de saúde'.*

*Sentia incômodo da equipe comigo, parecia que precisavam transmitir serem tops, tinha a sensação que elas falavam no pensamento: 'esta mulher está olhando tudo, avaliando a gente em tudo'. E não era assim. (M11)*

Dessa forma, conceberam que o símbolo 'profissional de saúde' atuou negativamente na interação com os profissionais da UN, de modo que o 'ser profissional da saúde' e o 'ser mãe' da mulher se entrelaçaram mentalmente, ponderando desdobramentos e deliberando ações. Nesse cenário, o ser mãe tendeu a se recolher, uma vez que o ser profissional falava: 'não entre em conflito'.

*Foram feitas intervenções que eu não concordei, como passagem de sonda. Ela deglutiua, não sei por que passaram sonda, aí eu questionei. Ficou 4 dias com uma sonda nasogástrica, recebendo leite pela sonda. Isso gerou uma criança preguiçosa em relação a mamar, um desmame mais precoce, introdução de mamadeira. Tudo que eu não concordava, eu questionava, e a equipe falava assim: 'é necessário'. Ninguém levava em consideração a minha opinião, passei a me calar. (M5)*

Algumas das participantes relataram também que a experiência se desdobrou na qualificação do seu EU profissional, em especial, no que se relaciona à empatia, com compromissos de melhorar seu cuidado junto às famílias e mães.

*Não dá para não dizer que a situação não te marca como profissional. Marca e muito, você não consegue fazer igual. Você lembra de tudo e se esforça para dar espaço para a família, sentir o que ela precisa. Você sai transformada no profissional. (M8)*

*Eu acho que seria completamente diferente do que é, de ver a gente como uma ameaça, e ver a gente como parceiro, ver a gente como família. Eu acho que é difícil a gente se colocar no lugar do outro, a gente tenta, mas ainda não é aquilo, não é uma coisa que atinge [...]. Então eu acho que tudo isso vai estar também relacionado à cultura, aos princípios éticos da pessoa, pessoas são diferentes, eu saí diferente dali. (M6)*

## DISCUSSÃO

O não reconhecimento da mulher como pessoa e de suas necessidades ficou evidenciado, trazendo sofrimento emocional, sensação de exclusão e de não pertença de seu(u) filho<sup>2</sup>.

Ocorre que as mulheres desejam ser coparticipes do cuidado de seu RN<sup>14</sup> e esse estudo indica que o símbolo 'profissional de saúde' pareceu contribuir para acentuar a exclusão. Os comportamentos de profissionais foram de delimitação de espaço e sinalizações incisivas para serem 'apenas mães'. Questiona-se se 'apenas mãe' está entendido como ser submissas e seguidoras de protocolos e comando profissionais, sem direito a opinião e voz, como evidenciam estudos<sup>2,8,14</sup>.

Destarte, as relações com os profissionais nos tempos iniciais na UN determinaram marginalização e solidão às mulheres, repercutindo em sofrimento. Ademais, na sua alta hospitalar, novos sofrimentos surgiram, desdobrados da indagação, em pensamento, acerca do seu lugar junto de seu(u) filho(a).

Neste aspecto, o CFF estrutura-se na parceria profissional-família, no alcance de relações fluidas, honestas, orientadas ao reconhecimento e valorização do outro<sup>15</sup>. Diante da estada na UN, as indicativas são de esforços para envolvimento de pais e familiares<sup>15-17</sup>, reconhecimento das necessidades particulares e empoderamento para um cuidado responsivo, adequado e oportuno em termos de estímulo e manejo de situações adversas<sup>16</sup>. Revisão de escopo realizada identificou como intervenções de enfermagem para o desenvolvimento do vínculo a promoção da interação com a criança, com presença e proximidade física dos pais, assim como a inserção deles nos cuidados ao recém-nascido, quando a interação entre os pais e a equipe de enfermagem é fundamental<sup>18</sup>. Contudo, os achados deste estudo não evidenciaram ampla presença destes balizadores nas relações, delatando desonestidade e ocultação de informações, elementos fundamentais na comunicação de notícias difíceis<sup>19</sup>.

Ainda, identificou-se que as mulheres mantiveram em pensamento um esforço de 'calar' o profissional que a todo momento se apresentava para interagir interna ou externamente com a situação. E, assim, como tentavam calar o profissional, conduziram-se ao silenciamento em nome do não conflito, o que imputou sofrimento emocional intenso. Este comportamento foi alcançado via processo interacional consigo mesmo e, em uma intensa interpretação simbólica do experienciado, direcionando ações<sup>10</sup>.

Dessa forma, a denúncia de sofrimentos em consequência de comportamentos profissionais assinala a premência de mudanças nas interações e modos de inserções de mães nas UNs. Ademais, o ato de recolherem-se por receio da qualidade do cuidado que será dispensado à criança esteve articulada com o símbolo 'ser profissional' e manteve o *self* das mulheres em intensa atividade. Adiciona-se outro efeito do mesmo símbolo, o de conduzir o profissional à concepção de que a mulher detém conhecimento e está a avaliá-lo.

Merece destaque a recomendação dos profissionais de saúde da UN para que a mulher suspenda o papel 'profissional de saúde' e seja apenas 'mãe', o que é inocência, pois a historicidade se manifesta no ser de todos e nos distintos papéis sociais ocupados, derivados de processos mentais dinâmicos, complexos e interrelacionados. Neste cenário, o IS destaca o papel do ser humano ativo enquanto ideia central, ressaltando que o indivíduo interage, pensa, define, aplica seu passado e toma decisões no presente<sup>10</sup>. Dessa forma, o símbolo 'profissional de saúde' deveria instaurar na profissional indagação acerca das necessidades particulares relacionadas ao símbolo, comportamento não revelado nos resultados deste estudo.

Um dos direcionadores do CCF está na negociação e esclarecimento de papéis dos profissionais e da família<sup>14,20</sup>, não evidenciado neste estudo. Ao profissional cabe um exercício cotidiano envolto por questionamentos do tipo: 'Quem é esta mulher-mãe?', 'Estou a dar espaço pra ela se revelar para mim?', 'Estou a criar um espaço seguro e confiável para ela se mostrar?', 'Quais necessidades têm?', e 'Estou conversando com ela para colaborativamente identificarmos formas de eu corresponder ao que ela precisa?'.

Diante disso, o Enfermeiro, por estar imerso na relação de cuidado, tem potencialidade para induzir olhares ampliados, parcerias e acolhimentos nas UNs<sup>18,21</sup> e assim, contribuir com a segurança e experiência dessa mulher e família<sup>4,22</sup>.

Sendo assim, os resultados deste artigo adensam os conhecimentos acerca da experiência de mães nas UNs, com foco na interação com os profissionais da UN e na perspectiva do “quando” as mães são profissionais de saúde, elemento inovador. As relações estiveram insuficientes em comunicação, diálogo e inclusão das mulheres mães e o símbolo ‘profissional de saúde’ atuou como interveniente às interações. Ademais, as incipiências relacionais assinalaram estarem as relações na contramão dos estruturantes do CCF, também mencionado em outros estudos<sup>20,21,23</sup>.

Em contraponto, a vivência repercutiu em transformações no EU profissional das mulheres mães, com intenções de comportarem-se de modo solícito, empático e solidário junto àqueles que demandem seus cuidados profissionais.

### Limitações do estudo

Destaca-se que o estudo apresentou como limitação o número de participantes, aspecto que restringiu a generalização, contraposto pelo rigor e alinhamento teórico-metodológico e densidade das entrevistas.

### CONCLUSÃO

Os dados do estudo ampliaram o entendimento das percepções de mulheres profissionais de saúde e mães de RNs nascidos pré-termo acerca das relações com profissionais de saúde na UN. Revelou serem estas relações um determinante central às experiências vividas, com chances de promover sofrimentos. Isso ocorreu pelo não investimento em processos colaborativos, com escassez de abertura para diálogos, negativas de projetos de maternidade e maternagem, imputando solidão e exclusão. O simbolismo do ‘profissional de saúde’ atuou ampliando obstáculos às interações, contrariando o pressuposto inicial.

Com relação às implicações para a prática, os achados têm potencial para direcionar e qualificar relações entre profissionais e mães nas UNs, assim como há discussões passíveis de serem tomadas nas formações em saúde.

Por fim, sugerem-se estudos, na ótica dos profissionais de UNs, acerca dos determinantes das relações junto a mães e/ou familiares profissionais de saúde que são acompanhantes de prematuros.

### REFERÊNCIAS

1. Alberton M, Rosa VM, Iser BPM. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2023 [cited 2023 Nov 14]; 32(2):e2022603. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200005>.
2. Nascimento ACST, Morais AC, Amorim RDC, Santos DVD. The care provided by the family to the premature newborn: analysis under Leininger’s Transcultural Theory. *Rev. Bras. Enferm*. 2020 [cited 2023 Jan 20]; 73(suppl 4):e20190644. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0644>.
3. Gusmão RO, Araújo DD, Maciel AP, Soares JB, Silva Júnior RF. Feelings and emotions of mothers of preterm babies at a neonatal intensive care unit. *Rev. Enferm. Cent-Oeste Min*. 2021 [cited 2023 Jan 20]; 11:e4183. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4183>.
4. Santiago LXJ, Galeano SPO, Blandóin DAS. Quality of nursing care: perception of parents of newborns hospitalized in neonatal units. *Invest Educ Enferm*. 2018 [cited 2023 Jan 20]; 36(1):e08. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e08>.
5. Santos MSN, Rolim KM, Albuquerque MF, Pinheiro CW, Magalhães FJ, Fernandes HI, et al. Relação familiar na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2018 [cited 2023 Jan 20]; 9(1):54-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1417>.
6. Waddington C, Veenendaal NR, O’Brien K, Patel N. Family integrated care: supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Investig*. 2021 [cited 2023 Nov 14]; 5(2):148–154. DOI: <https://doi.org/10.1002/ped4.12277>.
7. Coats H, Bourget E, Starks H, Lindhorst T, Saiki-Craighill S, Curtis JR, et al. Nurses’ reflections on benefits and challenges of implementing Family-Centered Care in pediatric intensive care units. *Am J Crit Care*. 2018 [cited 2023 Jan 21]; 27(1):52-8. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018353>.
8. Uema RTB, Rodrigues BC, Rissi GP, Felipin LCS, Higarashi IH. Family-centered care in neonatology: health workers’ and families’ perceptions. *Rev. enferm. UERJ*. 2020 [cited 2023 Nov 13]; 28:e45871. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.45871>.
9. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta paul enferm*. 2021 [cited 2023 Jan 21]; 34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
10. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10.ed. Boston: Prentice Hall, 2010.
11. Parker C, Scott S, Geddes A. Snowball Sampling. SAGE Research Methods Foundations, 2019 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://eprints.glos.ac.uk/6781/>
12. Martínez-Salgado C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisa qualitativa em saúde. In: Bosi MLM, Gastaldo D. Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2021. p. 170–201.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

14. Skene C, Gerrish K, Price F, Pilling E, Bayliss P, Gillespie S. Developing family-centred care in a neonatal intensive care unit: an action research study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019 [cited 2023 Jan 22]; 50:54-62. DOI <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.006>.
15. Rodrigues BC, Uema RTB, Rissi GP, Filipin LCS, Higarashi IH. Family centered care and practice in the neonatal intensive care unit. *Rev Rene*. 2019 [cited 2023 Jan 23]; 20(1):e39767. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039767>.
16. Silva RMM, Mello DF. Quality of follow-up of preterm infants in the Primary Health Care network: "Qualipreterm" guide. *Rev. Bras. Enferm*. 2022 [cited 2023 Jan 23]; 75:e20220241. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0241>.
17. Heo YJ, Oh WO. The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2019 [cited 2023 Jan 23]; 95:19-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.018>.
18. Querido D, Lourenço M, Charepe Z, Caldeira S, Nunes E. Intervenciones de enfermería promotoras de la vinculación con los recién nacidos hospitalizados: revisión scoping. *Enf Global*. 2022 [cited 2023 Nov 14]; 21(2):594-637. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.479291>.
19. Bry A, Wigert H. Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study. *BMC Psychol*. 2019 [cited 2023 Jan 23]; 7(1):76. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0354-4>.
20. Smith W. Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *J Pediatric Nurs*. 2018 [cited 2023 Jan 21]; 42:57-64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>.
21. Carvalho E, Mafrá PPOC, Schultz LF, Schumacher B, Aires LCP. Inclusion and participation in the care of the preterm infant at neonatal unit: paternal perceptions. *Rev. Enferm. UFSM*. 2019 [cited 2023 Jan 24]; 9(31):1-19. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769231121>.
22. Fróes GF, Mendes ENW, Pedroza GA, Cunha MLC. Stress experienced by mothers of preterm newborns in a neonatal intensive care unit. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020 [cited 2023 Jan 24]; 41(esp):e20190145. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190145>.
23. Fonseca SA, Silveira AO, Franzoi MAH, Motta E. Family centered-care at the neonatal intensive care unit (NICU): nurses' experiences. *Enfermería*. 2020 [cited 2023 Jan 24]; 9(2):170-90. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n2/en\\_2393-6606-ech-9-02-170.pdf](http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n2/en_2393-6606-ech-9-02-170.pdf).

#### Contribuições dos autores:

Concepção, M.A.B. e A.S.C.V.; metodologia, M.A.B. e A.S.C.V.; software, não se aplica; validação, M.A.B. e A.S.C.V.; análise Formal, M.A.B., A.S.C.V., I.C. e M.A.B.; investigação, M.A.B., A.S.C.V. e I.C.; obtenção de recursos, M.A.B.; curadoria de dados, M.A.B.; A.S.C.V. e I.C.; redação - preparação do manuscrito, M.A.B., A.S.C.V., I.C. e M.W.; redação - revisão e edição, M.A.B., A.S.C.V., M.W., A.I.B.O. e G.P.; visualização, M.A.B., A.S.C.B., I.C., M.W., A.I.B.O. e G.P.; supervisão, M.A.B.; administração do Projeto, M.A.B.; aquisição de Financiamento, I.C. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.