



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Simone Tenorio de Carvalho Cordeiro

Análise da relação entre mãe e pediatra no contexto do empoderamento materno

CAMPINAS

2019

Simone Tenorio de Carvalho Cordeiro

Análise da relação entre mãe e pediatra no contexto do empoderamento materno

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências, na área de concentração de Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MARTINS FILHO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA SIMONE DE CARVALHO E ORIENTADO PELO PROF. DR. JOSÉ MARTINS FILHO.

CAMPINAS

2019

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C253a Carvalho, Simone de, 1975-
Análise da relação entre mãe e pediatra no contexto do empoderamento materno / Simone Tenorio de Carvalho. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: José Martins Filho.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Pediatras. 2. Mães. 3. Comportamento materno. 4. Orientação infantil. I. Martins Filho, José, 1943-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Analysis of the relationship between mother and pediatrician in the context of maternal empowerment

Palavras-chave em inglês:

Pediatricians

Mothers

Maternal behavior

Child guidance

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Titulação: Doutora em Ciências

Banca examinadora:

José Martins Filho [Orientador]

José Espin Neto

Roberto Teixeira Mendes

Tania Maria Mendes Quintella

Ricardo Mendes Pereira

Data de defesa: 15-12-2019

Programa de Pós-Graduação: Saúde da Criança e do Adolescente

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-1822-9848>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/5261942971708045>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

SIMONE TENORIO DE CARVALHO CORDEIRO

Orientador (a) PROF(A) DR(A) JOSÉ MARTINS FILHO

MEMBROS:

- 1. PROF(A). DR(A). JOSÉ MARTINS FILHO**
- 2. PROF(A). DR(A). ROBERTO TEIXEIRA MENDES**
- 3. PROF(A). DR(A). JOSÉ ESPIN NETO**
- 4. PROF(A).DR(A). TANIA MARIA MENDES QUINTELLA**
- 5. PROF(A).DR(A). RICARDO MENDES PEREIRA**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Ata da Defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

Data: 13/12/2019

DEDICATÓRIA

*Aos meus filhos, **Rebeca** e **Rafael** e ao **Gabriel**, meu filho-anjo, o ensino da infinitude do amor materno.*

AGRADECIMENTOS

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (**CAPES**) – Código de Financiamento 001. Meus sinceros agradecimentos ao investimento destinado a esta pesquisa nestes 4 anos de doutorado. Espero que possa este contribuir para as futuras transformações sociais a que se destinam.*

*Ao meu mestre o orientador, **Prof. Dr. José Martins Filho**, pelo incentivo, credibilidade e por confiar nas minhas aptidões para a realização deste trabalho em todos estes anos.*

*Ao **Prof. Roberto Teixeira**, por sua atenção e contribuições em todo o processo de finalização do meu doutoramento.*

*A toda a equipe da **Pós-Graduação do Curso em Saúde da Criança e do Adolescente** e do **CIPED**, pelas orientações e suporte durante minha jornada na **UNICAMP**, minha Alma Mater.*

*Meus mais sinceros agradecimentos à **Diretoria do Curso de Pediatra da FCM**, pela disponibilidade de realizar minha pesquisa de campo, bem como a todos os **Pediatras** que gentilmente contribuíram para torná-la possível.*

*Ao meu querido tio, **Levi De Carvalho**, que por toda a vida foi o meu maior exemplo de vida acadêmica e meu Mentor.*

*E por fim, a **Deus**, o Autor da minha vida.*

A relação mãe-pediatra é intrinsecamente indivisível da orientação do pediatra e da intervenção materna na saúde do bebê, onde a decisão das mães em seguirem ou não a orientação pediátrica tem um papel importante na qualidade e acompanhamento da saúde infantil. Estudos científicos no campo da autocapacitação materna, ou do *empowerment*, com relação ao controle da saúde infantil, demonstram que, quando as mães são capazes de exercerem o poder de decisão sobre a assistência à saúde dos seus filhos, este se torna um fator determinante para o acompanhamento sistemático da saúde materno-infantil. Grande parte dessa decisão está relacionada ao acesso conhecimento pediátrico adquirido pelas mães através da internet e à escolha de seguir ou não as recomendações pediátricas – ou o acompanhamento profissional da vida do bebê nos seus primeiros anos – vêm dificultando as orientações pediátricas segundo os resultados da nossa pesquisa de mestrado. Um dos objetivos desta pesquisa foi avaliar os três momentos de uma primeira consulta: (1) antes, (2) durante e (3) depois, traçando um paralelo entre os 3 momentos da mãe e os 3 momentos do pediatra, a fim de demonstrar a divergência entre esses dois atores no processo da orientação e validação pediátrica e a convergência do empoderamento de ambos. No primeiro estudo exploratório, os resultados apontaram na direção de que pediatras cada vez mais estão diante do desafio de ampliar seus conhecimentos da depressão materna e em identificar o tipo de acesso ao conhecimento e orientações sobre cuidados infantis que as mães estão recebendo através das redes sociais. Ademais, nas questões sobre empatia e estabelecimento de um vínculo duradouro com a mãe e a família do bebê – questão primordial para um excelente acompanhamento da saúde materno-infantil em longo prazo – são pontos que podem ser reforçados tanto na graduação quanto na residência médica. Foi elaborado um questionário para avaliar o atendimento pediátrico com base nas interfaces das percepções do cuidado materno. Constatamos que os pediatras têm pouco ou quase nenhum treinamento sistemático formal no que se refere a ‘escuta sensível’ e ‘empatia médica’ para o atendimento pediátrico, sendo este conquistado apenas na pós-graduação, geralmente quando já estão atendendo tanto em consultório particular quanto nos plantões. E, a necessidade de um conhecimento cada vez mais aprofundado e amplo sobre as questões maternas, considerando que, nos meses

iniciais da vida do bebê, a mãe é também uma paciente. No segundo estudo, os resultados demonstram que a dinâmica da primeira consulta apresenta um descompasso do pediatra em relação a mãe empoderada. Demonstraram que, enquanto as mães buscam orientação nos grupos virtuais e informações comprovadas cientificamente antes da primeira consulta, os pediatras desconhecem qual conhecimento e quais orientações que são repassadas às mães. Durante a consulta, as mães antecipam o diálogo aberto com o pediatra, numa interação nivelada de saberes, enquanto os pediatras se sentem preparados para dialogar com a mãe empoderada, todavia expressam que ocasionalmente são surpreendidos por elas e podem vir a adaptar à sua prática ao que elas trazem do seu conhecimento pessoal para a consulta. E, após a primeira consulta, as mães retornam para o seu grupo de apoio, afim de comprovar as orientações pediátricas que acabaram de receber - fator determinante este quanto à decisão da continuidade do atendimento com o pediatra escolhido - e do lado dos pediatras, se sentem tranquilos na dinâmica com a mãe empoderada, porém percebem que estas mães anseiam por mais apoio às suas escolhas em face do seu empoderamento materno. Os resultados demonstraram os paralelos e as diferenças da relação mãe-pediatra e a necessidade de equalizar os dois lados desta relação.

Palavras-chave: Pediatra; Mães; Empoderamento Materno; Orientação da Criança.

ABSTRACT

The relationship between a mother and a pediatrician is highly inseparable from the pediatrician's orientation and maternal intervention in the baby's health, being the mother's decision to follow or not the pediatrician. Scientific evidence in the area of studies of Maternal Self-empowerment in relation to Child Health Control and Care, demonstrates that when mothers to exercise their decision-making power over children's health care, the practice and control of the decisions in regards of the care of their babies was crucial for their health improvement. Most of this decision is specialized by the knowledge acquired by mothers through the Internet and the choice of whether or not to follow the pediatrician - or systematic monitoring of the baby's life in the first months - makes pediatric care difficult. The objective of this study was to evaluate the three moments of the first consultation: (1) before, (2) during and (3) after, drawing a perfect parallel between the 3 moments of the mother and the 3 moments of the pediatrician, to demonstrate the divergence between these two actors in the pediatric orientation and validation process and the convergence of their empowerment. In the first study, pediatric studies are not related to in-depth studies on maternal depression, child development theories, and identifying which child care guidelines and scientific research mothers share in virtual groups. In addition, training in medical empathy and regular follow-up with the mother and family of the baby, essential for excellent long-term monitoring of maternal and child health, should not be disregarded at undergraduate and medical residency. In the second study, a questionnaire was designed to evaluation pediatric consultation based on the interfaces of perceptions of maternal care. We find that pediatricians have little or no training regarding sensitive listening and medical empathy for maternity, acquired only at postgraduate level, usually when they are already attending in private clinics or child hospitals. More and more in-depth knowledge about of maternity issues is needed, considering that in the months before the baby's life, the mother is also a patient. The results show that the first consultation presents the pediatrician's incompatibility with the empowered mother. Unlike mothers, there is almost no exchange of experiences with other pediatricians in virtual groups. During an appointment, as mothers anticipate an open dialogue with the pediatrician, with the intention of sharing knowledge, while pediatricians are prepared to guide the mother. However, pediatricians have stated

that they are occasionally surprised by mothers who bring their personal knowledge to the consultation and may or not adapt this information to pediatric care. And after the first consultation with the pediatrician, the mothers return to the support group to check the pediatric guidelines they have just received and decide whether or not to continue with this pediatrician, and the pediatrician's sides feel comfortable with the care but realize that these mothers yearn for more support for their choices and maternal empowerment. The results demonstrate the parallels and differences of the mother-pediatrician relationship and the need to equalize both sides of this relationship.

Keywords: Pediatrician; Mothers; Mother Empowerment; Child Guidance.

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. A formação do Pediatra na relação médico-paciente	15
1.2. Funções dos Pediatras e Responsabilidades Percebidas no Atendimento ..	18
1.3. Associações entre empoderamento materno e desfechos da consulta médica	21
1.4. Contribuições do empoderamento materno para o bem-estar ocupacional do Pediatra.....	26
1.5. Intervenções propostas para o ensino do empoderamento materno em Pediatra	28
2. OBJETIVOS	32
2.1. OBJETIVOS DO ARTIGO 1	32
2.2. OBJETIVOS DO ARTIGO 2	33
3. CAPÍTULOS.....	34
3.1. ARTIGO 1.....	34
3.2. ARTIGO 2.....	46
4. DISCUSSÃO GERAL	55
5. CONCLUSÃO GERAL	62
6. REFERÊNCIAS.....	64
7. ANEXOS.....	73

1. INTRODUÇÃO

A abordagem da pediatria no atendimento mãe-bebê inclui equitativamente a identificação e o manejo das questões maternas que envolvem a díade. A confiança nas orientações pediátricas por parte da mãe é um fator fundamental para a excelência no acompanhamento da saúde materno-infantil. No entanto, uma das maiores barreiras para uma maior qualidade do trabalho desse profissional é o tempo insuficiente, no momento da consulta, para diagnóstico adequado das questões que envolvem o pós-parto e os cuidados iniciais do bebê por sua mãe, assim como os esforços educacionais por parte da formação médica nas intervenções práticas durante a residência médica (1).

Dados interessantes sobre alguns manuais de pediatria internacional (2) chamam nossa atenção para o contexto do entendimento da pediatria na relação à maternidade como um dos temas da prática pediátrica como: 'você pode se comunicar de forma clara e sensível? sem um tópico específico sobre a discussão sobre o tipo de apoio e reconhecimento do saber materno nos processos de autogestão da saúde materno-infantil.

A necessidade de uma comunicação que dê lugar a uma partilha de conhecimentos neste contexto exigiria, talvez, outras formas de lidar com o tempo da consulta, a interação dialogada, uma certa arte de escuta que vá além da observação de sintomas. Seria preciso, ainda, considerar que no diálogo médico-paciente é o médico quem detém o poder, cabendo a ele lidar da melhor forma possível com essa hegemonia.

O comportamento materno tem um impacto substancial na saúde do bebê e no autogerenciamento da saúde familiar. Em trabalho anterior (3) identificamos que as decisões das mães quanto a seguir as recomendações dos pediatras dependem de

dois fatores principais: (a) a certificação das recomendações atualizadas e comprovadas, de acordo com os órgãos oficiais de saúde; (b) o apoio e reconhecimento, por parte do pediatra, do papel da mãe durante o processo de acompanhamento. E que é preciso considerar ainda que a prática do acesso ao conhecimento das mães sobre questões gerais da maternidade por meio das redes sociais tem dificultado o acompanhamento pediátrico, de acordo com a nossa pesquisa.

Registros históricos do período colonial (4) evocam que o corpo feminino devia servir a ideia da concepção e da maternidade, e os filhos eram vistos como uma graça divina. A partir do século XVIII, o olhar do médico obstetra passa a observar os comportamentos no momento do parto: um evento que reunia parteiras, vizinhas e comadres numa união calorosa de apoio à parturiente e de saberes transmitidos entre mães e filhas. Nesta mesma época, os tratados de obstetrícia tematizavam o saber do corpo feminino – que até então pertencia às parteiras e mulheres – substituindo-os por um discurso médico dissociativo à experiência tradicional.

As mulheres coloniais transmitiam antigas práticas e superstições e sua condição de pobreza contribuía para estabelecer práticas e regras dos saberes transmitidos a serem seguidas. No entanto, ao contrário de promover uma ruptura dos saberes transmitidos por gerações e a medicina, estes ainda caminharão juntos até os nossos dias atuais.

Com a migração para os grandes centros e a destituição da vida comunitária, juntamente com o advento da internet, um novo modelo para transmissão de saberes populares encontrou espaço nas chamadas redes sociais (5). Comunidades ‘virtuais’ começaram a se formar e aldeias maternas passam a integrar um novo comportamento das mulheres. Após a revolução industrial e o surgimento das creches

em apoio à mãe que se afastava do cuidado integral do cuidado da família para ingressar no mercado de trabalho, os saberes antes repassados de geração em geração, vão desaparecendo aos poucos.

Mulheres e mães continuam a repassar seus saberes, agora em ambiente virtual. Um fato que nos chamou à atenção, na observação de uma década do comportamento de centenas de mães em um grupo de apoio à maternidade na rede social Facebook, é que a mudança de paradigmas começa a surgir à respeito dos saberes populares; eles estão, em grande parte, ainda muito presentes no e um novo tipo de saber começa a surgir com o livre acesso à internet: essas mães passam a formar um tipo de conhecimento mais aprofundado, informado cientificamente.

Neste contexto, o acesso ao conhecimento que antes era restrito aos médicos, passa a ser de livre acesso para todos. No confronto desta realidade, o empoderamento (6) a nível grupal é capaz de desenvolver a confiança das suas participantes através do acesso e partilha de informações relevantes, contribuindo para o fortalecimento do sentimento de pertencimento; as mães são capazes de empoderar a si mesmas, adquirindo autodeterminação para administrarem sua maternidade e os cuidados do bebê (7).

Podemos considerar a atribuição pelas mães do empoderamento materno e o seu conhecimento pessoal, resultado de pesquisas e participação do grupo de mães, como uma ação de interferência na prática pediátrica. Uma vez que o pediatra desconsidera o fato de que as mães vão em busca de outras fontes para validação das suas orientações, passa a depender da aceitação ou não da mãe em acatar as orientações e decidir pela continuidade do acompanhamento pediátrico.

Esta pesquisa de Doutorado centrou-se em aprofundar essas percepções, agora sob a ótica dos pediatras, e de suas percepções e experiências acerca do tema.

1.1. A formação do Pediatra na relação médico-paciente

A relação médico-paciente ao longo dos últimos séculos nos mostra que nunca houve um momento melhor para ser um paciente, na perspectiva da redução do domínio médico e da tomada de decisões compartilhadas (8). Nos últimos 20 anos, a noção da escuta médica tem sido desafiadora e o modelo atual inclui um papel ativo e independente do paciente durante o seu acompanhamento como um guia altamente especializado. Contudo, médicos demonstram sofrer, cada vez mais, uma sobrecarga importante da função, de acordo com o estudo de Harrison (2018).

De acordo com a Academia Americana em Pediatria (2009), o reconhecimento de que os pediatras desempenham um papel importante na gestão das preocupações com a saúde integral das populações e o treinamento adequado dos residentes é fundamental para atender às necessidades futuras (9) (10). Porém, menos da metade dos recém-formados classifica suas competências em habilidades comportamentais como muito boas ou excelentes (11).

A ação específica da pediatria no trabalho com a família geralmente não se aprofunda em razão ao atendimento centrado no bebê e a comunicação com os pais se torna em muitos casos parcial e, sinalizado pelos residentes como um fator limitador da sua atuação e em sua forma de se comunicar eficazmente com as famílias e maneiras de discutir evidências científicas (12).

Esta pesquisa analisou tópicos respondidos através de um questionário dirigido aos pais sobre a sua satisfação após a consulta pediátrica. O objetivo era identificar se as mães se sentiam suficientemente tranquilizadas e informadas sobre a condição dos seus filhos e se havia alguma desconfiança a respeito do tratamento prescrito.

Os resultados corroboram nossa hipótese (3) no que diz respeito ao fato de que a participação nas mídias sociais influencia a decisão dos pais em seguir as orientações do pediatra e concluem que é necessário entender a expectativa dos pais para ganhar a sua confiança, construindo uma relação com base na compreensão mútua. Os dados reforçam também a importância da educação médica complementar, considerando que os pediatras recém-formados se beneficiariam do tempo de treinamento em habilidades de comunicação (13).

Os resultados de uma pesquisa realizada com residentes de clínica médica em Campinas, pela equipe do Dr. Marcelo Schweller (14) (15), demonstram que a simulação nos treinamentos com os estudantes de medicina de consulta médica e habilidade de comunicação pode melhorar os seus níveis de empatia com desfechos clínicos positivos, maior adesão ao tratamento e maior satisfação do paciente e também do médico. Outros estudos confirmam a eficácia das sessões de *debriefing* para a melhoria das habilidades no atendimento às mães (16).

Aprender a lidar com as preocupações é a base da conexão entre médico e paciente à assistência da saúde e a prática do exercício da empatia resultam em melhores resultados clínicos (17). O cuidado aborda aspectos emocionais da experiência com o paciente e sua necessidade de conexão e relacionamentos humanos – a postura do pediatra é de reconhecimento das angústias e sofrimentos da família com o objetivo de aliviá-los.

Poucos trabalhos, no entanto, foram realizados com o objetivo de avaliar como os pacientes percebem um atendimento empático dos médicos. A visão dos médicos sobre sua própria empatia pode ser, na pior das hipóteses, incorreta e, na melhor das hipóteses, tendenciosa (18). Como exemplo, as expectativas sociais sobre o que é considerado uma atitude desejável para os médicos podem influenciar a maneira

como os médicos se valorizam. Um dos principais resultados desta pesquisa revela que as percepções dos pacientes podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias na melhoria das interações clínicas.

A habilidade do pediatra em ouvir, manter o contato visual, demonstrar interesse pela mãe como pessoa e orientar de uma forma compreensível, resulta na ponderação do atendimento extensivo à díade. O estudo de Bernardo *et al* (2018) ressaltou que apenas 53% dos pacientes e 58% dos médicos relataram que o sistema de saúde oferecia cuidados compassivos e consideram a importância de treinamentos como autoconsciência, discussão em pequenos grupos, interpretações de papéis e *feedback* melhoram a comunicação e empatia entre pediatra e paciente, ressaltando a importância de treinamentos como esses.

Estudantes brasileiros apresentam escores mais elevados que os norte-americanos em relação a atitudes mais centradas no paciente (19). Outro foco dos alunos está relacionado à figura do médico e não à do paciente – com base no pressuposto de que o paciente não deseja participar ativamente do processo de decisão em uma consulta (20) – e à convicção de que os sentimentos e expectativas dos pacientes tendem a interferir nos resultados do atendimento final, reconhecendo a importância do ponto de vista do paciente para a eficácia do tratamento.

Sendo a relação médico-paciente uma formação completa, é necessária a busca de um vínculo estável entre esses dois indivíduos. As discussões médico-paciente fazem emergir outra questão: o aprendizado dos profissionais não só das habilidades técnicas como as sociais (21) com vistas a melhor interação com os pacientes. No modelo tradicional, agindo no melhor interesse do paciente, o médico acaba assumindo total responsabilidade em fornecer informações e tomar as decisões sobre a prestação dos cuidados. Esse não é mais considerado um modelo adequado para

o cuidado preventivo no campo da pediatria (22) e alternativas recentes nesse campo incluem a tomada de decisões participativas nas quais a família passa a compartilhar as corresponsabilidades do cuidado.

A reciprocidade entre médico e paciente na consulta significa que, se o médico desenvolve a alta confiança do paciente, o paciente tende a desenvolver um nível de confiança similarmente alto, reforçando a importância da ideia da prática da 'escuta sensível' ou escuta de apoio para a mãe locutora (23). A crescente desconfiança entre as mães em relação aos pediatras pode levá-las a trocar de profissional com frequência (3), o que pode resultar na perda dos benefícios do vínculo entre médico-paciente (24).

A relação mãe/pediatra terá sempre uma assimetria:

- ✓ Conhecimento e experiências médicas versus conhecimento e saberes maternos;
- ✓ Empatia do pediatra versus simpatia da mãe.

1.2. Funções dos Pediatras e Responsabilidades Percebidas no Atendimento

Ter um bebê pode ser estressante e até traumático para uma mulher que chega até a consulta geralmente com muita ansiedade, em geral proveniente da culpa materna de estar negligenciando de alguma forma os cuidados do seu bebê. Também identificar a depressão materna ou depressão pós-parto (DPP) no momento da consulta pediátrica é de importância primordial amplamente discutido na pediatria, já que tem impacto significativo e duradouro na saúde materno-infantil e no comportamento infantil (25).

Algumas pesquisas (26) (27) identificaram que os pediatras se sentem responsáveis por reconhecer a depressão materna, num esforço de maior confiança em suas habilidades médicas e eficácia de resposta, embora muitas vezes ainda se sintam despreparados para essa tarefa (28). O tempo da consulta é um fator limitador, embora bebês de mães deprimidas sejam mais assíduos aos consultórios e serviços de emergência, pois as mães se sentem mais confortáveis com pediatras que perguntam também sobre o bem-estar pessoal delas (29) o que mostra, nesse contexto, a relevância prática da escuta de apoio do pediatra.

Não se trata de fazer o papel de psicólogo para a mãe, mas de auxiliar as mães a perceberem como o seu humor afeta diretamente o seu bebê, contribuindo para maiores problemas relativos à saúde física e mental familiar e suas consequências.

Um número expressivo de mulheres experimenta problemas de saúde física e mental no pós-parto (30). Existe uma lacuna na compreensão de como elas percebem sua saúde; geralmente são inibidas quanto a expressar suas necessidades e acabam procurando ajuda informal e não profissional. Nesse caso, os resultados demonstram que suporte e adequação são fundamentais para que procurem ajuda necessária.

A depressão pós-parto (DPP) afeta aproximadamente 15% das mulheres em todo o mundo (31) (32). A qualidade do atendimento materno, que é parte importante do atendimento pediátrico, resulta no desenvolvimento cerebral adequado e sadio dos bebês de mães afetadas pela DPP, pois, o bebê é totalmente dependente da disponibilidade materna, e a decisão de seguir ou não as orientações do pediatra após a consulta determinam o tipo de cuidado e acompanhamento a que esse bebê estará submetido e os resultados da qualidade da sua saúde em geral.

Foram avaliados os efeitos do apoio com relação à competência e à autoestima materna: eles são indicativos de um fator de proteção entre as mulheres que

desenvolveram a depressão pós-parto, além de um maior entendimento da autoeficácia materna e sugere intervenções do pediatra no que diz respeito a formas de educar as mães sobre a amamentação e as etapas do desenvolvimento infantil, através de orientações para identificar a responsividade dos pais (33).

A comunicação interpessoal entre médico e família é complexa e interdependente. A mãe depende do pediatra para o bem-estar do seu bebê e o pediatra depende da capacidade da mãe de fornecer informações precisas sobre o seu bebê (34). Embora os médicos pediátricos se sintam à vontade para comunicar incerteza diagnóstica com os colegas, as características dos pais e as relações mãe-médico podem afetar a extensão e o conteúdo da comunicação, onde pais com maior escolaridade experimentam mais desconforto quando a incerteza era expressa pelo pediatra e por outro lado, alguns médicos consideraram que poderiam comunicar a incerteza diagnóstica mais abertamente com os mesmos pais, pois muitas famílias podem acessar facilmente o Google e realizar pesquisas em tempo real (35).

Pediatras prestam cuidados em um ambiente social cada vez mais complexo, pela razão de estarem na posição de agentes da promoção das melhores práticas e políticas com o objetivo de atender aos riscos que são exclusivos para as crianças (36). Há uma procura por parte das mães (3) por pediatras que exerçam a pediatria com foco nos pais, ou seja, considerando a criança como um todo e incluindo o estudo de vida e saúde da família (37).

O campo da pediatria sempre se concentrou na prevenção. O papel do pediatra, nesse ponto, inclui uma orientação no que se refere ao apoio da família do seu paciente, estimulando as habilidades emocionais da criança (38); pediatras têm uma longa história de defesa do desenvolvimento infantil saudável e estão também mais preparados tanto para o enfrentamento dos efeitos do stress tóxico infantil (39) bem

como uma compreensão aprofundada das origens das doenças do adulto, investindo no cuidado e acompanhamento do bebê durante o seu desenvolvimento (40), conceito que faz parte da pediatria contemporânea. Como os problemas da saúde infantil geralmente estão além das paredes do consultório, as preocupações pediátricas devem ir além dos cuidados da doença, de forma a traduzir para os pais os avanços recentes da ciência do desenvolvimento em intervenções mais eficazes.

As relações familiares afetam a saúde da criança ao longo da sua vida. Os efeitos do *stress* tóxico no desenvolvimento da arquitetura cerebral podem ser permanentemente, afetando não só o desenvolvimento infantil, mas também aspectos comportamentais e educacionais (41). A ausência do senso de segurança e de proteção proporcionados pelo ambiente familiar, em especial o cuidado materno, aumentam os riscos de problemas de saúde e a redução do *stress* tóxico em bebês deve ser alta prioridade para a pediatria.

1.3. Associações entre empoderamento materno e desfechos da consulta médica

A tomada de decisão compartilhada ou, 'shared decision-making' (SDM) raramente é implementada na prática pediátrica (42). Trata-se de uma abordagem baseada em evidências que inclui a colaboração dos pacientes nas decisões relativas à saúde (43). No compartilhamento de informações importantes, é possível uma prática de atendimento centrada no paciente e, no caso da pediatria, a mãe – ou quem exerce a função materna – é o locutor principal do bebê. Uma das maiores barreiras da sua aplicabilidade na relação mãe-pediatra no contexto do empoderamento materno, poderia ser a ação das mães que se comportam como tomadoras de decisões no mesmo grau que o profissional de pediatria (44) inclusive sobre decisão

de seguir ou não suas orientações e na continuidade ao atendimento, como nos mostram os resultados da nossa pesquisa de mestrado (3).

No discurso das mães, constata-se que nos casos em que as orientações pediátricas eram desatualizadas e não condizentes com a apropriação do seu conhecimento – a partir de pesquisas e experiências em ambiente virtual – isso dificultaria o atendimento e a continuidade do acompanhamento pediátrico. De outro modo, quando a mãe encontra no profissional a confirmação de suas pesquisas e informações adquiridas sobre os temas que lhes dizem respeito, sua avaliação do pediatra é positiva, o que redundava em um relacionamento harmonioso com esse profissional da saúde (45).

Entendemos que o pediatra trabalha com o empoderamento materno, ao orientar e ensinar a mãe como agir em determinadas situações e o que fazer, além de trazer o conhecimento especializado da sua formação médica. Esta visão, porém, ainda não está clara para as mães empoderadas, talvez porque suas percepções ainda estão atreladas a figura de autoridade do pediatra.

Um dos resultados relevantes da pesquisa de Boland *et al* (2019) inclui o tempo de atendimento e a carência da viabilidade dessa dinâmica na consulta pediátrica, a administração desse tempo como forma de alcançar um consenso entre as decisões, incluindo o saber médico e a experiência materna, além da avaliação puramente clínica do estado de saúde do bebê. E, o estado emocional da mãe foi uma das barreiras importantes ressaltadas, principalmente quando ela se sente sobrecarregada, ansiosa ou em negação, limitando a sua tomada de decisão.

Uma das sugestões da prática da SDM baseia-se em algumas primícias importantes para a eficácia da atuação pediátrica. Ela exige um compromisso por parte do pediatra em permitir que os valores e preocupações dos pais conduzam a

priorização dos tratamentos, incluindo discussões detalhadas que explicitem para os pais o panorama geral (dados científicos) e a certificação de que esses pais entenderam todo o contexto, se ainda há dúvidas etc.

As respostas emocionais dos pais também é um ponto importante na prática do SDM e, neste caso, respostas adequadas do pediatra sobre expressar empatia e fornecer respostas empáticas. Alguns exemplos: 'você pode me dizer quais são as suas preocupações em seguirmos essa orientação? Ela faz sentido para você?'. Respeitar a autonomia da tomada de decisões destaca a responsabilidade dos pediatras em oferecer recomendações, aumentando o grau de confiança no relacionamento com o cuidador do seu paciente.

Como expõe uma recente publicação da Oxford Academic (46), o envolvimento do pediatra com a família é fundamental para evitar erros de diagnóstico. Esse trabalho focou na dinâmica da comunicação da incerteza diagnóstica para pacientes e familiares; no caso da pediatria, alguns sintomas indiferenciados – decorrentes do fato de seus pacientes não serem capazes de transmitir seus problemas de saúde.

Pais com mais acesso à informação geralmente demonstram mais desconforto quando a incerteza pediátrica é expressada, por outro lado, alguns médicos do estudo se sentiram mais confortáveis com pais empoderados, pois conseguiram encorajá-los a se envolver mais no processo diagnóstico do paciente. O acesso às pesquisas na internet abre espaço para uma conversa de contextualização de informações e esclarecimentos sobre o que foi trazido ao consultório (47).

Contudo, na contramão dos benefícios do acesso à internet ampliando o conhecimento científico das mães, a ausência de uma orientação aprofundada por parte dos pediatras pode levar a população a inúmeras informações mal interpretadas que levam ao erro de sua aplicabilidade (48), como, por exemplo, o surgimento dos

grupos anti-vacinação nas redes sociais. Nesse contexto, a orientação pediátrica tem um papel fundamental de, além de alertar os pais sobre os perigos desse fenômeno, esclarecer as consequências de suas decisões (49).

No contexto das mães empoderadas, temos o processo pelo qual tomam o controle das decisões sobre o gerenciamento e a qualidade da saúde infantil e familiar, com base em pesquisa e conhecimento prévio através do acesso à internet e grupos virtuais de mães, cotejando essa informação com as orientações pediátricas recebidas; um dos resultados importantes ressaltou que a decisão de seguir ou não as orientações do pediatra está fortemente relacionada com aquilo que cada mãe acredita ser correto a partir do seu empoderamento pessoal (50) (51).

A mãe empoderada deseja ser compreendida e apoiada em suas escolhas, pautadas em suas convicções pessoais. Trata-se do apoio e da escuta sensível que encontra por parte do profissional, sendo esse desejo mais significativo do que a experiência desse profissional, e a segurança da mãe em suas ações e decisões é fortalecida pela sensibilidade do pediatra a suas ideias e práticas (2).

Os achados de observação de mães e bebês (52) sugerem que pediatras precisam avaliar criteriosamente o que as mães pensam sobre seus bebês e auxiliá-las a reformular tais percepções para aprimorar a interação mãe-pediatra. Atualmente, as mães estão cada vez mais informadas sobre as questões do desenvolvimento infantil, e desejam compartilhar suas percepções e escolhas relativas ao cuidado, sentindo-se seguras em informá-las ao pediatra. Nesse contexto, torna-se importante os pediatras levarem em consideração as demandas maternas, incluindo a necessidade de se sentirem compreendidas, apoiadas e capazes de refletirem sobre a sua função materna sem serem constrangidas.

Todavia, este ainda é um tipo de relação não muito comum entre mãe-pediatra, prevalecendo as recomendações gerais pediátricas e seria importante, então, uma prática comportamental apropriada às necessidades das mães de se sentirem compreendidas e apoiadas em seu novo papel. A relação entre mãe e pediatra é também um apoio para o seu processo de transição para a maternidade (53).

Em pediatria, cuidados centrados no bebê e na família se baseiam na consideração de que perspectivas e informações sobre a criança por parte da família são imprescindíveis na tomada das decisões clínicas (54). A saúde e o bem-estar das crianças estão inextricavelmente ligados à saúde física, emocional e social dos pais, e pediatras são especialmente sensíveis às diferenças entre as crianças e frequentemente a primeira fonte de ajuda efetiva aos pais. Tais experiências aumentam a confiança dos pais na execução dos seus papéis, além de aumentar a autoeficácia dos seus pacientes em gerenciar a própria saúde na vida adulta.

No contexto do empoderamento materno, ou na ação das mães se sentirem mais compreendidas em relação ao seu papel na promoção da saúde infantil, o artigo de Elena López (2019) ressalta que as mães ainda se sentem pressionadas por seus pediatras e que o apoio por parte deles facilitaria a adesão das mães às suas recomendações (55). Assim como estas mães empoderadas, pais de crianças de todas as idades usam as mídias sociais para uma variedade de tópicos importantes relacionado à saúde infantil (56) e apenas metade discutem estas informações com seu médico, isso significa que há oportunidades perdidas para os pediatras fornecerem informações de alta qualidade.

Também, o processo de recuperação da criança é mais eficaz com mães comprometidas com o seu cuidado (57) e com relação aos cuidados centrados no

paciente e na família; para pediatras, destaca-se o uso mais eficaz de cuidados preventivos e parceria duradoura.

1.4. Contribuições do empoderamento materno para o bem-estar ocupacional do Pediatra

Pediatras são frequentemente expostos a eventos adversos como reclamações e até violência física por parte dos pais, com riscos de desenvolverem transtorno de ansiedade e *stress* pós-traumático (58). A área da pediatria abarca a urgência do atendimento de vulnerável e comportamentos descompassados dos pais do bebê, sendo um ambiente de trabalho altamente desfavorável e desafiador para o profissional da saúde. Esses profissionais destacam que, muitas vezes, não há oportunidades de discutir sobre os eventos adversos e de expressar emoções (59).

O esgotamento médico é um problema subconhecido e caracterizado por um estado de exaustão mental, despersonalização e um menor senso de realização pessoal (60). Afeta mais de 60% dos profissionais de saúde, e a maioria das iniciativas no combate a esse mal-estar estão relacionadas ao aumento da resiliência médica que, no entanto, são insuficientes.

Contudo, os médicos geralmente demonstram pouca percepção da influência das emoções sobre a própria atuação e a dificuldade em elaborar essas competências emocionais acabam recorrendo ao distanciamento afetivo como um mecanismo de defesa na interação com o seu paciente (61).

Na contramão, tem-se a opinião do paciente sobre o bem-estar médico. O estudo de Janet R. Serwint (2019) avaliou a percepção de 20 pacientes nesta interação (62). O comportamento do médico, a aparência física e todas essas percepções afetam o julgamento do paciente em relação à confiança e ao cuidado. O bem-estar do médico

afeta o atendimento ao paciente, e este também é afetado pelos cuidados que prestam e pelos desafios que enfrentam e concluem que os pacientes podem contribuir muito apoiando melhor esse profissional, equilibrando julgamentos e pontos de vista (63).

Testar os níveis de confiança dos residentes de pediatria é um dos recursos usados na pesquisa científica (64). O tempo de maior confiança em aconselhar pais está relacionado à faixa etária de bebês, período em que o grau de confiança no aconselhamento médico também é maior, embora a idade dos residentes e seu estado civil se distancie ainda de uma experiência paternal pessoal. Nesse estudo, os residentes relataram que no último ano de treinamento ainda não se sentiam confiantes em dar conselhos aos pais dos seus pacientes, por não terem sido expostos a treinamentos didáticos específicos.

O compromisso de incorporar valores humanos como o cuidado, a empatia e o respeito em todas as relações de saúde definem o humanismo médico (65). O estresse e a Síndrome de *Burnout* dos profissionais de saúde vêm prejudicando a experiência do paciente e a qualidade do atendimento tradicional em Pediatria.

Ainda há discordâncias no que se refere à construção do relacionamento interpessoal do médico com o seu paciente e recomenda-se o apoio e o aperfeiçoamento dos atributos individuais humanísticos desse profissional de saúde. Apesar das altas taxas de *Burnout* e de seu impacto no atendimento ao paciente, ainda há poucas pesquisas para estabelecer a relação causal com o domínio de poder compartilhado na relação médico-paciente (66).

Na comunicação estabelecida entre médico e paciente, ainda prevalecem perguntas fechadas e orientações prescritivas sem a inclusão da perspectiva do paciente (67). Recentemente, com o objetivo de tornar o atendimento mais eficiente,

tem crescido a discussão nos cursos de medicina para capacitar os graduandos no atendimento centrado no paciente, aprimorando suas habilidades de comunicação.

Entrevistas no pós-parto para as mães têm um melhor impacto quando a postura do pediatra é a de garantir um ambiente acolhedor e atento. A duração do tempo, o grau de satisfação e a retenção de informações foram observadas nesse estudo, e certas posturas como contato visual e posicionamento corporal podem vir a melhorar a capacidade de autogerenciamento materno-infantil através da

1.5. Intervenções propostas para o ensino do empoderamento materno em Pediatria

Para o bebê, é importante considerar também o atendimento à mãe, escutando-a e orientando-a em suas dúvidas iniciais, inseguranças e, principalmente, sendo uma figura de apoio no que se refere às suas decisões e intenções peculiares ao exercício da sua maternidade. A mãe é uma observadora assídua e fundamental como figura de apoio para a qualidade de atendimento do pediatra.

Em outras palavras, quanto mais evidente o empoderamento materno, maior é a necessidade de um atendimento baseado na escuta sensível das percepções e saberes adquiridos pela mãe, pois a qualidade da saúde infantil está intimamente relacionada às decisões maternas no cuidado do seu bebê e de si própria. Quanto maior o nível desse conhecimento, maior é a necessidade de um atendimento baseado na partilha de saberes, no reconhecimento das percepções adquiridas pelas mães e da sua segurança em exercitar o seu empoderamento (3) (68).

Cada encontro clínico é uma oportunidade de apoio à parentalidade (69). O desenvolvimento infantil saudável depende dos relacionamentos familiares que, por sua vez, influenciam no estado emocional da criança. Pediatras podem apoiar com

orientação centrada na família, mesmo com o grande desafio das pressões de tempo de atendimento, além de serem receptivos, estabelecendo um relacionamento baseado na confiança e demonstrando confiança nas escolhas dos pais, pois estes buscam no apoio e nas orientações do pediatra a base da construção dessa confiança (70).

Residentes pediátricos foram entrevistados para avaliar o grau de parentalidade positiva das mães (71) e os resultados mostraram que os residentes confiaram na observação durante a consulta de interações mãe e filho; contudo, em 30% dos casos os residentes descreviam as mães com um mínimo de informações, e a conclusão é a de que os pediatras jovens confiam mais em suas próprias observações do que nos dados obtidos na conversa com a mãe.

A prática da pediatria caracteriza-se como uma forma natural para alcançar famílias com apoio baseado no conhecimento da criança, e pouco se sabe sobre o potencial das redes sociais para o fortalecimento das práticas parentais, o que pode ser uma grande ferramenta de trabalho para esse profissional.

A educação materna é um processo complexo que visa capacitar as mulheres a conquistar o conhecimento, contando com o apoio emocional do seu meio e do profissional de saúde para os enfrentamentos dos cuidados do bebê e de si mesma. Desenhar esse apoio afetivo significa fazer com que as mães sintam que suas necessidades e dúvidas serão sanadas no momento da consulta, reforçando sentimentos de autocontrole da saúde materno-infantil (72).

Existe o desejo das mães de encontrar pediatras que ofereçam apoio contínuo e informações precisas e atualizadas, adaptadas a sua realidade (73). A educação materna, que antes originalmente tinha o objetivo de reduzir a dor do parto, hoje é utilizada para promover uma transição tranquila para a maternidade da mulher, algo

que as mães buscam constantemente nas redes sociais e grupos de apoio à maternidade.

Os resultados deste trabalho apoiam a visão das mudanças percebidas nas atitudes dos profissionais de saúde com relação à vivência materna. As mulheres demonstram uma clara necessidade de autogestão da saúde familiar e profissionais interessados nesse fortalecimento. As mães não são mais receptoras passivas de informação; e buscam ativamente informações que lhes pareçam mais úteis, com base no seu empoderamento materno (74) (75).

A autoeficácia materna na gestão da saúde materno infantil está relacionada à qualidade da educação e ao maior nível de instrução em saúde, incluindo procedimentos de cuidado do bebê. Para maximizar os impactos sobre comportamentos parentais positivos é necessária a abordagem da orientação pediátrica direcionada.

Ser um prestador de cuidados de saúde do século 21 é uma tarefa exigente (76), uma vez que cada vez mais os pacientes têm acesso ao conhecimento médico via internet, exigindo que a sua atuação seja cada vez mais criativa, pois seu paciente se tornou habilitado por regulamentos e diretrizes.

Por fim, as mães que iniciam discussões sobre saúde a partir do conhecimento prévio da internet esperam que as informações obtidas e sua autogestão sejam levadas a sério pelo seu pediatra.

Para atender aos objetivos propostos desta pesquisa e por se tratar de um estudo da experiência do médico pediatra na construção de um relacionamento que visa o melhor cuidado para a criança, optou-se pela pesquisa qualitativa, considerando que essa metodologia é capaz de oferecer melhores respostas nesse contexto. A pesquisa

qualitativa vem sendo cada vez mais utilizada na área da saúde, pois permite que as relações humanas inerentes à relação profissional/paciente sejam compreendidas com profundidade em suas especificidades. Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa descritivo-analítica exploratória com aplicação de questionário a pediatras com experiências diversas de tempo de atuação.

Diante dos dados explicitados, foi elaborado o questionário para pesquisa de campo, visando traçar um perfeito paralelo entre os três momentos da mãe e os três momentos do pediatra (ANEXO), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, sob o N° de protocolo CAAE (13189519.9.0000.5404).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS DO ARTIGO 1

Carvalho, De Simone; Filho, José Martins. Percepções do Cuidado Materno como Agregador das Orientações Pediátricas.

Em resumo, o artigo 1 relata as percepções do cuidado materno como agregador das orientações pediátricas.

O objetivo deste artigo é:

- (1) Avaliar o tipo de treinamento empático dos pediatras no atendimento emocional à mãe.

2.2. OBJETIVOS DO ARTIGO 2

Carvalho, De Simone; Filho, José Martins. Empoderamento Materno e a Prática Pediátrica.

O artigo 2 refere-se ao contexto geral dos principais resultados da pesquisa com mães e pediatras, concentrando-se nas experiências e percepções dos pediatras referente à sua atuação com as mães e focado nas emoções que emergem durante a consulta pediátrica.

Os objetivos desse artigo são:

- (1) avaliar o impacto do empoderamento materno na atuação pediátrica;
- (2) avaliar se a prática no atendimento foi capaz de identificar mães empoderadas e como esse contexto impactou a sua atuação.

3. CAPÍTULOS

3.1. ARTIGO 1

Carvalho, De Simone, Martins, José Filho. Percepções do Cuidado Materno como Agregador das Orientações Pediátricas.(SUBMETIDO)

INTRODUÇÃO

Estudos no campo da medicina acerca do exercício do poder médico sobre as mulheres ainda são escassos, e existe um hiato entre os manuais de puericultura escritos por médicos e os livros autointitulados de guias maternos sobre maternidade redigidos pelas mães (1). Quando as mães escrevem ou participam de grupos de apoio à maternidade nas redes sociais, o seu ponto de vista se distancia ainda mais das orientações pediátricas percebidas, e algumas dessas orientações, cada vez mais qualificadas, exibem um nível de escolaridade próximo ao do pediatra que faz o acompanhamento do seu bebê.

Na nossa pesquisa com 200 mães participantes (2) oriundas de um grupo de apoio à maternidade na rede social do Facebook, mais da metade possuía nível de graduação ou pós-graduação e a maioria faz uso do sistema particular de saúde. Essas mães decidem seguir as orientações que pareçam mais convincentes e adequadas a partir do seu empoderamento materno pessoal, sentindo-se plenamente preparadas e embasadas para discutir com o pediatra e até divergir dele, dando importância também às suas convicções e vivências pessoais maternas (3). Aos pediatras, compete a transmissão do saber científico, e às mães, a experiência vivida. É nesses dois universos que se concentra a prática da puericultura. É essa percepção do bebê através do cuidado materno que servirá como guia para uma atuação eficaz na pediatria, desde que esse pediatra seja uma figura de total confiança e a segurança de que as vivências dessas mães não serão negligenciadas por ele (4) (5).

Uma vez empoderadas (6), essas mulheres se tornam capazes de adquirir autodeterminação para administrarem por si próprias a sua saúde e a familiar, o que inclui as decisões sobre acatar ou não as orientações pediátricas (7). Boa parte desse comportamento se reflete no discurso dessas mães, no que diz respeito às suas

percepções pessoais relativas ao atendimento pediátrico, que incluem a constatação de orientações desatualizadas e a ausência de empatia médica para com elas e verificar a percepção do pediatra em reconhecer e promover a sua autonomia (8).

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa em ambiente virtual, com a adesão voluntária dos participantes através de grupos fechados de discussão de Pediatria na rede social *Facebook* e link direto compartilhado de forma anônima. O questionário elaborado chamado de QQOP (*Questionário de Qualidade das Orientações Pediátricas*) foi dividido em 4 domínios, a saber: (1) Psicológico, (2) Empático, (3) Capacitação e (4) Científico, com o objetivo de avaliar o atendimento pediátrico com base nas interfaces das percepções do cuidado materno (ANEXO). Esse questionário foi disponibilizado on-line, e o tempo de pesquisa foi de 24/01/2018 à 23/05/2018 com duração total de 120 dias. Houve um total de 902 visitas ao questionário, com 67 respostas prontas e uma resposta inacabada, que foi descartada. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa exploratória para a obtenção de uma análise mais profunda do objeto de estudo. A análise estatística foi realizada pelo Serviço de Estatística da FCM/UNICAMP, com o objetivo de validação, sendo realizada uma análise exploratória de dados através de medidas resumo, e a consistência interna do questionário foi avaliada através da análise fatorial e alfa de Cronbach, com nível de significância de 5% e devidamente submetido ao comitê de ética da Faculdade de Ciências Médicas, CAAE N° 97431118.3.0000.5404.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

De acordo com as perguntas e respostas padrão (Escala Likert) no primeiro domínio (**Psicológico**), as respostas acerca das orientações gerais à mãe grávida, visita à maternidade, atenção integral ao bebê e à mãe e estímulo da autogestão materna para qualidade e acompanhamento da saúde materno-infantil, 26 (38,8%) disseram que recebem *muito pouco* gestantes no consultório para orientações gerais; com relação ao acompanhamento de mãe e bebê nos 3 dias de internação na maternidade, 26 (38,8%) responderam que não fazem acompanhamento e apenas 14 (20,9%) o fazem se solicitados, ou responderam que isso depende da mãe, já que esse é um

papel do neonatologista. Ressaltamos aqui que a visita à maternidade não é um serviço reconhecido, que é fundamental e que falta suporte para que se torne uma rotina no atendimento pediátrico. Quando perguntados se a atenção maior do pediatra é ao bebê, 27 (40,3%) afirmaram que era *muito* maior, porém, na análise qualitativa das respostas facultativas, os pediatras ressaltam a importância do foco na mãe, de estar bem física e mentalmente, estando atentos a suas necessidades e a seus anseios. Em relação ao tempo para ouvir a mãe integralmente, 54 (80,6%) disseram que *muito* e *completamente*, porque, além de importante, as mães precisam de orientações gerais. Quanto à última questão do primeiro domínio sobre a importância de promover a autogestão materna, 59 (88,1%) acreditam ser *muito* importante avaliar as condições maternas e familiares.

O segundo domínio (**Empático**) buscou avaliar o tipo de treinamento empático dos pediatras no atendimento emocional às mães. Perguntados se tiveram algum treinamento sobre reações comportamentais e emocionais de pacientes, 39 (58,25%) assinalaram que não tiveram nenhum (*nada*) treinamento específico, tendo acesso ao tema apenas na residência, e foram apresentados percentuais semelhantes, 41 (61,2%), sobre o tema aconselhamento ou escuta sensível do paciente. Sobre a participação em algum programa de pediatria social com foco na família, 34 (50,7%) não tiveram nenhuma (*nada*) experiência.

No domínio 3 (**Capacitação**), quando questionados sobre a importância do acompanhamento dos processos maternos como fator agregador da qualidade da saúde materno-infantil, 83 (94%) acreditam que *muito* ou *completamente* importante, uma vez que mãe e bebê são uma díade, e que a mãe é também o seu paciente. Nesse contexto, foram perguntados também quanto às escolhas pessoais das mães em relação aos cuidados do bebê, mesmo não seguindo a orientação pediátrica; 53 (79,1%) acreditam ser de *médio* a *muito* importante, tendo como fatores dependentes, na análise qualitativa, o grau de informação de que a mãe dispõe; se não for interferir de forma direta nos conceitos pediátricos fundamentais ou trazendo prejuízos reais ao bebê. As demais perguntas incluíam a redução de riscos na primeira infância e a sua relação com as boas escolhas maternas, de acordo com os protocolos oficiais da OMS/WHO com 62 (92,6%) como *muito* e *completamente* importantes, incluindo aleitamento materno exclusivo, introdução alimentar e vacinas oficiais.

Quando questionados sobre a realidade nos consultórios pediátricos de mães com conhecimento prévio em pediatria e saúde infantil, 26 (38,8%) disseram que têm

recebido muitas mães com essas características, as quais estão *muito* amparadas e cientes de seus conhecimentos, reconhecendo que o preparo desse profissional deve ser superior e atualizado; perguntados se esse tipo de comportamento tem afetado a forma de atuar dos pediatras de alguma forma, 24 (35,8%) afirmaram que *muito*, ressaltando que essa dinâmica melhora a atuação, motiva atualizações pessoais e maior embasamento científico de parte dos pediatras, além de exigir maior compreensão e disponibilidade de tempo no atendimento.

Um total de 31 (46,3%), então, se sentem preparados para essa nova dinâmica, pois percebem que as mães fazem uso constante da internet para se informar sobre os cuidados gerais do bebê, 40 (59,7%). Sobre a percepção de que as mães buscam mais apoio do que orientação na consulta, 31 (46,3%) afirmaram que *médio*, ressaltando que essa ação depende do apoio familiar e de experiências anteriores; perguntados se é importante para o pediatra que a mãe esteja segura das suas escolhas maternas, 41 (61,2%) disseram ser *muito* importante, pois a segurança materna baliza a relação mãe e filho.

Concluindo, no domínio 4 (**Científico**), quando questionados se tiveram aulas suficientes sobre aleitamento materno na graduação, 19 (28,4%) dos pediatras disseram que o conhecimento foi *médio*, que adquiriram maior conhecimento apenas na pós-graduação e considerariam importante uma carga horária maior nessa disciplina; 25 (37,3%) consideram *muito* importante, além das disciplinas de ginecologia obstétrica, psiquiatria e áreas correlatas. Sobre o nível do conhecimento em depressão no pós-parto, 29 (43,3%) afirmaram que possuem conhecimento *médio*, atualizando-se em fóruns e simpósios sobre o tema; pensam ser *muito* importante também uma carga horária no currículo sobre depressão materna, 34 (50,7%). Ainda sobre matérias correlatas, quando perguntamos se seria importante uma carga horária sobre as principais teorias do desenvolvimento infantil, 58 (86,6%) consideraram *muito* ou *completamente* importantes para um melhor acompanhamento e avaliação na prática pediátrica, e, por fim, 32 (47,8%) consideraram *muito* importante uma disciplina sobre o ensino da empatia e compaixão médica para sua atuação pediátrica, principalmente no cuidado às crianças.

DISCUSSÃO

Quando avaliamos os resultados, constatamos que há escassez de dados do atendimento de gestantes na primeira consulta com o pediatra e que existe um tempo considerável entre gravidez, parto e as primeiras 72 horas na maternidade – período em que geralmente as mães enfrentam os conflitos iniciais com a amamentação, o choro e os primeiros cuidados com o bebê – sem uma orientação geral do pediatra. Estamos certos de que, no sucesso do vínculo inicial de mãe e bebê, faz toda a diferença a consulta do pediatra ainda na maternidade, principalmente através da orientação à amamentação (9). Mesmo sendo esse o papel do neonatologista, é o pediatra que irá fazer um acompanhamento mais amplo – a puericultura do cuidado – , estabelecendo assim um vínculo de confiança duradouro com essa mãe (10). O foco no atendimento pediátrico ainda é prioritariamente ao bebê, garantindo que seu crescimento e desenvolvimento sejam aceitáveis, mas o desenvolvimento emocional dependente intrinsecamente da mãe, o que está mudando lentamente a visão da importância do seu bem estar emocional e mental, segundo a qual o pediatra desempenha um papel fundamental de atenção integral também à mãe (11).

Nesse contexto, o tempo de consulta é um fator limitador para o exercício dessa prática e para os pediatras do estudo; se a mãe tem conhecimento prévio dos cuidados do bebê e acolhimento familiar efetivo, reconhecem ser muito importante a promoção da autogestão materna para melhor eficácia do acompanhamento da saúde materno-infantil (12). Os pediatras têm pouco ou quase nenhum treinamento no que se refere à escuta sensível, empatia e compaixão para o atendimento pediátrico, sendo este conquistado apenas na pós-graduação, geralmente quando já estão atendendo tanto em consultório particular quanto nos plantões, sendo, portanto, uma ação tardia. Pediatras recém-formados acabam priorizando questões referentes às habilidades médicas na prevenção da doença, acompanhamento das vacinas oficiais, crescimento e desenvolvimento infantil. Aos poucos, porém, têm recebido em seus consultórios mães cada vez mais munidas de conhecimento prévio em pediatria e normas dos órgãos oficiais de saúde mundial através do envolvimento cada vez maior com as redes sociais.

As mães estão muito mais informadas cientificamente e cientes das suas práticas do cuidado infantil; nesse caso, a orientação do pediatra passa a não ser a principal (13). Muitas mães relataram que iam às consultas mensais apenas para avaliar

crescimento e ganho de peso dos seus bebês ou quando tinham uma enfermidade importante, passando a escolher qual pediatra desejam e que atendam suas exigências e demandas, sendo alta a rotatividade das mães.

Os pediatras perceberam que as mães têm buscado muito mais apoio do que orientação, esperando que reafirmem suas escolhas e incentivem a autogestão materna, sendo capazes de gerenciar a saúde familiar, seguras de suas escolhas maternas. Essa nova dinâmica leva os pediatras a buscarem estar cada vez mais atualizados com informações específicas como aleitamento materno, alimentação infantil, teorias do desenvolvimento infantil, psiquiatria e até ginecologia, além de atualização permanente sobre o tipo de informação e conhecimento que essas mães buscam, principalmente nas redes sociais (14).

E, por fim, um conhecimento cada vez mais aprofundado e amplo sobre empatia e compaixão médica, considerando que, nos meses iniciais da vida do bebê, a mãe é também uma paciente (15).

CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa apontam na direção de que pediatras estão cada vez mais diante do desafio de ampliar seus conhecimentos sobre depressão materna e do desenvolvimento infantil e, principalmente, de informar-se sobre que tipo de acesso ao conhecimento e orientações dos cuidados infantis as mães estão recebendo através das redes sociais. Ademais, nas questões do estabelecimento de um vínculo duradouro com a mãe e a família do bebê, com vistas a um excelente acompanhamento da saúde materno-infantil em longo prazo, revelam-se primordiais pontos que não devem mais serem desconsiderados na graduação e residência médica. Em vista desses dados, as seguintes sugestões poderiam aplicar-se ao atendimento proporcionado pelos pediatras às mães neste princípio de século XXI: aumento da grade curricular de temas relativos a saúde materna, capacitação do pediatra nas orientações iniciais sobre aleitamento materno, introdução alimentar, desmame e sono dos bebês, além da identificação, controle e acompanhamento da depressão pós-parto.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Mesmo em face dos resultados obtidos na presente pesquisa, será necessário aprofundar a nossa percepção dos temas aqui propostos, uma vez que o tema na literatura é escasso.

REFERÊNCIAS

1. Lima, Ana Laura Godinho; Vicente Barbara Caroline. Os conhecimentos sobre a maternidade e a experiência da maternidade: uma análise de discursos (2016). *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 21, n. 1, 96-113.
2. Carvalho, Simone de; Martins Filho, José. As relações da família com os pediatras: as visões maternas. *Revista Paulista de Pediatria*, September 2016, Vol.34(3), pp.330-335.
3. Armstrong, N, Powell, J. Patient perspectives on health advice posted on Internet discussion boards: a qualitative study. *Health Expect.* 2009; 12(3): 313-20.
4. Simoes, E, Wallwiener, D, Kusicka, H, Brucker, S. Health Literacy Requires Empowerment: Results of an Analysis of Patient Needs and the Demand for Qualification over a 10 – Year Period. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2013; v. 73, n.10. p. 1023-1027.
5. Martins Filho, José. Prioridade absoluta da criança na família. *Revista Médica de Minas Gerais*. Volume 24, 2014, p. 24-35.
6. Kleba, ME, Wendausen, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc.* São Paulo, 1009; vol.8, n.4, p.733743.
7. Broom A. Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. *Qual Health Res.* 2005;15:325-45.
8. Marcelo Schweller *et al.* The Impact of Simulated Medical Consultations on the Empathy Levels of Students at One Medical School. *Acad Med.* 2014 Apr; 89(4): 632–637. 2014.
9. D. Blank. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria*. Vol.79, Supl.1, 2003.
10. Queiroz, M.V.; Jorge, M. S. Health education strategies and the quality of care and teaching in pediatrics: interaction, connection and trust in professional discourse. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, Interface - Comunic., Saúde, Educ. p.117-30, jan/jun 2006.
11. Ribeiro, M.M.F.R.; Amaral, C. F S. Patient-centered care and medical teaching: The importance of caring and sharing. *Rev. bras. educ. med.* vol.32 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2008.
12. Anderson, RM, Funnell, MM. Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Educ. Couns.* 2010; 70(30): 277-282.
13. Porter, N, ISPA, MJ. Mother’s on-line message board about parenting infants and toddlers. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; v. 69(3):559-6.
14. Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *PSICO*, 37(2), 151-158.
15. Livia Thomazi, *et al.* Assessment of Fourth-Year Medical Students’ Development of Empathy Undertaken at the Federal University of São Paulo (Unifesp) in 2012. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 38 (1) : 87 – 93 ; 2014.

QQOP (Questionário de Qualidade das Orientações Pediátricas)
DOMÍNIOS

Domínio 1 – PSICOLÓGICO

Demonstrar interesse e posição de não julgamento frente à fala da mãe
Mostrar quais orientações são realmente importantes para a mãe a partir de suas relações familiares
Identificar as lacunas emocionais da mãe na sua relação com o bebê

Domínio 2 – EMPÁTICO

Reconhecer a autonomia da mãe em relação aos cuidados do bebê
Promover autoestima da mãe através do apoio social
Reduzir o desequilíbrio das relações de poder entre pediatra e mãe

Domínio 3 – CAPACITAÇÃO

Facilitar a autoexpressão da mãe sobre seus saberes pessoais do seu bebê
Capacitá-la para autogerenciar a saúde materno-infantil
Incentivar a segurança das suas decisões acerca do cuidado do bebê

Domínio 4 – CIENTÍFICO

Grau de conhecimento sobre o aleitamento materno
Grau de conhecimento da psicologia do desenvolvimento infantil
Grau de conhecimento sobre o pós-parto e suas consequências na relação mãe e bebê

PERGUNTAS E RESPOSTA PADRÃO (Escala <i>Likert</i>)* * Uso do coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i> . Este coeficiente varia entre 0 a 1 e quanto maior que 1, maior é a confiabilidade.	nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
	1	2	3	4	5
DOMÍNIO 1					
1- Recebe no seu consultório mães grávidas para consulta de orientações gerais?					
2- Acompanha frequentemente mãe e bebê nos 3 dias de internação na maternidade?					
3- Sua maior atenção é ao bebê?					
4- Despende tempo para ouvir a mãe integralmente?					
5- Acredita que as mães têm conquistado cada vez mais a autogestão materna se tornando protagonistas da sua própria maternidade?					
DOMÍNIO 2					
6- Participou de algum treinamento sobre “reações comportamentais e emocionais de pacientes”?					
7- Participou de algum curso sobre “aconselhamento escuta sensível” do paciente?					
8- Participou de algum programa de “pediatria social com foco na família”?					
DOMÍNIO 3					
9- Acredita que acompanhar também as mães é fundamental para o sucesso da qualidade da saúde materno-infantil?					
10- Geralmente respeita as escolhas pessoais da mãe em relação à condução dos cuidados do bebê?					
11- Acredita que a redução de riscos de doenças na primeira infância está diretamente relacionada às orientações à mãe de boas escolhas embasadas					

pelos órgãos oficiais mundiais de saúde (WHO/OMS)?					
12- Tem recebido nos consultórios mães com conhecimento prévio advindas de pesquisas do Google e Grupos nas Redes Sociais?					
13- O empoderamento das mães tem afetado a sua forma de atuar como pediatra?					
14- Isso tem de alguma forma atrapalhado a sua orientação pediátrica?					
15- Percebe que as mães que atende fazem uso da internet com frequência sobre cuidados do bebê?					
16- Geralmente as consultas no primeiro ano de vida do bebê é Mensal, Trimestral ou Semestral?					
17- Percebe que as mães buscam mais apoio das suas escolhas do que orientação pediátrica?					
18- Para você é importante a mãe estar segura de suas escolhas?					
DOMÍNIO 4					
19- Teve aulas suficientes sobre Aleitamento Materno na sua graduação?					
20- Acredita que seria importante uma carga horária maior na disciplina de aleitamento materno?					
21- Qual é o seu nível de conhecimento sobre a depressão pós-parto materna?					
22- Acredita que seria importante uma carga horária sobre depressão pós-parto materna?					
23- Acredita que seria importante uma carga horária sobre as teorias do desenvolvimento infantil?					
24- Acredita que seria importante uma disciplina sobre ensinar sobre empatia e compaixão seria importante para sua atuação pediátrica?					



Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) Simone Tenório De Carvalho

Número do artigo: 504
Seção: Educação Médica

Informamos que recebemos o manuscrito "Percepções do Cuidado Materno como Agregador das Orientações Pediátricas". Ele será enviado para apreciação dos revisores com vistas à publicação no(a) Revista Médica de Minas Gerais. Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o número do artigo apresentado acima.

O(s) autor(es) declara(m) que o presente trabalho é inédito e o seu conteúdo não foi nem está sendo considerado para publicação em outro periódico brasileiro ou estrangeiro, impresso ou eletrônico.

Obrigado por submeter seu trabalho.
Atenciosamente,

Dr. Agnaldo Soares Lima
Editor chefe

3.2. ARTIGO 2

Carvalho, Simone De; Filho, José Martins. *Empoderamento Materno e a Prática Pediátrica*. (SUBMETIDO)

INTRODUÇÃO

O conceito de empoderamento surge na área da saúde no lançamento da Carta de Ottawa (WHO, 1996)¹, quando se definiu que a promoção em saúde resultaria num processo dinâmico pelo qual os pacientes são capacitados para um maior controle da sua própria saúde, mobilizando recursos pessoais e sociais que vão para além da área da saúde, chegando a alcançar todos os âmbitos da vida de um indivíduo.

A abordagem do pediatra no atendimento mãe-bebê inclui, equitativamente, a identificação e o manejo das questões maternas que envolvem a díade. O pediatra trabalha com o empoderamento², ao orientar e ensinar à mãe como agir em determinadas situações e o que fazer, além de trazer o conhecimento científico da sua formação médica que considera apropriado para cada situação que aborda. Contudo, esta visão muitas vezes não está clara para a mãe, talvez porque a sua percepção da figura do pediatra ainda é incompatível com o seu empoderamento materno², sobretudo quando a ação do pediatra encontra uma mãe que é capaz de pensar criticamente e tomar decisões autônomas e informadas^{3 4}.

A comunicação entre pediatra e mãe é complexa e interdependente; a mãe depende do pediatra para o bem-estar do seu bebê e o pediatra depende da mãe para trabalhar com informações precisas⁵ e desempenhar bem a sua função. Por outro lado, a atuação específica da pediatria, no trabalho com a família do bebê, geralmente se volta à criança individualmente, o que pode redundar numa comunicação ineficaz ou conflitiva com os pais.

Consideramos o empoderamento materno, resultado da apropriação de conhecimento científico, através de pesquisas e leituras diversas – cotejadas com as redes sociais e experiências de vida -- como uma interferência indevida da mãe na prática pediátrica⁶. Uma vez que o pediatra tende a desconsiderar o fato de que as mães buscam em outras fontes a validação das especificações que recebe, a atuação do pediatra passa a depender da aceitação ou não por parte da mãe das orientações que ele lhe transmite.

O objetivo deste estudo é compreender como a prática do empoderamento materno influencia o atendimento pediátrico e seus resultados. Essa compreensão se fundamenta numa análise em paralelo entre as atitudes da mãe e do pediatra em três momentos (*antes, durante e depois*) da primeira consulta, explicitando as convergências e divergências (paralelos e diferenças) desta relação.

Palavras-chave: Pediatra, mães, empoderamento materno, orientação da criança

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada com 20 pediatras atuantes no estado de São Paulo. A participação foi voluntária e os critérios de seleção dos entrevistados incluíam pediatras com mais de cinco anos de experiência no atendimento em consultório particular ou PS Infantil. O questionário elaborado pela pesquisadora foi validado pelo Serviço de Estatística da FCM/UNICAMP. A coleta de dados ocorreu de setembro a outubro de 2019, com envio de link para acesso ao questionário *online*, visando a agilidade da coleta de dados e a comodidade dos pediatras. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritivo-analítica exploratória. O referencial metodológico para os dados qualitativos foi a Análise de Conteúdo de Bardin⁷.

A pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, sob o protocolo do CAAE de número 13189519.9.0000.5404. Todo o procedimento seguiu as exigências da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS).

O questionário foi dividido em três momentos da primeira consulta: antes, durante e depois. Os temas que dizem respeito tanto às mães quanto aos pediatras foram divididos em três momentos: *Pré-Consulta* (como o pediatra e a mãe se preparam para a consulta), *Consulta* (como interação) e *Pós-Consulta* (como reagem depois de dialogarem no consultório).

RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada com 20 pediatras atuantes no estado de São Paulo, sendo 11 mulheres e 9 homens. Destes, 13 possuem consultório médico e 6 trabalham em PS Infantil, trabalhando, em média, de 40 a 50 horas semanais. Houve um total de 73 visitas ao questionário *online*. O questionário foi elaborado a partir dos dados coletados numa pesquisa com 200 mães³, analisados através da teoria do Discurso do Sujeito Coletivo⁸.

Respostas obtidas

1. Quando questionados se a Internet seria um recurso de preparação para o atendimento da mãe empoderada, 25% dos respondentes informaram que participam de grupos virtuais de pediatria para troca de experiências, sendo que a maioria, 75%, não usa a Internet para se comunicar com colegas.
2. Perguntados se estão familiarizados com o tema das “mães empoderadas”, 47% têm alguma familiaridade com o tema e o consideram relevante para a sua atuação; 28% estão começando a se familiarizar com o assunto e considerando se é relevante ou não para a sua prática pediátrica; e os outros 25% têm lido sobre o assunto.

3. Perguntados se estão preparados para dialogar com mães empoderadas, 47% afirmam que sim, embora estas mães, às vezes, os surpreendam; outros 53% afirmam que, no geral, se consideram bem preparados para lidar com mães empoderadas.

Observação. Este resultado tem uma leve divergência relacional acerca da familiaridade do pediatra com o tema (47%; vide ponto #2 acima).

4. Indagados se já interagiram com mães empoderadas e qual foi a sua experiência, 40% dizem que adaptaram à sua prática o que as mães trazem para a consulta; 36% relatam que houve alguns conflitos, mas nada que não se pudesse contornar; 24% dizem que essas mães são 'diferentes', mas não sentiram a necessidade de mudar a sua prática pediátrica para atendê-las.

Observação. Visto que a maioria não se comunica com os seus colegas por meio das redes sociais (#2 acima), o que lhes permitiria trocar experiências com colegas de profissão, potencialmente transforma os conflitos com as mães empoderadas em um fator de stress para o pediatra (25%). O encontro relacional entre pediatra e mãe reflete, possivelmente, a dinâmica do relacionamento entre os pediatras, que vai além do contato teórico e profissional, quando existe.

5. Questionados sobre a sua reação no final da consulta, 34% relataram que se sentem tranquilos; 15% se sentem bem na maioria das vezes; 51% não se sentem tranquilos.

Um fator de divergência relacional diz respeito ao fato de que 47% dos respondentes dizem que as mães às vezes os surpreendem, enquanto que 53%, mais adiante, afirmam que estão bem preparados para lidar com a mãe empoderada. Na percepção do pediatra acerca da intenção da mãe em receber mais apoio ou orientação durante a consulta, 24% dizem perceber que a mãe deseja apoio pessoal, outros 32% dizem que a mãe procura orientação pediátrica, enquanto que 44% dizem que depende de cada caso. Aqui o padrão relacional é antagônico: as mães se relacionam entre si *antes* da primeira consulta com o pediatra, buscando respaldo em sua rede social. Quando vai à primeira consulta, na expectativa de receber apoio do pediatra para as suas percepções, ela se frustra quando o pediatra ignora ou desconsidera sua opinião. Em casos de uma orientação sem apoio, o relacionamento não convergente pode resultar no afastamento da mãe, frustrada por não receber o apoio que esperava.

Na última questão, se o pediatra 'participa de discussões nos grupos virtuais especificamente sobre o tema 'mãe empoderada', metade dos pediatras respondeu que não participa de nenhum grupo; 25% se relaciona com outros pediatras, mas não abordam o tema; e outros 25% vez ou outra abordam o assunto.

DISCUSSÃO

A confiança nas orientações pediátricas por parte da mãe é um fator indispensável para a excelência no acompanhamento da saúde materno-infantil. No entanto, uma das maiores barreiras para uma melhor qualidade do trabalho desse profissional é o tempo insuficiente no momento da consulta para estender o atendimento à mãe

empoderada quanto ao seu desejo do apoio do profissional para a tomada de decisões compartilhadas⁹. O foco no atendimento pediátrico ainda é prioritariamente ao bebê. Entretanto, o seu desenvolvimento emocional é dependente da mãe e nesta visão da atenção conjuntamente ao seu bem-estar emocional e mental, o pediatra desempenha um papel estratégico também em relação à mãe¹⁰.

Neste contexto, o tempo é um fator limitador, dado que características e atitudes do pediatra estão associadas à identificação e tratamento das mães com depressão pós-parto¹¹. Existe ainda uma lacuna na compreensão de como elas percebem sua saúde; geralmente são inibidas na hora de expressar suas necessidades e acabam procurando ajuda informal e não profissional¹². No compartilhamento de informações importantes e evidências do pediatra numa prática de atendimento centrado também à mãe, ou quem exerce a função materna, uma vez que ela é a principal (inter)locutora do bebê.

Um dos impedimentos para um melhor resultado na relação mãe-pediatra, no contexto do empoderamento materno, é o fato das mães se comportarem como tomadoras de decisões no mesmo grau que o profissional de pediatria¹³. Contudo, na contramão dos benefícios do acesso à Internet que amplia o conhecimento científico das mães, a ausência de uma orientação do pediatra pode levar a informações mal interpretadas, que podem terminar em erro na sua aplicabilidade¹⁴. Ao contrário, quando a mãe encontra no profissional a confirmação de suas pesquisas e informações adquiridas sobre os temas que lhe dizem respeito — mesmo quando algumas correções sejam necessárias —, sua avaliação do pediatra é positiva, o que redundará em um relacionamento empático com este profissional da saúde¹⁵, além do fato (positivo, por certo), comum em muitos casos, que a própria mãe recomenda esse pediatra em suas redes sociais.

Quanto mais evidente o empoderamento materno, maior é a necessidade de um atendimento baseado na atenção às percepções e saberes adquiridos por ela, pois a qualidade da saúde infantil está intimamente relacionada às decisões maternas no cuidado do seu bebê e de si própria¹⁶. Quanto maior e mais sólido o nível deste conhecimento, maior é a necessidade de um atendimento baseado na partilha de saberes, no reconhecimento das percepções adquiridas pelas mães e da sua segurança em exercitar o seu empoderamento¹⁷.

Os resultados da pesquisa demonstram que a dinâmica da primeira consulta apresenta um descompasso do pediatra em relação à mãe empoderada. Apontam para uma deficiência de convergência relacional que pode vir a criar problemas no atendimento e reforça o padrão de ausência de relacionamento entre os próprios pediatras. Enquanto as mães buscam primeiramente orientação nos grupos virtuais e informações embasadas em evidências antes da primeira consulta com o pediatra, os pediatras muitas vezes desconhecem que tipo de conhecimento ou de orientações é repassado às mães.

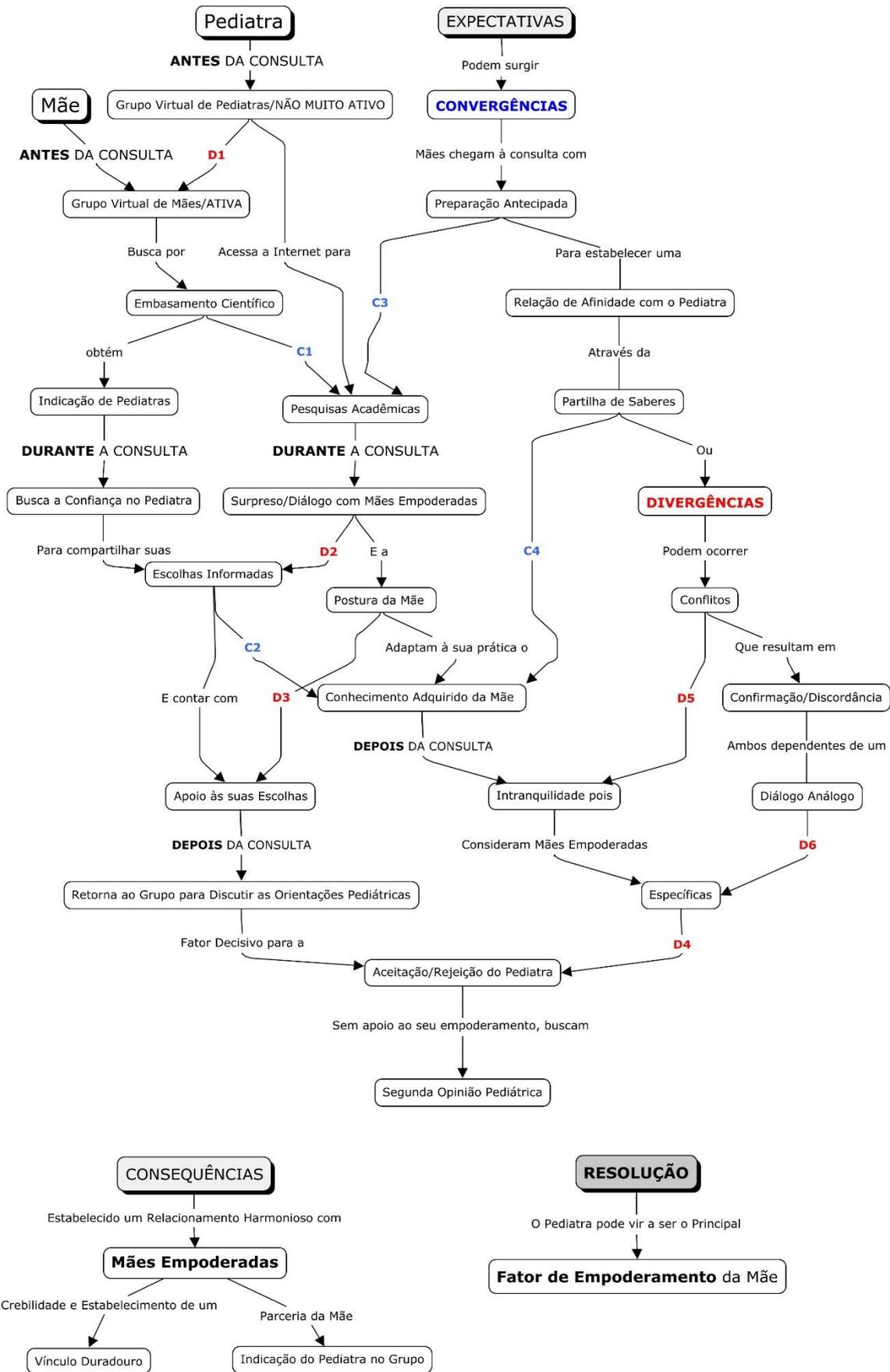
Durante a consulta, as mães antecipam um diálogo aberto com o pediatra, numa interação de 'igual' para 'igual'. Enquanto os pediatras pesquisados afirmam estar preparados para dialogar com essas mães, todavia expressam que às vezes são

surpreendidos e podem adaptar a sua prática ao que elas trazem de conhecimento para a consulta.

Após a primeira consulta, as mães se voltam para os grupos sociais para comprovar as orientações dos pediatras, o que determinará a sua decisão sobre o acompanhamento do profissional escolhido. Do lado dos pediatras, eles se sentem tranquilos na dinâmica com a mãe empoderada, mas percebem que elas têm desejado receber mais apoio em face do seu empoderamento materno.

As limitações do estudo decorreram no universo de pediatras entrevistados; este foi um grande desafio para esta pesquisa no que diz respeito à disponibilidade e interesse dos pediatras pelo tema, que ainda necessita de mais pesquisas acadêmicas. Apesar destas limitações, o trabalho trouxe uma luz ao tema e ideias para possíveis discussões futuras. Com base na literatura escassa, é importante considerar que as relações entre mães e pediatras consistem em um campo promissor para futuras pesquisas.

A finalidade deste trabalho foi demonstrar a existência de pontos convergentes e divergentes no que diz respeito às expectativas das mães na primeira consulta e aferir se os pediatras estão conscientes dos anseios da mãe. Os resultados explicitaram os paralelos e diferenças nesta dinâmica e a necessidade de convergir os dois lados desta relação. Neste estudo, recomendamos novas pesquisas no campo da pediatria no que diz respeito às mães empoderadas nos consultórios pediátricos, implicações e soluções para a excelência do atendimento pediátrico (FIGURA1).



Ilustrativo Convergências e Divergências na Primeira Consulta Pediátrica

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (2014). WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: WHO.
2. Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2003;112 (3 Pt1):691-7.
3. Simone De Carvalho, José Martins filho. Family Relationships with Pediatrics: the maternal views. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34(3): 330-335.
4. Cattaneo, LB, Chapman, AR. The Process of empowerment: a model for use in research and practice. American Psychological Association. 2010; vol. 65, n.7, 646-659.
5. Anderson, RM, Funnell, MM. Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Educ. Couns*. 2010; 70(30): 277-282.
6. Mookerjee D.M. Interpersonal communication between pediatricians and mothers: understandings, interdependencies and gaps. *Indian J Pediatr*. 2013 Dec;80(12):1034-40.
7. Bartlett, YK, Coulson, NS. An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. *Patient Educ Couns*, 2011.
8. Laurence, Bardin. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
9. Lefevre, F.; Lefevre, AMC.; Marques, MCC. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009; vol.14, n.4.
10. Simoes E.; Wallwiener D.; Kusicka H.; Brucker S. Health Literacy Requires Empowerment: Results of an Analysis of Patient Needs and the Demand for Qualification over a 10 – Year Period. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2013; v. 73, n.10. p. 1023-1027.
11. Amy M. H., et al. Factors Associated With Identification and Management of Maternal Depression by Pediatricians. *Pediatrics*, March 2007, 119 (3) 444-454.
12. Michael E. Yogman, W. Incorporating and Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics*. Volume 143, number 1, January 2019.
13. Moon, R.Y.; Mathews. A.; Oden, R; Carlin, R. A Qualitative Analysis of How Mothers' Social Networks Are Established and Used to Make Infant Care Decisions. *Clin Pediatr (Phila)*. 2019 Ago; 58 (9): 985-992.
14. Sydney E.P. et al. Clinical trainees' responses to parents who question evidence-based recommendations. *Patient Education and Counseling*. September 2017, 100 (9): 1701-1708.
15. Nikita Sood, BA et al. Paging Dr. Google: The Effect of Online Health Information on Trust in Pediatricians' Diagnoses. *Clinical Pediatrics*. May 1, 2019. Volume: 58 page (s): 889-896.

16. Memon H. S., A, Klan, R. et al. Parent's use of the Internet in the search for healthcare information and subsequent impact on the doctor-patient relationship. *Ir J Med Sci* (207) 186: 821.
17. Gipson, J. D.; Upchurch, D. M. Do the status and empowerment of mothers predict their daughters' reproductive outcomes? *BMC Pregnancy and Childbirth* 17,348 (2017).

Successfully received: submission Empoderamento Materno e a Prática Pediátrica for Jornal de Pediatria



Traduzir a mensagem para: Português | Nunca traduzir do: Inglês

JP

Jornal de Pediatria <Evisesupport@elsevier.com>

Seg, 11/11/2019 15:20

Você



This message was sent automatically.

Ref: JPED_2019_548

Title: Empoderamento Materno e a Prática Pediátrica

Journal: Jornal de Pediatria

Dear Mrs. De Carvalho,

Thank you for submitting your manuscript for consideration for publication in Jornal de Pediatria. Your submission was received in good order.

To track the status of your manuscript, please log into EVISE* at: http://www.evise.com/evise/faces/pages/navigation/NavController.jspx?_RNL_ACR=JPED and locate your submission under the header 'My Submissions with Journal' on your 'My Author Tasks' view.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Jornal de Pediatria

4. DISCUSSÃO GERAL

O conceito de empoderamento surge na área da saúde no lançamento da Carta de Ottawa (77), quando se definiu que a promoção em saúde resultaria num processo dinâmico pelo qual os pacientes são capacitados para um maior controle da sua própria saúde, mobilizando recursos pessoais e sociais que vão para além da área da saúde, sendo capazes de alcançar todos os âmbitos da vida de um indivíduo.

O empoderamento na área da saúde tem sido cada vez mais visto pelos seus profissionais como uma ferramenta de apoio nos processos de autocuidado e autocontrole da saúde por parte dos pacientes. Do ponto de vista técnico, os profissionais se esforçam para proporcionar um efeito positivo em seus pacientes, a partir da premissa de que este também precisa ser empoderado (78).

Nas definições de sentimentos de controle, auto eficácia, habilidade e enfrentamento na capacidade de alcançar a mudança pretendida, os pacientes são capazes de demonstrar o seu *self-empowerment* em estratégias pessoais para manter o controle e a possibilidade de alterar suas preferências ao longo do processo de acompanhamento. Como resultado, os pacientes perceberam estar no controle das situações de sua vida e sentiram a necessidade de partilhar suas experiências pessoais com outras pessoas. O empoderamento, portanto, pode resultar em uma redefinição dos papéis e das relações entre profissionais de saúde e pacientes (79).

A liberdade de escolha e a aquisição de informações na área da saúde atribuem uma percepção do empoderamento como um sentimento maior de controle sobre suas próprias vidas, reduzindo o desequilíbrio das relações de poder entre profissionais de saúde e pacientes (80). A estratégia do empoderamento, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia dos pacientes, tem efeitos positivos sobre a saúde e aproxima uma possível atribuição de parcialidade no atendimento do paciente.

A análise de pacientes empoderados e os seus resultados positivos nos tratamentos de saúde é tema bastante discutido nas pesquisas relacionadas à área da saúde que ainda se ressentem da ausência de uma teoria bem articulada que defina o empoderamento de pacientes. Porém, há uma forte ligação entre a autonomia das mulheres, o uso dos seus direitos e o seu estado de saúde. É o que se chama de 'gênero sensível de abordagem', baseado na autonomia materna da saúde do bebê, pois há uma escassez de informações disponíveis a respeito das competências e responsabilidades como mãe e o seu poder de decisão nesta interface (81). Neste contexto, mãe empoderada deseja ser compreendida e apoiada em suas escolhas, pautadas em suas convicções pessoais, no apoio e na escuta sensível que encontra por parte desse profissional, sendo esse desejo mais significativo do que a experiência desse profissional (82).

A segurança da mãe é fortalecida pela sensibilidade do pediatra às suas ideias e práticas, compreendidas por ela como condizentes com suas experiências pessoais enquanto mãe e seu conhecimento adquirido (83). E a desconfiança surge quando, no momento da orientação pediátrica, suas hipóteses e convicções entram em conflito no diálogo com o seu pediatra (84). De outro modo, quando a mãe encontra no profissional a confirmação de suas pesquisas e informações adquiridas sobre os temas que lhe dizem respeito, sua avaliação do pediatra é positiva, o que redundará num relacionamento harmonioso com esse profissional da saúde (85).

O primeiro questionário deste estudo foi elaborado para uma pesquisa exploratória acerca da avaliação do tipo de treinamento empático dos pediatras no atendimento emocional à mãe. O questionário elaborado, chamado de QQOP (*Questionário de Qualidade das Orientações Pediátricas*), foi dividido em 4 domínios, a saber: (1) Psicológico, (2) Empático, (3) Capacitação e (4) Científico. Estes domínios foram

pensados a partir dos resultados da pesquisa com as mães empoderadas e a percepção das mesmas das lacunas que incluem a constatação na consulta pediátrica, de orientações muitas vezes desatualizadas, ausência de empatia médica para com elas e a percepção do pediatra em reconhecer e promover a sua autonomia materna (86).

Para nossa pesquisa com pediatras, foi desenhado a partir dos resultados da pesquisa do mestrado, onde foi possível identificar os três momentos de uma consulta pediátrica para a mãe: (1) Preparação para a Consulta, (2) Relacionamento com o Pediatra e (3) Ação ou Decisão sobre as orientações recebidas do Pediatra.

Neste contexto, foi necessário pensar dentro do universo de dados do resultado da pesquisa de mestrado com 200 mães participantes, três grupos do comportamento materno, a saber:

- Temas **COGNITIVOS** (O que as mães sabem)
 - Geralmente existe inconsistência entre as informações colhidas na internet pela mãe e a orientação do pediatra / Muitas vezes as orientações do pediatra estão desatualizadas de acordo com órgãos internacionais de saúde;
 - Uma mãe empoderada, ou seja, que tem conhecimento embasado em evidência científicas e que contesta as orientações pediatras, pode atrapalhar o andamento do trabalho deste profissional;
 - A conquista do autopoder materno força uma relação de parceria entre mãe e pediatra e uma prática de trocas constantes de saberes e percepções entre ambos / As mães desejam que a sua maternidade seja reconhecida não como uma ação isolada do cuidado do bebê, mas com sentido para sua própria vida.

- Temas **AFETIVOS** (O que as mães sentem)
 - Para as mães as suas percepções maternas podem contribuir muito para a eficácia do acompanhamento pediátrico / As mães gostariam de serem vistas como parte fundamental do sucesso da saúde infantil;
 - Acreditam que muitos pediatras têm uma visão generalista do cuidado do bebê e não praticam uma visão individualista do mesmo;
 - As mães desejam orientação e apoio do seu pediatra / A ausência do apoio do pediatra com relação às percepções maternas é um fato limitador de permanência da mãe como paciente;
 - As mães acreditam que, quando um pediatra apoia e sustenta suas dificuldades iniciais com a amamentação, sono do bebê e introdução alimentar, estão do “lado” das mães e fazem o que é o melhor para o bebê / Mães empoderadas desejam ter o autocontrole da saúde familiar e desejam que os pediatras as apoiem;
 - Mães desejam pediatras “empoderadores”, ou seja, reforçam a importância de que os processos interpessoais são cada vez mais necessários na área da saúde.

- Temas **COMPORTAMENTAIS** (O que as mães fazem)
 - As mães geralmente não acatam todas as orientações do pediatra / Há incompatibilidade entre o conhecimento da mãe versus o conhecimento do pediatra;
 - Muitas mães confessam que trocam de pediatra porque não encontram o apoio e a compatibilidade necessários de acordo com seus saberes e escolhas / Acreditam que, quanto mais conhecimento tiverem sobre a saúde e cuidados do bebê, mais terão orientações assertivas, respeitando a sua escolha pessoal / Quando há ausência de

apoio e reconhecimento por parte do pediatra em relação à autogestão materna, as mães tendem a abandonar o atendimento pediátrico / Mães empoderadas se sentem preparadas para discutir e confrontar a conduta do pediatra / A ação das mães de confrontar o que o pediatra orienta em grupo de apoio às mães na internet é um esforço de validarem suas percepções maternas pessoais.

A partir deste referencial, Os temas que dizem respeito tanto às mães quanto aos pediatras foram divididos em três momentos: *Pré-Consulta* (como o pediatra e a mãe se preparam para a consulta), *Consulta* (como interação) e *Pós-Consulta* (como reagem depois de dialogarem no consultório). Os resultados demonstram que o foco do atendimento pediátrico é o bebê, e as mães se sentem deixadas de lado – resultado semelhante do primeiro questionário – e consideramos possível a extensão do atendimento à mãe no momento da consulta pediátrica, uma vez que ela é também sua paciente.

Ficou evidenciado que a dinâmica da primeira consulta apresenta um descompasso do pediatra em relação à mãe empoderada. Apontam para uma deficiência de convergência relacional que pode vir a criar problemas no atendimento e reforça o padrão de ausência de relacionamento entre os próprios pediatras. Enquanto as mães buscam primeiramente orientação nos grupos virtuais e informações embasadas em evidências antes da primeira consulta com o pediatra, os pediatras muitas vezes desconhecem que tipo de conhecimento ou de orientações é repassado às mães.

Durante a consulta, as mães antecipam um diálogo aberto com o pediatra, numa interação de 'igual' para 'igual'. Enquanto os pediatras pesquisados afirmam estar preparados para dialogar com essas mães, todavia expressam que às vezes são

surpreendidos e podem adaptar a sua prática ao que elas trazem de conhecimento para a consulta.

Após a primeira consulta, as mães se voltam para os grupos sociais para comprovar as orientações dos pediatras, o que determinará a sua decisão sobre o acompanhamento do profissional escolhido. Do lado dos pediatras, eles se sentem tranquilos na dinâmica com a mãe empoderada, mas percebem que elas têm desejado receber mais apoio em face do seu empoderamento materno.

Os principais resultados da nossa pesquisa com as mães (3) demonstraram que intervenções de treinamento com alunos de residência podem ser consideradas para uma possível elaboração futura do ensino do empoderamento materno em pediatria. Abarcam pontos fundamentais na reflexão da prática pediátrica agora não mais com enfoque nas habilidades técnicas, mas em habilidades interpessoais na relação mãe-pediatra.

A primeira ação seria o reconhecimento do pediatra das prioridades da atuação materna como um fator importante para a qualidade da saúde do bebê, pois elas influenciam diretamente a tomada de decisão a mãe em seguir ou não as suas orientações e até sobre a continuidade do seu acompanhamento em particular. Uma vez que o pediatra desconsidera o fato de que as mães vão em busca de outras fontes para validação das suas orientações, a conduta do pediatra passa a depender da aceitação ou não da mãe em acatar as suas orientações.

Em segundo lugar, a consciência de que suas orientações pediátricas serão constantemente testadas e confrontadas pelas mães em outros espaços do conhecimento, a saber, as redes sociais. Neste ponto, creditar importância a estes saberes e dialogar sobre os desejos das mães com relação a que tipo de

acompanhamento esperam do pediatra pode vir a ser um ponto a favor da construção do relacionamento duradouro e baseado na confiança entre mãe e pediatra.

Identificar o conhecimento específico da mãe em relação ao seu bebê através da observação assídua é o terceiro lugar para minimizar o discurso individualista do pediatra com base no seu conhecimento específico, expandindo o atendimento pediátrico para um próximo nível: o de promover a autoconfiança materna na sua capacidade de autogestão da saúde materno infantil com vistas a uma eficácia maior das orientações pediátricas.

Por último, a elaboração da simulação na residência em pediatria para estimular experiências reais de atendimento à mãe e bebê em cenários dirigidos para enfatizar os aspectos principais da orientação pediátrica dirigida no contexto do empoderamento materno; ela seria capaz de oferecer a oportunidade aos residentes de identificar os três aspectos descritos acima e a tomar decisões com base nos resultados deste treinamento com situações reais (87).

Uma forma de aumentar o realismo das simulações é a integração de pacientes simulados e neste caso, com voluntários que interpretem a figura materna previamente treinados e capazes de reproduzir de forma fidedigna da mãe em seus estágios de insegurança, dúvida, culpa e até na depressão materna.

Os residentes de pediatria teriam a chance de avaliar, reavaliar diversas vezes e aprender neste contexto questões práticas sua tomada de decisões em um ambiente controlado e sem pressão da realidade, com o objetivo de experimentar todas as sensações de um atendimento real e prever suas próprias reações pessoais (88) (89).

5. CONCLUSÃO GERAL

A relação mãe-pediatra é intrinsecamente indivisível da orientação do pediatra e da intervenção materna na saúde do bebê, cabendo às mães decidir por seguirem ou não a orientação. Evidências científicas no campo dos estudos de auto capacitação materna ou, do *empowerment*, com relação ao controle e cuidado da saúde infantil, demonstram que, quando as mães são capazes de exercer o poder de decisão sobre a assistência à saúde das crianças, a prática do controle materno sobre as decisões quanto ao cuidado dos bebês foi determinante para a saúde deles. Grande parte dessa decisão está relacionada ao conhecimento adquirido pelas mães através da internet e à escolha de seguir ou não as recomendações pediátricas – ou o acompanhamento profissional sistemático da vida do bebê nos seus primeiros anos – vêm dificultando a relação mãe-pediatra. O objetivo deste estudo foi avaliar os três momentos de uma primeira consulta: (1) antes, (2) durante e (3) depois, traçando um perfeito paralelo entre os 3 momentos da mãe e os 3 momentos do pediatra, a fim de demonstrar a divergência entre esses dois atores no processo da orientação e validação pediátrica e a convergência da influência do pediatra e o empoderamento materno.

No primeiro estudo, os resultados apontaram na direção de que pediatras cada vez mais estão diante do desafio de ampliar seus conhecimentos da depressão materna e das teorias de desenvolvimento infantil e, principalmente, de identificar o tipo de acesso ao conhecimento e orientações sobre cuidados infantis que as mães estão recebendo, através das redes sociais. Ademais, nas questões sobre empatia e estabelecimento de um vínculo duradouro com a mãe e a família do bebê – questão primordial para um excelente acompanhamento da saúde materno-infantil em longo

prazo – são pontos que não devem mais ser desconsiderados na graduação e na residência médica.

6. REFERÊNCIAS

1. Olson A.L., et al. Identification and Management of Maternal Depression. *Pediatrics*. 110 (6) 1169-1176, Dec 2002. doi: 10.1542/peds.110.6.1169.
2. Oxford Handbook os Pediatrics. Edited by Robert C. Tasker; Robert J. McClure; Carlo L. Acerini. Second Edition. Oxford University Press, 2013.
3. De Carvalho, Simone; José Martins Filho. Family Relationships with Pediatrics: the maternal views. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34(3): 330-335.
4. Del Priore, Mary. A mulher na história do Brasil. 4ª ed. São Paulo: Contexto, 1994.
5. Porter N.; Ispa MJ. Mother's on line message board about parenting infants and toddlers. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; v. 69(3):559-6.
6. Cattaneo L.B.; Chapman A.R. The Process of empowerment: a model for use in research and practice. *American Psychological Association*. 2010; vol. 65, n.7, 646-659.
7. Kleba M.E.; Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc*. São Paulo, 2009; vol.8, n.4, p.733-743.
8. Harrison N. Regressing or progressing: what next for the doctor-patient relationship? *Lancet Respir Med*. 2018, Mar; 6(3):178-180. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30075-4.
9. Polaha J.; Schetzina K.E.; Baker K.; Morelen D. Adoption and reach of behavioral health services for behavior problems in pediatric primary care. *Fam Syst Health*. 2018 Dec;36(4):507-512. doi: 10.1037/fsh0000380.
10. Osta A.D; King M.A. Serwint J.R.; Bostwick S.B. Implementing Emotional Debriefing in Pediatric Clinical Education. *Academic Pediatrics*. Apr 2019. Volume 19, Issue3, Pages 278-282. doi: 10.1016/j.acap.2018.10.003.
11. Rosenberg A.A.; Kamin C.; Glicker A.D.; Jones Jr. Training gaps for pediatric residents planning a career in primary care: a qualitative and quantitative study. *J Grad Med Educ*. 2011;3(3):309–314. doi: 10.4300/JGME-D-10-00151.1.
12. Philpott S.E., et al. Clinical trainees' responses to parents who question evidence-based recommendations. *Patient Education and Counseling*. Sep 2017, 100 (9): 1701-1708. doi: /10.1016/j.pec.2017.05.002.

13. Ammentorp J.; Mainz J.; Sabroe S. Parents' Priorities and Satisfaction With Acute Pediatric Care. *JAMA Pediatrics, Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(2):127-131. doi:10.1001/archpedi.159.2.127.
14. Schweller M., et al. The Impact of Simulated Medical Consultations on the Empathy Levels of Students at One Medical School. *Acad Med.* 2014 Apr; 89(4): 632–637. 2014. doi: 10.1097/ACM.000000000000175.
15. Schweller M., et al. Simulated medical consultations with standardized patients: In-depth debriefing based on dealing with emoticons. *Rev. bras. educ. med.* vol.42 no.1 Brasília,Jan./Mar. 2018.doi:10.1590/198152712018v42n1rb20160089.
16. Meeker K.; Brown S.K.; Lamping M.; Moyer M.R.; Dienger M.J. A High-Fidelity Human Patient Simulation Initiative to Enhance Communication and Teamwork Among a Maternity Care Team. *Nursing for Women's Health.* 2018 Dez, 22 (6): 454-452. doi: 10.1016/j.nwh.2018.10.003.
17. Scott J.E.; Jacob-Files E.; Baden H.P. Connect Workshops to Enhance Physician and Patient Experience: Interviews Reveal the Physician Perspective. *Pediatr Qual Saf.* 2018, Nov. 14; 3(6): e116. doi: 10.1097/pq9.000000000000116.
18. Bernardo M.O., et al. Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLOS ONE* , 2018 13(5): e 0198488. doi: 10.1371/journal.pone.0198488.
19. Ribeiro M.M.F.; Amaral C.F.S. Patient-centered care and medical teaching: The importance of caring and sharing. *Rev. bras. educ. med.* vol.32 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2008. doi: 10.1590/S0100-55022008000100012.
20. Nascimento G.M., et al. Evaluation of the Medical-Patient Relationship in Internal Students of a Medicine Course. *Rev. bras. educ. med.* vol.42 no.1 Brasília Jan./Mar. 2018.doi:10.1590/198152712018v42n1rb20170058.
21. Tessier L., et al. Family history taking in pediatric practice: a qualitative interview study. *Public Health Genomics*, 2019. doi: 10.1159/000503729.
22. Feldman H.; Ploof D.; Cohen W. Physician-family partnerships: the adaptive practice model. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics.* 20(2):111-116, Apr, 1999. doi: 10.1097/00004703-199904000-00007.
23. Petrocchi S., et al. Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication. *Social*

- Science & Medicine. V. 235, Aug 2019, 112391. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112391.
24. Harbishettar V.; Krishna K.R.; Srinivasa P.; Gowda M. The enigma of doctor-patient relationship. *Indian J Psychiatry*. 2019 Apr; 61(Suppl 4): S776–S781. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_96_19.
 25. Bauer N.S.; Ofner S.; Pottenger A., Carroll A.E.; Downs S.M. Follow-up of Mothers with Suspected Postpartum Depression from Pediatrics Clinics. *Front Pediatr*. 2017;5:212. doi:10.3389/fped.2017.00212.
 26. Hore B.; Smith D.M.; Wittkowski, A. Women’s experiences of anxiety during pregnancy: an interpretative phenomenological analysis. *J Psychiatry Behav Sci*. 2019; 2(1): 1026.
 27. Earls M.F.; Yogman M.W.; Gerri M.; Jason R. Incorporating and Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics*. Jan 2019, 143 (1) e20183259; doi: 10.1542/peds.2018-3259.
 28. Yu M.; Sampson M. Pediatrician attitudes and practices regarding postpartum depression screening: Training and interprofessional collaboration needed. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 2019 15(1), 1-4. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.xjeg.2018.12.005.
 29. Kahn R.S., et al. The Scope of Unmet Maternal Health Needs in Pediatric Settings. *Pediatrics*, Mar 1999, 103 (3) 576-581; doi: 10.1542/peds.103.3.576.
 30. Olin S.C., et al. Can Postpartum Depression Be Managed in Pediatric Primary Care? *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25(4):381–390. doi:10.1089/jwh.2015.5438.
 31. Anokye R., et al. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Ann Gen Psychiatry* 17, 18 (2018). doi: 10.1186/s12991-018-0188-0.
 32. Abdollahi F.; Lye M.S.; Zain A.; Shariff G.S.; Zarghami M. Postnatal depression and its associated factors in women from different cultures. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2011;5(2):5–11.
 33. Christine S.; Elaine P.C. Mothers' views of health problems in the twelve months after childbirth: A concept mapping study. *Journal of Advanced Nursing*, 2019. doi:10.1111/jan.14187.

34. Mookerjee D. Mapping interpersonal communication between pediatricians and mothers: understandings, interdependencies and gaps. *Indian J Pediatr.* 2013 Dec;80(12):1034-40. doi: 10.1007/s12098-012-0934-2.
35. Ashley N.D.M., et al. Pediatric clinician perspectives on communicating diagnostic uncertainty. *International Journal for Quality in Health Care*, mzz061, 1 - 6. doi: 10.1093/intqhc/mzz061.
36. Muller B.U., et al. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics*, Feb 2019, 143 (2) e20183649. doi: 10.1542/peds.2018-3649.
37. Lianna L., et al. Pediatric Residency Leadership's Attitudes and Current Practices Toward Parenting-Focused Curricula. *Academic Pediatrics*, 2019. doi: 10.1016/j.acap.2019.05.040.
38. Sparrow J. Pediatricians' role in supporting parents as they care for infants and young children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2011 Aug;41(7):207-9. doi: 10.1016/j.cppeds.2011.02.007.
39. Garner A.S., et al. Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. *Pediatrics.* 2012 Jan; 129 (1): e224-31. doi: 10.1542 / peds.2011-2662.
40. National Scientific Council on the Developing Child. *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper #3.* Cambridge, MA: National Scientific Council on the Developing Child, Center on the Developing Child at Harvard University; 2005.
41. Johnson S.B.; Riley A.W.; Granger D.A.; Riis J. The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. *Pediatrics.* 2013;131(2):319–327. doi:10.1542/peds.2012-0469.
42. Boland L.; Graham I.D.; Légaré F. et al. Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: a systematic review. *Implementation Sci* 14, 7 (2019). doi: 0.1186/s13012-018-0851-5.
43. Hubner L.M.; Feldman H.M.; Huffman L.C. Parent Communication Prompt to Increase Shared Decision-Making: A New Intervention Approach. *Front. Pediatr.* 2018, 6:60. doi: 10.3389/fped.2018.00060.
44. Harvey S., et al. Parent's use of the Internet in the search for healthcare information and subsequent impact on the doctor–patient relationship. *Ir J Med Sci* (2017) 186: 821. doi: 10.1007/s11845-17-1555-6.

45. Dreesens D., et al. The clinical practice guideline palliative care for children and other strategies to enhance shared decision-making in pediatric palliative care; pediatricians' critical reflections. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):467. doi:10.1186/s12887-019-1849-0.
46. Ashley N.D.M., et al. Pediatric clinician perspectives on communicating diagnostic uncertainty. *International Journal for Quality in Health Care*, mzz061, doi.org/10.1093/intqhc/mzz061.
47. Mota L.R.A., et al. Is doctor-patient relationship influenced by health online information? *Rev Assoc Med Bras* 2018; 64(8):692-600. doi: 10.1590/1806-9282.64.08.692.
48. Alagha E.C.; Helbing B.B. Evaluating the quality of voice assistant's responses to consumer health questions about vaccines: an exploratory comparison of Alexa, Google Assistant and Siri. *BMJ Health & Care Informatics.* 2019 nov; 26 (1). pii: e100075. doi: 10.1136 / bmjhci-2019-100075.
49. Nikita S., et al. Paging Dr. Google: The Effect of Online Health Information on Trust in Pediatricians' Diagnoses. *Clinical Pediatrics.* 2019. 58(8), 889-896. doi: 10.1177/0009922819845163.
50. Lima V.K.S., et al. Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)* ; 11(4): 968-975, jul.-set. 2019. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975.
51. Linda R.; Lynn M.; Mary Pat F. J.; Lane T.; Martin T. S. What Do Families Want From Well-Child Care? Including Parents in the Rethinking Discussion. *Pediatrics*, September 2009, 124 (3) 858-865. doi: 10.1542/peds.2008-2352.
52. Marco G.; Selei H.; Johannes W.; Cosette P.; Petra L.K. Pediatric Consultations: Negative-Word Use and Parent Satisfaction, *Journal of Pediatric Psychology*, Volume 42, Issue 10, Nov-Dec 2017, Pages 1165–1174. doi:10.1093/jpepsy/jsx061.
53. Rachel Y. M.; Anita M.; Rosalind O. A Qualitative Analysis of How Mothers' Social Networks Are Established and Used to Make Infant Care Decisions. *Clin Pediatr (Phila).* 2019 Ago; 58 (9): 985-992. doi: 10.1177/ 000992281984533.
54. Taaffe Y.K.; Davis K.; Schoen C. Parker S. Listening to Parents: A National Survey of Parents With Young Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152(3):255–262. doi: /10.1001/archpedi.152.3.255.

55. Elena López A. P.; Alexander B. A. Experiences Relating to Motherhood. Aspects to take into Account in the Promotion of Child Health. *EC Paediatrics*, 2019: 922-928.
56. Mersine A. B, et al. Parental Perceptions of the Internet and Social Media as a source of Pediatric Health Information. *Academic Pediatrics*. Elsevier, 2019. doi: /10.1016/j.acap.2019.09.009.
57. Lewis A. Leavitt. Mothers' Sensitivity to Infant Signals. *Pediatrics*, 1998; 102:1247–1249.
58. Minouk E. V. S., et al. Occupational well-being in pediatricians—a survey about work-related posttraumatic stress, depression, and anxiety. *European Journal of Pediatrics* (2019) 178:681–693. doi: 10.1007/s00431-019-03334-7.
59. Mohanty A., et al. A review on health problems in health care workers. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2019. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_431_19.
60. Daniel S. T., et al. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2019. doi: 10.7326/M19-1152.
61. Laura M. C.; Liliana L.W. Medical discourse on the emotions experienced in the interaction with patients: contributions to clinical practice. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170341. doi: 10.1590/interface.170341.
62. Serwint J. R.; Miriam T. S. Cultivating the joy of medicine: A focus on intrinsic factors and the meaning of our work. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, Elsevier, 2019. doi: 10.1016/j.cppeds.2019.100665.
63. Lemaire J. B.; Ewashina D.; Alicia J. P.; Jaya D; Verna Y. Understanding how patients perceive physician wellness and its links to patient care: A qualitative study. *PLOS ONE*, May 15 2018. doi: 10.1371/journal.pone.0196888M.
64. Ami C. B.; Paul M. S.; Michael P. A.; Mark L. W. The Relationship Between Pediatric Residents' Experiences Being Parented and Their Provision of Parenting Advice. *Front. Pediatr.* (2018); 6: 395. doi: 10.3389/fped.2018.00395.
65. Denise B.; Silmar, G.; Maria Lúcia M. B.; Sandra M. C. Z. Assessment of medical consultations performed by incoming residents in Pediatrics. *Rev. bras. educ. med.* vol.35 no.3 Rio, July/Sept. 2011. doi: 10.1590/S0100-55022011000300013.

66. Ahmad W, et al. 2018. Association of burnout with doctor–patient relationship and common stressors among postgraduate trainees and house officers in Lahore - a cross-sectional study. *PeerJ*6:e5519. doi: 10.7717/peerj.5519.
67. Kathleen F. , Carole A.S. Clinical data used by pediatric residents to assess parenting. *Child Abuse & Neglect*, 1986, 10 (1): 71-8. doi: 10.1016/0145-2134(86)90034-7.
68. Carmen P.P., et al. Consensus on priorities in maternal education: results of Delphi and nominal group technique approaches. *BMC Pregnancy and Childbirth*. (2019) 19:264. doi: 10.1186/s12884-019-2382-8.
69. Robin C. W.; Anne B.; Jean C. Relationships matter: How clinicians can support positive parenting in the early years. *Paediatrics & Child Health*, Volume 24, August 2019, Pages 340–347. doi: 10.1093/pch/pxz063.
70. Eichner J.M., et al. Patient-and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2012 Feb;129(2):394-404. doi: 10.1542/peds.2011-3084.
71. Hammond B. S., et al. Keystones of Development Online Residency Curriculumm: Weaving Attachment, Autonomy and Executive Function into Well-Child Visits, *Birth* 5. *Academic Pediatrics*, Volume 19,2019. doi: 10.1016/j.acap.2019.05.039.
72. Angelo C. B.; Raquel A. O. Relação entre demanda por atendimento de emergência em recém-nascidos e aconselhamento materno sobre os principais eventos do período neonatal, *American Journal of Pediatrics* . Vol. 5, n. 4, 2019, pp. 234-239. doi: 10.11648 / j.ajp.20190504.22.
73. Gazmararian JA, Dalmida SG, Merino Y, Blake S, Thompson W, Gaydos L. What new mothers need to know: perspectives from women and providers in Georgia. *Matern Child Health J*. 2014;18(4):839–51. doi:10.1007/s10995-013-1308-8.
74. McKinnon L.C.; Prosser S.J.; Miller Y.D. What women want: qualitative analysis of consumer evaluations of maternity care in Queensland, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:366. doi: 10.1168/s12884-014-0366-2.
75. Anderson R.M.; Funnell M.M. Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Educ. Couns*. 2010; 70(30): 277-282.
76. Mesko B.; Gyórfy Z. The Rise of the Empowered Physician in the Digital Health Era: Viewpoint. *J Med Internet Res*. 2019 Mar 26;21(3):e12490. doi: 10.2196/12490.

77. World Health Organization (2014). WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: WHO.
78. Lefevre, F, Lefevre, AMC. Saúde, Empoderamento e Triangulação. Saúde e Sociedade, 2004. doi: 10.1590/S0104-12902004000200004.
79. Simoes E.; Wallwiener D.; Kusicka H.; Brucker S. Health Literacy Requires Empowerment: Results of an Analysis of Patient Needs and the Demand for Qualification over a 10 – Year Period. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2013; v. 73, n.10. p. 1023-1027.
80. Small N.; Bower P.; Chew-Graham C.A.; Whalley D.; Protheore R. J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminar testing of a new measure. *BMC Health Services Research*, 2013. doi: 10.1186 / 1472-6963-13-263.
81. Souza J.M., et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014. doi: 10.1590/1413-81232014197.10272013.
82. Bartlett Y.K.; Coulson N.S. An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. *Patient Educ Couns*, 2011. doi: 10.1016 / j.pec.2010.05.029.
83. Rizvi N.; Khan S.K.; Skaikl B.T. Gender: shaping personality, lives and health of woman in Pakistan. *BMC Womens Heath*. 2014. doi: 10.1186 / 1472-6874-14-53.
84. Armstrong N.; Powell, J. Patient perspectives on health advice posted on Internet discussion boards: a qualitative study. *Health Expect*. 2009; 12(3): 313-20.
85. Berkel J.J.; Lambooj M.S.; Hegger I. Empowerment of patients in online discussions about medicine use. *BMC Medical Informations and Decision Making*, 2015. doi: 10.1186/s12911-015-0146-6.
86. Hirani S.A.; Olson, J. Concept Analysis of Maternal Autonomy in the Context of Breastfeeding. *J Nurs Scholarsh* ; 48(3): 276-84, 2016 05. doi: 10.1111/jnu.12211.
87. Stollar F.; Cerutti B.; Aujesky, S. et al. "Evaluation of a best practice approach to assess undergraduate clinical skills in Paediatrics". *BMC Med Educ* 20, 46 (2020). doi:10.1186/s12909-020-1954-7.

88. Ballester D. et al. Assessment of Medical Consultations Performed by Incoming Residents in Pediatrics. *Revista Brasileira de Educação Médica*. (35) 3: 389-397, 2011. doi: 10.1590/S0100-55022011000300013.
89. Castelhana LM, Wahba LL. O discurso médico sobre as emoções vivenciadas na interação com o paciente: contribuições para a prática clínica. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170341. doi: 10.1590/Interface.170341.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora responsável: Simone Tenório De Carvalho

Número do CAAE: (13189519.9.0000.5404)

Você está sendo convidado a participar, de forma voluntária, numa pesquisa sobre o relacionamento entre mães e pediatras.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o(a) pesquisador(a). Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas, antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o(a) pesquisador(a). Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou desistir da pesquisa e retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos

Esta pesquisa em saúde da criança e do adolescente poderá contribuir para a obtenção de respostas para a elaboração de um programa de educação no atendimento da área da saúde baseado no aconselhamento de mães pelos pediatras, beneficiando a relação médico-paciente, neste caso, a relação mãe-pediatra, resultando em uma comunicação eficaz e a prática efetiva do cuidado da saúde infantil. O objetivo do estudo é o de compreender como os significados atribuídos pelas mães se manifestam em suas ações na relação com o pediatra e como os significados atribuídos pelos pediatras se manifestam em sua relação com a mãe empoderada.

Definição

O empoderamento materno é um processo social de reconhecimento e reforço da capacidade de mulheres em resolverem as questões que envolvem a maternidade, de acordo com as suas percepções, pelo que tomam elas mesmas o controle das decisões sobre o cuidado infantil. Este foi o resultado da pesquisa de mestrado com 200 mães participantes de grupos virtuais no Facebook. Os resultados da pesquisa estão publicados em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26846739> no artigo: "As relações familiares com os pediatras: as visões maternas".

Riscos

A pesquisa não acarretará nenhum risco para você. Sua identidade será preservada. *Desconforto.* Você pode optar em não participar deste estudo se o tema em questão causar desconforto/constrangimento em relação às suas respostas. Você está livre para verbalizar sobre o assunto. Garantimos o sigilo de tudo o que for escrito ou falado por você nesta pesquisa. Os resultados publicados serão gerais e completamente anônimos. Somos corresponsáveis pela integridade e bem-estar de todos os participantes voluntários da pesquisa.

Benefícios

As vantagens da sua participação no estudo se referem ao possível retorno social positivo no atendimento pediátrico, de modo geral, e a possibilidade de expressar suas opiniões, experiências e vivências que poderão contribuir para o objetivo do estudo e a sua divulgação.

Ressarcimento

Não haverá ressarcimento monetário; a pesquisa acontecerá em ambiente presencial (Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP), sem a necessidade de deslocamento físico do pediatra. A não compensação monetária segue as normas vigentes na resolução 466/2012 CNS/MS.

Sigilo e privacidade

Sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação de caráter pessoal fornecida será compartilhada com outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Todos os dados do estudo serão utilizados para fins científicos.

Contato

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Simone De Carvalho, pesquisadora do Centro de Investigação em Pediatria – Saúde da Criança e do Adolescente – CIPED, na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; pelo e-mail: **pesquisadoutoradopediatria2019@gmail.com**

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

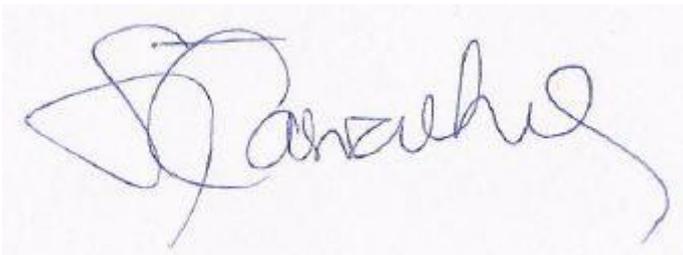
Nome do (a) participante da pesquisa:

_____ Data:
____/____/____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.



Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação Pessoal

Nome:

Celular:

e-mail:

CRM:

Gênero: () M () F () Outro...

Data de nascimento: ___/___/___

Identificação Profissional

1) Instituição de Ensino da sua formação médica:

2) Tempo de atuação como pediatra:

3) Possui outra especialidade médica? () Sim () Não Qual? _____

4) Em que município atua?

Perguntas específicas sobre sua atuação profissional:

5) Possui consultório particular? () Sim () Não

6) Trabalha em PS Infantil? () Sim () Não

7) Atende convênio? () Sim () Não

8) Trabalha em média quantas horas semanais?

9) Que grupo social você atende?

() Classe Baixa

() Classe Média

() Classe Alta

10) Você visita mãe e bebê na maternidade? () Sim () Não

11) Dá orientações gerais de amamentação e cuidados com o bebê? () Sim () Não

12) Dá orientações gerais para a mãe sobre o pós-parto? () Sim () Não

13) Quem comparece com mais frequência à consulta médica?

() Na maioria das vezes, a mãe

() Na maioria das vezes, o pai

() Na maioria das vezes, a mãe e o pai

() Na maioria das vezes, a babá

() Na maioria das vezes, avós ou parentes

() Outro

PESQUISA

Dividimos os temas que dizem respeito tanto às mães quanto aos pediatras em três momentos:

- **Pré-Consulta** (como o pediatra e a mãe se preparam para a consulta)
- **Consulta** (como interação)
- **Pós-Consulta** (como reação depois de dialogar no consultório)

Esses momentos correspondem aos temas propostos a seguir:

ATITUDES DAS MÃES: RESUMO DA NOSSA PESQUISA

Na nossa pesquisa de mestrado, observamos como as mães se preparam para a sua primeira consulta com o pediatra. Para saber mais sobre os dados da pesquisa, acesse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26846739>

TEMA 1 – Pré-consulta

1.1. COMPARTILHAMENTO E PESQUISA

1.1.1. As mães compartilham suas experiências com outras mães, através de grupos virtuais.

1.1.2. As mães usam a Internet para pesquisar os temas que lhes preocupam no cuidado com o seu bebê.

Resumindo:

Com base nas suas experiências pessoais, no diálogo com outras mães em situações similares, e a partir de informações obtidas na Internet, as mães “empoderadas” procuram preparar-se para a sua primeira consulta com o pediatra.

TEMA 2 – Consulta

2. EXPECTATIVA E DIÁLOGO

- 2.1. As mães esperam um reforço positivo por parte do pediatra quanto às suas decisões no cuidado do bebê.
- 2.2. As mães antecipam um diálogo aberto com o pediatra, numa interação “de igual para igual”.

Resumindo:

As mães empoderadas antecipam a primeira consulta como uma “troca de saberes”. A expectativa dialogar sobre o cuidado do bebê a partir de informações científicas e práticas, conhecidas por ambos. Assim, as mães esperam que o pediatra respeite a sua experiência e interaja com o conhecimento científico que essas mães levam consigo para a consulta.

TEMA 3 – Pós-consulta

ANÁLISE, CONFIRMAÇÃO/REJEIÇÃO, DECISÃO

- 3.1. Ao sair do consultório, as mães empoderadas analisam as orientações do pediatra, comparando-as com o que elas descobriram no diálogo com outras mães, suas pesquisas online e suas próprias experiências.
- 3.2. Essas mães podem optar por seguir ou não as instruções recebidas na consulta com o pediatra, a partir do conhecimento adquirido na sua etapa de preparação e na sua intuição materna.
- 3.3. Algumas mães optam por uma segunda opinião, buscando outro profissional da pediatria, se estiverem insatisfeitas com as orientações recebidas na sua primeira consulta.

Resumindo:

As decisões das mães empoderadas se baseiam na análise do atendimento recebido, sobretudo se elas concluem que o pediatra atendeu ou não às suas expectativas.

O que significa ser uma "mãe empoderada?"

O empoderamento materno é um processo pelo qual tomam elas mesmas o controle das decisões sobre o autogerenciamento e a qualidade da saúde infantil e familiar, com base em pesquisa e conhecimento prévio através do acesso à internet e grupos virtuais de mães, cotejando essa informação, por fim, com as orientações pediátricas recebidas.

QUESTIONÁRIO PARA PEDIATRAS

NSA = “Não se aplica ao meu caso”, ou “Prefiro não responder”.

Gostaríamos de entender sua atuação como pediatra, em três fases: antes, durante e depois da primeira consulta com as mães. Pedimos, por favor, que responda às seguintes perguntas, e sinta-se à vontade para tecer comentários que considera pertinentes aos temas propostos.

A ideia desta pesquisa é comparar as perspectivas de pediatras e mães quanto às três fases do primeiro contato entre ambos — antes, durante e depois da primeira consulta. Pode nos ajudar?

TEMA 1 – ANTES da primeira consulta

1.1. A Internet é um recurso que você usa na sua preparação?

- (1) Uso a Internet apenas para pesquisas acadêmicas.
- (2) Participo de um grupo virtual de pediatras, para troca de experiências.
- (3) Uso a Internet mais para me informar sobre congressos de pediatria.
- (4) NSA
- (5) A Internet pode ajudar, mas prefiro não perder meu tempo online.

Comentário pessoal: (facultativo)

1.2. Você está familiarizado com o tema das mães “empoderadas”?

- (1) Na verdade, é um assunto que não me interessa muito.
- (2) Tenho lido sobre o tema e me parece relevante para a minha atuação.
- (3) NSA
- (4) Esse assunto não faz diferença na minha atuação pediátrica.
- (5) Estou começando a me familiarizar com esse tema.

TEMA 2 – DURANTE a primeira consulta

2.1. Você se sente preparado para dialogar com essas mães “empoderadas”?

- (1) NSA

- (2) Não me sinto bem preparado
- (3) Sim, eu me sinto preparado, mas às vezes elas me surpreendem
- (4) De forma geral, eu me sinto relativamente bem preparado
- (5) Considero que estou bem preparado para lidar com essas mães

Comentário pessoal: (facultativo)

2.2. Se você já interagiu com “mães empoderadas”, qual foi a sua experiência? (Se não, passe para a pergunta seguinte.)

- (1) Elas são diferentes, mas não precisei mudar a minha prática pediátrica
- (2) NSA
- (3) Eu adapto a minha prática pediátrica ao que elas trazem para a consulta
- (4) A minha prática mudou consideravelmente a partir dessa interação
- (5) Às vezes, surgem alguns conflitos, mas nada que não se possa contornar

Comentário pessoal: (facultativo)

TEMA 3 - APÓS a primeira consulta

“As mães entrevistadas cotejam as suas experiências diárias no cuidado do bebê com as instruções do pediatra, que acontecem uma vez ao mês. Opinam que uma visão integral do cuidado com o bebê é preferível ao cuidado genérico que geralmente recebem do profissional de saúde.”

3.1. Qual é a sua reação, ao terminar a primeira consulta com uma mãe empoderada?

- (1) Eu me sinto frustrado com essas mães empoderadas
- (2) Eu me sinto tranquilo
- (3) NSA
- (4) Eu me sinto bem, na maioria das vezes
- (5) Eu sinto que preciso mudar a minha estratégia, em algumas situações

Comentário pessoal: (facultativo)

3.2. A maioria das mães empoderadas pesquisadas sente a necessidade de maior atenção do pediatra, além do acompanhamento com o bebê. Segundo elas, isso tornaria mais amigável a relação com o profissional de saúde.

Na sua opinião, as mães querem receber mais apoio ou mais orientação pediátrica, desde a primeira consulta?

- (1) Mais apoio
- (2) Mais orientação
- (3) Depende de cada caso
- (4) NSA
- (5) Uma média entre as duas coisas

Comentário pessoal: (facultativo)

3.3. Você participa de algum grupo virtual de pediatras que compartilha suas experiências com as mães empoderadas?

- (1) Participo de um grupo virtual de pediatras, mas não tocamos nesse assunto
- (2) Participo de um grupo virtual de pediatras que, de vez em quando, aborda este assunto
- (3) Não participo de nenhum grupo virtual de pediatras
- (4) NSA
- (5) De vez em quando eu entro em grupos virtuais de mães (sem me identificar)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A(des)construção da relação entre mãe e pediatra no contexto do empoderamento materno

Pesquisador: Simone De Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13189519.9.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Capes Coordenação Aperf Pessoal Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.462.569

Apresentação do Projeto:

Introdução

Este projeto é uma continuação da investigação iniciada em minha dissertação de mestrado intitulada "Percepção das mães de uma comunidade virtual acerca do empoderamento materno nas consultas pediátricas" (De Carvalho, 2015). Dar continuidade neste momento de ingresso ao Doutorado sobre as questões abordadas na minha dissertação é um passo para a conclusão de uma observação mais aprofundada sobre as representações sociais de mulheres nas redes sociais onde seus comportamentos, vivências e práticas tem interferido diretamente no acompanhamento da saúde materno infantil. Diante dos resultados da pesquisa de mestrado, é necessário ainda este aprofundamento, e que pretendo fazer nesta nova etapa da pesquisa científica. A dissertação de mestrado teve como principal objetivo conceituar o termo empoderamento materno utilizado no grupos virtuais de mães, afim de justificar um comportamento que diz respeito a conquista do seu auto poder em relação à sua maternidade, incluindo a tomada de decisões no auto gerenciamento da saúde materno-infantil, onde se constatou que a experiência pessoal e o tempo de contato com o bebê são da área de supremacia materna, e, o embate entre esta autonomia e a ação apropriadora do conhecimento médico, vem sendo modificada pelo empoderamento materno adquirido por estas mães. Participaram do estudo 200 mães que são ativas nos grupos de apoio virtuais, e tanto as respostas ao questionário quanto as entrevistas gravadas, evidenciaram que o mundo virtual propicia espaços de interação, nos quais as mães podem expressar abertamente

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.462.569

suas opiniões, conhecimentos, práticas e emoções relativos à vivência materna e a prática pediátrica. De forma crescente, as mães se voltam para a Internet em busca destas ações compartilhadas em rede, facilitadas pelo uso de computadores e telefones celulares que lhes permitem acesso a este mundo virtual. As chamadas redes sociais se tornaram, ademais, espaços virtuais que promovem, em grande escala, ações de aconselhamento e apoio com a criação de grupos de discussões gratuitos sobre os mais variados temas de interesse dos seus participantes (Gallegos, 2014; Cattaneo, 2010). A consideração principal do estudo permitiu conceituar o termo “empoderamento materno” como o processo de autogestão adquirido pela mulher no exercício de sua maternidade e no cuidado do seu bebê, a partir de suas relações com outras mulheres — que compartilham suas experiências e saberes adquiridos — e com o profissional de saúde, onde se voltam para a Internet constantemente em busca destas ações compartilhadas em rede (Porter 2012; Saraiva, 2007; Broom, 2005; Armstrong, 2009; Bartlett, 2011). As categorias identificadas na pesquisa permitiram elucidar que existe uma busca constante por uma compreensão das opiniões e escolhas da mãe e a confirmação desta prática no momento do atendimento médico. A mãe empoderada deseja ser compreendida e apoiada em suas escolhas, pautadas em suas convicções pessoais, no apoio e na escuta sensível que encontra por parte deste profissional, compreendidas por ela como condizentes com suas experiências pessoais enquanto mãe e participante ativa de seu grupo de referência materna (Gulzar, 2015; Berkel, 2015; Zaboli, 2006; Cruz, 2011; Kabeer, 2009). Mães empoderadas apresentam em seu discurso um nível de comprometimento e de busca constante de novos conhecimentos e saberes compartilhados. São mães que desejam uma prática do atendimento médico pautada no reconhecimento da importância de suas experiências pessoais maternas bem-sucedidas, na aquisição do seu self-power e na segurança no auto gerenciamento dos seus processos maternos. A capacidade de fazer escolhas no âmbito do auto gerenciamento materno, portanto, tem atribuído às mulheres desempenharem cada vez mais, um importante papel nas decisões do cuidado de gerenciamento da saúde de suas famílias (Simoes, 2013). Como conclusão do estudo, o fortalecimento da mãe através do seu empoderamento materno tanto pelos grupos de apoio como pelos profissionais de saúde, pode vir a ser uma ação a se considerar sobre a ideia da erradicação do sentimento de impotência da mulher neste momento da sua vivência materna. Foi identificado na literatura, publicações referentes à aceitação do termo empoderamento como um processo de autogestão da saúde por parte dos pacientes, e a suspensão referida no título surge na hipótese do momento das orientações do profissional de saúde; onde é preciso avaliar qual informação será realmente eficaz para o seu paciente em paralelo com a sua decisão autônoma e na livre escolha em decidir como

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.462.569

conduzir e administrar as informações recebidas (Vasconcelos, 2013). A ação do empoderamento materno na perspectiva do desenvolvimento da autonomia de mulheres, é capaz de reduzir a realidade da parcialidade no atendimento (Spencer, 2014). A auto capacitação sugerida no conceito do empoderamento materno é capaz de produzir relações diversas de poder, resultando em diversas possibilidades na promoção da saúde, entre elas, o controle e acompanhamento da saúde materno infantil (Barimani, 2013). A descontinuidade do acompanhamento sistemático e contínuo no pós-parto principalmente no primeiro ano de vida do bebê, resultam na baixa satisfação das mães pela ausência do apoio pretendido por elas (Cunningham, 2014). O cuidar com empatia (Bonvicini, 2009; Camillo, 2012), ou o desenvolvimento da empatia médica no atendimento, tem um papel significativo na assistência da saúde da criança. Alguns estudos evidenciam que a ação do empoderamento implica que seus profissionais têm de “desaprender” a estar no controle (Aujoulat, 2007; Martins Filho, 2011; Andrade, 2002). Tal justificativa parte da ideia de que o conhecimento prévio sobre as experiências e saberes dos pacientes, bem como a partilha entre estes saberes, podem proporcionar um acompanhamento e avaliação satisfatórios desde que esta comunicação entre médico e paciente seja eficaz. Neste contexto, foi desenvolvido um questionário para aplicação agora para pediatras residentes, com o objetivo é ouvir as opiniões dos pediatras com base no resultado das falas das mães sobre os pediatras em três momentos distintos de uma consulta pediátrica: antes, durante e pós-consulta para traçar um perfeito paralelo entre os três momentos da mãe com os três momentos do pediatra.

Hipóteses

Diante dos resultados da pesquisa de mestrado, onde as mães através da apropriação do seu empoderamento materno e uso constante da Internet como fonte de conhecimento e orientação para o gerenciamento da saúde materno infantil, têm optado, em determinados casos, pela mudança constante de acompanhamento dos profissionais de saúde e até o abandono pelo atendimento. A hipótese do estudo é que esta rede de mães multiplicadoras de conhecimento na Internet, vem afetando diretamente a relação médico paciente. Através do questionário de pesquisa com os pediatras este estudo pretende equalizar a dinâmica nesta relação paciente/pediatra através da análise de ambos os discursos coletados.

Metodologia Proposta:

a) Participantes Crianças/adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 10 e 12 anos, que Para responder aos objetivos propostos, por se tratar de estudo da experiência da mãe e do

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.462.569

médico pediatra na construção de um relacionamento que visa o melhor cuidado para a criança, optou-se pela pesquisa qualitativa, considerando que essa metodologia é capaz de oferecer melhores respostas nesse contexto. Será utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) uma vez que nos permite: a) explicitar o ponto de vista de mães que participam de grupos de apoio à maternidade nas redes sociais acerca do empoderamento materno e dos pediatras sobre a mãe empoderada e b) permitindo perceber as congruências e divergências dos discursos dos dois sujeitos. Desta forma, será possível realizar uma análise de modo a abstrair o real sentido da experiência inteira. Na aplicação e elaboração do questionário e, diante das respostas dos pediatras, será feito uma análise crítica e cruzamento dos discursos (mãe e pediatra) afim de analisar os discursos de ambos e trazer a luz da análise a resposta aos objetivos da pesquisa propostos.

Critério de Exclusão:

Não há.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender o significado do empoderamento materno na construção do relacionamento de confiança entre mães e os pediatras dos seus filhos.

Objetivo Secundário: Compreender como os significados atribuídos pelas mães se manifesta em suas ações na relação com o pediatra; Compreender como os significados atribuídos pelos pediatras se manifestam em suas ações na relação com a mães empoderada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo informações do pesquisador:

Riscos: Não há riscos previsíveis nesta pesquisa.

Segundo informações do pesquisador:

Riscos:

Não há riscos previsíveis nesta pesquisa.

Benefícios:

As vantagens da sua participação no estudo se referem ao possível retorno social positivo no atendimento pediátrico, de modo geral, e a possibilidade de expressar suas opiniões, experiências

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.462.569

e vivências que poderão contribuir para o objetivo do estudo e a sua divulgação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "A(des)construção da relação entre mãe e pediatra no contexto do empoderamento materno", cuja Pesquisadora responsável é a pedagoga Simone Tenório De Carvalho, Doutoranda pelo Programa de PG em Saúde da Criança e do Adolescente da FCM-Unicamp, com a colaboração do orientador e pesquisador participante Prof. Dr. José Martins Filho, docente da FCM-Unicamp. A pesquisa foi enquadrada na Grande Área do Conhecimento "Ciências da Saúde". A Instituição Proponente é a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem orçamento estimado em R\$350,00 (trezentos e cinquenta reais), conta com financiamento próprio e o cronograma apresentado contempla início e término do estudo ambos em junho de 2019. Serão abordadas ao todo 100 pessoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

1. Quanto ao arquivo " PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1326620.pdf ", de 11/06/2019: A pesquisadora atendeu a todas as recomendações como proposto no parecer anterior. Adequado.

2. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente ao arquivo " TCLE_DOUTORADO_ALTERADO.pdf", de 11/06/2019: Adequado.

3. Quanto ao documento anexado " Projeto_TESE_de_Doutorado_Simone_De_Carvalho_2019_ALTERADO.pdf", de 11/06/2019: Adequado.

4. Quanto ao cronograma:

4.1 – Foi avaliado o documento "CRONOGRAMA_2019_DOUTORADO_ALTERADO.pdf". Adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.462.569

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.
- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br