

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS FACULDADE DE PSICOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI



# ANDRÉA LEÃO LEONARDO-PEREIRA DE FREITAS

# POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E SEUS FAMILIARES

# ANDRÉA LEÃO LEONARDO-PEREIRA DE FREITAS

# POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E SEUS FAMILIARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa Dra Denise Machado Duran Gutierrez

Manaus

# Ficha Catalográfica (Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Freitas, Andréa Leão Leonardo-Pereira de

F866p

Possibilidades de intervenção do psicólogo em unidades de terapia intensiva neonatais com bebês pré-termos e seus familiares / Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas. - Manaus: UFAM, 2013. 120 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal do Amazonas.

Orientadora: Profa Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

1. Psicanálise 2. Psicanálise infantil 3. Psicoterapia familiar 4. Prematuros – Cuidado e tratamento I. Gutierrez, Denise Machado Duran (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU (1997): 159.964.2(043.2)

# **DEDICATÓRIA**

Aos meus queridos filhos, Eduardo, Felipe e Clara, verdadeiros tesouros da minha vida.

#### **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que me deu força e coragem para seguir em frente, iluminando meus passos nessa longa jornada.

Ao meu marido, Marcio Luiz, pelo carinho, compreensão e companheirismo demonstrado especialmente nos momentos de ansiedade e ausência familiar.

Ao meu pai, Afranio, que fez a revisão ortográfica do trabalho.

À minha mãe, Vera Lúcia, e à minha família, pelo apoio e incentivo que me ajudaram a transpor as dificuldades e inseguranças que surgiram no processo de pesquisa.

Ao meu irmão, Alexandre, e ao amigo, Marcos Morris, que me ajudaram na tradução do resumo.

 $\mathring{A}$  minha orientadora,  $\mathcal{D}r^a$  Denise Machado Duran Gutierrez, pela paciência e confiança depositada em mim para realizar esse estudo.

A todos os professores do curso de mestrado da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, que contribuíram para o meu crescimento intelectual.

Às professoras Dr<sup>as</sup> da banca de qualificação, Raquel de Almeida Castro e Fátima Gonçalves Cavalcante, pelos generosos comentários e estimáveis orientações, que contribuíram para a melhoria desse trabalho.

À minha querida médica obstetra,  $Dr^a$  Cristiane Pacheco, que com sua serenidade e sabedoria me auxiliou a esclarecer dúvidas em relação aos conceitos técnicos e científicos que envolvem a prematuridade.

Às mães, familiares e bebês pré-termos que participaram dessa pesquisa. A luta e a garra de vocês pela vida ajudaram-me a perseverar e ultrapassar todos os obstáculos que surgiram ao longo do caminho.

 $\mathring{A}$  direção da maternidade Dr. Moura Tapajós,  $Dr^a$  Janete, que permitiu a minha entrada na instituição e a realização da pesquisa.

À toda a equipe de saúde da maternidade, em especial aos psicólogos Márcio Santos da Silva, Raquel Floriano e Vládia Figueira, que se dispuseram a me auxiliar, aceitando serem observados em suas intervenções e rotina de trabalho.

À secretária do curso de mestrado, Tânia Leal, pela atenção e disponibilidade em tirar dúvidas e resolver problemas.

Às psicólogas Maria Tereza Maldonado e Luciana Mara Monti Fonseca, que generosamente enviaram materiais bibliográficos valiosos que contribuíram para a fundamentação teórica da pesquisa.

À CAPES, pelo suporte financeiro, sem o qual essa pesquisa não teria sido realizada.

À Universidade Federal do Amazonas – UFAM, pela oportunidade de concretizar o sonho de participar do curso de mestrado em Psicologia.

Nós cometemos muitos erros e muitas faltas, mas nosso pior crime é abandonar as crianças, negligenciando a fonte da vida. Muitas das coisas de que necessitamos podem esperar. A criança não pode. A cada instante, seus ossos estão sendo formados; seu sangue está sendo produzido; seus sentidos, desenvolvidos. A ela não podemos responder "amanhã", seu nome é "hoje".

#### **RESUMO**

Esta pesquisa teve como objetivo investigar as possibilidades de intervenção do psicólogo em Unidades de Terapia Intensiva neonatais com bebês pré-termos e seus familiares. O método utilizado foi o qualitativo/compreensivista, que se aplica ao estudo das opiniões e percepções das pessoas, a partir de suas vivências. O enfoque teórico da pesquisa foi o psicanalítico, haja vista o grande número de trabalhos científicos existentes que abordam questões relacionadas ao vínculo mãe-bebê pré-termo. Para tanto, foram entrevistadas seis mães de bebês pré-termos que já estiveram internados em UTI neonatal, quatro familiares e dois psicólogos que trabalham em uma maternidade pública de Manaus. Os dados obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas foram submetidos à análise de conteúdo, a partir da qual foram levantadas as seguintes categorias temáticas: 1) Nascimentos pré-termo e sentimentos vividos pelas mães; 2) Importância da atuação do psicólogo para as mães; 3) Importância da atuação do psicólogo para os familiares e 4) Importância da atuação do psicólogo segundo os próprios profissionais. Os sentimentos mais comuns relatados pelas mães foram: choque/negação; medo; culpa; tristeza e impotência. As técnicas de acolhimento psicológico e orientação apareceram como intervenções relevantes para os três grupos entrevistados (mães, familiares e psicólogos). Além das entrevistas, a observação participante foi utilizada para poder confrontar o discurso ou a fala com as ações dos sujeitos. Foi percebido que a presença do psicólogo no ambiente intensivista não ocorreu de modo sistematizado, apesar de todos os entrevistados terem reconhecido a importância da atuação desse profissional na unidade de UTI neonatal, o que mostra a necessidade de que suas visitas ocorram com maior regularidade. As intervenções individuais e em grupo ocorreram apenas com o grupo de mães. Diante disso, outras possibilidades de intervenção foram sugeridas, a fim de incluir os pais, avós e irmãos e a própria equipe de Saúde. Essa pesquisa contribui positivamente para o esclarecimento de posturas profissionais que podem fortalecer laços afetivos entre os bebês pré-termos e seus familiares, favorecendo a diminuição dos índices de mortalidade neonatal e de abandonos de bebês, além de possibilitar a constituição de indivíduos que futuramente terão um desenvolvimento global mais sadio.

Palavras-chave: prematuridade; unidade de terapia intensiva neonatal; psicólogo.

#### **ABSTRACT**

This research aims at investigating an array of possible interventions of psychologists in antenatal intensive care units (ICU) involving preterm babies and their relatives. A comprehensive and qualitative methodology was applied to an interview-based data set obtained from people's opinions and perceptions about their own life experiences. The theoretical scope of this paper is based on a psychoanalytic perspective, hence the great number of scientific inquiries dealing with issues concerning mother-baby bonding. In this pursuit, six mothers of preterm babies who had already been hospitalized in antenatal ICUs were interviewed, together with four family members and two psychologists who worked in a public maternal care facility in Manaus. The data obtained through the semi-structured interview questions has been submitted to content analyses, through which thematic categories were indicated: 1- preterm births and maternal affective experiences; 2- the importance of the psychologists' interventions with mothers; 3- the importance of the psychologist's interventions with relatives and parents; 4- the importance of the psychologist's interventions according themselves. The most common sentiments reported by the mothers were: shock/denial; fear; guilt; sadness and impotence. The techniques and guidance used by the psychologist were shown to be interventions pertinent to the three groups interviewed (mothers, family members and psychologists). Aside from the interviews, the participant observation technique was employed in order to confront their discourse or responses with the subject's behavior, leading to the realization that the presence of the psychologist in the ICU did not occur in a systematic manner, despite the fact that all interviewees recognized the importance of this professional in the neonatal intensive care unit (NICU), demonstrating that their visits should occur more often. Individual and group interventions were held only with the group of mothers. In light of these facts, other possible interventions have been suggested, including parents, grandparents and health care staff. This research contributes positively to clarifying a professional attitude that may strengthen affective ties among preterm babies and their families, facilitating reductions in mortality levels and baby abandonment, and resulting evidently in better well-rounded developed individuals in the future.

Key Words: premature; NICU; psychologist.

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Inter-relação dos subsistemas	40
Tabela 2 - Perfil das mães que participaram da pesquisa	74
Tabela 3 - Perfil dos familiares que participaram da pesquisa	77

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCON – alojamento-conjunto

bpm – batimento cardíaco por minuto

CEP – Conselho de Ética em Pesquisa

COEP - Comissão de Ética em Pesquisa

CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

dB - Decibel (medida de intensidade sonora)

DPN – Depressões Pós-Natais

FC – frequência cardíaca

IG – idade gestacional

MC – Método-Canguru

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN - recém-nascido

RN-PT – recém-nascido pré-termo

SA – semana de amenorreia

SAVVIS - Serviço de Atendimento à Vítimas de Violência Sexual

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCI – Unidade de cuidados intermediários

UIC – Unidade Intermediária Cirúrgica

UTI – Unidade de terapia intensiva

UTIN - Unidade de terapia intensiva neonatal

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 REFERENCIAL TEÓRICO	21
1.1.2 A UTI NEONATAL	27
1.2 INTERAÇÃO MÃE E BEBÊ PRÉ-TERMO	30
1.3 O TRABALHO DE INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO EM UTI NEONATAL	
2 METODOLOGIA	
2.2 INSTRUMENTOS	
2.3 PARTICIPANTES	
2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	
2.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	
2.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	
2.6 PROCEDIMENTO DE ANALISE DE DADOS	60
3 RESULTADOS E ANÁLISE	61
3.2 OBSERVAÇÕES SOBRE A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ PRÉ-TERMO	66
3.3 ENTREVISTAS	
3.3.1 ENTREVISTAS COM AS MÃES	
3.3.2 ENTREVISTAS COM OS FAMILIARES	75
3.3.3 CATEGORIAS LEVANTADAS NAS ENTREVISTAS	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	97
ANEXOS	109
ANEXO A – Roteiro de entrevista com os psicólogos	
ANEXO B – Roteiro de entrevista com as mães	
ANEXO C – Roteiro de entrevista com os familiares	
ANEXO D – Roteiro de observação na UTI neonatal	
ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Psicólogos)	
ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Mães)	
ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Familiares)	
ANEXO I Termo de Anuência da Instituição	
ANEXO I - Termo de Anuência da COEP/SEMSA	
THE PARTY OF THE VOVE ME COLUMN COLUM	

# INTRODUÇÃO

No estudo realizado pretendi investigar as possibilidades de intervenção do psicólogo na interação entre mãe, familiares e bebê pré-termo internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal de uma maternidade pública da cidade de Manaus.

A utilização do termo bebê *pré-termo* ao invés de *prematuro* se deveu ao fato de que esse recém-nascido é considerado maduro para a sua idade e para o estágio do desenvolvimento em que se encontra (GANDRA, 1998). Fabre-Grenet (1997, p. 112) prefere chamá-lo de "feto extra útero" ou "feto recém-nascido". Na área médica, entretanto, os bebês doentes ou pré-termos, que precisam de cuidados especiais, são chamados na literatura de *recém-nascido de risco*.

Segundo dados da OMS (2012), o recém-nascido pré-termo (RN-PT) é aquele que nasce antes da 37ª semana de gestação. Existem subcategorias do nascimento pré-termo, baseadas na idade gestacional. Abaixo de 28 semanas de IG, os bebês são considerados prematuros extremos; entre 28 e menos que 32 semanas, são muito prematuros e entre 32 e menos de 37 semanas, são prematuros moderados.

Em relação ao peso ao nascimento, segundo De Lamare (2009), define-se o bebê com menos de 2.500 g como de baixo peso e aqueles com peso inferior a 1.500 g são chamados de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascimento. Conforme o autor, atualmente, já se definiu uma nova faixa de peso para os bebês pré-termos de muito baixo peso – os microprematuros (com menos de 750 g, peso de nascimento).

O recém-nascido com baixo peso pode ser pré-termo, a termo ou pós-termo. Os bebês que nascem entre 37 e 42 semanas e com peso entre 2.500 e 3.700 g são considerados adequados para a idade gestacional (AIG). Aqueles que nascem com peso inferior ao esperado para a idade gestacional são ditos pequenos para a idade gestacional (PIG), e finalmente os bebês grandes, com peso acima de 3.700 g, são considerados grandes para a idade gestacional (GIG). Assim, falarei de bebês com características diferentes dos que nascem a termo, pesando, em média, 3 kg e têm aproximadamente 50 cm de altura. Todos que considerei nesse estudo nasceram antes da 37ª semana de IG, com peso inferior a 2500 g.

A escolha por investigar o trabalho do psicólogo decorreu deste ser o profissional que, *a priori*, utiliza como instrumento básico de atuação a observação e a escuta clínica, que lhe permitirão compreender questões difíceis e delicadas tanto para a mãe quanto para o bebê e seus familiares, além de estar apto a utilizar técnicas para ajudá-los a se aproximarem.

O enfoque principal foi dado à atuação do psicólogo na interação mãe-bebê prétermo, haja vista a existência de ampla gama de material bibliográfico e pesquisas realizadas, com enfoque psicanalítico, em que se procura entender os sentimentos da mãe e como esta se relaciona, a princípio, com um filho que nasceu abruptamente, antes do término da gestação. Em contrapartida, segundo Baeta (2011), a atenção voltada para o pai é recente e, consequentemente, existe uma carência de estudos no que se refere às primeiras relações da figura paterna com a criança. Esse fato se reflete nas instituições de saúde, inclusive nas UTIs neonatais, onde a mãe atrai todas as preocupações dos familiares e profissionais.

Alguns críticos acreditam que essa ênfase das pesquisas na figura materna possa servir como um movimento de "culpar a mãe", vez que o agente psicopatogênico são as suas representações (STERN, 1997). A filósofa francesa Badinter (1985, p. 237) atribui à psicanálise a promoção do papel da mãe como sendo a "grande responsável" pela felicidade de seu filho, pelo seu inconsciente e desejos.

No estudo de Gutierrez e Minayo (2010), as pesquisadoras apontam unanimidade entre os autores em afirmar que, histórica e culturalmente, no Brasil e no mundo, as mulheres têm o papel de cuidar dos seus filhos(as) e familiares. Ressaltam também que o pressuposto do cuidado feminino não é questionado nem são discutidas as implicações dessa questão, como, por exemplo, o peso da responsabilidade que recai sobre a mulher cuidadora.

Badinter (1985) nos lembra que a mulher contemporânea arca com múltiplos deveres, o de auxiliar o médico, colaborar com o padre e o professor e o de tornar o filho feliz. No entanto, a autora acredita que nos dias de hoje uma nova revolução familiar está acontecendo, trazendo à tona a figura do pai, não para ofuscar a mãe, mas, pela primeira vez na história, para com ela anunciar um novo modelo de família.

Diante disso, o objetivo desse trabalho não consistiu em encontrar "culpados" nem desvalorizar a função paterna na constituição psíquica do bebê, e sim compreender como essa interação inicial ocorre e qual a função do psicólogo na promoção do bem-estar emocional da dupla mãe-bebê. Sendo assim, acredito que a intervenção da psicanálise nesse tempo ainda precoce do desenvolvimento, que é o do bebê, pode permitir a construção do laço afetivo entre pais e filhos, interpondo-se aos possíveis obstáculos no estabelecimento de um olhar que possibilite ao bebê reconhecer-se como um corpo não fragmentado.

Grande parte dos artigos pesquisados em várias bases de dados que abordam o assunto da prematuridade foram escritos por profissionais da área de Enfermagem, Fonoaudiologia, Nutrição e Medicina. Na área da Psicologia, os que foram encontrados,

poucos falam sobre a importância do trabalho do psicólogo e da participação da família no processo de formação de laços afetivos entre a díade mãe-bebê no contexto da UTI neonatal.

Na França, a intervenção de psicanalistas em unidades de terapia intensiva neonatais é valorizada, devido aos resultados apresentados no que se refere à prevenção do maltrato infantil. Diante disso, acredito ser de suma importância produzir conhecimento científico no Brasil acerca da prática do psicólogo que atua nesse espaço institucional, uma vez que seu trabalho hoje em dia é reconhecido em muitos hospitais do país, no atendimento ao recémnascido pré-termo.

Talvez a falta de estudos sistematizados sobre tanto o papel do psicólogo quanto o dos familiares deva-se pelo fato de que esses sujeitos foram por muito tempo excluídos dos cuidados com o recém-nascido pré-termo dentro das UTIs neonatais. Felizmente, nos dias atuais, essa situação mudou e o psicólogo está inserido na formação das equipes multiprofissionais compostas geralmente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas e fisioterapeutas. Quanto aos familiares, diante dos resultados de estudos que apontam para a relação direta entre a presença da família ampliada no ambiente da UTI neonatal e o fortalecimento de vínculos afetivos entre mãebebê, criou-se um espaço para visitação da criança, além de atividades que têm como objetivo acolher as angústias e dificuldades encontradas por essas pessoas na situação de prematuridade.

Os bebês pré-termos, suas mães e familiares, bem como os psicólogos, foram observados e investigados no ambiente da UTI neonatal de uma maternidade pública, que tem normas e procedimentos pré-estabelecidos e que contribuem para um maior distanciamento entre mãe-bebê.

Sabendo-se que o psicólogo tem como função atuar como agente mediador entre família e paciente, busquei compreender como este contribui para a formação de laços afetivos entre eles, sem dissociá-lo do contexto em que está inserido. Apesar de ter feito um recorte no fenômeno a ser investigado, não deixei de percebê-lo como um sistema complexo, permeado de inúmeras inter-relações. Embora queira compreender o papel do psicólogo na interação mãe-bebê pré-termo e seus familiares, sei que outros fatores irão influenciar essa relação, como por exemplo, o apoio familiar e social que essa mãe recebe, bem como questões intrapsíquicas poderão interferir na formação de laços afetivos entre a díade mãe-filho. Na concepção sistêmica que adotei para compreender o fenômeno, não há dicotomia

entre o social e o psicológico. Portanto, processos sociais e afetivos são compreendidos de forma dialógica.

O nascimento pré-termo pode ser comparado a uma *flutuação* no sistema familiar que deixa de seguir seu curso natural para funcionar sob uma nova ordem, a partir de uma desordem transitória. Com o passar do tempo, a família se auto-organiza, porém, não volta a funcionar como antes. Essa mudança de funcionamento foi o que Prigogine (*apud* VASCONCELOS, 2002, p. 124) chamou de *salto qualitativo do sistema* num *ponto de bifurcação*, que seria o nascimento pré-termo.

Acredito que o psicólogo poderá auxiliar a mãe a escolher um caminho de reaproximação com o bebê, mostrando-lhe outras possibilidades de interação. Vale ressaltar que o papel desse profissional não é o de atuar instrutivamente, determinando o modo correto como a mãe deve interagir com o filho, mas auxiliá-la a vislumbrar novas alternativas que poderão favorecer o fortalecimento de laços afetivos entre a díade.

Além disso, não tenho a pretensão de esgotar o fenômeno, uma vez que outras dimensões do mesmo irão sempre surgir. Segundo Oliveira (2003, p. 153), "as respostas são sempre parciais, uma vez que o patamar de unificação recém alcançado converte-se imediatamente em base para outras problematizações futuras".

No novo paradigma epistemológico, a preocupação com a verdade foi substituída pelo reconhecimento de múltiplas verdades, de diferentes narrativas, não mais sobre "a realidade tal como ela existe", mas sobre a experiência (VASCONCELOS, 2002, p. 141).

Por essa razão, não pretendo fazer generalizações dos resultados, desconsiderando outras maneiras de se compreender o fenômeno. Concordo com Kuhn (*apud* VASCONCELOS, 2002, p.39), quando afirma que um mesmo objeto pode ser visto de modo diferente, conforme o paradigma que o cientista está ancorado. Portanto, os pressupostos implícitos na construção desse trabalho correspondem a apenas uma dentre várias opções de epistemologias.

Cerca de 15 milhões de neonatos pré-termos nascem no mundo todos os anos, ou seja, mais de um bebê em cada dez nasce antes do tempo normal de gestação, afetando diversas famílias, sendo que os índices estão crescendo em quase todos os países (OMS, 2012). Para se calcular a taxa de nascimentos pré-termos, divide-se o número de bebês nascidos vivos antes de 37 semanas completas de IG pelo número total de crianças nascidas (vivas + mortas) x 100.

#### Método de cálculo

Nº nascidos vivos prematuros	
	_ x100
Número de nascidos (vivos + mortos)	

Fonte: Brasil. ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Mais de um milhão de crianças morrem a cada ano devido a complicações decorrentes do nascimento pré-termo. A prematuridade é a segunda causa de morte em crianças, depois da pneumonia. A maioria dos nascimentos pré-termos ocorre espontaneamente. As causas comuns incluem: gravidez múltipla, infecções e condições crônicas, como diabetes e pressão alta. Contudo, frequentemente a causa não é identificada. Existe também uma influência genética (OMS, 2012).

Nas últimas décadas, com a aquisição de novos conhecimentos na área da Neonatologia, há uma preocupação cada vez maior não apenas com a sobrevivência desses bebês, mas com a qualidade de vida que eles terão no futuro. Segundo De Lamare (2009, p. 774) nos melhores centros de terapia intensiva neonatal no Brasil, a possibilidade de sobrevivência, de acordo com o peso ao nascimento, é a seguinte:

- 2.000 a 2.500 g (98% de sobrevida)
- 1.500 a 2.000 g (90% de sobrevida)
- 1. 000 a 1. 500 g (85% de sobrevida)
- 750 a 1.000 g (75% de sobrevida)
- 500 a 750 g (50% de sobrevida)
- Menos de 500 g (menos de 30% de sobrevida)

No entanto, de acordo com o estudo divulgado pela OMS (2012), intitulado *Born too soon*, bebês que nascem antes de estarem fisicamente prontos, frequentemente requerem cuidados especiais e correm grande risco de enfrentarem sérios problemas de saúde, incluindo

paralisia cerebral, prejuízo intelectual, doença crônica de pulmão e perda visual e auditiva. Além disso, podem ocorrer, em longo prazo, alterações no desenvolvimento neurológico, acarretando problemas de aprendizagem, dislexia e redução da realização acadêmica, bem como impactos comportamentais, como déficit de atenção e hiperatividade.

No Brasil, cerca de 279.300 bebês nascem anualmente com idade gestacional menor que 37 semanas, consistindo em um importante problema de saúde pública. Para cada 100 bebês, 9,2% nascem antes da hora. O país ocupa a décima posição no ranking dos dez países com maior número de prematuros em 2010. Conforme dados do Ministério da Saúde (*apud* G1 Amazonas), a região Norte ocupa o primeiro lugar no Brasil no número de nascimentos prematuros. Foram 169 mil em 2010, e a falta de um pré-natal de qualidade pode explicar esse fato. Além disso, o crescimento da taxa de nascimentos prematuros também está relacionado ao aumento do número de cesarianas. De acordo com o diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, Dário Frederico Pasche, o órgão criou, em 2011, o programa "Rede Cegonha", que propõe organizar o cuidado às gestantes por meio de uma rede qualificada de atenção obstétrica e neonatal, no intuito de mudar o modelo vigente de parto no Brasil, que está longe de alcançar as taxas de cesáreas recomendadas pela OMS.

Diversas pesquisas apontam que as relações iniciais entre mãe-bebê, irão influenciar significativamente as relações sociais futuras desse indivíduo. Diante disso, surge a importância de pensar neste grupo de bebês que, em virtude de seu nascimento inesperado, são separados precocemente de suas mães e impedidos de terem o contato físico contínuo com elas. Nos casos onde isso ocorre, o estabelecimento de laços afetivos entre mãe-bebê prétermo se torna difícil, podendo gerar um "estranhamento" entre esta dupla, de tal modo que a mãe poderá até mesmo não reconhecer o neonato como sendo seu filho (KLAUS e KENNELL, 1992).

Por outro lado, acredito que o psicólogo pode atuar como facilitador na formação de laços afetivos entre mãe, familiares e bebê pré-termo, intervindo de modo que estes consigam superar possíveis dificuldades de interagir com a criança. A ligação afetiva consiste em um processo contínuo e, assim, mesmo que esta interação possa inicialmente apresentar dificuldades, isto não significa que posteriormente estas não possam ser superadas com a ajuda desse profissional.

Atualmente, os profissionais de saúde de modo geral reconhecem a importância da presença, do toque, da voz, das carícias e da participação da mãe no período de internação de

seu filho, o que, além de favorecer o amadurecimento neurológico e fisiológico do bebê, facilitará um futuro relacionamento pais-filho saudável (KLAUS, KENNEL e KLAUS, 2000).

De fato, a principal característica da ligação afetiva entre mães e bebês é que eles tendem a manterem-se próximos um do outro. Entretanto, para o bebê pré-termo, seguir a mãe com o olhar, chorar, aconchegar-se contra o corpo dela ou agarrar-se a ela é muito mais difícil do que para um bebê a termo. Daí a importância do psicólogo, em conjunto com os demais profissionais da saúde, auxiliar o neonato a se aproximar da mãe (BRASIL, 2009).

No último século houve uma valorização da especialização profissional, devido ao grande avanço dos conhecimentos na área das Ciências da Saúde. No entanto, isso acarretou um olhar dicotomizado da pessoa enferma, interferindo de modo negativo na relação entre profissionais de saúde e seus pacientes. De acordo com Santos e Sebastiani, instalou-se o que se poderia chamar de "Negação da Pessoa Enferma", ou seja, passou-se a criar um relacionamento com *doenças* e não com pessoas.

Esse tipo de problema é denunciado na própria rotina hospitalar, onde não se fala do João ou da Maria que estão internados neste ou naquele quarto, mas se fala do '202 A' ou do 'Renal do 35' ou, ainda, da 'Histerectomia do quarto andar' (2001, p. 169).

Apesar dos autores estarem referindo-se a adultos portadores de doenças crônicas, o mesmo se aplica aos bebês pré-termos, que podem ou não possuir alguma malformação congênita ou doença crônica. Ao invés de serem considerados sujeitos, chamados pelos seus nomes, são tratados apenas como o RN X ou Y, que representa o número da sua incubadora. A psicóloga Tardivo (2008) comenta que há uma tendência muito grande no hospital a "coisificar"o paciente, tratando-o e encarando-o como um objeto, ou coisa, a ser examinado e tratado.

O interesse em investigar esse tema começou quando participava do curso de especialização em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê, promovido pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). O curso ocorreu no período de março de 2003 a junho de 2004, e teve como objetivos qualificar profissionais de nível superior para atuarem no atendimento à gestante, à criança de até 3 anos e suas famílias, assim como estimular pesquisas na área.

O referido curso contou com alunos de diferentes áreas do conhecimento, entre eles médicos (obstetras e pediatras), enfermeiros, psicólogos, educadores, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Dentre os diversos módulos apresentados, a

temática da prematuridade despertou-me um interesse particular, devido à complexidade de sentimentos e situações que permeiam o nascimento de um bebê pré-termo e uma mãe prematura. Diante disso, o trabalho de conclusão do curso realizado por mim e uma colega, também psicóloga, recebeu o nome de "SER" PREMATURO: estudo sobre a interação mãe-bebê pré-termo.

No momento, mudei o foco da investigação, pesquisando como os psicólogos de uma maternidade pública de Manaus trabalham em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais com bebês pré-termos e de que forma eles colaboraram para facilitar a interação entre estes bebês, suas mães e familiares.

Com isso, espero contribuir positivamente para o esclarecimento de posturas profissionais que irão favorecer uma diminuição dos índices de mortalidade neonatal, de abandonos e maus-tratos de bebês, além de possibilitar a constituição de indivíduos que futuramente terão um desenvolvimento global mais sadio.

Apesar de não ter atuado na área da Saúde após o término do curso de especialização, trabalho desde 2008 na área da Educação, com crianças pequenas, em creches particulares. Nesses anos, pude aprofundar meus conhecimentos em relação ao desenvolvimento infantil e ajudar famílias que passaram pelo trauma do nascimento prétermo, fazendo-as reconhecer em seus filhos toda a sua potencialidade para ter um crescimento e uma vida saudáveis.

É muito comum os pais compararem o desenvolvimento da criança com outras da mesma faixa etária e sentirem-se frustrados ao perceber que o filho apresenta, por exemplo, dificuldades de aprendizagem, distúrbios de atenção ou hiperatividade, comuns em crianças em idade escolar, que nasceram antes do termo da gestação (BRAZELTON, 1994). No entanto, tentava encorajá-los a olhar para seus filhos como seres únicos, com ritmo próprio de desenvolvimento.

Segundo Brazelton (1998), se as mães conseguirem concentrar sua atenção somente no progresso de seus próprios filhos, serão poupadas de sentirem tanta ansiedade. Além disso, com o trabalho de estimulação oferecido pelos educadores e demais técnicos e o suporte psicológico realizado com os pais (que demonstravam uma superproteção perante a criança), notava-se a evolução que ocorria em seu desenvolvimento biopsicossocial, através das respostas emitidas por ela.

Porto (1999) revela que o tamanho e o peso do filho que nasceu pré-termo consistem na maior e mais constante preocupação dos pais, maior inclusive do que com seu

desenvolvimento neurológico. Nos casos em que percebia a ansiedade dos familiares no que se refere ao ganho de peso da criança, era feito um trabalho de equipe, junto com a nutricionista da creche. Nas crianças em que era identificado um déficit de crescimento, o médico também era chamado para orientar os pais sobre que condutas deveriam tomar.

No ano de 2012, tive uma pequena experiência profissional em um Complexo Educacional da Prefeitura de Manaus e pude conhecer uma realidade bem distinta da vivenciada nas creches particulares onde havia trabalhado. A clientela atendida consistia principalmente em crianças da rede municipal de ensino, que apresentam alguma dificuldade de aprendizagem, seja devido a um problema neurológico e/ou emocional. A maioria das famílias pertencia a uma classe social desprovida de recursos materiais e com baixo nível de escolaridade. Na maioria das vezes, vinham ao meu encontro encaminhadas pelas escolas públicas sem nunca terem passado por uma avaliação médica.

No período em que trabalhei nesse local, de maio a agosto de 2012, realizei 62 atendimentos, fazendo parte da equipe multiprofissional de Avaliação, composta por seis profissionais: fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social, pedagoga, psicopedagoga e psicóloga. Dentre essas avaliações, deparei-me com alguns casos de crianças que nasceram prematuras e, talvez, por não terem recebido a assistência médica e o suporte psicossocial adequado, encontram-se hoje com sequelas neurológicas que interferem na sua qualidade de vida. Segundo Linhares et al.:

As complicações pós-natais e as condições ambientais adversas podem agravar o risco das crianças nascidas prematuras e com baixo peso, indicando um prognóstico desfavorável em relação ao seu desenvolvimento. Por outro lado, a presença de fatores ambientais protetores combinados aumenta a condição de resiliência, ou seja, o enfrentamento das adversidades ao estresse interno e externo (1999, p. 250).

Diante disso, a equipe como um todo procurava orientar a mãe e a família a buscar atendimento multiprofissional para a criança, oferecido pela Prefeitura, para que esta pudesse, a médio e longo prazo, superar as suas dificuldades. Isso não quer dizer que todas as crianças que nascem prematuras irão ter algum prejuízo em seu desenvolvimento, pois não há uma relação linear entre a prematuridade e problemas de desenvolvimento. Porém, grande parte das crianças e jovens que eram encaminhados pelas escolas ou médicos, apresentavam sequelas do seu nascimento.

No primeiro capítulo, apresento o referencial teórico da pesquisa, mostrando como a literatura tem visto temas como: Aspectos Psicológicos Implicados no Nascimento Pré-

Termo; Interação mãe e bebê pré-termo e o Trabalho de Intervenção do Psicólogo em UTI neonatal. No capítulo dois, mostro a metodologia escolhida para essa pesquisa. Em seguida, discuto os resultados obtidos, através das observações e das entrevistas realizadas nos meses de trabalho de campo, no sentido de compreender algumas questões que nortearam o estudo, entre elas a atuação do psicólogo com bebês pré-termos e seus familiares. Por último, apresento as considerações finais, com sugestões de mudanças organizacionais, no intuito de contribuir para a melhoria da qualidade do serviço de Psicologia na maternidade.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO:

## 1.1 Aspectos Psicológicos Implicados no Nascimento Pré-Termo

A paternidade, quer do pai ou da mãe, é a mais difícil tarefa que os seres humanos têm para executar. Pois pessoas, diferentemente dos outros animais, não nascem sabendo como serem pais. Muitos de nós lutam do princípio ao fim.

Karl Menninger

Segundo Bradt (1995), tornar-se progenitor acarreta grandes mudanças no sistema familiar como um todo, representando um grande desafio para a família nuclear e ampliada. O nascimento de uma criança a termo exige que os membros da família se auto-organizem e se adaptem aos novos papeis que serão assumidos. A chegada dos filhos é considerada um dos vários estágios do ciclo evolutivo familiar, que desencadeia momentos de crise, desequilíbrio e instabilidade. Além das transformações emocionais, a mulher atravessa mudanças corporais bruscas no período do pós-parto. Portanto, todas as alterações biopsicossociais ocorridas fazem com que esse período se caracterize por labilidade de humor, onde em certos momentos a mulher apresenta-se feliz com seu bebê e em outros, mostra-se triste e irritada. Vale notar que esse distúrbio transitório do humor, que se exterioriza nos primeiros dias após o parto e que tem duração breve, de no máximo algumas semanas, chamado de "baby-blues", ocorre em mais de 50% das mulheres e diferencia-se da depressão pós-parto ou da psicose puerperal.

As depressões maternas pós-natais (DPN) são, conforme Guédeney et al. (2002, p. 263), "os estados depressivos que ocorrem na mãe, após o primeiro mês e durante o primeiro

ano do pós-parto". Caracteriza-se por sintomas de intensidade média, como humor depressivo, mudança significativa de peso ou de apetite, insônia ou sono excessivo, sentimentos intensos de desvalorização e culpa, perda de concentração e ideias de morte e suicídio, bem como recusa de cuidar do bebê. Todos os sintomas devem aparecer sem que haja fatores objetivos de luto, tais como perda ou má formação do bebê, ou prematuridade, que exija internação, ou outros problemas sérios, pessoais ou familiares, como perda de emprego, morte ou doença grave de alguma pessoa significativa. A depressão pós-parto é um quadro que acomete de 6,8 a 16,5% das mulheres em geral, e no caso de adolescentes, esta percentagem chega a 26% (CARVALHO e TAVARES, 2010).

Segundo o psiquiatra infantil e psicanalista Golse (2002), as psicoses puerperais são mais raras, um a três casos em mil habitantes, ocorrendo comumente no mês que segue ao parto, com sintomas psicóticos, como confusão, delírio, despersonalização, mania, entre outros.

Diante de toda a complexidade que as mudanças físicas, emocionais e sociais ocasionam na vida familiar após o nascimento do bebê a termo, podemos imaginar o quão delicado e difícil esse momento é para a família do recém-nascido pré-termo que necessita ser internado em uma UTI neonatal.

Brazelton (1994, p. 425), importante pediatra, psiquiatra e professor, afirma que quando o bebê nasce pré-termo, não há tempo para ocorrer a transformação necessária das representações maternas, que geralmente acontece no último trimestre de gestação, o que protege a criança e a mãe de possíveis conflitos entre o bebê real e o bebê imaginado na mente da mãe.

As mães intuitivamente protegem seu bebê-que-está-por-chegar e a si mesmas de uma potencial discordância entre o bebê real e um bebê representado de forma excessivamente específica. Afinal de contas, o nascimento é o local de encontro do bebê agora em seus braços com aquele que está em sua mente (STERN, 1997, p.28).

O nascimento da criança ocorre em um estágio de representações mentais, citado por Bruschweiler-Stern (*apud* ANDRADE, 2002), em que o bebê seria imaginado como ativo, gratificante, vigoroso, como um bebê de três meses de vida pós-natal. Os pais terão que fazer esse ajuste em suas representações após o nascimento do bebê, o que pode gerar um estresse adicional para eles, uma vez que, junto a isso, estarão preocupados com a sobrevivência e o bem-estar do filho.

Além das representações maternas influenciarem nos sentimentos da mãe do bebê pré-termo, os psiquiatras Mazet e Stoleru (1990) afirmam também que as reações dos pais dependerão da personalidade, da relação conjugal do casal e da postura do serviço de neonatologia.

No entanto, os autores apontam para certas tendências nas reações parentais frente à prematuridade. Para eles, o nascimento pré-termo pode representar, para a mãe, a confirmação de suas fantasias de castração, pois ela deu à luz um bebê "não acabado", "incompleto", embora tivesse sido esperado como aquele que viria a reparar a castração e preencher uma falta. Além disso, o parto pré-termo pode ativar na mãe fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o ou os bebês que podem nele se encontrar (MAZET e STOLERU, 1990, p.265).

A psicanalista Mathelin (1999) afirma ainda que a mãe do bebê pré-termo pode ser narcisicamente ferida pela prematuridade, que expõe a sua incapacidade de ser mãe de modo considerado "adequado" pela cultura e pela sociedade em que vivemos. A autora explica claramente esta questão da ferida narcísica das mães de bebês pré-termos quando afirma: "Por trás das vidraças da unidade, por trás dos vidros da incubadora, espelhos que nada refletem, as mães têm dificuldade de olhar um filho que não lhes envia nada da própria imagem delas" (1999, p.25). Para Mathelin (1999), o recém-nascido pré-termo pode representar para a mãe a corporificação da sua suposta incompetência como reprodutora. Ela mostra, por intermédio da fala de uma mãe encontrada no serviço de reanimação, a dificuldade que a mãe do pré-termo sente na maternagem do seu bebê, que se apresenta tão destoante de um ideal socialmente construído e aceito:

Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica "mãe"?[...]Se a ambivalência está presente em cada nascimento, o parto prematuro coloca em primeiro plano a sensação de ser perigosa para seu bebê (MATHELIN, 1999, p. 67).

Diante da situação de prematuridade, Gomes (2001) afirma que todo o processo de aproximação da mãe com o bebê diferenciar-se-á do que Winnicott descreveu como "preocupação materna primária", que consiste em um estado em que:

<sup>[...]</sup> as mães se tornam capazes de colocar-se no lugar do bebê, por assim dizer. Isso significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recémnascido, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada (1999, p. 30).

Quanto aos pais, Oiberman (1994) comenta sobre um funcionamento paterno chamado "engrossment", que, segundo a autora, consiste em um potencial inato do pai em relação a seu bebê, que se desenvolve no momento do seu nascimento e implica: estar totalmente absorvido pela presença do bebê; manifestar preocupação e interesse frente ao nascimento do filho; expressar forte emoção diante desse acontecimento e sentir uma intensa e característica emoção ao ver-se convertido em pai.

O "engrossment" possui as seguintes características: o pai se conscientiza da existência do filho, percebendo-o como indivíduo; existe, por parte do pai, grande desejo e prazer no contato físico com o bebê; os pais são conscientes das características físicas do bebê; este é percebido como perfeito; o recém-nascido provoca no pai profunda atração, passando a focar nele seu interesse e atenção; a paternidade é vivida como uma experiência de exaltação e sensação de euforia; diante do nascimento do filho, o pai adquire maior sentimento de autoestima.

E no caso do nascimento pré-termo? Como os pais reagem diante de uma situação considerada por Agman, Druon e Frichet (1999) traumática, onde os presentes estão suspensos e as felicitações interrompidas? Essas autoras ressaltam que assim como a mãe do bebê pré-termo é narcisicamente ferida, o mesmo ocorre com o pai, quando se depara com uma produção sua, que não foi levada a termo. Ademais, ele é a pessoa que costuma, primeiramente, se deparar com o ambiente da UTI neonatal e ser o porta-voz de boas e, eventualmente, más notícias para a mãe, filtrando o que pode e o que não pode ser dito. Algumas vezes, os avós desempenham, nos primeiros dias, o papel de mensageiros de notícias.

Diante dessas demandas, tanto emocionais quanto práticas, é importante que o psicólogo esteja atento também ao pai e perceba se ele necessita de um acompanhamento especializado, ou seja, seja atendido por um profissional "psi". Apesar de não ser muito divulgado, a depressão pós-parto pode surgir na figura paterna, a frequência varia entre 3 a 10% (BRASIL, 2009). Acredito que a prematuridade coloca os pais em uma situação de vulnerabilidade e de risco, que pode favorecer o desencadeamento da depressão pós-parto.

Estudos revelam que se ambos, pai e mãe, apresentarem sintomas depressivos, aumentará a chance de o bebê ficar deprimido e ter dificuldades em seu desenvolvimento afetivo e cognitivo (GOLSE, 2002). Nesse sentido, como afirma a psiquiatra e psicanalista Catão (2002), devemos escutar a tristeza da mãe e acrescento aqui a tristeza da figura paterna, para que o casal possa dar sentido, no contexto de sua história, àquela gestação particular.

Barros, Menandro e Tridade (2006) apontam para a falta de estudos a respeito da importância do pai nesse contexto da hospitalização infantil, principalmente no que se refere à prematuridade, bem como sobre suas vivências pessoais. Alguns estudos até levam em consideração os pais (pais e mães), mas raramente o pai ocupa o foco central. A pesquisa que esses autores realizaram indicou que os pais demonstravam carinho e envolvimento com seus filhos, mesmo diante do filho não esperado. Além disso, diante da internação de seus bebês, os pais também apresentavam sentimentos como tristeza, medo, susto, indicando que passam por processos de adaptação e enfrentamento semelhantes aos de suas companheiras. Assim como as mães, os pais merecem um atendimento de qualidade nos setores de saúde, que os permitam maior interação com suas parceiras e recém-nascidos pré-termos. É importante que o psicólogo e demais profissionais de saúde repensem suas práticas e incluam os pais tanto nos programas que são desenvolvidos quanto na rotina hospitalar, deixando de privilegiar apenas a relação mãe-bebê.

Na pesquisa realizada pela psicóloga e psicanalista Baeta (2011, p. 158), a autora comenta que os pais são fortemente atingidos pelo nascimento pré-termo do filho e refere-se a esse momento como um "encontro faltoso", onde o desamparo da criança não encontra refúgio no seio materno, pois a mãe vê-se impossibilitada de exercer a sua função. As expectativas sobre a paternidade são frustradas e diante da situação de prematuridade e dos incidentes de reanimação os pais falaram de *baque*, *choque*, *turbulência*, *tensão*, *cansaço*, *susto*, *desespero*, *arrasamento*, *desengano*, *apreensão*, *desnorteamento*, *desmoronamento*... *Um vir abaixo* (BAETA, 2011, p. 160). Além disso, conforme relatos dos pais que participaram do trabalho, a função principal que eles desempenham na UTI é a de dar um *apoio* incondicional às suas mulheres, para que elas se sintam amparadas e possam descansar (BAETA, 2011, p. 165). Os pais passam a se ocupar, sobretudo, das esposas, a quem entregam o papel principal no cuidado com os filhos, mesmo tendo interesse por eles.

Podemos enfatizar que o trauma para o pai estaria centrado no encontro com o desmanche da função materna — ou uma interferência violenta na mesma -, cedo demais. Diante disso, eles são convocados para o que chamamos uma paternidade prematura que é o que, primeiro, os impacta (BAETA, 2011, p. 166).

Essa tarefa de "segurar a onda", aparentando tranquilidade, procurando ser pacientes e servindo de ponto de equilíbrio para as mães não é fácil, uma vez que eles também foram duramente atingidos pelo nascimento pré-termo do bebê. Segundo a autora, "[...] eles cuidam para que transpareça o que deve transparecer e não transpareça o que não pode transparecer."

(BAETA, 2011, p. 166). Por fim, ela ressalta a importância da presença paterna, mesmo que velada e coadjuvante da função materna, porém, alerta para que os profissionais percebam a fragilidade desse lugar que os pais ocupam, principalmente se a situação de tensão com a criança se prolongar ou se complicar muito, exigindo cada vez mais deles. É fundamental oferecer-lhes uma atenção diferenciada e constante, ouvindo-os e deixando-os externalizar a sua angústia, favorecendo a sua integração no tratamento do filho. Nesse sentido, Baeta afirma que

[...] os pais precisam encontrar 'aliados' nos profissionais. Aliados que os respeitem e lhes atribuam o lugar que é deles, não – ou não, sobretudo – diretamente, ainda, com suas crianças, mas com suas mulheres que serão sustentadas, protegidas mesmo, nessa divisão mãe/mulher, mesmo quando não se dão conta disso (2011, p. 168).

Não se pode esquecer também da família, que desempenha um papel importante, de dar apoio e amparo em momentos de necessidade e de crise. Gutierrez e Minayo (2010) ressaltam que os cuidados devem ser compartilhados pelos membros da família.

Morsch et al. (2012) abordam a importância das redes de suporte para ajudar os pais a se constituírem como tal. Dentre elas estão a rede de suporte dos profissionais, que consiste na ajuda oferecida pela equipe, a fim de tornar o ambiente da UTI neonatal mais acolhedor, tanto para o bebê quanto para seus pais, favorecendo uma participação ativa dos mesmos, no que se refere aos cuidados com o bebê e ao próprio contato afetivo que deve ser dispensado à criança, além de facilitar a comunicação entre eles; a rede de suporte dos familiares, que se caracteriza pela participação da família ampliada, especialmente dos avós e irmãos do recémnascido, que ajudarão a sustentar emocionalmente os pais do bebê nesse momento específico de suas vidas e a rede de suporte espontânea constituída pelos demais pais, também chamadas de "redes internas", que consiste na ligação formada entre os pais que estão vivenciando uma situação semelhante de sofrimento, como por exemplo, a prematuridade do(a) filho(a).

No entanto, Souza et al. (2009) afirmam que, no caso do nascimento pré-termo, apesar da rede de suporte dos familiares estar presente, a permanência da mãe durante o período de hospitalização do bebê submete a mulher a uma desintegração temporária do convívio familiar e social e, para as mulheres que possuem outros filhos, a tarefa de delegar a responsabilidade de cuidar deles a outras pessoas da família não é algo fácil, podendo desencadear sensações de negligenciamento no seu papel de mãe, privando os filhos menores

dos cuidados maternos. Isso decorre do fato de que vivemos em uma cultura onde a mãe é provedora dos cuidados e da saúde da família.

#### 1.1.2 A UTI neonatal

Quando o bebê é internado, a mãe encontra não apenas dificuldades emocionais para interagir com o seu filho, mas também o próprio ambiente da UTI neonatal interfere nessa relação. Lamy (1995) afirma que, para a família, o primeiro obstáculo que se apresenta é vencer o grande susto que é entrar nessas unidades pela primeira vez. Brazelton (1988, p.76), a esse respeito, diz: "[...] a primeira visão que se tem de um berçário como este faz com que imaginemos como um bebezinho tão frágil pode ter tamanha resistência para sobreviver estando ligado a toda aquela incrível rede de máquinas".

A UTI tem uma rotina de 24 horas contínuas e presta um atendimento praticamente individualizado, porém consiste em um ambiente de situações de emergência, onde geralmente são realizados procedimentos invasivos em pacientes críticos. De acordo com Ribeiro e Leal (2010), "denomina-se paciente crítico aquele internado em unidades intensivas, onde a gravidade dos problemas de saúde requer cuidados especializados e ininterruptos".

Segundo a psicóloga hospitalar Di Biaggi (2002, p.4), o intensivismo é uma especialidade voltada completamente a este paciente que não está internado somente por um comprometimento específico, mas por um comprometimento sistêmico, em todo o organismo, envolvendo risco de morte. Portanto, a UTI traz uma contraditória e paradoxal missão, ao mesmo tempo que favorece a possibilidade de recuperação orgânica, traz situações que atuam como desestabilizantes para o equilíbrio emocional, incluindo alterações desencadeadas por condições ambientais. A autora aponta para o impacto da *Bedside Technology* ou tecnologia de cabeceira, que está associada a um grande número de sequelas psicológicas, adquiridas no *setting* das unidades de terapia intensiva (UTI). Para ela,

O estranho maquinário, as constantes privações, interrupções e privação de sono, a superestimulação sensorial, sede, dores, abstinência de alimentos comuns, a alimentação endovenosa ou naso-enteral, a respiração por ventiladores, a monitoração cardíaca e a sua sinalização, os cateteres, procedimentos invasivos, a imobilização do paciente e ainda a superlotação de equipamentos no local, é equivalente de desencadeantes para situações que propiciam alterações psicopatológicas para o paciente quanto seus familiares e a própria equipe de saúde.

Diante disso, não podemos esquecer a influência que o próprio espaço da UTI exerce na interação pais-bebê. Nesse sentido, Cunha (2004, p. 216) afirma que

O recém-nascido na UTIN tem como parceiros o isolamento, a solidão da incubadora e da contínua troca de cuidadores, a dor e o estresse impostos pela tecnologia que objetiva mantê-lo vivo. Nesta situação de extrema desvantagem biológica, está quase sempre impedido de usar sua competência inata de sedução. Impossibilitado de criar um espaço psíquico numa figura receptadora de sua angústia, capaz de ajudá-lo a organizar seu ego emergente.

Morsch, no início de sua pesquisa dentro de uma UTI neonatal, momento em que ainda não estava habituada com esse ambiente, refere ter experimentado algo que, para ela, pode ser comparado à experiência dos pais ao adentrar em uma UTI neonatal:

Mais tarde, enquanto observava os pais destes bebês em suas visitas, dei-me conta que meu comportamento e postura estavam muito semelhantes àqueles que eles apresentavam. Colocava o avental, lavava as mãos, ficava caminhando entre as incubadoras, sempre com os braços cruzados ou com as mãos para trás – pois para qualquer lugar que olhava, encontrava recomendações – "mínimo manuseio possível", ou "lave bem suas mãos". Ao dar-me conta disso, passei então a entender melhor aspectos básicos da dificuldade que os pais têm em se aproximar deste bebê e que não são determinadas apenas por suas fantasias ou sentimentos em relação aos filhos, mas que decorrem das características e exigências do ambiente (*apud* BRITO, 2002, p.36).

Moreira et al. (2003) também comentam que a UTI neonatal muitas vezes é estressante para os bebês e suas famílias, devido ao nível elevado de barulhos e iluminação nesse local, o que pode até mesmo provocar perdas auditivas e dificuldades no ajuste do ciclo sono-vigília do bebê. Ademais, muitos tratamentos causam dor e o manuseio diário para realizar as trocas de fralda e alimentação solicita do bebê um grande esforço para retornar ao estado de equilíbrio anterior ao procedimento.

[...] O número excessivo de vezes – 234 – em que o recém-nascido é tocado ou manipulado no decorrer de um dia numa UTI neonatal impede-o de fazer sua 'restauração' através do sono reparador, ou da quietude de que cada um de nós necessita para se refazer dos desgastes diários (WILHEIM, 1997, p. 89).

Assim sendo, com o objetivo de prestar um melhor atendimento ao recém-nascido internado e sua família, as autoras propõem algumas mudanças no ambiente físico da UTI neonatal, entre elas: diminuir o nível de ruídos e o som; reduzir a quantidade de luz; dar maior atenção ao posicionamento do bebê; utilizar tratamentos menos estressantes e reduzir o número de vezes em que o bebê é incomodado.

Um caso real, que ilustra essa questão do estresse vivenciado pelos pais de bebês internados em UTIN foi noticiado no jornal A Tarde, de 08.07.2012. Três mães de bebês prétermos que estavam em incubadoras há uma semana, sendo amamentados diariamente,

tiraram seus filhos da UTI neonatal da maternidade Tsylla Balbino, em Salvador, e saíram da unidade com os recém-nascidos dentro de sacolas. Segundo as mães, elas estavam cansadas de passar horas na instituição. Este fato nos remete ao desespero e quiçá ao desamparo vivido por essas mulheres.

Apesar de a maioria dos estudos mencionados nesse trabalho referir-se ao ambiente da UTI como hostil, Rabello (2004) defende que ele serve como *objeto-suporte*, um *holding*, utilizando-se do termo winnicottiano, para as mães, ajudando-as a sustentar a sua relação com o bebê. As máquinas e a tecnologia embora não substituam os profissionais, segundo a autora, também auxiliam as mães a reconhecer os sinais emitidos pelo filho(a), facilitando a comunicação entre eles. Portanto, a UTI não representa apenas a morte, mas a esperança de vida e oferece apoio à mãe para que possa exercer a sua função perante o bebê.

Diante dos resultados de uma pesquisa realizada por Góes (1999) em um hospital de referência em Santo Amaro, na Bahia, destaco a mudança ocorrida na percepção de 65% dos pais que tiveram seus filhos internados na UTI neonatal daquela instituição sobre esse lugar, que, de inóspido e assustador, passou a ser considerado um espaço de "recuperação", de "acolhimento", de "segurança" e de "suporte". No entanto, deve-se notar que tal mudança resultou da "maternagem" oferecida aos pais pela equipe. A pesquisa feita pelas enfermeiras Cesarino et al., apesar de ter sido feita com 50 pacientes adultos que estiveram internados em uma UTI Coronária de um Hospital-Ensino em São José do Rio Preto, interior de São Paulo, também demonstrou percepções positivas em relação à esse ambiente, que foram relacionadas ao bom atendimento, atenção da equipe e tratamento de qualidade, questões primordiais que constituem uma assistência humanizada.

Segundo Souza et al. (2009), quando é permitida a participação da mãe nos cuidados com o filho, como, por exemplo, nas trocas de fralda, na administração da dieta por sonda e, principalmente, quando ela é autorizada a segurá-lo no colo, mesmo que por curtos períodos, os sentimentos vivenciados no início da internação na UTI neonatal se transformam, na medida em que tais atitudes representam a retomada do seu papel materno e aumentam a sua autoconfiança. Portanto, o bebê deixa de ser percebido como aquele que pertence à equipe.

No que se refere ao bebê, os esforços empreendidos no nascimento pré-termo não devem assegurar apenas a normalização das suas funções vitais, mas devem visar também a reanimação do desejo de viver que habita o sujeito. Nesses casos de prematuridade, o desamparo e a impotência, que caracterizam a espécie humana em seus primórdios de vida, encontram-se redobrados. Diante disso, a assistência do Outro é requerida em maior extensão.

o emprego das modernas tecnologias não garante sozinho a animação do ser, que depende de um investimento que se origina de um Outro lugar. A vida revela-se nesse contexto como o que ela é: uma obra, uma construção, uma aposta que não é fruto apenas de uma obstinação da autoconservação do organismo (DIAS, 2004, p. 202).

## 1.2 Interação mãe e bebê pré-termo

Não existe uma forma de ser uma mãe perfeita, mas um milhão delas de ser uma boa mãe.

Jill Churchill

Antes de falar sobre as interações mãe-bebê pré-termo, gostaria de ressaltar que, segundo Golse (2002), existem cinco níveis de interação. O primeiro é chamado de nível de interação biológica, que ocorre principalmente durante a gestação, e é chamado pelos pediatras de interação materno-fetal. A maioria dessas interações acontece através da placenta. A amamentação também é considerada como interação biológica. O segundo nível é chamado de interações comportamentais ou etológicas, onde as interações ocorrem desde a vida pré-natal, quando, por exemplo, os pais conseguem encontrar o bebê com as suas mãos, através dos movimentos fetais dentro do útero, bem como após o nascimento, quando o bebê e a mãe estabelecem um "diálogo tônico", ou seja, são capazes de ajustarem-se ao tônus um do outro. O terceiro nível é o de interação afetiva ou emocional. As interações afetivas vão se desenvolver principalmente no segundo semestre do primeiro ano de vida da criança. Isso quer dizer que, a partir do sexto mês, o bebê é informado sobre o estado emocional de sua mãe e vice-versa. O quarto nível de interação é o fantasmático, que corresponde às "representações mentais" da mãe, que podem influenciar o comportamento do bebê. O quinto e último nível é chamado de interações simbólicas, que requer o uso da linguagem dos dois lados, no sentido de meio de comunicação de sentimentos, pelo uso de signos convencionais.

No caso do nascimento pré-termo, as interações biológicas serão interrompidas antes do tempo previsto. O processo de amamentação pode ser mais demorado, pois será preciso que o bebê atinja as condições necessárias para estar apto a sugar o seio materno. Os pais precisarão de apoio para dar continuidade às interações comportamentais, de modo que mãe e bebê possam ajustar-se ao tônus um do outro. Durante o primeiro semestre de vida da criança, os pais deverão empenhar-se para implementar os processos de vínculo, a fim de que

consigam, no segundo semestre, interagir afetivamente ou emocionalmente com seus filhos. As representações maternas acerca do bebê também devem sofrer mudanças, permitindo que a mãe possa interagir de modo ajustado com o bebê real. Por fim, as palavras que serão dirigidas ao bebê desencadearão reações próprias no recém-nascido, que, aliadas às características individuais de cada um, estabelecerão um tipo de interação simbólica. Conforme Wilheim (1997), o bebê é capaz de compreender o que lhe é dito e reagir às palavras verbalizadas pelo adulto, expressando sentimentos provocados por elas, no intuito de se comunicar com o outro, através do uso da linguagem corporal e do sintoma (vômito, diarreia ou constipação, hipotonia, problemas de pele, entre outros).

É comum, quando as mães recebem pela primeira vez permissão para tocar em seus bebês, que elas comecem andando em volta da incubadora e toquem as extremidades do bebê com a ponta de seus dedos (KLAUS, KENNELL e KLAUS, 2000).

Brito (2002) pôde observar que a mãe do bebê pré-termo, enquanto permanece dentro da UTI neonatal, é apática, pouco interativa, sendo que raramente se vê mães que se manifestam sobre a conduta a ser tomada quanto à seus bebês. A autora percebeu que as mães não participam, são passivas, e que nem mesmo reivindicam ou questionam seus direitos como mães, limitando-se a cumprir o que lhes é prescrito.

Segundo Mazet e Stoleru (1990), as dificuldades encontradas pelos pais para interagir com o bebê não se restringem apenas à desordem afetiva, mas igualmente à reatividade particular dos bebês pré-termos. Cada bebê reage de um modo peculiar. Alguns são hiper-reativos, hiperexcitáveis, quando apresentam descargas motoras ou gritos sob a menor estimulação. Nesses casos, os pais encontrarão dificuldades, uma vez que, por exemplo, mudanças um pouco mais bruscas de posição do bebê ou estímulos sonoros poderão ter um efeito desorganizador no bebe pré-termo. Outros são apáticos, sonolentos, quase não reagem às tentativas dos pais de comunicação com eles. Existem, ainda, aqueles que se encontram entre esses dois extremos, mostrando capacidades de regulação de seus estados de vigilância e de interação com os pais, orientando-se por suas vozes ou mantendo uma certa duração de olhares mútuos.

Para que o bebê consiga organizar a sua percepção, é importante oferecer estímulo a um canal perceptivo por vez. Ao passo que o bebê vai se restabelecendo, a sua capacidade de interação também aumenta, ficando mais fácil para ele interagir com os pais, seus olhares e suas vozes. A partir do momento em que ele consegue organizar todos esses estímulos de uma só vez, isso indica que ele já está recuperado (BRAZELTON, 1994).

Os processos interativos entre pais e bebês pré-termos, onde ocorrem estimulações sensoriais adequadas ao desenvolvimento dos bebês considerados saudáveis e fisiologicamente estáveis, contribuem para o seu amadurecimento neurológico e fisiológico. Klaus, Kennell e Klaus afirmam que:

Se um bebê pequeno e prematuro é tocado, embalado, acariciado, abraçado diariamente ou se conversamos com ele durante a sua permanência na enfermaria, ele poderá apresentar menos pausas na respiração, ganho de peso e um progresso mais rápido em algumas áreas de maior funcionamento cerebral que pode persistir por meses, depois da alta hospitalar (2000, p. 127).

Além disso, segundo esses autores, o que irá contribuir para o fortalecimento de laços afetivos após o nascimento do bebê é o fato da mãe poder vê-lo, tocá-lo e cuidar dele.

Neste ponto, vale ressaltar que o bebê pré-termo, assim como o recém-nascido a termo, também reconhece a voz de sua mãe. Quando isso ocorre, a criança agitada se acalma, relaxa, abre os olhos e procura de onde vem a voz materna. O apaziguamento do bebê se traduz pelas modificações dos ritmos cardíaco e respiratório, observados no cardiorespirógrafo (COURONNE, 1997).

Braga e Morsch (2003, p. 60) afirmam que a voz materna cumpre a função de "cordão umbilical sonoro", permitindo a continuidade entre o período intrauterino e o neonatal. Acrescentam ainda que caso o pai também tenha conversado com o filho durante a gestação, haverá por parte do bebê o reconhecimento da sua voz.

Diante dos resultados de pesquisas que comprovam a identificação do recém-nascido com a voz da mãe, é recomendado, em caso de afastamentos prolongados, que os pais gravem as suas vozes para que o bebê possa escutá-las na incubadora. Eles podem cantar uma música de ninar ou explicarem os motivos de não poderem estar com o filho(a) naquele momento, transmitindo-lhe seu afeto.

As mesmas autoras apontam para outra forma de comunicação entre o bebê e seus pais, que é a colocação de objetos como bilhetes, fotos, imagens religiosas ou presentes dentro da incubadora ou do berço, pois sinalizam tanto para a criança quanto para a equipe peculiaridades da história familiar. O uso de roupas especiais como vestidos com enfeites e babados não é bem aceito pelos profissionais, pelo fato de dificultarem o manuseio do bebê. No entanto, pode representar para a família a possibilidade de uma vida diferente daquela oferecida pelo ambiente intensivista.

A psicanalista Wilheim (1997) também comenta alguns recursos importantes que podem ser utilizados para amenizar a separação prematura do bebê com o corpo de sua mãe,

endossando o uso de gravações com músicas que esta costumava ouvir ou cantar durante a gravidez ou a introdução na incubadora de uma peça de sua roupa, impregnada com o seu cheiro.

No artigo das enfermeiras Scochi et al. (2003), é mencionado que, durante o processo de hospitalização da criança, os pais são solicitados verbalmente a levar um brinquedo plástico lavável para ser colocado no berço ou incubadora, bem como roupas, luvas, toucas e sapatinhos para uso do bebê, quando seu estado clínico assim o permitir, e há a identificação do leito com o nome do recém-nascido, escolhido pelos pais, com o objetivo de torná-los mais próximos do filho.

Mazet e Stoleru (1990) apontam resultados de pesquisas que tinham como objetivo comparar a interação de pais de bebês a termo e pais de recém-nascidos pré-termos. Tais estudos revelaram que, nos primeiros dias que se seguem à saída do hospital, a interação é menos "próxima" quando o bebê é pré-termo. Nesses casos, observaram menos contatos corporais, os pais falam menos e sorriem menos para o bebê. Porém, com o passar do tempo, os pais começam a engajar-se mais na interação com seus filhos.

No entanto, apesar dos esforços dos pais, os bebês respondem com mais dificuldade e menos ativamente do que bebês nascidos a termo. De modo geral, desconsiderando as variações individuais de cada bebê, os estudos mostram o bebê pré-termo como menos gratificante e uma maior dificuldade dos pais de interagir com ele. Esses autores sugerem que talvez essa situação interativa conturbada seja um dos fatores que explicam a maior incidência de pré-termos entre as crianças vítimas de maus-tratos. Não obstante, eles afirmam que, geralmente, a maturação do bebê e o desenvolvimento de suas capacidades de reciprocidade, como também os esforços feitos pelos pais, terminam por favorecer uma relação harmoniosa entre eles.

A etologia, a partir de estudos com animais e posteriormente da observação de bebês humanos, constatou que os primeiros dias e semanas após o nascimento constituem um período importantíssimo para o estabelecimento de uma ligação afetiva saudável entre a mãe e o seu filho. As primeiras horas e dias compõem o denominado período de reconhecimento, quando os dois estariam explorando um ao outro, conhecendo-se. Diante disso, se reconhece a importância de um parto num ambiente de maior afetividade e de um contato contínuo e de forma privada da mãe com o bebê nas primeiras horas após o parto e durante toda a permanência no hospital, a fim de criar um espaço propício à formação e ao fortalecimento dos laços afetivos (RAPPAPORT, 1981; BRASIL, 2009). No entanto, no caso do nascimento

pré-termo, o parto geralmente é de urgência, num clima de tensão, e a mãe é logo separada da criança devido às condições de saúde que esta apresenta e aos cuidados de que necessita. Entretanto, Brazelton questiona o nascimento do bebê pré-termo como fator de risco para o seu futuro, bem como o prognóstico de um menor grau de apego entre ele e seus pais. Afirma que, nesses casos,

O desenvolvimento do apego é menos calmo e suave, mas não existem razões para que o resultado eventual não seja bastante gratificante. Na verdade, o esforço para a superação das dificuldades pode ser uma forte força para o apego (1998, p. 69).

Esse mesmo autor observou, pelo menos, cinco estágios nos pais, antes que possam ver o bebê como seu e confiar em si mesmos para se relacionarem com ele. São eles:

- 1. o relacionamento dos pais com seu bebê pré-termo apoia-se nos relatórios médicolaboratoriais:
- 2. os pais sentem-se encorajados com o comportamento reflexo e automático que observam durante os cuidados médicos e de enfermagem;
- 3. os movimentos mais responsivos do bebê são observados por eles. Por exemplo: vira-se na direção da voz de um profissional da equipe de saúde;
- 4. os pais tentam interagir com seu bebê. Quando falam com ele e este se vira na direção de suas vozes, ou quando o acariciam, percebem que o bebê se acalma, o que costuma deixá-los felizes e capazes de interagir com ele;
- 5. o quinto e último estágio é aquele no qual os pais já conseguem pegar o bebê no colo e até cuidar dele.

Em relação ao primeiro estágio, Morsch e Braga (2007) defendem que a mãe inicialmente assume uma modalidade interativa, a qual Agman et al (*apud* MORSCH; BRAGA, 2007, p. 627) denominaram de "preocupação médico-primária", que permite à mãe se aproximar, conhecer e envolver-se com o bebê através das informações técnicas e das condições clínicas do mesmo. As autoras ressaltam que, quando a mãe tenta apropriar-se dos códigos de comunicação dos cuidadores profissionais, ela está na verdade demonstrando disponibilidade para interagir com o filho, participando das decisões sobre as condutas terapêuticas que serão tomadas. Essa postura da mãe pode gerar desconforto em alguns profissionais da equipe de saúde, que a julgam como sendo uma recusa do exercício da função materna. Ademais, isso leva a mãe a adotar uma posição dentro da UTI neonatal mais assertiva, contrariando a fragilidade do seu papel enquanto parturiente prematura. Segundo as autoras, não há um tempo determinado para que a mãe consiga transpor esse modelo de

maternagem, conseguindo relacionar-se com o bebê para além das suas condições clínicas. No entanto, acreditam que a "preocupação médico-primária" seja apenas um mecanismo de transição utilizado pela mãe perante um encontro que foi antecipado.

O problema é quando esse modo de interação permanece ao longo do tempo. A psicóloga e psicanalista Wanderley (1999) relata ficar impressionada quando muitas vezes ouve tantos termos médicos no discurso dos pais de bebês que passaram pela UTI neonatal e constata atitudes, um "saber fazer" recomendado por profissionais. Também questiona os diversos tipos de intervenção multiprofissional que a criança irá ser submetida desde muito cedo, ocupando um lugar central na vida da mesma, que deveria ser preenchido pelo casal parental. Para ela, é como se os pais tentassem a todo custo resgatar aquele bebê perfeito, que realizaria os seus sonhos. Mas, será que os tratamentos especializados realmente ocupam o lugar que deveria pertencer aos pais ou na verdade os ajudam a lidar com seus filhos mais facilmente? Será que ambos os cuidados não podem se complementar, ao invés de rivalizar um com o outro?

A interação mãe-bebê pré-termo deve receber especial atenção, pois é através dela que será construído o vínculo entre os dois. Como afirma Montagner (1993), especialista em desenvolvimento infantil, se a interação entre mãe e bebê não é possível em um primeiro momento (bebê separado da mãe ou colocado na incubadora ou no balão esterilizado, mãe muito doente ou devendo submeter-se a uma intervenção cirúrgica), ela pode instalar-se e desenvolver-se quando a díade se reencontra. No entanto, convém não deixar o bebê sem um interlocutor, de modo que alimente as suas capacidades perceptivas e a sua sede de desenvolver a interação com o ambiente.

## 1.3 O Trabalho de Intervenção do Psicólogo em UTI neonatal

...Um bebê nunca existe sozinho, mas é essencialmente um dos termos de uma relação.

Winnicott

A complexidade do nascimento pré-termo fez com que o paradigma de assistência dado aos bebês e suas famílias até a década de 1960 fosse transformado. Segundo Lima (2008), até os anos 1950, o bebê era visto como um ser muito passivo, basicamente centrado

na atividade alimentar. Por isso, ele era chamado de "lactente". No entanto, nos últimos 60 anos, o bebê passou a ser conhecido e considerado uma pessoa, com direito à dignidade e ao respeito. Um ser com orientação social, um grande aliado competente na interação com o adulto, o que causou profundas mudanças em seus cuidados no período neonatal. Até o início da década de 1980, muitos pediatras achavam que o feto e o recém-nascido não sentiam dor, razão pela qual procedimentos invasivos, sem nenhuma analgesia, eram realizados (SILVA, 2002; WILHEIM, 1997). A medicina infantil nasceu no século XIX e a palavra "pediatria" só surgiu em 1872 (BADINTER, 1985). O aparecimento dos berçários de pré-termos, que prestavam cuidados a esses bebês especiais, também só aconteceu no final do século XIX (RIBEIRO, 1991). Portanto, o conhecimento médico que se tinha sobre as especificidades da criança era quase inexistente, devido à desvalorização atribuída à infância.

Foi somente a partir do final século XIX que esse panorama mudou. A sociedade passou a estimular especialmente a mãe a sentir o "amor materno", tão questionado por Badinter (1985), devido a este estar impregnado de idealizações acerca do sentimento vivido pela mulher em relação ao seu filho. Quanto à família, a entrada das mães nas Unidades de Terapia Intensiva neonatais passou a ser permitida e até incentivada pelos profissionais de saúde, que perceberam que as mães que eram separadas dos seus bebês mostravam menos confiança na sua habilidade de cuidar dos neonatos do que as que tiveram contato com seus filhos pré-termos (KLAUS, KENNELL e KLAUS, 2000). Além do benefício emocional, observou-se que o índice de infecções nos bebês não aumentou, como acreditava-se que iria acontecer. Ao contrário, notou-se que as mães eram mais criteriosas na questão da higienização do que os próprios profissionais de saúde.

A presença dos pais no berçário favorece o desenvolvimento futuro dos bebês, e é nesse momento que a equipe deve ajudá-los a criar laços fortes entre eles, porque, se isso não ocorrer, os pais tenderão a tratar o bebê como se este ainda estivesse sob-risco por vários anos. Quando os bebês são superprotegidos, pode-se criar uma "síndrome da criança vulnerável", o que afetará a qualidade de suas vidas, bem como seu potencial para o desenvolvimento da autonomia. Com o tempo, a criança fará de si mesma a imagem de um ex-pré-termo indefeso e incapaz, uma criança realmente vulnerável (BRAZELTON, 1988). Neste sentido, Couronne afirma que:

Se a apreciação da recuperação somática do prematuro é avaliada, aproximadamente, aos dois anos, a recuperação psíquica pode ser muito mais longa para os pais e, por interação, para as crianças. Os pais de uma criança de seis ou dez anos, aparentemente em bom estado de saúde, nos fala, sob qualquer pretexto, da

prematuridade de seu bebê, pois não a viveram bem e fazem-na 'pagar' por meio de superproteção abusiva e, eventualmente, 'desequilibrada' (1997, p. 145).

Além do risco de ser superprotegido pelos pais, pode também ocorrer o contrário, sendo o bebê pré-termo vítima de maus-tratos e abandono. Brazelton (1994, p.429) alerta-nos para o fato de que "um bebê em situação de risco pode aprender tanto a fracassar quanto a ser bem-sucedido ao longo do seu processo de amadurecimento". No entanto, para que ele seja o mais bem-sucedido possível, é necessário que ocorram intervenções no momento apropriado.

E que momento seria esse? A psicóloga e psicanalista Atem defende que em alguns casos, como, por exemplo, o de bebês que passam por internações em UTI neonatal, ficando não só separados dos pais como submetidos a vários tipos de procedimentos médicos, faz-se necessário o trabalho de intervenção do analista num momento em que o sintoma ou a patologia ainda não se instalou. Segundo a autora,

A intervenção com bebê e crianças pequenas é uma intervenção que visa a subjetivação, através da preservação ou constituição do laço do bebê com os pais, mais uma vez aposta, sem garantias de que o processo ocorrerá. É uma intervenção preventiva no sentido de que busca olhar para situações em que o processo de subjetivação esteja em risco antes do momento de sua cronificação ou cristalização, como ocorre em muitos casos de crianças mais velhas (2001, p. 146).

Atualmente, os profissionais de saúde já reconhecem a importância da presença, do toque, da voz, das carícias e da participação da mãe no período de internação de seu filho, o que, além de favorecer o amadurecimento neurológico e fisiológico do bebê, facilitará um futuro relacionamento pais-filho saudável (KLAUS, KENNELL e KLAUS, 2000). Ademais, a permanência da mãe ao lado da criança durante o processo de hospitalização é um direito de cidadania garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (FONSECA; SCOCHI, 2012). O bebê que é privado desse contato inicial com os pais ou com seus substitutos afetivos poderá apresentar sérios problemas no seu desenvolvimento global. Como afirma Montagner (1993, p.211), "uma separação precoce e duradoura do bebê precoce em relação à mãe pode acarretar consequências prejudiciais não só para o desenvolvimento biológico da criança, mas também para o seu futuro relacional, afetivo e cognitivo".

O psicólogo, compreendendo a importância do (re)estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê, poderá intervir nesse momento de crise familiar de diversas maneiras, com a intenção primordial de promover um espaço de interlocução entre o bebê e seus pais, entre o próprio casal, pais e equipe, pais e família ampliada, que possibilitará a construção de uma história relacional. Golse (2003, p.101) afirma que "[...] o bebê tem necessidade de uma

história, e que não é só uma história médica, genética ou biológica, mas também, e talvez, sobretudo, uma história relacional [...]".

Maldonado (2009) afirma que na vida de todas as pessoas existem períodos de maior vulnerabilidade, que demandam ajuda adequada. São as chamadas transições existenciais. O nascimento pré-termo é um exemplo de transição existencial, que causa um impacto significativo, gerando primeiramente uma fase de desorganização para que depois ocorra um momento de reorganização frente à nova realidade. Segundo a autora, é "como se a pessoa precisasse mergulhar temporariamente na situação dolorosa para depois poder de novo emergir e se orientar em outra direção existencial" (p. 26). Diante desse momento difícil, caberá não apenas ao psicólogo, mas à equipe como um todo, colocar-se disponível para escutar, acompanhar a pessoa nesse processo e ajudá-la a pensar em ações que possibilitem alternativas para a situação vivenciada, sem, entretanto sugerir soluções rápidas para ela sair do problema.

Lamy Filho (2003) comenta em seu artigo sobre a importância dos diversos profissionais que atuam em UTIs neonatais, o papel do psicólogo, que consiste em identificar, junto à família, os sentimentos vivenciados na situação de internação do bebê, que podem apresentar-se como culpa, ansiedade e medo. Além disso, busca ajudá-los a superar esse momento difícil, por meio de conversas que lhes propiciarão suporte psíquico necessário para desempenharem seu papel de cuidadores. Ressalta ainda que o psicólogo também pode servir como mediador entre a família e a equipe, intervindo nas falhas de comunicação que por ventura possam ocorrer, bem como é o profissional mais indicado para acompanhar as visitas da família ampliada, favorecendo a aproximação afetiva quando a física é dificultada pela condição clínica da criança que se encontra na UTI neonatal.

Apesar do nascimento pré-termo muitas vezes dificultar que os pais ofereçam ao bebê aquilo que Winnicott (BRASIL, 2009) chamou de *holding* e *handling* na UTI neonatal, isso não significa que não possam segurá-lo ou manuseá-lo. O psicólogo, junto com a equipe de saúde, poderá auxiliar os pais a identificar os sinais emitidos pelo bebê, a partir da compreensão da sua linguagem, buscando ajustar os seus gestos e manuseio ao recémnascido, de modo que ele possa desenvolver-se física e psicologicamente. No intuito de ajudar os pais a traduzir os movimentos do bebê em palavras, Lima (2008, p. 135) propõe uma intervenção interessante que consiste em especularizar o "discurso" entre a mãe e o filho. Ela tanto pode ser dirigida ao bebê falando o "manhês", como para a mãe falando como uma criança pequena, delineando alguns picos prosódicos.

Os comportamentos emitidos pelo bebê podem ser analisados tomando como referência a teoria do Desenvolvimento Sinativo ou Síncrono-ativo, desenvolvida pela psiquiatra Als desde 1984 (FRABRE-GRENET, 1997). Segundo o pediatra Silva (2002, p. 414), essa teoria "[...] pode fornecer uma base filosófica para sensibilização e treinamento dos cuidadores da UTI neonatal, a fim de que estes passem a adotar os cuidados individualizados voltados para o desenvolvimento". Ela compreende o desenvolvimento a partir da interligação dos cinco subsistemas: autônomo, motor, de estados comportamentais, de atenção/interação e regulador, onde cada um interage com o outro e com o meio ambiente.

O conhecimento dos subsistemas, além de auxiliar a equipe de saúde a intervir, respeitando os sinais emitidos pelo bebê, pode ajudar os pais a reconhecer o momento mais adequado para a interação social. De acordo com Silva:

[...] geralmente, o momento de manuseio é determinado pela conveniência do *staff* ou pela rotina da UTI, sem nenhum sinal prévio ou respeito a qualquer tipo de ritmo. Portanto, pouquíssimos procedimentos são realizados de forma contingente, isto é, iniciados quando o bebê demonstra prontidão e modulados por seus sinais, de forma a manter os estímulos dentro de seu limite de tolerância fisiológica e comportamental (2002, p. 410).

A equipe de saúde costuma se ocupar mais com o subsistema autônomo, que corresponde às funções neurovegetativas ou vitais do bebê, como: respiração, ritmo cardíaco, sinais viscerais, saturação de oxigênio, cor da pele e dor. Este subsistema aparece muito cedo na vida do feto, entre a 4ª e a 6ª semana de amenorreia (SA).

O subsistema motor está relacionado ao tônus muscular, à postura e aos movimentos voluntários e involuntários do recém-nascido. Apresenta-se por volta da 8ª/10ª SA, através de movimentos reflexos.

O subsistema de estados comportamentais compreende os seis estados de consciência descritos por Brazelton e Nugent (1995), que variam do sono profundo ao choro. Vale notar que o estado 4, de Alerta, é aquele onde o bebê está disponível para interagir com o outro. Nesse estado, o corpo e o rosto do bebê estão relativamente inativos, com olhos brilhantes e respiração regular. Os estímulos visuais e auditivos originam respostas com facilidade.

O subsistema atenção/interação implica na capacidade do bebê em permanecer no estado de alerta, apreender as informações cognitivas, sociais, emocionais do meio e se comunicar, usando, por exemplo, o olhar e o sorriso. Esse subsistema surge por volta do 6º mês gestacional, ou seja, entre a 25ª e a 28ª semana de IG, período de viabilidade do feto, e encontra-se bem desenvolvido ao redor de 40 semanas de idade pós-concepcional. Sabendo-se

disso, fica mais fácil para os pais e para a família compreender o quanto é difícil para o bebê pré-termo, internado na UTI neonatal, interagir com eles.

Por fim, o subsistema regulador, que inclui as estratégias utilizadas pelo bebê para retornar ou manter uma integração equilibrada dos subsistemas fisiológicos e comportamentais.

Cada subsistema pode tanto fortalecer quanto sobrecarregar os demais. Por exemplo: um bebê que usa sua energia para atingir um estado de alerta e interação, pode tornar instável a sua condição fisiológica (por exemplo, diminuição do tônus muscular). A tabela a seguir mostra como seria a distribuição de "energia" para o funcionamento do recém-nascido a termo e pré-termo, pressupondo que ele tenha apenas 5 "pilhas" para distribuir.

Tabela 1 - Inter-relação dos subsistemas

RN a termo	Subsistema	Pré-termo
+	Autônomo	+++
+	Motor	++
+	de estados comportamentais	0
+	de atenção/interação	0
+	Regulador	0

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

Pode-se observar que os subsistemas do bebê a termo funcionam de forma harmoniosa, sendo capaz de interagir socialmente com seu meio. No caso do bebê pré-termo, isso não ocorre, pois geralmente não atingiu controle autonômico e motor adequados. Sendo assim, responder aos estímulos (visuais, táteis ou auditivos) originados pelos pais pode custarlhe a desorganização dos demais subsistemas.

De acordo com essa abordagem, o bebê irá sinalizar se está pronto para se orientar ou se defender de qualquer estimulação inapropriada naquele momento. Para cada subsistema podem se observar sinais de estresse e baixo limiar de reatividade que podem ser percebidos pela equipe de saúde, inclusive pelo psicólogo, e apontados aos pais e familiares, a fim de que interrompam momentaneamente os estímulos oferecidos ao recém-nascido. Conforme Wilheim (1997, p. 88), desde muito cedo, ao se estar atento para uma observação mais apurada, pode-se perceber nos bebês pré-termos esboços de *comunicação com o outro*. São

manifestações de prazer, dor, fuga, que representam vivências subjetivas. Entre os sinais de estresse que podem ser observados, destacam-se:

No subsistema autônomo: respiração irregular, lenta ou rápida e até com pausas; FC <120 ou >160 bpm; alteração da coloração da pele (moteamento, que consiste na alternância de áreas claras e escuras, como um mármore, palidez, etc); tremores; sustos; bocejos e espirros frequentes, entre outros.

No subsistema motor: flacidez motora (*turning-out* = desligamento); hipertonia motora (hiperextensão do corpo todo, contorcionamento ou arqueamento do tronco); frequente extensão de língua; afastamento de dedos ou mãos cerradas, etc.

Nos subsistemas de estados comportamentais e de atenção/interação: choramingo; olhos errantes, sem fixação ocular, constante desvio do olhar; dificuldade para dormir, etc.

No que se refere à dor, é sabido que o neonato pré-termo é mais sensível a ela do que o recém-nascido a termo e muito mais sensível do que o adulto. Segundo o Ministério da Saúde (2009), isso ocorre devido à plena capacidade anatômica e funcional para a percepção dolorosa, mesmo em pré-termos extremos, e à pouca capacidade de inibição da dor. A psicóloga Andrade (2002, p. 444) menciona as seguintes defesas do bebê contra a dor e o estresse prolongados e a estimulação excessiva, para proteger-se, defender-se e resguardar-se. No entanto, se forem usadas frequentemente, o seu desenvolvimento psicoafetivo poderá ser prejudicado, uma vez que tais recursos irão dificultar as interações entre o bebê e seus pais:

- 1. *Fechamento sobre si mesmo*: que Couronne (1997, p. 140) chama de "hibernação mental", onde os bebês reagem menos aos estímulos.
- 2. *Sono como uma recusa de contato*: nesse caso, o bebê faz uso do sono como uma forma de retraimento, evitando o contato com o meio.
- 3. *Fixação adesiva do olhar*: o bebê fixa o olhar de modo adesivo em um reflexo sobre a incubadora ou sobre algum objeto.
  - 4. *O desvio do olhar (excessivo)*: o bebê desvia o olhar sistematicamente.
- 5. Segurar um objeto ou tecido de modo adesivo: o bebê busca segurar um objeto de modo excessivo, como se procurasse um ponto de apoio.

Além de o estresse desencadear defesas que irão interferir negativamente na relação pais-filho, ele aumenta os níveis de cortisol que podem causar danos aos sistemas metabólico e imunológico e ao cérebro do bebê (BRASIL, 2009).

No que se refere ao papel do psicólogo como mediador na relação família-equipe, algumas pesquisas apontam para a falha no processo de comunicação entre a equipe de saúde

e os pais de bebês pré-termos, devido ao uso excessivo de uma linguagem técnica e científica que se torna incompreensível ao receptor. Muitas vezes a mãe recebe uma sobrecarga de orientações sobre o filho e a sua capacidade de compreensão acerca dessas informações não é valorizada. Portanto, ela permanece insegura, com medo e ansiosa, devido ao não esclarecimento de suas dúvidas e questionamentos. Ademais, como é notório haver no ambiente hospitalar uma relação verticalizada entre equipe-família, o diálogo não se estabelece, dificultando a troca de informações sobre o estado do bebê (ARAÚJO, RODRIGUES, RODRIGUES, 2008; SOUZA et al., 2009).

O saber materno não é reconhecido nem para ajudar no diagnóstico dos bebês nem na evolução terapêutica (RABELLO, 2004). Sendo assim, como já fora dito por Lamy Filho (2003), o psicólogo poderá mediar essa relação, facilitando o diálogo efetivo que propiciará uma ligação afetiva indispensável entre pais-filho(a).

Menzies (*apud* SPINK, 2010, p.147) coloca que determinados comportamentos observados nas enfermeiras são decorrentes de defesas utilizadas por elas, para que consigam dar conta da tarefa que lhes é delegada, sendo possível assim fugir de fortes sentimentos como ansiedade, culpa, dúvida e incerteza, que são vividos no seu trabalho. As defesas coletivas mencionadas pela autora são:

- 1) Fragmentação do relacionamento enfermeira/paciente, de tal modo que cada enfermeira executa tarefas para muitos pacientes, evitando assumir o cuidado de apenas uma pessoa, o que a faria entrar em contato com sua subjetividade;
- 2) Despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo, sob o pretexto da ética de que um paciente é igual ao outro;
- 3) Distanciamento e negação de sentimentos, ou seja, adesão a uma ordem moral local onde o que vale é "aguentar firme";
- 4) Ritualização das tarefas rotineiras, bloqueando qualquer espaço para a tomada de decisão;
- 5) Redução do peso da responsabilidade, através da adoção de um sistema de verificações e contraverificações e de uma rígida hierarquia de autoridade.

Tais defesas são semelhantes ao que se denomina como *Síndrome de Burnout*, que consiste em "um padrão de comportamento e de sentimentos que ocorre quando a pessoa está sujeita a fontes crônicas e intensas de estresse emocional que ultrapassam sua habilidade de enfrentamento" (LIPP, 2000, p. 06).

Diversas pesquisas têm demonstrado, entre os profissionais da saúde que lidam diariamente com o sofrimento alheio de grande magnitude e com a morte iminente, o alto índice desse fenômeno, que possui uma ação tríplice: 1- exaustão emocional, que pode manifestar-se física ou psicologicamente; 2- despersonalização, desumanização ou desapego emocional, onde há perda de interesse pelos pacientes e estes são vistos como "objetos" e 3-diminuição ou ausência de realização pessoal no trabalho, que desencadeia sentimentos de fracasso e um rebaixamento na autoestima (CARLOTTO, 2001).

Segundo Spink (2010), essa categoria de profissionais, como os médicos, sente-se vítima do seu trabalho e acaba se desencantando com a instituição. Surge, então, outra possibilidade de intervenção do psicólogo no contexto hospitalar, a de ajudar a equipe de saúde a desempenhar sua profissão, explorando formas menos defensivas de lidar com a expressão das emoções que são inerentes à sua práxis. Nesse sentido, Lima (2008, p. 139) também comenta que as intervenções feitas com a equipe:

permite interrogar incessantemente as dificuldades cotidianas, remeter-se às fantasias de onipotência, às desidealizações, resgatar algo da humanidade inerente ao contato com a dor, a morte e sofrimento. Suportar a angústia desencadeada por algumas crianças e a agressividade dirigida à algumas famílias. Implicá-los na relação com os sujeitos envolvidos, inclusive tornando-os conscientes de seu papel mediador entre mãe/família e a criança.

No entanto, não me aprofundarei na relação psicólogo-equipe de saúde, pois esta não consiste no objeto da minha investigação, embora reconheça sua relevância.

Duarte e Netto (2010) comentam as possibilidades de intervenção do analista nesse momento de separação imposta pela necessidade médica, que propicia um vazio de palavras e um buraco de linguagem. Segundo os autores, cabe ao analista intervir de forma que a fala e a escuta sejam possíveis, na tentativa de (re)construir a história dessa criança. Para tanto, os pais devem ser ajudados a elaborar o luto do filho imaginário, para que ocorra de fato o nascimento psíquico desse bebê real.

Com base na sua experiência profissional enquanto psicanalista em unidade de terapia intensiva neonatal, Battikha afirma que:

Nos primeiros encontros da mãe com esse filho, há necessidade de uma escuta, lugar de especificidade do analista, em uma atuação interdisciplinar no hospital, que torne possível nomear essa experiência singular, demandando palavras, onde poderia ficar o silêncio enlouquecedor. A palavra rearticula, deslizando do traumático do não representável (2001, p. 46).

Para a autora, a intervenção precoce do psicólogo/psicanalista pode prevenir uma psicopatologia do vínculo mãe-bebê, na medida em que seja oferecido à mãe a possibilidade de falar sobre esse nascimento que ocorre sem celebrações e que muitas vezes permanece no indizível. "Assim, pensar em intervenção precoce é pensar em intervir no laço pais-criança, pois a falha no estabelecimento desses laços não possibilitará a existência de um sujeito pleno" (LIMA, 2008, p. 135).

A psicanalista Arias (1999) comenta que pais orgulhosos de seu filho o cobrirão de palavras, porém o mesmo não ocorre quando o nascimento da criança quebra o narcisismo parental, contrapondo-se ao projeto idealizado por eles. No entanto, a possibilidade de falar sobre as angústias sentidas em decorrência do nascimento de um recém-nascido marcado como diferente do recém-nascido normal desejado, permitirá que um desejo vital se apresente na relação pais-bebê. Caberá então ao psicólogo ter uma atitude de escuta, para que os pais possam aceitar seu filho e este possa tornar-se uma criança desejante. Apesar da autora referir-se ao nascimento de uma criança com síndrome de Down, é possível fazer uma analogia ao nascimento pré-termo, uma vez que em ambas as situações há em pauta a diferença e a criança é marcada por algo da ordem do real. No nascimento de uma criança com malformação congênita também é possível notar aspectos emocionais semelhantes, como a perda do filho idealizado ou

O luto pelo que está vivo – e diferente do que se esperava. O filho real, com seus problemas difere do filho idealizado e não mais preenche o papel que lhe era destinado no cenário familiar. Não será mais o filho perfeito, sonhado passaporte dos pais para a plenitude pessoal, a gratificação e a felicidade (QUAYLE, *apud* BARTILOTTI, 1998).

Morsch e Valansi (2004) apontam algumas possibilidades de intervenção do psicólogo, a partir da articulação entre a teoria existente sobre o trabalho desse profissional em UTIs neonatais e as suas experiências em cuidados intensivos neonatais. As autoras mencionam as seguintes possibilidades de intervenção em seu artigo:

1) Colocar-se como ponto de referência para a família na UTI. Em um ambiente que tem grande rotatividade de profissionais, os quais estão voltados para o cuidado clínico com o bebê, o psicólogo pode desempenhar uma função de continuidade através de uma escuta diferenciada que privilegia uma visão mais integrada do bebê e de sua história. Além disso, o psicólogo permite aos pais investirem nos bebês, enquanto recebem apoio e amparo de um representante da equipe;

- 2) Ajudar os pais a falarem sobre esse nascimento diferente, para que eles possam organizar seus pensamentos, identificar seus sentimentos, para melhor entenderem a situação de internação, o que irá facilitar a interação com o bebê;
- 3) Ajudar na comunicação pais/bebê, facilitando o diálogo afetivo com o bebê, estimulando a leitura das expressões, das condutas dos bebês nas particularidades de seus gestos e suas respostas quando em comunicação ou proximidade com os pais;
- 4) Ajudar a mãe a olhar o bebê como um outro, e não como parte integrante de si, movimento fundamental para que ela possa investi-lo como sujeito. O reconhecimento da separação pelo parto e pela internação implica o reconhecimento da história desse bebê. Ao mesmo tempo, cria um espaço para que ele se torne um indivíduo;
- 5) Oferecer aos pais dos pais participação na atenção e cuidado da família no período de internação do bebê. O psicólogo deve estimular a presença dos avós durante a internação, vez que a atualização dos vínculos familiares e a evocação dos cuidados recebidos em suas infâncias os ajudarão a assumir seus papeis de pais e inserir o bebê na trama familiar (BRAGA, 2001). Mais do que participar dos cuidados com o neto recém-nascido, as autoras ressaltam que devemos incentivar os avós a colocarem-se à disposição para oferecer o holding do holding, através dos cuidados com os próprios filhos, pais dos bebês;
- 6) Ajudar na comunicação pais/equipe, estabelecendo uma ponte entre pais e profissionais. Os pais, muito comumente, apresentam sentimentos ambivalentes em relação à equipe, pois, ao mesmo tempo em que se sentem expropriados de seus bebês, têm consciência de que eles se dedicam a cuidá-los através de toda uma tecnologia e um conhecimento específico. Assim, os profissionais são alvo de projeções intensas da família do bebê, o que facilmente desencadeia conflitos na relação. Nesse sentido, Gomes (2004) comenta que a equipe deve ter o cuidado para não se colocar como a melhor mãe para o bebê, pois isso dificulta o relacionamento da díade. A equipe deve, ao contrário disso, proporcionar uma situação de acolhimento para a mãe, possibilitando a sua aproximação com o bebê;
- 7) Atendimento aos pais dos bebês, que tem o objetivo de atender às diferentes demandas dos casais. Pode ser realizado através de reuniões de pais ou ainda junto à dupla parental ou apenas a um dos pais dos bebês, no interior da UTI, ou numa sala reservada para isso. Permanecer com eles, numa visita ao bebê, fazendo pequenas observações sobre o encontro, faz com que eles mesmos encontrem formas de aproximação com o filho e possam, dessa forma, descobrir seus sentimentos, suas dúvidas, verbalizá-los e discuti-los com alguém da equipe;

8) Trabalhar as possíveis perdas ocorridas na UTI, perdas que podem ser reais, como a morte ou o risco de sequelas no futuro desenvolvimento da criança – as perdas ocorridas no imaginário familiar, relacionadas ao bebê imaginário ou ainda à falta de privacidade e intimidade da mãe com seu bebê. No caso de a possibilidade da morte do bebê ser reconhecida pela equipe, o trabalho de aproximação de toda a família com o bebê é extremamente recomendado e deve ser prioridade para o psicólogo.

Por fim, as autoras comentam com mais detalhes o trabalho com os irmãos dos bebês internados em UTI neonatal, que consiste na promoção de visitas supervisionadas dos irmãos dos bebês, com o objetivo de esclarecer o que está acontecendo com o recém-nascido, o motivo da internação e as necessidades que ele vem apresentando, bem como ajudar na compreensão de onde está o bebê e incentivar sua participação na experiência familiar, reforçando seu lugar no grupo familiar.

Essa modalidade de intervenção também tem como meta organizar a experiência da criança, ocorrida no decorrer da visita, com uma conversa posterior, incentivando-a a falar de seus pensamentos, sentimentos e impressões a partir da entrada na UTI. Recomenda-se a utilização da expressão gráfica ou lúdica pela criança; facilitar o desenvolvimento do vínculo irmão/bebê, durante a internação, para torná-lo um bebê real para a criança através de desenhos feitos em casa ou ao longo da atividade supervisionada, ou pelo incentivo de trazer um brinquedo ou bilhete que pode ser colocado no interior da incubadora do bebê. Ao entrar na UTI neonatal com um objeto que ela mesma produziu ou que ela escolheu para oferecer ao bebê, a criança sente-se mais segura para estabelecer os contatos iniciais com aquele que vem provocando tantas preocupações e alterações na rotina familiar e que, muitas vezes, a faz sentir desconforto. Ao mesmo tempo, ajuda na elaboração do sentimento de culpa dos filhos mais velhos. A partir do momento que a equipe, que cuida do bebê, estimula a proximidade com os irmãos, está se posicionando no sentido de não os avaliarem como causadores da doença do bebê. Assim sendo, os especialistas os absolvem de qualquer atitude ou pensamento que porventura tivessem, de serem a causa da internação do bebê. Ao mesmo tempo, o contato com os irmãos de outros bebês, serve-lhes de alento, pois percebem que não são os únicos a viverem tal sofrimento.

Em um artigo específico sobre a participação dos irmãos de bebês internados em UTI neonatal, Morsch e Delamonica ressaltam a importância da presença deles na formação de vínculos fraternais. As autoras afirmam que:

Embora já tenha sido escrito muito a respeito dos vínculos entre a mãe e o recémnascido e entre os pais e o filho, é importante reconhecer que os laços entre os irmãos e o novo membro da família são tão importantes para o desenvolvimento dos relacionamentos familiares e fraternais quanto os outros. Os que já presenciaram a ligação que se forma entre irmãos, um com apenas vinte meses e outro recémnascido, a surpresa, o prazer e o interesse que se manifestam diante desse novo fenômeno, alimentam poucas dúvidas de que a qualidade do relacionamento a desenvolver-se dali por diante entre eles está associada a esse vínculo inicial (2005, p. 679).

No estudo de Linhares et al. (1999), os autores comentam dois programas de assistência psicológica aos bebês que nascem com peso abaixo de 1.500 g e às suas mães, implantados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP). O primeiro deles foi chamado de "Programa de Apoio Psicológico às Mães de Bebês Prematuros", que tem objetivos semelhantes aos apresentados no trabalho citado no parágrafo anterior. O segundo, chamado de "Programa de Segmento Longitudinal do Desenvolvimento Psicológico de Bebês Prematuros", mostra a importância de se acompanhar essas crianças ao longo dos primeiros anos de vida, até a fase escolar. Apesar de o foco ser a avaliação do bebê, a psicóloga dispensa uma atenção especial à mãe, com o intuito de garantir um ambiente familiar favorável necessário para o pleno desenvolvimento da criança. No entanto, como a ênfase da pesquisa são as intervenções realizadas no ambiente da UTI neonatal, não me deterei nessa proposta, embora reconheça o seu significativo valor.

Almeida (2004) expõe uma das modalidades de intervenção dirigida às mães de bebês pré-termos, realizada durante o período de internação. Esse trabalho consiste em uma oficina terapêutica de criatividade, daí o nome Criar-Te, em que são confeccionados enfeites para incubadoras, porta-retratos e álbuns de bebê. As reuniões do grupo acontecem semanalmente no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, desde 2001, com duração de aproximadamente duas horas. Esse grupo utiliza o referencial winnicottiano e possibilita às mães narrarem de forma genuína e criativa a história do nascimento de seus bebês, facilitando a elaboração da experiência de interrupção abrupta da gestação vivenciada por elas.

Baltazar, Gomes e Cardoso (2010) também se preocuparam com a atuação dos psicólogos em UTI neonatal e propuseram ações implantadas no Hospital Geral de Bonsucesso, referência de maternidade de alto risco no Estado do Rio de Janeiro. Apesar de as intervenções serem parecidas com as já mencionadas nesse trabalho, os autores destacam a importância das mães participarem ativamente do aleitamento de seus bebês, através da gavagem (quando a alimentação é oferecida pela sonda), ou de outro método utilizado pela equipe. Mesmo que inicialmente elas não possam amamentar seus filhos, devem ser

estimuladas a ordenhar o leite materno, não sendo privadas de nutri-los. O suporte oferecido às mães irá facilitar a lactação, que está relacionada ao aspecto emocional. Uma mãe calma, confiante e tranquila terá mais facilidade em produzir leite do que aquela deprimida, tensa e ansiosa. Portanto, cabe à equipe estar atenta aos sinais emocionais que a mãe emite, a fim de encorajá-la a aleitar, propiciando um ambiente favorável a esse processo.

Carvalho e Tavares (2010) relacionam a amamentação às vivências da gestação, do parto e pós-parto. Dependendo de como a mãe vivenciou esse papeis, de gestante e parturiente e de como está passando pelo puerpério, ela terá mais ou menos dificuldades de desenvolver o papel de mãe-nutriz. Ademais, também existem outros fatores, além dos psicológicos, que interferem na capacidade da mãe conseguir ou não desempenhar esse papel, tais como os socioculturais e físicos.

No Brasil, a valorização da amamentação é recente, iniciando-se na década de 1980, quando amamentar tornou-se sinônimo de ser boa mãe. No Brasil colonial a amamentação pela escrava era comum, tendo a amamentação pela ama de leite perdurado até o final do século XIX (CARVALHO e TAVARES, 2010).

Na França, o aleitamento mercenário era uma prática corriqueira até o século XVIII: as mulheres das classes abastadas contratavam amas em domicílio e as de classes populares enviavam seus filhos para os campos, para serem amamentados por camponesas (BADINTER, 1985). Nos dias atuais, apesar da OMS recomendar e dos médicos incentivarem a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e complementar à alimentação da criança até dois anos ou mais, Carvalho e Tavares (2010) questionam as condições concretas que a sociedade oferece às mães para que consigam realizar esse projeto.

No que se refere ao aspecto físico, algumas doenças, como a AIDS e o câncer impedem a mãe de amamentar o filho, assim como, em certos casos, o bebê necessita melhorar o seu estado clínico para conseguir sugar o seio, como muitas vezes ocorre com aqueles que nascem prematuramente. Nessas situações específicas, é importante que a mãe saiba que mais importante do que o leite materno é oferecer ao bebê o carinho, aconchego e estimulação, indispensáveis para o seu bom desenvolvimento.

Dois casos podem ser citados para ilustrar esse fato: o primeiro deles é o estudo de Harlow (*apud* BIAGGIO, 1988), realizado com primatas, onde se verificou, entre outros resultados relevantes, que a alimentação não é tão essencial quanto o contato físico com o corpo da mãe, uma vez que o pesquisador observou que os macacos preferiam a mãe substituta de pano ao invés da de arame, mesmo que fosse esta a oferecer-lhe o leite; o

segundo, consiste no exemplo das mulheres da tribo dos Mundugumor, pesquisada pela antropóloga Margaret Mead, que aleitam seus filhos, porém sem carinho, resultando pessoas altamente agressivas consigo mesmas e com os outros, além de evidenciar a existência de um alto índice de suicídio entre eles (CARVALHO e TAVARES, p. 170).

Diante desses fatores, psicológicos, sócio-culturais e físicos, pode-se imaginar como a experiência de ter a gravidez interrompida de modo inesperado, devido ao parto pré-termo, pode interferir negativamente na amamentação. Carvalho e Tavares (2010) ressaltam o cuidado que os profissionais devem ter em não culpar as mães que não conseguem aleitar, pois a culpa só dificultará sua relação com o filho(a). Para eles, portanto, devem-se evitar discursos moralistas que foquem apenas na transmissão objetiva de informações sobre as vantagens da alimentação ao seio. Ao contrário, a equipe de saúde, inclusive o psicólogo, deve

dialogar com a mulher sobre seus desejos, fantasias e planos quanto à amamentação, e sobre suas circunstâncias familiares e sociais para realização desses planos, compreendendo e **apoiando**, sem cair no discurso moralizante de que 'tem que amamentar porque é melhor para a criança e porque é um direito do bebê' (CARVALHO e TAVARES, p. 175) [grifo dos autores].

Apesar da amamentação favorecer a formação dos laços afetivos entre mãe-bebê, não é possível afirmar que apenas pelo fato da mãe estar amamentando, a criança-terá um bom desenvolvimento, pois segundo Fiori (1981, p. 38),

O relacionamento com a mãe é primordialmente qualitativo. Não importa apenas dar o seio. O que importa é como o seio é dado, como as solicitações paralelas da criança são atendidas, ou seja, não se está apenas incorporando o leite da mãe, mas também sua voz, seus embalos, suas carícias.

Além dos já citados objetivos a serem alcançados pelo psicólogo da saúde na unidade de terapia intensiva, Di Biaggi (2002) acrescenta outros que, apesar de serem direcionados à UTI de adultos, também podem ser colocados em prática na UTI neonatal. Segundo a autora, o psicólogo deve: realizar acompanhamento psicológico de familiares, oferecendo condições para expressão de dúvidas, fantasias, falsos conceitos em relação à doença e à necessidade de permanência do paciente na UTI; avaliar o grau de comprometimento ambiental da Unidade de Terapia Intensiva, determinando condutas positivas em saúde para o bom desenvolvimento do paciente; desenvolver atividades didáticas com os estagiários em Psicologia da Saúde na UTI, com internos e residentes médicos e outros profissionais de saúde, atuando de forma

integrada, colaborando para uma visão global do paciente e contribuir para um maior entendimento por parte da equipe de saúde dos comportamentos e situações de alto grau de estresse para o paciente, familiares e equipe de saúde.

Até o presente momento, pouco foi dito em relação às possibilidades de intervenção ligadas diretamente ao bebê pré-termo. A maioria dos pesquisadores refere-se à atuação do psicólogo direcionada principalmente aos pais e familiares. As psicólogas Schermann e Brum (2012, p. 44) afirmam que "o apoio aos pais, na verdade, permeia todas as ações de saúde destinadas aos pré-termos". As pesquisadoras Zorning, Morsch e Braga também concordam que o trabalho realizado com os bebês é indissociável do que é feito com as mães ou os pais,

As intervenções precoces se dirigem ao *enfans* em um momento de vida em que a dependência ao Outro materno é predominante, sendo impossível atender o bebê sem atender a mãe ou os pais.

Isto não significa considerar o bebê uma lousa em branco, mas sim enfatizar a interdependência entre bebê-mãe (2004, p. 138).

No entanto, a psicóloga clínica e psicanalista Wilheim (1997) comenta sobre como a psicanálise pode auxiliar os bebês, sejam eles pré-termos ou não. Na França vários serviços de neonatologia contam com psicanalistas em suas equipes, como, por exemplo, Myriam Szejer, Catherine Mathelin e Catherine Druon, autoras de diversas publicações mencionadas inclusive nessa pesquisa. Assim sendo, é feito um trabalho de intervenção com a palavra falada, chamado pelos franceses de *palavra da verdade*, dirigida aos bebês, que sinalizam sofrimento, através de sintomas. Essa intervenção consiste em uma verbalização, semelhante a que se faz com o adulto.

[...] O psicanalista estabelece as conexões entre os sintomas e a história do bebê e de sua família. O corpo guarda a memória. O papel do psicanalista é o de nomear estas memórias, colocando a palavra lá onde existe apenas um significado *não dito*, uma *falta de palavra*. É a isso que os psicanalistas franceses se referem como sendo a *palavra da verdade*. É aquela palavra que contém o significado verdadeiro do acontecido com o bebê (WILHEIM, 1997, p. 82).

Não só os psicanalistas se dirigirem ao recém-nascido, como os demais profissionais de saúde também têm competência para isso.

Segundo Wilheim (1997, p. 88), é importante falar com o recém-nascido antes ou durante qualquer procedimento, doloroso ou não, explicando-lhe o que será feito e os motivos, uma vez que "o bebê - desde o nascimento - é um ser humano destinado a falar e a que se fale com ele", chamando-o sempre pelo seu nome. Desse modo, de acordo a autora,

essa tarefa não é nem difícil nem impossível e já se constatou que, com essa atitude profissional, os bebês se acalmam mais rápido, como se sentissem menos dor. Nesse sentido, Gandra (1998) afirma que o uso da linguagem verbal parece ter sobre o bebê um efeito terapêutico e tranquilizador, na medida em que explicita para este seu sofrimento, no nível da palavra.

Não posso deixar de mencionar uma importantíssima estratégia de intervenção que é o Método-Canguru (MC), onde o psicólogo, bem como outros profissionais da área da saúde, busca atender mães, familiares e bebês com baixo peso ao nascer, incluindo os recémnascidos pré-termos, de forma humanizada. Prochnik e Carvalho definem o Método-Canguru como

um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (2001, p. 35).

Além de haver a preocupação com a relação pais-bebê, o método propõe também o envolvimento da família, para que se possa construir uma rede social de apoio para a mãe, minimizando os efeitos negativos da internação neonatal. Foi iniciado em Bogotá, na Colômbia, na década de 1970, com o intuito de diminuir a superpopulação de bebês prétermos internados nas enfermarias e o número de mortes devido a infecções hospitalares adquiridas. Além disso, funciona como um incentivador do aleitamento materno exclusivo; promovendo, o mais cedo possível, um maior contato entre pais-bebê, fortalecendo o vínculo afetivo e ajudando a manter o bebê aquecido pelo contato pele a pele com os pais (WAKSMAN, SCHVARTSMAN e TROSTER, 2002). Nesse sentido, o Método-Canguru visa tanto o aspecto físico do bebê pré-termo como o psicológico.

A partir da experiência da Colômbia e de sua divulgação, promovida pela UNICEF, diversos países do mundo adotaram o método, que internacionalmente ficou conhecido como *Kangaroo Mother Care* (KMC). No Brasil, a terminologia utilizada é Método-Canguru, pois a participação ativa do pai nessa experiência é considerada fundamental (LAMY et al., 2005). A experiência tátil é fundamental para o desenvolvimento humano, e o pai também está destinado a se comunicar com o bebê através da pele, embora, nas sociedades civilizadas, isso ocorra com menos intensidade e frequência do que com a mãe (MONTAGU, 1998).

O método começou a ser usado em 1993, no Recife, e, com o tempo, foi sendo adotado em outros hospitais públicos de todo o país, tornando-se uma política nacional de

saúde pública, regulamentada pelo Ministério da Saúde (WILHEIM, 1997). Atualmente, visa atingir não só os bebês pré-termos, mas também aqueles que nasceram de nove meses, porém com peso inferior a 2.500 gramas, devido a alguma intercorrência durante a gestação (LAMY, 2003).

Todas as estratégias relatadas apontam na direção de uma verdadeira atenção humanizada nos cuidados com o bebê pré-termo, preconizada pelo Ministério da Saúde, pois garantem a inserção da família e uma prática profissional voltada para o desenvolvimento físico e psicológico da criança.

A discussão sobre humanização, tão frequente na Medicina, não se reduz apenas a aspectos relacionados ao ambiente físico da UTI neonatal, que, embora relevantes, não são, por si só, suficientes para proporcionar condições adequadas para o desenvolvimento integral do bebê. O que irá garantir de fato um contexto humanizado é a qualidade da assistência biopsicossocial que será oferecida ao bebê e à sua família, respeitando suas individualidades. Além disso, deve-se acrescentar a importância da boa saúde física e mental da equipe que atua diretamente com essas pessoas, para falarmos, de fato, em humanização. Para o Ministério da Saúde (2004, p. 06) "[...] Humanizar é, então, ofertar atendimento de boa qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado dos pacientes e das condições de trabalho dos profissionais".

Nunes (2012) comenta que a UTI neonatal de um Hospital Geral da Bahia, onde realizou a sua pesquisa, é bem decorada, com papel de parede, adesivos e brinquedos, aproximando as mães a um ambiente que lembra um quarto de bebê. Além disso, os leitos são devidamente identificados, registrando a subjetividade da criança. No entanto, nada disso adiantaria se não houvesse uma preocupação da equipe interdisciplinar em relação aos cuidados com o recém-nascido e a sua família. Dentre as intervenções realizadas pela psicanalista/psicóloga hospitalar, que se dedica há seis anos ao serviço da Unidade de Terapia Intensiva neonatal desse mesmo hospital, destaco uma estratégia que consiste em apresentar aos pais e familiares o ambiente onde o bebê está internado, através de fotos e explicações, com o intuito de inseri-los nesse novo contexto. Desse modo, acredito que o impacto de se deparar pela primeira vez com o ambiente da UTI neonatal, repleto de aparelhos desconhecidos, que emitem barulhos estranhos e o bebê pré-termo fragilizado, seja amenizado.

Essa atitude de dar informações para a pessoa sobre uma situação que será enfrentada, com o objetivo de prepará-la para o que virá, bem como acolher e lidar com os

sentimentos que serão por ela desencadeados, foi chamada pela psicóloga clínica Maldonado (2009, p. 138) de *orientação antecipatória*. A autora enfatiza que as informações devem ser transmitidas de forma simples e menos técnica possível, a fim de que estas possam ser realmente compreendidas. Além disso, elas "precisam ser veiculadas com a postura de *realismo otimista*, ou seja, mostrar os fatos sem falsear a realidade, porém apresentando possibilidade de saídas, de melhoras e de recursos que a própria pessoa pode empregar para lidar com a situação a ser enfrentada".

Ao analisar a formação do psicólogo para atuar em instituições de saúde, a psicóloga Spink (2010), doutora em Psicologia Social, aponta para a importância desse profissional ampliar o referencial teórico da graduação, sem privilegiar a esfera individual, buscando compreender tanto a realidade social mais abrangente do cliente (no caso desse estudo corresponde ao bebê pré-termo, seus pais e familiares), quanto a realidade institucional em que se encontra, permeada de complexas relações intra e intergrupo. Para ela, esse olhar mais amplo do psicólogo reflete a consciência de que o "individual é moldado no social e que a compreensão desse social faz parte da compreensão mais global da dinâmica do cliente" (p. 136). Se todos os profissionais tivessem essa visão, talvez não houvesse tantas análises e préjulgamentos errôneos em relação a certas atitudes das mães e familiares do bebê pré-termo. Eles conseguiriam trabalhar com a alteridade, ou seja, com a perspectiva de um "outro" definido culturalmente como diferente do "eu".

Coppe e Miranda (1998) também comentam que o psicólogo não deve transpor para o hospital o modelo clínico tradicional de intervenção. A sua atuação deve ser diferenciada tanto no que se refere aos aspectos teóricos quanto práticos. Além disso, os limites institucionais, as rotinas e os procedimentos inerentes à instituição irão exercer grande influência nas suas ações.

## 2 METODOLOGIA:

**2.1 Tipo de pesquisa:** O método escolhido para a realização da pesquisa foi o qualitativo/compreensivista, sob a forma de estudo de caso, que visa colaborar para a compreensão de fenômenos sociais complexos. O uso dessa estratégia de investigação permite estabelecer relações causais entre intervenções e situações da vida real, bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção ocorreu (MINAYO et al., 2005). Desse modo, busquei investigar as possibilidades de intervenção do psicólogo a partir da vivência de mães de bebês

pré-termos que estiveram internados na UTI neonatal, de seus familiares e do próprio psicólogo.

Esse estudo pretendeu compreender tal fenômeno adotando uma postura psicanalítica, indo de encontro ao paradigma positivista que enfatiza a quantificação dos fatos. Apesar de González-Rey (2003) referir-se a essa teoria como uma abordagem fundamentada nos princípios positivistas da ciência, compreendo que ela também pode ser utilizada numa concepção sistêmica, que vê os fenômenos em sua complexidade, sem tentar reluzi-los, quantificá-los, generalizá-los ou determiná-los. Para a psicóloga e psicanalista Lima (2008, 137),

O endereçamento da psicanálise não consiste em responder, apaziguar angústias, propor soluções. Sua ordem de atuação consiste em possibilitar questionamentos, interrogações, favorecendo o deslizamento do discurso e a implicação do sujeito em sua subjetividade. No contexto neonatal, significa propor interrogações, à medicina e aos pais, quanto ao lugar que é dado ao sujeito. Significa permitir simbolizações, nomear o indizível, dar palavras à angústia e aos fantasmas, e também às esperanças e expectativas.

Segundo Turato (2003), o que realmente é relevante na pesquisa qualitativa é capturar os sentidos e significações do fenômeno, procurando observar e ouvir os sujeitos da pesquisa, bem como dar a ele a nossa interpretação. Nesse sentido, para esse tipo de método, o pesquisador é o principal instrumento da investigação em campo. É ele quem irá apreender e elaborar o fenômeno, consciente de que a sua participação, durante todo o processo, trará implicações à pesquisa. Essa abordagem considera que as emoções e a empatia do pesquisador são ferramentas importantes para o trabalho. No tópico a seguir, descrevo os instrumentos auxiliares que foram utilizados na pesquisa.

A pesquisa de campo foi realizada nos *settings* da maternidade, que constituem o ambiente natural das pessoas investigadas, ou seja, em locais propícios para encontrar as informações válidas para o estudo.

**2.2 Instrumentos:** Os dados da pesquisa foram obtidos por meio da observação participante e das entrevistas semi-estruturadas ou semi-dirigidas com perguntas abertas, com o objetivo de compreender quais são as intervenções feitas pelos psicólogos que trabalham em UTI neonatal, com as mães e os familiares de bebês que nasceram pré-termos e se estas realmente auxiliam na aproximação mãe-filho(a).

De acordo com Gil (2010, p. 103), "a observação participante, ou observação ativa, consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada". Essa técnica foi adotada inicialmente nos estudos de antropologia e atualmente é muito utilizada nas pesquisas sociais. Existem duas formas de observação participante, a natural, que é quando o pesquisador faz parte do mesmo grupo sobre o qual investiga, e a artificial, que é o caso do estudo proposto, quando o observador, apesar de não pertencer ao grupo investigado, com ele interage, com o objetivo de conhecê-lo melhor.

A utilização dessa técnica ocorreu no *setting* da UTI neonatal, enquanto as entrevistas aconteceram com mães e familiares de bebês pré-termos que já tinham saído desse espaço físico e estavam participando da segunda etapa do Método-Canguru (MC), que é colocado em prática na UCI (Unidade de cuidados intermediários ao recém-nascido) ou no ALCON (alojamento-conjunto). A primeira etapa acontece ainda na UTI, dependendo do estado clínico do bebê e do desejo da mãe de manter contato pele a pele. Na terceira etapa, as mães já foram para casa com o filho e retornam à maternidade com ele para acompanhamento ambulatorial.

Segundo Minayo (2010, p. 273), devido à importância da observação participante na pesquisa qualitativa, alguns autores a consideram não só como uma técnica, mas como um método que possibilita ao pesquisador compreender o fenômeno investigado. Na pesquisa em questão, pretendi observar os sujeitos que constituíram o objeto do trabalho, com a finalidade de colher dados que ajudassem a elucidar os objetivos da pesquisa. Para fazer as anotações das situações, comportamentos e falas, utilizei um *diário de campo*, que nada mais é do que um caderno de registro dessas informações e que também contribuiu para a análise do material coletado. Ao término de cada visita, registrei comentários acerca do que aconteceu de mais relevante em cada dia de observação.

Gil (2010) comenta que a observação participante apresenta algumas vantagens como o acesso rápido a situações habituais e restritas de um determinado grupo que se pretende conhecer, bem como possibilita captar palavras acompanhadas de comportamentos dos sujeitos observados. No entanto, apresenta a desvantagem de muitas vezes ter a qualidade das informações obtidas comprometida, devido ao lugar diferenciado que o pesquisador ocupa dentro do grupo social. O autor ressalta que, mesmo aquele que consegue superar as dificuldades de identificação com determinados segmentos sociais, poderá ter a sua participação diminuída pela desconfiança que a sua presença implica. Diante disso, mesmo estando disposta a integrar-me no contexto da pesquisa, mantendo uma postura de respeito e

empatia perante o grupo investigado, a minha participação, por ter acontecido em um curto espaço de tempo e de maneira formal, pode ter trazido limitações aos resultados do estudo.

Raymond Gold (*apud* MINAYO, 2010, p. 281) refere-se a quatro situações possíveis quanto à inserção do pesquisador no campo. Dentre elas, optei pela modalidade *observador-como-participante*, que costuma ser utilizada como estratégia complementar ao uso das entrevistas.

A opção pelo uso das entrevistas semi-estruturadas deu-se pelo fato de elas permitirem ao pesquisador compreender o fenômeno sem impor a sua visão sobre o mesmo. Durante a entrevista, utilizei um roteiro de perguntas, que serviu de guia para responder aos objetivos da pesquisa, mas ao mesmo tempo permitiu ao sujeito expressar-se com liberdade.

Gil (2010) nomeou esse tipo de entrevista que possui certo grau de estruturação como *entrevista por pauta*, mas que permite ao entrevistado falar livremente sobre as perguntas feitas pelo entrevistador.

Acredito que o uso das duas técnicas possibilitou ter acesso tanto a informações conscientes como inconscientes, uma vez que a observação ajuda o pesquisador a identificar comportamentos que os próprios sujeitos desconhecem. Além disso, a observação participante permitiu o confronto dos dados obtidos por intermédio das entrevistas com aqueles coletados no diário de campo.

2.3 Participantes: Participaram dessa pesquisa seis mães de bebê pré-termo que ficaram internados na UTI neonatal da maternidade. Apesar de inicialmente, na fase do projeto, ter estipulado apenas quatro mães, no decorrer do estudo, esse número foi ampliado para seis, a fim de atender ao critério de saturação pré-estabelecido. As mães podiam ser de diferentes faixas etárias, escolaridade e nível sócio-econômico, residindo na região metropolitana de Manaus ou no interior do estado e que, devido ao nascimento pré-termo, encontravam-se em Manaus. Embora não tenha pretendido fazer restrição alguma quanto à classe social das participantes, é inegável que houve maior probabilidade de que estas fizessem parte de classes populares, vez que é essa a maior clientela atendida pelos serviços públicos de saúde no país, e a pesquisa foi realizada em uma maternidade pública da cidade.

Conforme a classificação feita pelo estudo, coordenado por Neri (2012), realizado pela Fundação Getúlio Vargas, os entrevistados dessa pesquisa encontram-se nas classes C e D, onde a renda familiar na primeira varia entre R\$ 1.734,00 a R\$ 7.475,00 e na segunda, entre R\$ 1.085 a R\$ 1.734,00.

Os familiares, incluindo pai, avós, irmãos e parentes próximos à mãe, também foram convidados a participar da pesquisa, com o objetivo de saber se o psicólogo inclui ou não essas pessoas no seu plano de intervenção. Foram realizadas quatro entrevistas semi-dirigidas.

Um dos critérios utilizados para a escolha das mães e familiares que participaram da pesquisa foi que o bebê já tivesse passado pela UTI neonatal, recebido alta e estivesse participando da segunda etapa do Método-Canguru, que ocorre na Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) ou no alojamento-conjunto (ALCON).

Acredito que entrevistar mães e familiares que já vivenciaram a situação da internação do bebê em UTI neonatal, mas que se encontram em uma etapa posterior a essa, tenha possibilitado aos entrevistados um maior distanciamento emocional para que conseguissem falar sobre esse momento tão delicado em suas vidas, o que possivelmente não ocorreria caso tivessem sido entrevistadas pessoas que ainda estivessem sob o impacto do nascimento pré-termo. Ademais, para que os participantes da pesquisa pudessem responder às perguntas da entrevista com maior fidedignidade, era necessário que o trabalho do psicólogo tivesse sido concluído no período de internação do bebê na UTI neonatal.

Em outras palavras, realizar as entrevistas durante esse período, onde mãe e familiares encontram-se em uma fase de fragilidade emocional e a atuação do psicólogo ainda está para ser concluída, poderia comprometer os resultados da pesquisa.

Além das entrevistas com as mães e os familiares, dois psicólogos da instituição foram convidados a responder perguntas relativas ao seu trabalho de intervenção com bebês pré-termos internados em UTI neonatal. A maternidade onde a pesquisa foi realizada possui quatro psicólogos, duas que trabalham no horário das 07:00 às 13:00 horas, um deles no horário das 13:00 às 19:00 horas e o outro das 16:00 às 20:00 horas. Este último profissional possui uma carga horária diferenciada dos demais e pertence a outra secretaria da Prefeitura, mas no momento, encontra-se cedido para a SEMSA.

Acredito que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, que não tem como finalidade fazer generalizações e não segue necessariamente um critério numérico, seis entrevistas com mães, quatro com familiares e duas com psicólogos foram suficientes para compreender o fenômeno investigado.

**2.4 Considerações Éticas**: Essa pesquisa atendeu a todas as exigências éticas pertinentes aos estudos que envolvem seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Além disso, o termo de

anuência tanto da Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – COEP/SEMSA como o da instituição investigada foram devidamente assinados. No que se refere aos participantes (seis mães, quatro familiares e dois psicólogos), foi-lhes assegurado o caráter voluntário e o anonimato na pesquisa. Todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, antes da realização das entrevistas.

**2.5 Procedimento de coleta de dados:** A pesquisa de campo foi realizada na Maternidade Moura Tapajóz, que presta assistência hospitalar à mulher no período da gravidez, parto e puerpério, bem como ao recém-nascido. A instituição tem como meta garantir os direitos reprodutivos da mulher de forma humanizada usando os recursos científicos e tecnológicos disponíveis. A maternidade conta com uma equipe interdisciplinar que atua em vários setores (PREFEITURA DE MANAUS, 2012).

A escolha desse local deu-se pelo fato de ele possuir tanto Unidade de Tratamento Intensivo ao recém-nascido (UTI) quanto Unidade de Cuidados Intermediários ao recémnascido (UCI), onde geralmente transitam bebês pré-termos, suas mães, familiares e psicólogos hospitalares, que constituem o objeto dessa investigação.

A maternidade Moura Tapajóz dispõe de cinco leitos de UTI e cinco de UCI. Esses espaços físicos são muito próximos entre si, tendo apenas uma parede que os separa. A diferença é que na UCI estão internados os bebês com estado clínico mais favorável e que necessitam de menos aparelhos para sobreviver do que aqueles que se estão na UTI. Enquanto os bebês estão internados no ambiente da UTI/UCI, as mães que já receberam alta médica permanecem no hospital, em um local chamado "albergue", para facilitar o acesso à unidade de tratamento em que o filho(a) se encontra e o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãebebê. Além disso, ela também é solicitada a comparecer, de três em três horas, no Banco de Leite Humano da maternidade, para fazer a ordenha manual do leite materno, mesmo que ainda não esteja amamentando.

Apesar de os pais terem livre acesso à UTI/UCI, eles são orientados a visitar o bebê das 9:00 às 21:00 horas, uma vez que no início da manhã a equipe de enfermagem está realizando procedimentos invasivos na criança e à noite ser o momento destinado ao descanso da díade mãe-filho(a). Dependendo das condições de saúde do bebê, nos casos de recémnascidos pré-termos graves, onde os cuidados da mãe não podem ser oferecidos, algumas recebem autorização da equipe para se ausentarem do hospital por algumas horas do dia, para verem seus outros filhos, companheiro, familiares, a sua casa ou para resolverem problemas

do cotidiano (pagar contas, saldar compromissos, entre outros). Nessa situação, a equipe avalia a qualidade do vínculo afetivo que foi estabelecido com o bebê, a fim de evitar o abandono da criança.

Os bebês que recebem alta da UTI/UCI frequentemente permanecem por um período no hospital, antes de irem para casa, ou pela condição clínica da mãe, que ainda necessita de tratamento médico, ou porque precisam ganhar mais peso. Nesses casos, mãe e filho(a) ficam no ALCON (alojamento-conjunto), que é uma espécie de enfermaria. A maternidade dispõe de oito ALCONS, cada um com quatro leitos. Nesse local, as mães podem ficar com seus bebês e receberem visitas de familiares, de ambos os sexos, no horário das 16:00 às 17:00 horas.

As observações aconteceram sem a determinação de dias específicos na semana. Estive presente no período da manhã, das 11:00 às 12:00 horas, pelo fato de as visitas da psicóloga da maternidade à UTI neonatal acontecerem nesse horário, que é quando os médicos plantonistas informam às mães o estado clínico de seu filho(a). Além disso, às tardes das quintas-feiras, no horário das 15:30 às 16:30 horas, também foi observado o momento da visita dos avós aos bebês internados na UTI neonatal, uma vez que tinha como objetivo investigar o trabalho do psicólogo não apenas com as mães e os bebês, mas também com os seus familiares. O período destinado à visita dos irmãos maiores de 12 anos dos recémnascidos, que acontece às quartas-feiras, no mesmo horário das 15:30 às 16:30 horas, foi também incluído no cronograma de observação da pesquisadora, pela mesma justificativa de estar presente na visita dos avós. O período de observação desta pesquisa durou aproximadamente três meses, se estendendo do final de agosto a novembro de 2012.

As entrevistas foram realizadas nos dias e horários combinados com os participantes da pesquisa, a fim de não comprometer nenhuma atividade de suas rotinas diárias. O tempo de duração de cada entrevista não foi pré-determinado e o lugar onde elas aconteceram variou conforme os participantes. Com as mães, foi ou na sala de televisão do albergue ou em um dos quartos coletivos desse local. Com os psicólogos, ocorreram na sala do setor de Psicologia e, com os três pais entrevistados, no solário, que consiste em um espaço aberto, onde as mães que estão no ALCON costumam levar os filhos para tomar banho de sol. Uma avó foi ouvida no próprio quarto do albergue, que no momento não estava sendo ocupado pelas mães.

2.6 Procedimento de análise de dados: As entrevistas foram realizadas por mim e gravadas com o consentimento dos participantes. Logo após, foram transcritas literalmente. O objetivo da gravação foi preservar ao máximo o discurso dos entrevistados e evitar o uso de anotações que poderiam comprometer a interação pesquisadora-entrevistado. Depois que as entrevistas foram transcritas, passaram pelo que Maciel e Melo (2011, p. 179) chamam de "conferência de fidedignidade", quando são ouvidas as gravações, após a transcrição, a fim de corrigir os possíveis erros, antes da fase de análise. Para realizar a análise dos dados, utilizei a técnica da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011).

A análise de conteúdo consiste em "técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e específicos" (MINAYO, 2010, p. 303).

Esta técnica suscita a polêmica das abordagens quantitativas e qualitativas na análise do material de comunicação, que se refere à objetividade dos números versus a subjetividade. Inicialmente, a análise de conteúdo foi vítima do momento histórico, onde o modelo de ciência positivista do início do século XX imperava e acreditava-se no rigor numérico como parâmetro de cientificidade. No entanto, a partir da década de 1950, alguns pesquisadores, inclusive os próprios criadores das técnicas, começaram a criticar a análise de frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade, e buscaram superar o caráter meramente descritivo da mensagem, para alcançar uma interpretação mais profunda, através do processo de inferência (MINAYO, 2010).

A crítica que se faz em relação ao uso das Análises de Conteúdo consiste no fato de que há uma ênfase no discurso e nas falas em detrimento de outras formas de análise. No entanto, a pesquisa qualitativa tem como característica primordial a valorização dos significados subjetivos que são construídos socialmente e que constituem a realidade. Ademais, como já foi mencionado, utilizei também como técnica a observação das condutas dos psicólogos que trabalham na UTI neonatal, a fim de que pudesse checar o que era dito com o que era feito.

A escolha dessa técnica de análise de dados vai ao encontro da proposta teórica da pesquisa, a Psicanálise, que visa à compreensão de conteúdos latentes e inconscientes, a partir da fala do sujeito (conteúdo manifesto).

Dentre as várias modalidades de Análise de Conteúdo, optei pela Análise Temática que, segundo Minayo (2010), é a mais simples e adequada para as investigações qualitativas em saúde. A análise temática possui três etapas: Pré-Análise, Exploração do Material e

Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Na primeira etapa, as entrevistas foram escolhidas para análise e as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa foram retomados. Elaborei alguns indicadores que ajudaram na interpretação final. Na segunda etapa, foram organizadas categorias, que consistem em expressões ou palavras significativas, que representam o conteúdo das falas. Na terceira etapa, os resultados foram submetidos à análise. Com isso, foram feitas inferências e interpretações, correlacionando os resultados com o marco teórico escolhido.

## **3 RESULTADOS E ANÁLISE:**

# 3.1 Observações sobre a atuação do psicólogo na UTI neonatal

Em relação à atuação do psicólogo tanto na UTI neonatal quanto na UCI da maternidade, pude notar que o trabalho não é realizado de forma sistematizada. As visitas às mães e aos bebês pré-termos e a termos internados ocorrem de maneira esporádica, talvez pelo fato de não haver um psicólogo que esteja vinculado especificamente a esses setores. Apesar de existir um profissional de Psicologia responsável pela UTI neonatal, ele não atua exclusivamente com a clientela e a demanda dessa unidade. Portanto, só foi possível observar o trabalho de intervenção do psicólogo dentro da UTI neonatal com as mães dos bebês prétermos em poucos momentos do período de observação dessa pesquisa, que durou aproximadamente três meses, do final de agosto a novembro de 2012.

Os psicólogos atendem a vários tipos de demanda e programas institucionais, entre eles o SAVVIS (Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual), o Planejamento Familiar, a Educação Continuada, o grupo de trabalho em Humanização Hospitalar, bem como realizam atendimento nos leitos das enfermarias de pré-parto, gravidez de risco, ALCON (alojamento-conjunto), albergue, mulheres em situação de abortamento, UTI/UCI, entre outros.

Sendo assim, apesar da importância do trabalho do psicólogo ser reconhecida tanto pela equipe de saúde quanto pelas mães e familiares do bebê pré-termo, talvez devido à variedade de demandas que este profissional tem que atender na instituição, a sua participação efetiva perante essas pessoas mostrou-se discreta e, até mesmo, insatisfatória, fato que ficou evidente tanto nas observações como nas entrevistas realizadas. Das seis mães entrevistadas, apenas duas relataram ter recebido suporte psicológico durante o período de internação do

filho na UTI neonatal. Dos quatro familiares entrevistados, nenhum deles participou de atividades ou recebeu apoio emocional durante o processo de hospitalização da criança naquela unidade. No dia 11.09.2012, no horário vespertino, uma médica solicitou a minha ajuda para intervir junto a uma mãe que estava com dificuldades para visitar e interagir com o filho, acreditando que eu fazia parte da equipe de Psicologia da maternidade. Foi dito a ela que o caso seria encaminhado para a pessoa responsável por esse setor.

Além disso, outra questão que dificulta o trabalho do psicólogo, principalmente com os familiares do bebê pré-termo, é o fato de que as visitas destinadas aos avós e irmãos ocorrem no período vespertino e a psicóloga responsável pela UTI neonatal não está mais presente na maternidade nesse horário, pois às 13:00 horas há troca de turno de profissionais de Psicologia. Então, quando há alguma emergência na unidade, o psicólogo que trabalha no turno vespertino atende pontualmente àquela situação específica, porém, sem possuir um vínculo afetivo pré-estabelecido com o paciente, seja ele o pai, a mãe, o avô ou avó do bebê.

Campos (1999) faz uma crítica ao modelo organizacional predominante nos serviços de saúde pública, sugerindo um novo arranjo. O autor enfatiza o paradigma médico tradicional, normativo e prescritivo, como grande responsável pela precariedade nos vínculos terapêuticos entre usuários e profissionais (médicos e enfermeiros). No entanto, acredito que podemos transpor alguns de seus argumentos para a realidade do trabalho do psicólogo. Por exemplo, quando ele aborda a questão da relação profissional/paciente ser do tipo pontual e fragmentada, dentre outros fatores pelo fato de se ter generalizado o costume dos profissionais trabalharem em regime de turnos (plantões), reduzindo-se a disponibilidade de pessoas que estejam presentes nos serviços durante a maior parte dos dias da semana, isso ocorre também com os psicólogos. Apesar de trabalharem diariamente, com carga horária de 30 horas semanais, eles não permanecem na instituição o dia todo e não possuem um momento na rotina diária que sirva para a troca de informações do que ocorreu em seus turnos. Tendo em vista que o dia-a-dia no ambiente hospitalar é muito dinâmico, às vezes acontece de no período matutino não haver nenhuma intercorrência e à tarde ocorrer uma situação relevante. Por isso, seria importante que os psicólogos, juntamente com os gestores da maternidade, pudessem propor mudanças organizativas, revendo seus horários, por exemplo, para que pelo menos tivessem tempo de se encontrar e discutir em equipe suas intervenções, situações de casos mais delicados, etc. Como afirma Campos (apud BRASIL, 2009, p. 87), "um grupo de profissionais só configura uma equipe quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementaridade e não soma ou superposição [...]".

No dia 20.09.2012, foi possível observar o psicólogo intervindo em um caso de óbito que ocorreu no período vespertino, na UTI neonatal. O profissional de Psicologia foi solicitado a acompanhar a mãe e a família do recém-nascido que faleceu, oferecendo suporte emocional nesse momento de dor e tristeza. Após os aparelhos terem sido desligados, a mãe pôde segurar o filho no colo para despedir-se do mesmo. A equipe de saúde estava muito sensibilizada, alguns chorando, pois além de cuidadores do bebê, eram também colegas de trabalho da tia da criança, que é técnica em Enfermagem e estava presente, apoiando a irmã. Nessa tarde, não houve a visita dos avós e nenhuma outra mãe estava na UTI neonatal. No entanto, as mães dos bebês internados na UCI que estavam visitando-os ficaram muito tensas e ansiosas com essa situação, temendo que o mesmo acontecesse com seus filhos.

No dia seguinte, uma delas relatou que a sua pressão arterial subiu após os acontecimentos recentes, referindo-se ao falecimento na UTI neonatal e a uma intercorrência com a criança que ficava ao lado do leito da sua filha. Após esses casos de óbito, o psicólogo poderia intervir, como recomenda Morsch e Valansi (2004), tanto com a equipe quanto com as mães, para que os sentimentos desencadeados pelas perdas pudessem ser externalizados e bem elaborados. No dia 01.11.2012, soube que um dos bebês pré-termos, que estava internado na UTI neonatal, havia falecido há dois dias. A criança nasceu de seis meses e sobreviveu apenas 15 dias. No dia 09.11.2012, uma das mães me ligou para avisar que um recém-nascido a termo, que havia contraído uma infecção, não resistiu e veio a óbito.

Diante da importância das visitas da família ampliada, que representa um grande conforto e apoio para os pais, cabe também ao psicólogo estar presente nesses momentos, orientando e transmitindo segurança aos novos visitantes da unidade neonatal, incentivando-os a participar e acompanhar o processo de hospitalização do bebê (LAMY FILHO, 2003). O Ministério da Saúde (2009) afirma que tais visitas se caracterizam por serem profiláticas e ao mesmo tempo terapêuticas, devido aos efeitos que produzem nos pais da criança.

Na maternidade onde o estudo foi realizado, a visita dos avós aos bebês internados na UTI neonatal/UCI é apenas permitida nas quintas-feiras, à tarde, não havendo flexibilidade em relação ao dia e horário. Durante o período de observação, não foi verificado o acompanhamento das visitas pelo psicólogo. Os tios e demais familiares ou mesmo outras pessoas que fazem parte da rede social dos pais do bebê não podiam visitá-lo na UTI/UCI,

diferentemente da realidade de outras instituições, como a do Hospital Geral da Bahia, citado no artigo de Nunes (2010).

No dia 19.09.2012, pela segunda vez presenciei um familiar ser impedido de visitar um bebê internado na UTI neonatal, pela equipe de enfermagem de plantão, que proibiu uma tia de ver o sobrinho. Em ambas as ocasiões, nos dias 30.08.2012 e 19.09.2012, apesar de os familiares terem questionado essa norma, que está prevista no Manual do Acompanhante da maternidade, eles foram impedidos de visitar o recém-nascido.

Além dos avós, a presença dos irmãos do bebê também é fundamental para a formação inicial do vínculo fraterno. Sendo assim, o Ministério da Saúde sugere que o Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal faça parte das atividades do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Risco - Método-Canguru (MORSCH e DELAMONICA, 2005). No entanto, pude observar que, embora a maternidade manifeste a intenção de permitir o acesso dos irmãos, tendo até estabelecido formalmente um dia e horário de visita na semana, o programa não tem sido realizado. A própria equipe de saúde, incluindo os psicólogos, demonstrou desconhecimento em relação ao seu funcionamento. Além disso, foi determinado pela instituição que a idade mínima para a entrada na UTI neonatal é de 12 anos, o que na prática inviabilizava a visita dos irmãos, uma vez que na maioria dos casos em que as mães possuíam outros filhos além do bebê, estes eram menores do que a faixa etária permitida. Desse modo, nas quartas-feiras, à tarde, em que estive na instituição, apenas foi observado um dia (30.08.2012) em que um irmão entrou na UTI neonatal. Entretanto, nenhuma atividade direcionada foi realizada e não houve o acompanhamento do profissional de Psicologia.

Diante desse panorama, percebi que as mães não são amparadas adequadamente nem pela rede de suporte dos profissionais nem pela rede de suporte dos familiares, dentro da maternidade. O apoio oferecido às mães, pelos familiares, consiste, basicamente, em organizar as tarefas práticas do dia-a-dia, como cuidar dos outros filhos, durante o período de internação do bebê, dos afazeres domésticos, terminar os preparativos para a saída da criança do hospital (enxoval, quarto, etc.), o que para elas já representa uma enorme ajuda, uma vez que se encontram impossibilitadas de realizar tais atividades.

Acredito que o auxílio recebido da família ampliada ameniza a sensação de negligenciamento, comentada por Souza et al. (2009), por privar os filhos do convívio materno e delegar a outras pessoas a responsabilidade de cuidar deles. Das seis mães entrevistadas, todas, com exceção de uma, sentiam-se amparadas pelas famílias, embora não

recebessem visitas com tanta frequência. Muitas mães justificaram a escassez das visitas dos pais pelo fato de eles trabalharem fora e não poderem estar presentes no horário estabelecido pela instituição ou por morarem longe, em outro estado. A maioria, cinco mães, recebia com maior frequência a visita dos companheiros, considerada por elas fundamental nessa situação de hospitalização. Os maridos eram responsáveis por trazer notícias da casa, dos filhos mais velhos e ofereciam apoio emocional para elas. Uma das mães, que não vivia junto com o pai da criança e não recebia visitas dele, demonstrou ressentimento devido à falta de participação da figura paterna nesse momento difícil do nascimento pré-termo da filha.

Em alguns momentos da pesquisa pude observar que, apesar da precariedade da rede de suporte dos profissionais e dos familiares oferecida às mães no contexto hospitalar, existe uma rede de suporte espontânea, citada nos trabalhos de Morsch et al. (2012), construída pelas próprias mães albergadas. O contato diário entre elas favorece a constituição desse tipo de "rede interna". Essa proximidade estende-se para outras atividades rotineiras, como ir juntas para o refeitório ou ao lactário para a coleta do leite materno.

No dia 19.10.2012, quando estive no "Cantinho do Leite", presenciei uma das mães que estava na maternidade há mais tempo, dizer para a outra, que tivera bebê recentemente e estava ansiosa porque não conseguia retirar muito leite, que nos primeiros dias da internação da filha, ela também sentia dificuldade para fazer a ordenha manual. Vale enfatizar que esse espaço também merece uma atenção especial, uma vez que as mães ficam tensas e ansiosas para retirar a quantidade de leite suficiente para suprir as necessidades do bebê. Além disso, em alguns momentos, fui solicitada, pelas próprias mães, para conversar com aquelas que, em suas opiniões, precisavam receber suporte psicológico. Isso demonstrava que havia solidariedade entre elas.

No dia 31.08.2012, um médico pediatra da UTI neonatal que estava de plantão comentou sobre a importância do psicólogo preparar os pais do bebê para a entrada nesse espaço físico, que, para eles, muitas vezes é desconhecido e assustador. Nesse trabalho foram mencionadas algumas maneiras do psicólogo intervir nesse sentido, a partir de relatos publicados na literatura, como o de Nunes (2010) e o de Maldonado (2009). No entanto, não verifiquei estratégia alguma sendo utilizada para alcançar essa finalidade, de apresentar e inserir os pais e familiares do bebê pré-termo nesse novo ambiente, repleto de máquinas estranhas, barulhos e iluminação, capazes de causar estresse tanto nos bebês como nos familiares (DI BIAGGI, 2002; MOREIRA et al., 2003).

No Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), o trabalho do psicólogo nas unidades intensivas (UTI/UIC) ocorria sempre que era solicitado, mas não havia atividades sistematizadas nesses setores. No entanto, no ano de 2008, esse cenário mudou, resultando em um projeto chamado "Acolhimento Interdisciplinar ao Paciente Crítico, seus Familiares e Equipe", fruto do reconhecimento sobre a relevância do serviço de assistência prestado pelo psicólogo, de forma sistematizada, junto da equipe intensivista, para que a instituição de saúde pudesse atender, de fato, ao processo de humanização preconizado pelo Ministério da Saúde (RIBEIRO e LEAL, 2010). Portanto, acredito ser de suma importância que os gestores da instituição pesquisada repensem essa questão, para que os psicólogos possam prestar um serviço de maior qualidade a essas pessoas que tanto necessitam do suporte desse profissional em um momento de crise aguda.

No que se refere às intervenções realizadas pelo psicólogo, observei que os atendimentos individuais ou em grupo, com as mães que estavam no albergue consistiram nas principais estratégias utilizadas. Com as mães que estavam no ALCON, o atendimento se deu de maneira individualizada, junto ao leito. A escuta que o psicólogo oferece nesse momento torna-se vital, quando na maioria das vezes os demais profissionais de saúde se aproximam das mães apenas para falar sobre o estado orgânico do bebê e pouco escutam o que elas têm a dizer, como se sentem, suas emoções, medos e sofrimento. Foram observadas intervenções dentro do ambiente da UTI neonatal, com o propósito de ajudar as mães a interagir com o filho sem estimulá-lo em demasia, tocando-o de modo contigente, transmitindo-lhe segurança. Além disso, também presenciei o psicólogo desempenhando o papel de facilitador na relação pais-equipe.

### 3.2 Observações sobre a interação mãe bebê pré-termo

Apesar de esse trabalho ter como um dos objetivos descrever a interação mãe-bebê pré-termo dentro da UTI neonatal, também comentarei a diferença que foi percebida nessa relação quando os bebês recebiam alta dessa unidade e passavam para a UCI, que, embora seja um ambiente que ainda requeira cuidados intensivos, a postura da mãe e o clima desse espaço físico sofrem significativas mudanças.

Como já mencionado anteriormente, a UTI neonatal da maternidade fica ao lado da UCI. Esses espaços são apenas separados por uma parede, que possui no meio um vidro transparente, que permite a visualização do que está acontecendo no outro ambiente. Ambos

os setores são permeados por rotinas e normas específicas, que acabam interferindo na interação mãe-bebê, como pôde ser verificado através da fala de algumas mulheres. Pode-se citar, como exemplo, uma situação que ocorre com frequência: nos momentos em que a equipe está realizando algum procedimento invasivo, é colocado um aviso na porta da UTI/UCI para informar aos pais que estes devem aguardar para entrar nesses espaços. Segundo Krodi (2009), isso é uma maneira que os profissionais encontraram de manejar a dificuldade em realizar um procedimento doloroso sob o olhar atento e vigilante da família do bebê.

De acordo com o estado clínico do recém-nascido, as mães são ou não autorizadas a segurá-los no colo e a praticar o Método-Canguru. Na UTI neonatal, percebi que as mães tocam e acariciam os filhos com muita cautela e insegurança, sendo necessário, muitas vezes, o estímulo da equipe de saúde para que isso aconteça.

No dia 31.08.2012, observei uma intervenção médica no horário da manhã, quando os pais vão buscar informações sobre o estado de saúde do bebê. A intervenção ocorreu no sentido de incentivar uma mãe, que estava com seu companheiro, a segurar o filho no colo, uma vez que esta estava com medo de que algum fio se desprendesse da criança. Nesse momento, o profissional de Psicologia da maternidade não estava presente para ajudá-la a interagir com o recém-nascido. Quem a auxiliou foi uma técnica de Enfermagem.

Quanto ao Método-Canguru, verifiquei que tanto na UTI como na UCI, a maioria das mães não coloca seus bebês em contato pele-a-pele, como o método recomenda. As crianças ficam apenas na posição-canguru. Segundo informações colhidas com a equipe de enfermagem da maternidade, a quantidade da roupa específica (uma bata e um top) utilizada na prática do MC, que facilita o suporte do bebê no corpo da mãe, é insuficiente. Por esse motivo, ela não é oferecida. No entanto, isso não justifica que o contato pele-a-pele precoce não ocorra, caso o bebê apresente condição clínica estável. Falta, talvez, um trabalho assistencial efetivo que demonstre para as mães o quanto é importante para elas e para seus filhos esse contato, ressaltando os benefícios, comprovados cientificamente, que ele proporciona.

Outra questão importante observada foi que a maternidade ainda não conta com uma enfermaria própria para a realização do MC. O espaço físico já existe, porém, não está sendo usado. Com isso, as mães que tiveram bebês pré-termos ficam juntas com as que tiveram filhos a termo, no ALCON. O alojamento-conjunto permite um maior contato entre mãe e filho, facilitando o estabelecimento de relações de afeto e desenvolvimento de apego

(GANDRA, 1998). De fato, permanecer com o bebê 24 horas por dia representa para a mãe do bebê pré-termo uma enorme conquista, pois indica que o estado clínico do filho é positivo, embora sentimentos como medo e insegurança possam vir à tona nesse momento, em que ela será a principal responsável pelos cuidados com a criança.

Brazelton (1988), no capítulo "Indo para casa com um bebê prematuro", ressalta que é comum os pais sentirem-se assustados, angustiados e ansiosos, na medida em que experimentam crescentes responsabilidades com o bebê. Pode-se notar tais sentimentos, através da fala de uma das mães que participaram da pesquisa:

**Açucena**: (...) Aí, dia 25 à noite, quando troca de plantão, né, ela foi ficar comigo no leito. Fiquei muito nervosa, será que eu ia poder..., já ter condições de cuidar dela, né, mas... porque eu via que era muito cuidado (...)

Além disso, os bebês que nasceram pré-termos e vão para o ALCON, geralmente precisam ganhar peso antes de ir para casa, sendo menores do que os que nasceram a termo. Muitas vezes ainda estão com sonda e não mamam no seio materno, como os demais. Isso tudo reforça na mãe sentimentos de tristeza, angústia e frustração, pois estas comparam o desenvolvimento dos filhos com os outros recém-nascidos. Diante das peculiaridades dos RN-PT, faz-se necessário um cuidado especial tanto com esses bebês quanto com suas famílias. A mesma mãe citada anteriormente também relata a sua insatisfação de estar no ALCON, ao lado de mães que tiveram bebês a termo:

(...)Aí quando todos os dias as pessoas pegam alta, pra mim assim, eu fico... mais fatigada de ver as pessoas indo embora e eu lá. Eu acho que a gente não tinha que ficar no ALCON, entendeu, de ver mãe com bebês que são normais, chupando e a minha quando não sugava o peito, né. Então, isso pra mim era a pior coisa... quando eu via o bebê mamar no peito da mãe e a minha não saber, tomar na sonda. Daí o pessoal ficava todo mundo especulando: "Olha, o bebê dela tá tomando diferente, na sonda". Aí ela passava mal, eu ficava..., não tentava passar aquilo pra ninguém, né, que ela tava passando mal, eu sabia...(...)

No que se refere ao ambiente físico, percebi uma preocupação da maternidade em propiciar aos bebês um ambiente humanizado, preconizado pelo Ministério da Saúde (2009),

respeitando-se o horário do silêncio, que ocorre das 12:30 até às 14:30 horas, com redução da luminosidade e do ruído na UTI neonatal, e interrupção de coleta de exames. Em todas as incubadoras havia rolinhos de tecido, formando um ninho para conter o RN e um pano encobrindo-as, com o objetivo de proteger os bebês da luz. No entanto, algumas mudanças poderiam ser implementadas, com o intuito de melhorar o bem-estar dos bebês e das mães. As cadeiras ao lado das incubadoras, por exemplo, poderiam ser mais confortáveis, pois as que existem atualmente são de ferro, inapropriadas para quem as utiliza por um período prolongado. Apesar de o espaço físico da UTI neonatal ser pequeno, cadeiras mais confortáveis facilitariam a permanência das mães nesse ambiente. Durante o processo de observação, foi possível ouvir algumas reclamações de dores na região lombar, devido aos assentos inadequados.

Em relação ao aspecto humano, o tom de voz usado por alguns membros da equipe durante as conversas poderia ser menor, o que tornaria o ambiente mais silencioso e tranquilo. A acústica de uma UTI tradicional é muito diferente do meio biológico intraútero. Segundo o médico pediatra Oliveira (2009), enquanto os limiares médios de estímulo intraútero variam entre 28-35dB, os níveis encontrados nas UTIs excedem em muito a esse limiar. Estudos mais recentes mostram que essa poluição sonora que ocorre na maioria dessas unidades, afeta não somente as crianças, mas também seus pais, quando presentes no ambiente. Esses ruídos caóticos provêm, conforme o autor, não apenas de conversas entre os profissionais, mas também de ações realizadas de maneira inadequada pela equipe, por alarmes de monitores e de incubadoras, excesso de pessoas na unidade, limpeza desordenada do ambiente, entre outros fatores.

Uma abertura de embalagem plástica pode atingir 67 dB; o fechamento incorreto de uma porta de incubadora 111 dB; o tamborilar com os dedos no acrílico da incubadora a 95 dB, enquanto que um esbarrão na incubadora chega a 140 dB (OLIVEIRA, 2009). Portanto, os cuidadores devem ter consciência do excesso de barulho que a UTI neonatal oferece ao bebê e prestar mais atenção ao seu comportamento.

Outra mudança relevante seria o cuidado em chamar os bebês e as mães pelo nome. Isso tornaria a relação humana nesse ambiente menos impessoal. Apesar da rotina hospitalar intensa e da rotatividade de bebês e pais nessa unidade ser grande, é importante tratá-los como sujeitos e não objetos. Não é raro ouvirmos o termo "mãezinha" ou "RN do leito X" ao invés do nome das genitoras e de seus filhos. No dia 27.08.2012, observei que faltavam os nomes das crianças na ficha de identificação, que são colocadas ao lado de cada incubadora.

Fongaro e Sebastiani (2001, p. 47) comentam que uma das manifestações psíquicas frequentes, decorrente da hospitalização, é a "despessoalização", que ocorre quando o paciente é destituído de suas particularidades e singularidades, seus hábitos e seus objetos pessoais, durante a internação, passando a adquirir as regras e costumes do contexto em que está inserido. Segundo os autores, essa manifestação psíquica pode levar ao rebaixamento da autoestima, adaptação exagerada ao ambiente, ansiedade, insegurança, etc, sendo importante a avaliação desses sintomas e intervenção no local. Ademais, o psicólogo poderia realizar um trabalho de intervenção com a equipe de enfermagem, orientando-a a falar com os bebês antes dos procedimentos, explicando-lhes o que irá acontecer (WILHEIM, 1997; BRASIL, 2009). Falar com o bebê tornar-se-ia natural, na medida em que esses profissionais tivessem consciência do efeito benéfico do uso da linguagem verbal associado a condutas que respeitem os sinais emitidos pelo RN-PT.

#### 3.3 Entrevistas

Antes dos dados serem apresentados, farei um breve relato da história de cada participante. Apesar de as categorias levantadas a partir da análise do conteúdo das entrevistas sejam as mesmas, há diferenças nas subcategorias, que embora tenham sido homogêneas, apontam as especificidades de cada caso.

Os nomes atribuídos tanto para as mães como para os familiares são fictícios, sendo escolhidos nomes de flores, cujos significados estão associados a sentimentos que foram fortemente percebidos nas participantes durante o processo de pesquisa. Os significados das flores foram retirados do site: <a href="http://www.mundodeflores.com/rosas-lista-nomes-flores-a-i.html">http://www.mundodeflores.com/rosas-lista-nomes-flores-a-i.html</a>>.

### 3.3.1 Entrevista com as mães:

# Flores do campo - Felicidade

A entrevista foi realizada no dia 20.09.12. Flores do campo tem 30 anos, é dona de casa, possui nível superior incompleto, tendo cursado até o 4° período de Administração. É procedente de Manaus – AM, vive em união estável com seu companheiro e tem três filhos:

um menino de quatro anos, uma menina de 2 anos e o bebê, do sexo masculino, que está com 20 dias de vida. O primeiro filho é fruto de um relacionamento anterior.

Flores do campo não planejou a gravidez e a causa do parto pré-termo foi um descolamento da placenta. O bebê nasceu com desconforto respiratório e síndrome de Down, com cardiopatia grave, pesando 2.450 g. Durante o pré-natal, ela não foi informada da alteração genética do filho, mas, ao receber o provável diagnóstico (que depois veio a ser confirmado pelo exame clínico com a geneticista), informou ao médico plantonista da UTI neonatal na qual o bebê estava internado, que tinha conhecimento prévio do que essa síndrome significava.

Após o choque inicial do diagnóstico, a mãe aceitou bem a criança. Devido aos graves problemas de saúde do bebê, ambos ficaram um longo período na maternidade. Em vários momentos, observei Flores do campo conversando com as outras mães, apoiando-as e encorajando-as nos momentos difíceis, demonstrando alegria e amizade.

O recém-nascido foi submetido a uma cirurgia cardíaca, em um hospital particular da cidade, para melhorar a sua qualidade de vida, porém esta não foi suficiente para curá-lo. Após a sua recuperação, foi transferido para outro hospital público, onde a mãe só podia visitá-lo no horário estabelecido pela instituição, diferentemente do que acontecia quando ele estava na maternidade pesquisada. A criança acabou falecendo.

Durante o período de internação do bebê, a mãe passou por grande crise e ruptura familiar, os filhos mais velhos foram morar com as avós, em outros municípios, para que ela pudesse se dedicar ao bebê e o marido saiu de casa, devido às constantes brigas que o casal vinha tendo.

Flores do campo manteve contato comigo após a morte do filho e foi aconselhada a fazer terapia.

### Begônia - Timidez e cordialidade

A entrevista foi realizada no dia 13.09.12. Begônia tem 20 anos, possui ensino médio completo, é atendente, solteira, procedente de Monte Alegre – PA. Tem uma filha de dois meses, que nasceu pesando 760 g. A causa do parto pré-termo foi a hipertensão arterial da mãe.

A gravidez de Begônia não foi planejada e a criança nasceu antes do sexto mês de gestação. Segundo a mãe, o médico lhe teria dito que a RN não sobreviveria, mas, apesar da

extrema prematuridade, a bebê não precisou ser entubada e ficou apenas três dias usando uma máscara de oxigênio para respirar. Por ser sua primeira filha e por nunca ter visto um bebê pré-termo, Begônia ficou desesperada quando a menina nasceu.

O tempo total de sua internação na maternidade foi de aproximadamente dois meses, mais de um mês na UTI neonatal e poucas semanas na UCI. A entrevista foi realizada quando a criança já estava no ALCON com a mãe, aguardando receber alta. O pai da criança, exnamorado de Begônia, apesar de ter dito que iria assumir a filha, até o momento da entrevista não tinha ido visitá-la na maternidade, apenas a registrou. Embora a mãe receba o apoio da família, foi possível notar, através de sua fala, o quanto ela gostaria de também estar recebendo o suporte emocional do pai da menina.

### Anêmona - Perseverança e persistência

A entrevista foi realizada no dia 21.09.12. Anêmona tem 30 anos, possui nível superior completo, é técnica em Enfermagem e terminou o curso de Fonoaudiologia, é casada, procedente de Manaus – AM e tem uma filha, que nasceu na 32ª semana de IG, pesando 1. 445 g, que se encontrava na UCI no dia da entrevista. No ano passado, perdeu um menino que também tinha nascido pré-termo, só que de 28 semanas de IG, pesando apenas 520 g.

A gravidez foi planejada e devido à perda do primeiro filho, fez vários exames para investigar seu estado de saúde. Segundo a mãe, quando a médica a liberou para ter outro filho, pouco tempo depois, ela conseguiu engravidar novamente. A causa do parto pré-termo foi a mesma do primeiro filho, em decorrência do problema que a mãe tem na artéria uterina.

Durante a internação da recém-nascida, Anêmona recebeu o apoio da família e do esposo. Presenciei a saída da bebê da maternidade. Foi um momento muito emocionante, de alegria para a mãe e para a equipe de saúde, que também pôde se despedir das duas.

#### Alfazema - Calma

A entrevista foi realizada no dia 12.09.12. Alfazema tem 32 anos, é dona de casa, possui ensino médio completo, é casada, procedente de Belém - PA, tem dois filhos, um menino de 10 anos e uma menina de oito dias, que nasceu na 33ª semana de IG, pesando 1.530 g. O filho mais velho também nasceu pré-termo, de oito meses e uma semana, com baixo peso, mas não precisou ficar internado na UTI neonatal.

Apesar de a gravidez não ter sido planejada, Alfazema queria muito ter uma filha e ficou feliz quando soube que estava grávida. A causa do parto pré-termo foi a hipertensão arterial da mãe.

Alfazema é evangélica e, em várias ocasiões em que fui ao hospital, a encontrei lendo a Bíblia sozinha. Durante o contato que tive com a mãe, apesar dos momentos de tristeza e angústia, ela demonstrou ter muita fé na recuperação da filha. Embora soubesse que o filho estava sendo cuidado pela tia, Alfazema sentia muita saudade dele. O menino não recebeu autorização para visitar a irmã, no período em que esteve internada, por ter menos de 12 anos. Algumas vezes, a mãe foi dormir em casa para vê-lo, mas dizia que ficava preocupada com a filha no hospital.

Estava presente na maternidade no dia em que a bebê foi para o ALCON com a mãe. Alfazema estava muito feliz e animada com a perspectiva de ir em breve para casa, para receber o apoio da família, que as aguardava há mais de um mês.

### Açucena - Angústia

A entrevista foi realizada no dia 01.11.2012. Açucena tem 36 anos, é gerente administrativo de uma escola, possui ensino médio completo, é casada, procedente de Manaus-AM, tem quatro filhos, um menino de 18 anos, uma menina de 11, um menino de dois anos e quatro meses e uma menina de 19 dias, que nasceu na 33ª semana de IG, pesando 1.930 g. A causa do parto pré-termo foi o diabetes gestacional desenvolvido pela mãe.

Açucena chegou na maternidade em trabalho de parto avançado e a filha nasceu no corredor. Contraiu uma infecção e foi internada na UTI neonatal. Em seguida, passou para a UCI e depois para o ALCON, antes de receber alta hospitalar.

No dia da entrevista, Açucena estava com a filha e a mãe no ALCON. A avó da criança ficou com a neta, para que eu pudesse conversar com a mãe. Açucena apresentou o humor deprimido, demonstrando insegurança em relação à sua capacidade de cuidar sozinha da filha. Segundo Açucena, ela já teve um episódio depressivo e reconheceu que estava sentindo alguns sintomas semelhantes. Logo após a entrevista, soube que Açucena e a filha tinham ido para casa.

#### Genciana- Dor

A entrevista foi realizada no dia 01.11.2012. Genciana tem 27 anos, é vendedora, possui ensino médio incompleto, é solteira, mas vive com o companheiro há cerca de três anos. É procedente de Juruti - PA, tem três filhas, uma menina de 11 anos, uma de dois e outra de um mês e quatro dias, que nasceu na 28ª semana de IG, pesando 1.145 g. A filha mais velha, que nasceu a termo, é fruto de um relacionamento anterior. A menina não tem contato com o pai biológico nem com a família dele. A segunda filha também nasceu antes do término da gestação. Segundo a mãe, a gravidez da terceira filha foi planejada, pois queria tentar um menino. A causa do parto pré-termo foi o fato de a mãe ter adquirido uma infecção urinária durante a gestação.

Genciana tem problemas cardíacos e estava muito preocupada com a filha de 11 anos, que vinha apresentando sérios problemas de comportamento.

Acompanhei a alta da bebê e soube, pela mãe, que a sua filha mais velha engravidou e sequer tinha certeza sobre quem era o pai. Depois disso, o marido de Genciana não queria aceitar a enteada em casa. A mãe da jovem, por sua vez, não queria se separar do esposo para cuidar da adolescente.

Genciana não conta com o apoio da família e, durante a internação da filha caçula, nenhum parente foi visitá-la, apesar de ter telefonado e pedido para eles irem ao hospital.

Tabela 2 - Perfil das mães que participaram da pesquisa:

Mãe	Ida de	Escolaridade	Estado civil	Profissão	Procedência	Sexo/Ordem do filho	Peso do RN ao nascer
Flores do campo	30	Superior incompleto	União estável	Dona de casa	Manaus-AM	Masculino/3° filho	2.450 g
Begônia	20	Ensino médio completo	Solteira	Atendente	Monte Alegre - PA	Feminino/ 1° filho	760 g
Anêmona	30	Superior completo	Casada	Técnica em Enfermagem	Manaus-AM	Feminino/ 2° filho	1.445 g
Alfazema	32	Ensino médio completo	Casada	Dona de casa	Belém-PA	Feminino/ 2° filho	1.530 g
Açucena	36	Ensino médio completo	Casada	Gerente administrativo de uma escola	Manaus-AM	Feminino/ 4° filho	1.930 g
Genciana	27	Ensino médio incompleto	União estável	Vendedora	Juruti-PA	Feminino/ 3ª filha	1.145 g

#### 3.3.2 Entrevista com os familiares:

### Mimosa - segurança

A entrevista foi realizada no dia 30.08.2012. Mimosa tem 41 anos, três filhos, é dona de casa, solteira, possui ensino médio completo e é avó do bebê que nasceu pré-termo, de 7 meses, que ficou internado na UTI neonatal por aproximadamente dez dias.

No período de internação do neto, Mimosa recebeu permissão da assistente social da maternidade para permanecer no albergue, junto com a filha caçula, menor de idade, reconhecendo a importância do apoio da avó nesse momento. A entrada de Mimosa na UTI neonatal era permitida diariamente, das 11:00 horas ao meio-dia. Nesse período da manhã, era ela quem recebia as informações clínicas sobre o estado de saúde do bebê.

A filha de Mimosa foi vítima de violência sexual, praticada pelo padrasto. Quando Mimosa soube do fato, separou-se dele. A gravidez da adolescente foi descoberta pela família no quinto mês e era de alto risco, devido à sua pouca idade. Inicialmente, Mimosa e a filha pensaram em realizar um aborto legal. Porém, como a gestação já estava avançada, descartaram essa possibilidade. A segunda opção seria colocar o bebê para adoção. A terceira, aceitá-lo. Após atendimento psicológico realizado pelo Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), na maternidade pesquisada, decidiram ficar com a criança. Segundo Mimosa, durante a gestação, a filha fez um tratamento de quase oito dias para evitar que o bebê nascesse antes do tempo, sem obter sucesso.

Além do contato que tive com Mimosa durante a entrevista, observei-a auxiliando a filha amamentar o neto na UCI e acompanhei a alta do bebê da maternidade. A filha voltou a estudar à noite, enquanto a criança é cuidada por Mimosa.

### Lótus - proteção e amor

A entrevista foi realizada no dia 20.09.2012. Lótus é casado, tem 28 anos, possui ensino médio completo, é técnico em Enfermagem e é o pai de uma bebê que nasceu na 32ª semana de IG, pesando 1.445 g.

Quando conversamos, a criança já estava na UCI. Foram, aproximadamente, dez dias de internação na UTI neonatal da maternidade. Mesmo Lótus, que trabalha na área de saúde e tem experiência profissional em UTI, considera esse setor "assustador". Logo que a filha

nasceu, teve cinco dias de licença e, nesse período, a visitou duas vezes ao dia, de manhã e à tarde. Depois disso, passou a vê-la nos seus dias de folga do trabalho. Como Lótus tem dois empregos, trabalha 24 horas e descansa no dia seguinte.

O pai foi muito atencioso durante a entrevista e demonstrou, através do seu discurso, ter muita fé em Deus e na recuperação da bebê. Comentou sobre a felicidade da família com o nascimento da menina e os preparativos que estão sendo feitos para a sua chegada em casa. Além desse momento, também tive contato com o pai no interior da UCI, junto com a esposa e a filha. Ele pareceu muito carinhoso e cuidadoso.

### Junquilho - Tristeza

A entrevista foi realizada no dia 26.10.2012. Junquilho tem 30 anos, é motorista, possui ensino médio incompleto, é solteiro, mas vive há cerca de três anos com a companheira. É o pai de uma bebê que nasceu na 28ª semana de IG, pesando 1.145 g. No dia da entrevista, a criança já estava na UCI. Segundo o pai, quando a menina estava internada na UTI neonatal, vinha visitá-la durante o dia. Porém, devido à mudança em seu horário de trabalho, passou a visitar a esposa e a filha à noite, a partir das 19:00 horas. Até o dia em que a entrevista foi realizada, o pai ainda não havia segurado a bebê no colo, tendo apenas a tocado, conforme foi seu desejo.

No momento da entrevista, Junquilho pareceu cansado e desanimado. Comentou sobre a sua rotina diária e os problemas que estava enfrentando com a enteada de 11 anos. Relatou que já buscou ajuda da assistente social e da psicóloga da maternidade, bem como do Conselho Tutelar, mas nada adiantou. A esposa está "albergada", mas algumas noites sai do hospital para dormir em casa com ele e as outras duas filhas mais velhas.

### Girassol - Dignidade

A entrevista foi realizada no dia 26.10.2012. Girassol tem 37 anos, é casado, possui ensino superior completo e trabalha como administrativo de obras. É o pai da criança que nasceu pré-termo, na 33ª semana de IG, pesando 1.530 g.

Durante o período de internação da filha na UTI neonatal, Girassol pôde visitá-la diariamente, pois tirou férias para assistir tanto ao bebê quanto à esposa. A criança permaneceu aproximadamente por quinze dias na UTIN. Depois, foi para a UCI, tendo,

entretanto, retornado à UTIN, devido a uma infecção. No dia da entrevista, a menina já estava novamente na UCI.

Girassol demonstrou, através do seu discurso, compreender os sentimentos vivenciados pela esposa, apoiando-a nesse momento tão delicado de hospitalização da criança.

Tabela 3 - Perfil dos familiares que participaram da pesquisa:

Familiar	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão	Grau de parentesco
					com o bebê
Mimosa	41	Ensino médio completo	Solteira	Dona de casa	Avó
Lótus	28	Ensino médio completo	Casado	Técnico em Enfermagem	Pai
Junquilho	30	Ensino médio incompleto	Solteiro	Motorista	Pai
Girassol	37	Ensino superior completo	Casado	Administrativo de obras	Pai

### 3.3.3 Categorias levantadas nas entrevistas:

# 1) Nascimento pré-termo e sentimentos vividos pelas mães

Subcategorias:

### a) Choque/Negação

**Açucena**: (...) aí, o médico falou assim: "Eu vou levar a sua filha lá pro..., pro berçário, a gente vai ficar de observação". Então, isso pra mim já foi um choque, eu pensei assim, eu bloqueei a minha mente e disse: "Não está acontecendo isso comigo", mas era

comigo. Eu queria, se possível, não ser eu, sabe, naquela hora, mas sou eu até hoje aqui, entendeu.

Anêmona (na gestação): O médico, ele já tinha me alertado durante a..., a gravidez, né. Com 26 semanas ele falou que de novo apresentei o mesmo problema do ano passado e..., que era pra eu me preparar porque viria uma grande tempestade. Eu não queria acreditar, né, mas não sei, a razão ela meio que prevalece, né, mas eu tentava agir fé, agir a fé, e..., mas ela veio cedo, né, como ele tinha dito e disse que se eu chegasse com 32 semanas, estaria na vantagem.

(No nascimento) (...) Então, assim..., ela só evoluía, então, isso me alegrava muito, não deixava eu pensar na..., no estado que eu me encontrava, na maternidade, com um bebê na UTI... Então, deixei esse pensamento de lado e só me foquei na evolução dela.

Brazelton (1994, p.425) já dizia que "o nascimento de uma criança prematura é um choque". A gravidez é cessada bruscamente e toda a preparação para o parto e para a chegada do novo bebê é interrompida. Maldonado (2009) ressalta que o primeiro impacto da notícia de um acontecimento inesperado, como, por exemplo, o nascimento pré-termo, provoca surpresa e choque, seguindo-se de várias emoções que são despertadas de modo turbulento.

Diante disso, o ego, para se proteger contra a ansiedade que esse evento traumático desencadeia, tenta distorcer a realidade que o perturba, através da negação. A negação é um "mecanismo de defesa cuja característica é a não-inclusão de afetos ameaçadores à estrutura egóica do indivíduo diante de uma situação atual" (FONGARO e SEBASTIANI, 2001, p. 43). Portanto, o impacto que o nascimento pré-termo causa é tão intenso que não é raro que esse mecanismo de defesa seja utilizado contra a ameaça de aniquilamento psíquico.

#### b) Medo

Alfazema: (...) eu tive muito medo de, na verdade, até de morrer naquela situação, porque é uma situação muito complicada. Eu..., eu vomitei muito, cheguei a vomitar até sangue. Então, aquilo foi muito preocupante, toda vez que eu vomitava aquilo eu achava assim que eu ia morrer e a minha filha ia ficar, tá entendendo?

Flores do campo: Eu fiquei meio receosa, assim, de perder o meu filho, pelo fato dele ter nascido..., ao mesmo tempo prematuro e também ele nasceu roxinho. Então, naquela hora que ela perguntou se eu queria fazer a minha laqueadura, aí eu disse que não, porque eu fiquei com medo de perder meu filho e não poder ter outro. Aí eu opinei em não fazer a laqueadura naquele momento.

Eu fiquei com receio do meu esposo me deixar, dele rejeitar meu filho, porque toda..., toda pessoa que engravida, principalmente nós mulheres, a gente quer nossos filhos perfeitos, saudáveis, sadios, então, quando a gente se depara com uma situação em que de uma certa forma é especial, a gente sente aquele impacto, de o marido abandonar, da família rejeitar e graças ao meu bom Deus, isso não aconteceu comigo.

**Begônia**: Fiquei em desespero, porque eu pensei que eu ia perder ela, né (...)

(...) O médico disse que ela não ia poder sobreviver, né, mas sobreviveu, prematura.

**Açucena**: Eu fiquei muito preocupada assim, porque o médico disse: "Olha, a situação dela não é boa, né, ela vai pra UTI..." Quando falou UTI pra mim, pronto, aí eu fiquei com aquele nó no coração, né, e até hoje assim...

Pode-se identificar nas falas das mãe o medo de morrer, de que o filho não sobreviva, do abandono familiar e do próprio ambiente da UTI neonatal, que, como demonstram alguns estudos (LAMY, 2005; BRAZELTON, 1998; DI BIAGGI, 2002; BRITO, 2002; MOREIRA et al., 2003), representa um lugar desconhecido, estressante e hostil.

O medo da morte da criança, evidenciado nas falas de Begônia e de Flores do campo, é comum no nascimento pré-termo. Tal sentimento faz com que tanto a mãe como a família sintam-se vulneráveis, sendo atingidas em sua falsa sensação de proteção e imortalidade (CHIATTONE, 2001).

O medo de ser rejeitada pelo marido e pela família também apareceu na fala de Flores do campo, devido à prematuridade do filho e ao fato de ele ser portador da síndrome de Down. O nascimento de um bebê diferente do que a mãe idealizou durante a gestação suscitou nela o medo de não ser aceita.

Açucena: Me senti culpada, não pelo fato dela ser minha filha, porque eu não me preveni, eu botei em risco uma vida, né. Se eu pudesse eu não teria feito isso, né. Eu teria evitado, mas como eu engravidei, eu amei a minha filha, desde quando eu descobri, só que sempre com medo, mas eu me senti culpada por eu ter botado uma vida em mim e ela nascer assim, prematura, né.

A separação precoce suscita na mãe uma sensação de não ser suficientemente boa para proteger seu bebê e de culpa por colocá-lo indefeso nessa situação tão difícil em que ele luta sozinho pela sobrevivência, desligado de sua fonte de vida psíquica e correndo todos os perigos, provenientes até mesmo do suporte, no sentido biofísico, que recebe da UTI neonatal (WINNICOTT, 1999).

Segundo Bragheto e Jacob (2011), sentimentos de incompetência, frustração e culpa podem ser despertados na mãe, pelo fato de ela não ter dado à luz ao filho sonhado durante o período da gestação e tais sentimentos podem dificultar as condições de acolhimento e cuidados que ela venha a oferecer a seu bebê.

Dias (2004), a partir de relatos de pais que tiveram bebês pré-termos internados em unidade de tratamento intensivo, afirma ser notório que a mãe sente-se culpada por não ter conseguido levar sua gravidez até o fim.

Para Almeida (2004, p. 196), "o nascimento de um bebê prematuro, somado à aparência frágil da criança e a necessidade de cuidados intensivos, pode provocar na mãe um sentimento de culpa, mediado por sua sensação de incapacidade e periculosidade".

No caso específico da Açucena, o sentimento de culpa ficou mais evidente do que nas demais, devido ao fato de ela já ter enfrentado outras duas gravidezes de risco (a primeira e a terceira), e da médica já a ter prevenido que, se houvesse uma nova gestação, o bebê nasceria pré-termo. Segundo Açucena, após o nascimento do terceiro filho, ela fez uso de métodos anticonceptivos, porém, após suspendê-los, engravidou novamente, sem que tenha havido nenhum planejamento familiar.

#### d) Tristeza

**Genciana:** Ah, eu me senti um pouco, né...triste, né, porque eu não planejei isso, eu tava fazendo tudo direitinho, pra ver se ela nascia de 9.

Alfazema: Ontem, eu dei uma desabada, porque meu filho ligou e ficou falando, falando, "mãe, tô com saudade" e não sei o quê. A comida ficou aqui, deixei a comida e pronto. Aí liguei pra minha irmã, não conseguia falar, até deixei ela um pouco aflita, né, desesperada, mas depois eu liguei pra ela e falei que foi só um momento ali, passou. Mas é bem complicado, que cê chega ali, se depara com teu filho com aquela sonda se alimentando por ali, aquele negócio..., um monte de fio, toda hora tão fazendo acesso na criança, às vezes não conseguem achar a veia, e fura, fura aqui..., então, é difícil.

**Açucena**: (...)Aí hoje, eu não aguentei mais e comecei a me desesperar e me deu uma ansiedade muito grande. Assim, esses dias tá me dando, né. Ansiedade assim, o meu coração fica miudinho, querendo chorar, querendo ir embora, desespero...

A tristeza pode ser interpretada, muitas vezes, como consequência do fracasso da mãe em não ter conseguido gerar um bebê a termo, expondo à sociedade a sua suposta incompetência enquanto reprodutora, como afirma Mathelin (1999). Pode, contudo, estar também relacionada à nova realidade que ela terá que enfrentar durante o período de hospitalização da criança. É muito comum as mães que têm outros filhos sentirem-se tristes por estarem longe de casa, delegando os cuidados maternos a terceiros (SOUZA et al., 2009).

#### e) Impotência

Flores do campo: (...) Então, na UTI assim é diferente, o tratamento, você não pode dar banho, você não pode vestir, você não pode arrumar, você tem que ficar vendo ele naquela incubadora. Então, essa situação não é boa. Você quer tá o tempo todo com o seu filho, podendo fazer com ele o que você poderia ter feito se tivesse em casa e na UTI é diferente. Tem hora pra você ir visitar, tem horas em que tão fazendo procedimento, você não pode entrar. Às vezes o procedimento é com o seu filho, você quer ver, você quer ajudar, mas você não pode fazer nada (...)

Alfazema: (...) às vezes você chega e não pode entrar agora. Teve um dia que eu fiquei aflitíssima, a minha pressão aumentou demais. Eu fui lá cinco vezes de manhã, né. Eu sei que eles tavam num procedimento, que de manhã é meio complicado, são vários bebês, né, não é só ela, né, mas eu fiquei bem aflita sim, porque você já acorda com aquela

expectativa de ver, porque não tá ali com você, né. Você não sabe se tá sendo bem cuidado, até porque tem..., todo dia tem troca de plantões, então, você sempre fica com aquilo, né, mas eu confio num Deus que é maior, que Ele cuida, né, então, eu procuro me acalmar (...)

**Açucena:** (...) Aí eu ficava lá, eu ia de 3 em 3 horas, por mais que não pudesse entrar, né. Lá não pode ter esse..., tanto tempo como na UCI, não pode a mãe entrar toda hora. Aí eu pedia autorização, aí ela dizia: "Agora não pode, venha depois", mas eu ficava insistindo pra mim entrar (...)

(...)Aí quando ela liberava, eu entrava, mas não era assim como eu queria, né. Tinha regras, porque por mim, eu queria tá todo tempo com ela, pra proteger ela, né.

A impotência é uma "condição encontrada frente à impossibilidade de reação à situação vivenciada na atualidade pela pessoa. Encontra-se acompanhada por auto-estima rebaixada, sentimento de menos-valia" (FONGARO e SEBASTIANI, 2001).

Pode-se notar que esta manifestação psíquica está associada, no caso do nascimento pré-termo, às implicações práticas e cotidianas impostas por esse acontecimento. As rotinas e procedimentos hospitalares impedem o contato contínuo da mãe com seu filho, podendo dificultar o processo de fortalecimento do vínculo entre a díade e reforçar na mãe o sentimento de que os seus cuidados são menos importantes do que os da equipe de saúde.

### 2) Importância da atuação do psicólogo para as mães

Subcategorias:

#### a) Acolhimento psicológico

**Alfazema**: E eu acredito que é muito importante, hoje quando ela foi lá conversar comigo assim, eu me senti um pouco mais aliviada, né.

Flores do campo: Um apoio de autoestima, porque a gente fica tão abalada com as situações, que a gente não pensa só no nosso filho, têm várias outras crianças lá dentro. Então, querendo ou não quando a gente é mãe, a gente se sente no papel das outras mães que

tão sofrendo. Então, a gente de uma certa forma, tenta se fortalecer e de uma certa forma, enfraquece também, devido os problemas, mas sempre me colocando pra cima.

**Genciana:** Eu acho importante, né, porque quando eu tive a primeira, né... A primeira não, né, que foi a segunda, a psicóloga foi lá conversar comigo (...)

(...) Ela conversou comigo, ela falou que ia ficar tudo bem (...)

**Begônia**: (...) porque às vezes a gente fica muito pra gente mesmo as coisas, aí às vezes ela vem e conversa com a gente e a gente consegue desabafar mais, falar o que tá acontecendo, o que a gente não gostaria que tivesse acontecendo(...)

Anêmona: É..., eu acredito que a Psicologia ela tem muita coisa pra passar, né. É como um conforto, né, pra muitas mães é como..., é uma terapia que..., eu acredito que tenha resultado pra aquelas que estão é..., em depressão, porque muitas vezes acontece, né. Passa um monte de coisa na cabeça, muitos têm filhos em casa e aí eu acho que complica mais, você deixar um filho em casa e ter que ficar com o outro internado. Então, o apoio psicológico ajudaria muito pra essa mãe, né.

O acolhimento psicológico é uma das técnicas que pode ser utilizada pelo psicólogo, durante o processo de hospitalização do bebê pré-termo na UTI neonatal/UCI, pois permite que se abra um espaço de escuta, possibilitando a expressão de sentimentos, angústias, limitações e fantasias, que interferem negativamente na formação dos laços afetivos entre mãe e filho (RIBEIRO e LEAL, 2010).

O suporte psíquico oferecido às mães possibilitará que venha à tona a qualidade de sujeito que elas possuem, mas que, muitas vezes, nesses ambientes de urgência fisiológica e tecnologia superespecializada, é excluída. Sendo assim, com o resgate da sua posição de sujeito, dono de sua própria história e de seus próprios desejos, ficará mais fácil para as mães desempenharem a maternagem de modo satisfatório.

Winnicott (*apud* LIMA, 2008, p. 134), ao desenvolver sua teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo, já dizia que o ambiente, representado na figura do cuidador, deve estar apto para oferecer as condições essenciais e necessárias ao desenvolvimento saudável do bebê, assegurando dessa forma as bases para o desenvolvimento emocional posterior. No entanto, para que isso ocorra, a mãe/cuidador precisa encontrar-se em

condições ideais para o bom desempenho de sua tarefa. Podemos, então, nos questionar se isso é possível no caso do nascimento pré-termo, quando a mãe sente culpa, ansiedade e frustração pelo fato de não ter tido um bebê a termo.

Agman, Druon e Frichet (1999, p. 29) apontam que a empatia do profissional *psy* com a situação de prematuridade, exerce uma "função metabólica" no bombardeamento emocional ao qual as mães são submetidas.

Pode-se notar, através das falas das participantes da pesquisa, que as conversas com a psicóloga da maternidade tiveram um efeito tranquilizador, provocando sensação de alívio, conforto e apoio.

#### b) Orientação

Flores do campo: (...)Porque nós às vezes não sabemos como lidar com certas situações. Devido elas já terem experiência nesse ramo, elas ajudam a gente de uma certa forma, dando apoio, incentivando a gente, fortalecendo, explicando as situações que a gente não entende. Então, eu acho muito importante.

**Açucena**: Eu creio que sim, muito importante, porque ele aconselha, né, nos dá mais segurança de falar: "Olha, o seu bebê tá bem, né". Você, sozinha não tem como avaliar seu filho.

A orientação também é uma das técnicas que pode ser utilizada pelo psicólogo (RIBEIRO e LEAL, 2010). Não é raro a mãe permanecer com dúvidas em relação ao estado de saúde do filho após ter conversado com o médico da unidade, devido ao excesso de informações e termos técnicos que são utilizados, dificultando a sua compreensão. Diante disso, o psicólogo cumpre o papel de mediador nessa relação, como comentam alguns autores (LAMY FILHO, 2003; MORSCH; VALANSI, 2004), traduzindo para as mães, em uma linguagem mais acessível, o que foi dito, permitindo que elas, de fato, esclareçam seus questionamentos, sendo possível o estabelecimento de um verdadeiro diálogo.

A orientação oferecida pelo psicólogo não é no sentido "instrutivo", de dizer para a mãe o modo correto como ela deve agir, mas tem o objetivo de criar um espaço de disponibilidade para ouvir o que ela precisa expressar e clarificar possíveis falhas de

comunicação que possam vir a surgir na relação com a equipe de saúde. Para Tardivo (2008, p. 43),

[...] configura-se importante e indispensável a tarefa do psicólogo de ser como um tradutor-intérprete da complexa relação médico-paciente e interventores terapêuticos para ajudar o paciente a diminuir seu sofrimento, por meio de uma compreensão mais ampla desse processo de perda e desorganização psíquica e física.

Ao abordar o papel de ser tradutor ou intérprete, a autora refere-se ao psicólogo hospitalar "como veículo de informação, ou seja, um decodificador da mensagem emitida pelos profissionais de saúde para o paciente, transformando a mensagem hermética em comunicação com sentido para o paciente" (p.43).

### 3) Importância da atuação do psicólogo para os familiares

Subcategorias:

#### a) Acolhimento psicológico

**Girassol:** (...) a gente precisa desse acompanhamento, né. É muito alterado, eu vejo dessa forma, é muito alterado, né, o nosso..., por estar num local por muito tempo, como é o caso dela, que ela já tá mais de 1 mês, então, ela fica muito abalada psicologicamente e isso, esse acompanhamento, essa conversa, né, ajuda bastante, sem dúvida.

**Lótus**: (...) quando você tem um membro da família numa UTI, ali você precisa ouvir palavras que..., venham confortar e até mesmo às vezes você precisa desabafar, né, às vezes você tá sentindo aquela angústia, aquela..., aquela preocupação, então, você tem que desabafar com alguém, né.

Mimosa: (...) Tem gente que acha que não, que psicólogo ele vai só ouvir, ele não vai resolver, ele não vai te dizer nada, mas acho que pra quem acredita, pra quem tem aquele..., um pouco de fragilidade, você sentir uma palavra de conforto, diferente..., já é válido. Eu entendo assim, que já é válido demais, a gente melhora muito. Eu melhorei, até eu mesma que não tava assim tão..., tão segura dessa descoberta, das coisas que estavam acontecendo...(...)

Di Biaggi (2002) aponta que um dos objetivos que o psicólogo deve buscar alcançar quando o sujeito encontra-se na UTI é realizar acompanhamento psicológico com os familiares, para que eles possam, assim como as mães, expressar suas dúvidas, falsos conceitos em relação à doença e à necessidade do paciente de permanecer nessa unidade. Desse modo, o psicólogo proporcionará à família espaço para a sustentação de seu sofrimento, que, de acordo com Tardivo (2008), esta constitui a tarefa psicológica mais importante de todas.

Esse tipo de intervenção favorece o investimento libidinal dos familiares na criança, colocando (ou recolocando) o bebê num lugar para além dos horrores do real, do traumático, da desilusão, do fracasso e da culpa (LIMA, 2008).

Apesar de nenhum dos familiares dessa pesquisa ter conversado com um psicólogo durante o período de internação do bebê na UTI neonatal, verifiquei que eles valorizam essa técnica, que proporciona uma sensação de alívio e conforto, através da expressão de sentimentos que muitas vezes são reprimidos na situação de prematuridade. A valorização do acolhimento psicológico deve-se, portanto, ou a experiências anteriores dos sujeitos, como é o caso de Mimosa, que conversou com um psicólogo da instituição quando descobriu que a filha estava grávida, ou pela ideia que eles têm a respeito do papel desse profissional diante de uma situação adversa.

#### b) Orientação

**Junquilho**: (...) às vezes têm coisas que a gente não sabe e ela pode orientar a gente, né, tirar algumas dúvidas e ajudar, né, no que a gente tiver precisando assim em relação a saber o que fazer, né. Obter as informações...(...)

**Lótus**: (...) O psicólogo, ele tem essa profissão, né, de ouvir, de orientar, né (...)

Nas entrevistas com os familiares também pôde-se perceber a importância da técnica de orientação usada pelo psicólogo. Tal resultado nos leva a refletir sobre como a abordagem com o familiar do paciente internado na UTI/UCI merece receber especial atenção pelos profissionais da área de saúde. Há diversos estudos que apontam para a verticalização na relação médico-paciente, o que traz consequências negativas, como a diminuição da eficiência na comunicação, a menor adesão ao tratamento, entre outras. Segundo Tardivo (2008), saber

entender a doença e o tratamento facilita a participação nesse processo, na condição de sujeito, que deseja, pensa e sofre, e não na de objeto.

Dimenstein (2000) também verificou em sua pesquisa entraves na interação entre médico, mães e familiares, causados pelos diferentes estilos discursivos entre esses atores. A autora observou que

a linguagem médica, estritamente técnica, é o veículo de comunicação da equipe com seus pacientes e familiares, que, por sua vez, portadores de códigos culturais diferenciados, baseados em outras experiências e condições sociais, não compartilham dos esquemas adotados pelos profissionais (2000, p. 45).

#### 4) Importância da atuação do psicólogo segundo os psicólogos

Inicialmente, vale ressaltar que, não farei qualquer relato em relação aos psicólogos que participaram dessa pesquisa, a fim de garantir e preservar o anonimato prometido no TCLE. Desse modo, os nomes escolhidos são fictícios e, assim como para as mães e familiares, foram designados nomes de flores, cujos significados representam alguma característica ou sentimento marcado no decorrer dos encontros estabelecidos. Segundo o mesmo site, citado anteriormente, **Magnólia** quer dizer **simpatia** e **Crisântemo branco**, **verdade**.

### Subcategorias:

#### a) Acolhimento psicológico oferecido às mães/ escuta psicanalítica

Magnólia: (...) eu acho que como profissionais, como psicólogos, a gente ajuda nisso, a gente tenta entendê-las nesse momento, tentar compreendê-las e elas percebem que a gente tem uma compreensão diferenciada, né, elas percebem que o nosso olhar não demonstra julgamento, que a gente não tá criticando, né, que a gente tá colocando assim, a gente explica pra ela a necessidade dela tá entrando, dela tá vendo o bebê, mas a gente deixa o espaço aberto pra que ela coloque essas dúvidas, pra ela demonstre que ela não tá assim se sentindo tão a vontade de entrar, né, que ela não tá de repente assim tão vinculada a esse bebê, de certa forma ela se sente mais tranquila, mais a vontade de tá colocando esses sentimentos não tão positivos, que as pessoas vêm como não tão positivos, né, da questão da maternidade.

(...) eu utilizo muito essas técnicas assim de acolhimento, de apoio, de suporte, que eu sinto que elas precisam muito nesse primeiro momento, né, fortalecer, dá o apoio, mostrar que elas tem alguém que possa tá..., acompanhando, tem alguém ali que elas podem contar, que elas podem colocar as dificuldades, que eu não vou tá julgando, não vou tá criticando, né, que eu demonstro compreensão mesmo(...)

Crisântemo branco: Eu só sou chamado pra UTI em casos pontuais, porque quem fica responsável por essa enfermaria é a psicóloga. Então, da minha prática, o que eu posso dizer, a minha prática é a escuta psicanalítica, né, e as intervenções..., é de urgência subjetiva, que é se há alguma urgência, um ponto de urgência, a gente intervém naquele ponto de urgência. Por exemplo, se eu perceber que há é... uma culpa em relação ao recémnascido, é..., a gente intervém no sentido de trazer pra consciência essa culpa, porque em algumas situações, o vínculo é ruim porque existe uma culpa inconsciente. Então, se a paciente tem condições de falar sobre essa culpa, por exemplo, uma tentativa de aborto, né. Então, se ela tem condições de falar sobre essa culpa e colocar isso em palavras, isso libera todo uma..., uma energia, né, psíquica e melhora o vínculo. Então assim, a minha..., o meu método é a escuta psicanalítica.

Esse tipo de intervenção pode acontecer tanto individualmente quanto em grupo. Para as mães que apresentam constrangimento e dificuldades em aceitar o contexto em grupo, é oferecido o atendimento individual, em um local reservado, para que elas possam ter privacidade para falar sobre suas angústias, dores e sofrimentos.

Segundo Jerusalinsky (2001, p. 40), é de fundamental importância que

[...] na clínica da Estimulação Precoce, ocorra uma *escuta do discurso parental*, escuta que esteja atenta e intervenha quanto aos investimentos e expectativas que operam em relação ao bebê.

A psicanalista Dias (2004, p. 202) também valoriza o papel da escuta no trabalho com os pais que, em razão da prematuridade extrema ou outros motivos, foram obrigados a separem-se precocemente dos filhos. Para ela, "escutar e recolher as marcas que localizam o bebê no projeto do Outro pode representar o êxito ou fracasso do trabalho de reanimação".

Nos atendimentos em grupo, a psicóloga desempenha o papel de facilitadora, captando a fala da mãe e abrindo espaço de participação para as demais, questionando como cada uma se sente frente à determinada situação em que era colocada. Comumente, a

identificação das mães com as angústias verbalizadas acontece prontamente e, a partir daí, o grupo abre-se para uma troca de experiências e vivências. O objetivo é disponibilizar suporte para as mães com a mesma categoria de necessidades, nesse caso, mães de bebês internados na UTI neonatal/UCI.

#### b) Acolhimento psicológico oferecido aos familiares

**Magnólia**: (... )até orientando os outros familiares, porque os outros familiares tão passando também por esse mesmo processo, muitas vezes existe uma certa dificuldade dos maridos de entenderem a necessidade delas tarem, permanecerem assim... na maternidade, né, (...)

Crisântemo branco: Em algumas situações, eu converso com o familiar antes, pra fazer uma espécie de preparação, pra sondar como é que está a família, pra daí sim fazer algum tipo de intervenção junto com o familiar. Então, se em algumas situações eu atuo junto com o médico, em outras eu atuo com a avó do recém-nascido, em outras eu atuo com o pai da criança. Eu vou te dar um exemplo, teve um caso que... a mãe do recém-nascido era soropositiva, tinha HIV. Então, ela não tava aceitando muito essa questão do HIV e queria ir embora da maternidade sem receber alta médica. Então, eu fui chamado pela equipe de enfermagem. A equipe tem uma demanda, ela quer que a gente faça com que a paciente se convença de que ela precisa ficar. Então, a gente vai atuar..., a gente aceita o pedido de intervenção, mas a gente não vai fazer exatamente o que eles querem. Então, quando eu fui conversar com o esposo da paciente eu expliquei: "Olha, é..., o seu filho vai precisar que..., que a sua esposa esteja com saúde. Então é importante aguardar a alta médica, aguardar o resultado de todos os exames, pra aí sim ele sair com segurança e a sua esposa também". Então, na presença do esposo e através do trabalho com o esposo, ela se convenceu. Então assim, que estratégias eu uso? Além da estratégia individual com a paciente, eu uso a interconsulta e o trabalho com os familiares

O trabalho realizado com os familiares é fundamental, na medida em que estes irão oferecer suporte emocional para a mãe do bebê pré-termo e também estabelecerão laços afetivos com a criança, inserindo-a no contexto familiar. Pude perceber, através dos relatos,

que a família é vista como parte integrante do processo de crise, desencadeada pela hospitalização da criança, e também como aliada importante na intervenção terapêutica.

No caso de nascimento pré-termo, há um turbilhão de emoções envolvidas, a dinâmica familiar sofre profundas modificações, com a ausência da figura materna. Portanto, o trabalho de intervenção com a família deve ocorrer com o objetivo de criar um espaço para a expressão desses sentimentos, favorecendo a reorganização mental dessas pessoas frente à nova realidade.

# c) Orientação

Magnólia: (...) como a gente tem uma conversa assim mais profunda com essas mãezinhas, é..., elas acabam perguntando da gente coisas que a gente não tem, perguntam detalhes, é..., do acompanhamento médico, clínico ali, que a gente não tem informação e aí o que que eu faço? Eu pego, falo com o médico que elas tão com dúvida em determinada situação ou as estimulo quando eu percebo que precisa de uma estimulação também delas pra..., pra perguntar, dô uma força assim, falo que elas vão lá buscar determinada informação, às vezes vou junto, dependendo da mãezinha, entendeu? Aí a gente vai lá, leva, fala que ela tá em dúvida em determinado ponto, aí o médico vai, tenta esclarecê-la, entende? Assim, tentar mesmo facilitar o contato da equipe, dos outros participantes da equipe, né, com a mãe e os familiares.

(...) às vezes os profissionais eles têm..., quando não tem aquele padrão de comportamento, que as pessoas acreditam que sejam o ideal e o adequado, aí existe uma certa dificuldade deles, eles acabam criando uma certa, digamos assim, implicância com aquela mãe, e a gente tenta desconstruir isso, não é fácil, né, mas a gente vai tentando desconstruir, mostrar os fatores, né, que estão aí embutidos nessa situação.

Crisântemo branco: (...) Porque tem muitas questões que são assim, que..., a médica explica uma coisa pro paciente e o paciente não entende, talvez pela linguagem. Tem pessoas que têm medo do médico, têm pessoas que têm medo de questionar o médico. Então, eu pergunto, então, eu estando lá sou uma espécie de intermediário, tenho essa função também.

A relevância da orientação foi observada em todos os grupos: mães, familiares e psicólogos. Vale registrar que, nesse tipo de intervenção, o psicólogo pode não apenas ajudar a esclarecer as falhas na comunicação entre mãe-família-equipe, como também elucidar os entraves emocionais que podem estar dificultando essa relação. Como esse profissional tem acesso à história psicossocial da mãe e às peculiaridades do seu funcionamento psíquico, cabe a ele compreender e trabalhar com ela determinadas reações que possam parecer inadequadas para a equipe. Por outro lado, os profissionais de saúde também devem ser orientados a estar atentos aos seus sentimentos latentes e comportamentos manifestos que podem sugerir um aparente distanciamento emocional ou rejeição perante a mãe ou a família do bebê pré-termo, que se encontra em uma situação de extrema fragilidade psíquica.

A pediatra e neonatologista Cunha (2004) ressalta que, dependendo do funcionamento mental da mãe, esta pode culpar o filho por ter nascido antes do tempo, reagindo de modo a evitá-lo ou rejeitá-lo, ou culpar-se por esse acontecimento, delegando sua função de mãe aos cuidadores da UTI neonatal. Segundo a autora, "essa situação é frequentemente percebida pelos profissionais, que, se não conhecerem o funcionamento psíquico especial destas mulheres, poderão condená-las por estar abandonando o filho e passam a assumir eles mesmos o papel da mãe" (p. 219).

No que diz respeito ainda às questões emocionais que estão envolvidas na comunicação mãe-família-equipe, os profissionais de saúde precisam compreender que, quando as pessoas estão sob forte impacto emocional, não registram as informações, sendo necessário repetir tudo em outro momento de menor tensão. Por isso, no auge do estresse, devem informar apenas o indispensável e ouvir o que a pessoa quer dizer, com ou sem palavras (MALDONADO, 2009).

Além disso, considero importante o psicólogo também ressaltar aos demais profissionais da equipe que

[...] a maternidade é uma construção social e não uma predisposição natural da mulher, uma essência feminina que independe de tempo e lugar, tal como é preconizado no discurso médico-psicológico. Dessa forma, como qualquer outra questão humana, é indissociável do contexto, dos códigos, dos valores e das crenças; enfim, das representações de uma sociedade (DIMENSTEIN 2000, p. 43).

Sendo assim, só é possível evitar que haja um verdadeiro descompasso no relacionamento entre a equipe de saúde e pacientes se os fatores psicossociais envolvidos na situação de prematuridade forem considerados. A psicóloga Dimenstein (2000) ressalta que os

técnicos se baseiam em teorias etnocêntricas, que não contemplam as diferenças. No entanto, cada pessoa tem a sua visão de mundo, crenças e valores que merecem ser ouvidos e respeitados. Caso contrário, todo o arsenal teórico-prático dos profissionais permanecerá inquestionável, porém inadequado e ineficaz à população do serviço público de saúde.

# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos resultados obtidos nessa pesquisa, por meio tanto da análise do discurso dos participantes, como das observações que foram feitas no ambiente da UTI neonatal/UCI da maternidade, pude notar que, embora a atuação do psicólogo nesses locais tenha se mostrado pouco constante, tanto para as mães, como para os familiares e para a própria equipe de saúde, que ao longo do trabalho teceu comentários que evidenciaram a necessidade de uma maior presença desse profissional nas unidades, todos os entrevistados reconheceram a importância do papel do psicólogo no processo de hospitalização da criança. Questiono, hoje, sobre até quando esse reconhecimento se sustentará, caso a presença constante e o trabalho sistematizado do psicólogo na UTI neonatal não passar a acontecer corriqueiramente.

Diante disso, mesmo reconhecendo a importância do trabalho que já vem sendo realizado, apresento aos gestores e psicólogos da instituição, as seguintes sugestões, para que novas possibilidades de atuação profissional possam ser (re)pensadas,:

- Sistematizar o trabalho do psicólogo nas UTIs neonatais e UCIs, para que **todas** as mães e as famílias dos bebês pré-termos possam receber suporte psicológico durante o processo de internação dos mesmos nessas unidades e para que a equipe de saúde possa também sentir-se amparada por aquele profissional nos momentos de dificuldade;
- Criar um grupo de pais, a fim de valorizar a figura paterna no contexto da Saúde e para que estes possam falar de questões psíquicas ou problemas de comunicação com a equipe, dificuldades em lidar com as regras e rotinas da UTI neonatal, a angústia da separação com o bebê e familiares, etc;
- Garantir às mães, albergadas ou as que estão no ALCON, acesso a oficinas de trabalhos manuais e de atividades, como as que são mencionadas por Almeida (2004); Brasil (2009) e Baltazar; Gomes e Cardoso (2010), que fortaleçam a criação das "redes internas", possibilitando as trocas de experiências durante a internação dos bebês, amenizando a ansiedade vivenciada nesse período. Esse trabalho pode ser criado em parceria com a Terapia Ocupacional;
- Flexibilizar os dias de visita dos avós, reconhecendo a importância da presença constante da família ampliada no hospital, como é enfatizado por Braga et al. (2001). Além disso, permitir a entrada de outros familiares no ambiente da UTI neonatal/UCI, como é mencionado no artigo de Nunes (2010), bem como estimular as visitas dos irmãos dos bebês

pré-termos, para que possa ser construído o vínculo fraterno e o recém-nascido seja incluído o mais precocemente no contexto familiar;

- Incentivar as mães a colocarem os bebês na posição-canguru, que faz parte do Método-Canguru. Esse contato pele-a-pele da mãe e do pai com o filho, ainda na UTI neonatal, fortalece o vínculo pais-filho, bem como auxilia no desenvolvimento fisiológico do recém-nascido pré-termo;
- Disponibilizar para as mães cadeiras confortáveis no ambiente da UTI neonatal/UCI, de forma que consigam aleitar seus bebês com maior facilidade e permaneçam nessas unidades por mais tempo, sem sentirem dores pelo corpo;
- Oportunizar momentos de diálogo entre os profissionais da área de Psicologia, para que possam trabalhar de fato em equipe, trocando informações relevantes sobre os bebês, seus pais e familiares, bem como em relação à equipe de saúde, com o objetivo de planejar estratégias eficazes de intervenção que facilitem o vínculo entre eles;
- Realizar encontros semanais entre o psicólogo e a equipe (médicos, residentes, enfermeiros, técnicos de Enfermagem), para discutir temas como a morte na UTI neonatal, comunicação do diagnóstico e evolução do bebê, a escuta dos pais, o estresse no ambiente de trabalho, dentre outros assuntos;
- Conscientizar, frequentemente, a equipe de saúde em relação ao estresse causado pelos ruídos que são produzidos no contexto intensivista, para que seus integrantes tomem mais cuidado com as conversas e os procedimentos que são adotados nesse local. Apesar de os profissionais participarem anualmente de cursos de humanização e terem conhecimento teórico acerca dessa questão, a práxis diária nas Unidades de UTI neonatal/UCI revela a necessidade de uma atenção maior em relação a esse aspecto;
- Mostrar à equipe a importância de chamar as mães e os bebês pelos nomes, a fim de que as relações humanas nesse ambiente, com elevado nível de estresse e rotatividade, tornem-se menos impessoais;
- Orientar a equipe a falar com o bebê antes de qualquer procedimento doloroso ou não, bem como na realização dos cuidados de rotina, verificando se ele está apto a ser estimulado naquele momento, assim como oferecer-lhe conforto após o término do manuseio, ajudando-o a retornar ao seu estado de equilíbrio. Assim como a equipe, o psicólogo também deve falar com o bebê, como enfatiza Wilheim (1997);
- Dar continuidade ao acompanhamento dos bebês pré-termos e suas famílias na fase ambulatorial (3ª etapa do Método-Canguru), inserindo o trabalho do psicólogo nesse

momento crucial, após a alta do bebê, para que os profissionais saibam não apenas sobre o desenvolvimento físico da criança, mas também sobre o seu desenvolvimento psicoafetivo.

Apesar do fato de que a enfermaria-canguru ainda não estivesse sendo utilizada durante a realização da pesquisa de campo, tive a oportunidade de visitá-la posteriormente. Embora o espaço físico seja pequeno, comportando apenas três leitos, durante a observação, as mães estavam, efetivamente, colocando seus filhos em contato pele-a-pele, usando as batas adequadas que facilitam a posição-canguru e oferecem segurança às genitoras. Diante desse novo panorama, sugiro que mais leitos sejam disponibilizados, para que todas as mães de bebês pré-termos possam receber uma atenção diferenciada das demais, uma vez que seus filhos precisam de cuidados especiais. Enquanto isso, a instituição poderia providenciar às mães que encontram-se no ALCON as mesmas batas utilizadas por aquelas que estão na enfermaria-canguru.

Algumas limitações desse estudo foram detectadas, como o fato de ter apenas convivido com o grupo investigado, durante o breve período de três meses, e não terem sido realizadas entrevistas com a equipe de médicos e/ou de enfermagem, para conhecer mais profundamente qual a importância que eles atribuem às intervenções feitas pelo psicólogo, no contexto intensivista. Tais limitações poderão ser supridas no futuro, por meio de novas pesquisas que envolvam esses importantes atores sociais.

Diante da minha trajetória profissional, pude notar que, embora não estivesse atuando diretamente com os bebês pré-termos e suas famílias, sujeitos que constituíram o objeto da minha investigação, não estive deles afastada. Acredito, verdadeiramente, que nós, psicólogos, podemos fazer a diferença na história dessas pessoas, ajudando-as a vivenciar esse momento tão especial e difícil em suas vidas. Por isso, ao longo desse trabalho, emocioneime, ao tomar conhecimento de que outros pesquisadores, nas diversas regiões do Brasil, estão empenhados nessa grande empreitada, contando suas experiências, da mesma forma que busquei registrar a minha breve, porém, rica vivência em uma UTI neonatal de uma maternidade pública da cidade de Manaus.

O meu envolvimento com crianças e seus familiares nas creches particulares e no Complexo Educacional onde trabalhei, aliado ao desejo de compreender como o psicólogo pode intervir logo após o nascimento pré-termo, para facilitar a formação de laços afetivos entre os bebês e sua família, permitiram com que não me sentisse tão distante da realidade dos sujeitos da pesquisa. Além disso, no segundo ano do mestrado, passei pela experiência pessoal de ter engravidado, o que contribuiu para haver uma maior identificação com as mães

dos bebês, sem, entretanto, perder o distanciamento necessário durante o processo de análise. Sendo assim, apesar de estar vivenciando uma situação semelhante à das mães investigadas (isto é, a maternidade), não houve uma fusão emocional decorrente da minha implicação nesse estudo. Caso contrário, segundo Barus-Michel (2004, p. 129), a análise realizada seria "inutilizável".

Não tive a intenção de transmitir uma visão reducionista sobre o assunto abordado, pois compartilho com o pensamento de Cunha (2004, p. 221) de que "os bebês não são simplesmente massa de moldar colocada em nossas mãos. Eles nascem com personalidades e capacidades diversas". Portanto, apontar caminhos e possibilidades de intervenção do psicólogo, à luz da Psicanálise, com a mãe, o bebê pré-termo e a sua família, como procurei fazer no decorrer desse trabalho, não garante a resolução de possíveis conflitos que possam surgir na interação pais-filhos, mas certamente facilita a construção de laços afetivos entre eles, indispensáveis para a constituição do psiquismo infantil.

Por fim, espero dar continuidade aos estudos dessa temática tão complexa quanto relevante, para colaborar com a criação de novos Programas de Saúde Materno-Infantil e Políticas Públicas, a fim de garantir cada vez mais uma maior qualidade de vida para essas crianças.

### **REFERÊNCIAS**:

AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET, A. Intervenções Psicológicas em Neonatologia. In: WANDERLEY, D. B. (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999. p. 17-34.

ALMEIDA, M. L. B. V. Grupo Criar-Te: A Criatividade em UTI Neonatal. In: ARAGÃO, R. O. (org.). *O bebê*, *o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 191-200.

ANDRADE, M. A. G. Nascimento Pré-termo e Formação de Laços Afetivos. In: CORRÊA F, L. et al. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.G.E., 2002. p. 422-437.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo. In: CORRÊA F, L. et al. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.G.E., 2002. p. 438-457.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a Equipe de Saúde e Mães de Bebês prematuros: uma análise Freiriana. *Revista de enfermagem*, UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 180-186, abr.- jun. 2008.

ARIAS, M. I. A escuta do indizível. In: JERUSALINSKY, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

ATEM, L. M. O trabalho com bebês em psicanálise: possibilidades de pensar a prevenção e a antecipação. In: CAMAROTTI, M. C. (org.) *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 141-8.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAETA, M. L. M. Função paterna na UTI neonatal: o empuxo à mãe diante do encontro traumático com o mais além do pai. In: BATISTA, G.; MOURA, M. D.; CARVALHO, S. B.

(orgs). *Psicanálise e hospital: a responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. p. 157-170.

BALTAZAR, D. V. S.; GOMES, R. F. S.; CARDOSO, T. B. D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 1-18, jun. 2010.

BARROS, S. M. M.; MEANDRO, P. R. M.; TRINDADE, Z. A. Vivências paternas em UTI neonatal. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 4, n. 2, ago. 2006.

BARTILOTTI, M. R. M. B. Obstetrícia e Ginecologia: Urgências Psicológicas. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998. p.193-206.

BATTIKHA, E. C. Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê especial em uma unidade de terapia intensiva neonatal. In: CAMAROTTI, M. C. (org.) *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 43-8.

BARUS-MICHEL, J. A implicação como acesso à análise. In: \_\_\_\_\_. *O sujeito social*. 1<sup>a</sup> ed. Belo Horizonte: Puc Minas, 2004. p. 123-31.

BIAGGIO, A. M. B. *Psicologia do Desenvolvimento*. 18<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

BRADT, J. O. Tornando-se Pais: Famílias com Filhos Pequenos. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (orgs). *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 206-22.

BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M. E. L. (org.) *Quando a Vida começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 51-68.

BRAGA, N. A. et al. Maternagem Ampliada – A Transgeracionalidade em UTI neonatal. *Pediatria Moderna*, vol. XXXVII, n. 7, p. 312-317, jul. 2001.

BRAGHETO, A. C. M; JACOB, A. V. Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: relato de experiência. *Revista Saúde & Transformação Social*. Florianópolis, v.1, n. 3, p. 174-8, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método-Canguru*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAZELTON, T. B.; NUGENT, J.K. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. London: Mac Keith Press, 1995.

BRAZELTON, T. B. *Momentos Decisivos do Desenvolvimento Infantil*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

\_\_\_\_\_. *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BRITO, M. H. A. *Ser-Mãe-de-Prematuro: O cuidado Inimitável da Presença Materna*. 2002. Tese (Mestrado), Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CARLOTTO, M. S. *Síndrome do Burnout: um tipo de estresse ocupacional*. Canoas: ULBRA, 2001.

CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. *Amamentação: bases científicas*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CATÃO, I. A tristeza das mães e seu risco para o bebê. In: CORRÊA F, L. et al. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L. G. E. 2002. p. 221-231.

CESARINO, C. B. et al. Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia Intensiva. *Arg. Ciências da Saúde*. São José do Rio Preto-SP, v. 12, n. 3, p. 158-61, jul-set. 2005.

CHIATTONE, H. B. C. A família e a morte da criança. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira, 2001. p. 107-34.

COURONNE, M. O prematuro: um bebê inteiro à parte. In: BUSNEL, M. C. (org.) A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los? São Paulo: Escuta, 1997. p. 136-145.

COPPE, A. A. F.; MIRANDA, E. M. F. O psicólogo diante da urgência no pronto-socorro. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 61-80.

CUNHA, I. A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva para os cuidadores da unidade de tratamento intensivo neonatal. In: ARAGÃO, R. O. (org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 211-23.

DE LAMARE, R. A vida do bebê. 42ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 2009.

DIAS, M. M. A aventura do vir a ser: Uma experiência em UTI Neonatal. In: ARAGÃO, R. O. (org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 201-10.

DI BIAGGI, T. M. *A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva*. Disponível em <a href="http://www.nemeton.com.br./nemeton/artigos/textoutietc.doc.2002">http://www.nemeton.com.br./nemeton/artigos/textoutietc.doc.2002</a>>. Acesso em jun. 2012.

DIMENSTEIN, M. Representações da prematuridade por mulheres usuárias do serviço público de saúde. *Psicologia em Estudo*. v. 5, n. 2, p. 33-47, 2000.

DUARTE, L. S.; NETTO, M. V. R. F. Frankenstein na UTI neonatal: o conflito entre o filho real e o filho imaginário. *Psicanálise e Barroco*. v.8, n.1, p. 175-188, jul. 2010.

FABRE-GRENET, M. Os meios de comunicação do prematuro. In: BUSNEL, M. C. (org.) *A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?* São Paulo: Escuta, 1997. p. 111-123.

FIORI, W. R. Organização afetiva inicial: fase oral e amamentação. In: RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; HERZBERG, E. *Psicologia do Desenvolvimento*. v.2. São Paulo: EPU, 1981. p. 29-43.

FONGARO, M. L. H.; SEBASTIANI, R. W. Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: CAMON-ANGERAMI, V. A. (org.). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. p. 05-55.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. *Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família*. 4ª ed. Ribeirão Preto-SP: FIERP, 2012.

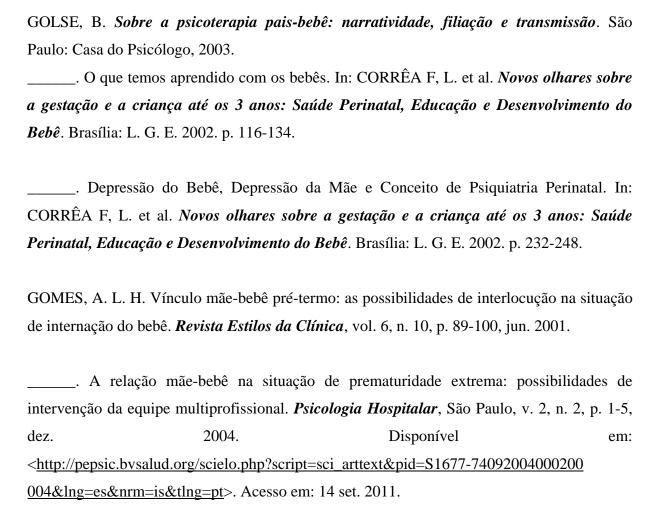
FURASTÉ, P. A. *Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicitação das Normas da ABNT*. 16<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Dáctilo Plus, 2012.

*G1 Amazonas*. Norte ocupa 1º lugar no ranking de nascimentos prematuros no Brasil. Disponível em: <a href="http://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2012/05/norte-ocupa-1-lugar-no-ranking-de-nascimentos-prematuros-no-brasil.html">http://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2012/05/norte-ocupa-1-lugar-no-ranking-de-nascimentos-prematuros-no-brasil.html</a>>. Acesso em: 09 out. 2012.

GANDRA, M. I. S. A Psicologia na Unidade de Neonatologia. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 81-99.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GÓES, A. D. C. Avaliação de questões relacionadas ao atendimento da equipe em uma unidade de cuidados intensivos neonatais sob a perspectiva dos pais após a alta. In: WANDERLEY, D. B. (org.) *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999. p. 83-104.



GUÉDENEY, N. et al. Tradução e Validação da Escala de Edimburgo para depressão materna pós-natal em população parisiense. In: CORRÊA F, L. et al. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L. G. E. 2002. p. 263-85.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15 (Supl. 1), p. 1497-1508, 2010.

JERUSALINSKY, J. Quando o que se antecipa é o fracasso... Prevenção secundária e estimulação precoce. In: CAMAROTTI, M. C. (org.) *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 35-42.

KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H. *Pais/Bebês – A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H.; KLAUS, P. H. *Vínculo – Construindo as Bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KRODI, P. *Psicanálise*, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em unidade de terapia neonatal. 2009. 102 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano), Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LAMY, Z. C. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. In: MOREIRA, M. E. L. (org.) *Quando a Vida começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-156.

LAMY FILHO, F. A Equipe da UTI Neonatal. In: MOREIRA, M. E. L. (org.) *Quando a Vida começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 107-116.

LIMA, L. A. Intervenção precoce em neonatologia. In: LANGE, E. S. N. (org.) *Contribuições* à *Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas*. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2008. p.129-44.

LINHARES, M. B. M. et al. Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500 g: na UTI neonatal e no seguimento longitudinal. *Temas em Psicologia*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 245-262, out. 1999.

LIPP, M. N. Stress, Burn-out, Qualidade de Vida. 2000. Mimeo.

MACIEL, S. C.; MELO, J. R. F. O recurso da entrevista e da análise de conteúdo em pesquisas qualitativas. In: COUTINHO, M. P. L; SARAIVA, E. R. A. (orgs). *Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: UFPB, 2011. p. 175-204.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. São Paulo: Novo Conceito, 2009.

MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MAZET, P.; STOLERU, S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

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

MINAYO, M.C.S. et al. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MONTAGNER, H. A vinculação, a aurora da ternura. Portugal: Instituto Piaget, 1993.

MONTAGU, A. Tocar: o significado humano da pele. 9ª ed. São Paulo: Summus, 1998.

MOREIRA, M. E. L. et al. Conhecendo uma UTI Neonatal. In: MOREIRA, M. E. L. (org.) *Quando a Vida começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 29-42.

MORCH, D. S et al. Redes de suporte à parentalidade em UTI Neonatal: um relato de experiência. In: PICCININI, C. A.; ALVARENGA, P. (orgs.). *Maternidade e Paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p.59-82.

MORCH, D. S; DELAMONICA, J. Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembram-se de mim!" *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 677-687, 2005.

MORCH, D. S; BRAGA, M. C. N. A. À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.10, n. 4, p. 624-636, dez. 2007.

MORSCH, D. S.; VALANSI, L. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 1-8, jun. 2004. Disponível em: <a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932004000200012&script=sci\_art text">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932004000200012&script=sci\_art text</a>. Acesso em: 16 set. 2011.

NERI, M. C. *De Volta ao País do Futuro: Crise Europeia, Projeções e a Nova Classe Média*. Rio de Janeiro: FGV/CPS, 2012. Disponível em: <cps.fgv.br/node/3999>. Acesso em: 01 out 2012.

NUNES, N. G. *Conhecendo a UTI neonatal e o trabalho do psicólogo*. Disponível em: <a href="http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0180.pdf">http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0180.pdf</a>> 2010. Acesso em: 15 fev. 2012.

OIBERMAN, A. La relacion Padre-Bebe: una revision bibliografica. *Rev. Hosp.Mat. Inf. Ramón Sardá*, XVIII, n° 2, p. 1994.

OLIVEIRA, L. A. Biontes, Bióides e Borgues. In: NOVAES, Adauto (org.). *O Homem Máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

OLIVEIRA, N. D. *Os cuidados em UTI Neonatal e a preocupação com o neurodesenvolvimento do recém-nascido*. Brasília, 2009. Disponível em: <

http://www.senado.gov.br/senado/programas/InfanciaePaz/eventos/2009/detalha\_artigos.asp? codigo=1421>. Acesso em 18 ago 2012.

PORTO, M. A. S. Como avaliar o crescimento de prematuros. In: PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. *Manual de acompanhamento clínico do recém-nascido de risco*. Rio de Janeiro, 1999. p. 07-15.

PREFEITURA DE MANAUS. *Maternidade Moura Tapajóz*. Disponível em: <a href="http://semsa.manaus.am.gov.br/maternidades/">http://semsa.manaus.am.gov.br/maternidades/</a>>. Acesso em: 14 fev. 2012.

PROCHNIK, M.; CARVALHO, M. R. *Método Mãe-Canguru de Atenção ao Prematuro*. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

REGO, H. V. Mães tiram filhos de incubadoras e fogem. *A Tarde*, Salvador, 08 julh. 2012. Disponível em: <a href="http://atarde.uol.com.br/noticias/5852344">http://atarde.uol.com.br/noticias/5852344</a>>. Acesso em: 07 ago 2012.

RABELLO, A. A função simbólica da UTI neonatal. In: ARAGÃO, R. O. (org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 177-189.

RAPPAPORT, C. R. Influências pré e perinatais no desenvolvimento. In: RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. RL.; HERZBERG, E. *Psicologia do Desenvolvimento*. v.2. São Paulo: EPU, 1981. p. 1-6.

RIBEIRO, L. M. S. A. *Prematuro*, *quem é esse bebê? As singularidades de bebês que nascem pré-termo em questão*. 1991. 135 p. Dissertação (Mestrado), Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

RIBEIRO, I. D. F.; LEAL, S. F. A atuação do psicólogo junto do paciente crítico, seus familiares e equipe de saúde. In: FILGUEIRAS, M. S. T.; RODRIGUES, F. D.; Benfica, T. M. S. (orgs). *Psicologia hospitalar e da saúde: consolidando práticas e saberes da Residência*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 79-93.

SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: CAMON-ANGERAMI, V. A. (org.). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. p. 147-180.

SCHERMANN, L. B.; BRUM, E. H. M. Parentalidade no context do nascimento pré-termo: a importância das intervenções pais-bebê. In: PICCININI, C. A.; ALVARENGA, P. (orgs.). *Maternidade e Paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 35-58.

SCOCHI, C. G. S. et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 11, nº 4, jul/ago. 2003.

SILVA, R. N. M. Aspectos comportamentais do bebê pré-termo na UTI Neonatal. In: \_\_\_\_\_. CORRÊA F, L. et al. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.G.E. 2002. p. 407-421.

SOUZA, N. L. et al. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, vol, 62, nº 5, set./out. 2009.

SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 7 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

STERN, D. N. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

TARDIVO, L. C. O encontro com o sofrimento psíquico da pessoa enferma: o psicólogo clínico no hospital. In: LANGE, E. S. N. (org.) *Contribuições à Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas*. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2008. p. 31-56.

TURATO, E. R. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, M. J. E. *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*.8ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2002.

WANDERLEY, D. B. Agora eu era o rei. In: \_\_\_\_\_. Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade. Salvador: Ágalma, 1999. p. 141-152.

WAKSMAN, R. D.; SCHVARTSMAN, C.; TROSTER, E. J. *A saúde de nossos filhos*. São Paulo: Publifolha, 2002.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Born too soon: The Global Reporto n Preterm Birth, 2012.

WILHEIM, J. O prematuro na UTI Neonatal. In: \_\_\_\_\_. *O que é psicologia pré-natal?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WINNICOTT, D. W. Os Bebês e suas Mães. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZORNING, S. A. J; MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. Os tempos da prematuridade. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, Rio de Janeiro, ano VII, n. 4, p. 135-143, dez. 2004.

## ANEXO A - Roteiro de Entrevista com os Psicólogos

a)	<b>Dados Pessoais:</b>			
Nome:				
Idao	de:			
Esta	ado civil:			
Esc	olaridade:			
Exp	periência profissional:			
Dat	a da entrevista:			

**Dados Pessoais:** 

#### b) Tópicos a serem investigados:

- 1) Em que consiste o trabalho do psicólogo na UTI neonatal?
- 2) Em sua opinião, qual é a importância da intervenção precoce do psicólogo na relação mãe-bebê pré-termo e seus familiares?
- Quais são as práticas de intervenção utilizadas na UTI neonatal dessa 3) maternidade, enquanto o bebê está internado na UTI neonatal?
- Existem dificuldades para intervir com a mãe e os familiares do bebê pré-termo 4) internado na UTI neonatal? Quais são elas?
- 5) Para você, o que facilita o seu trabalho com as mães, os bebês internados na UTI neonatal e os seus familiares?
- Com que frequência você visita as mães e os bebês pré-termos internados em UTI neonatal? Que técnicas ou estratégias você utiliza?
- Há um programa de atividades estruturado na maternidade para trabalhar especificamente com essa clientela?

## ANEXO B - Roteiro de Entrevista com as Mães

a) Dados Pessoais:

esteve internado na UTI neonatal? De que forma?

Nome:
Idade:
Profissão:
Escolaridade:
Estado civil:
Procedência:
Número de filhos:
Idade e sexo do filho(a):
Data da entrevista:
b) Tópicos a serem investigados:
1)A gravidez foi planejada?
2)Como foi o nascimento do seu filho(a)?
3)Como você reagiu e como se sentiu com o nascimento pré-termo do seu filho(a)?
4) Qual a diferença entre o bebê que imaginava e o bebê real?
5)Como foram as primeiras experiências com o bebê no ambiente da UTI neonatal?
6) Você recebeu ajuda do(a) psicólogo(a) da maternidade enquanto seu filho(a)

dava a você?

7) Com que freqüência o(a) psicólogo(a) vinha visitá-los? Que tipo de apoio ele

- 8) Você considera importante o trabalho do(a) psicólogo(a) com a mãe do bebê prétermo? Por quê?
- 9) Você contou com o apoio de algum familiar no período em que seu bebê ficou internado na UTI neonatal? Quem? Como?
- 10) Qual a importância da participação do pai, dos avós, dos irmãos nesse período em que o bebê ficou internado?

## **ANEXO C - Roteiro de Entrevista com os Familiares**

Nome:
Idade:
Profissão:
Escolaridade:
Estado civil:
Grau de parentesco com o bebê:

## b) Tópicos a serem investigados:

a) Dados Pessoais:

Data da entrevista:

- 1) Como o nascimento do bebê foi recebido pela família?
- 2) Com que frequência você costumava visitar o bebê na UTI neonatal? Como isso se dava?
- 3) Você recebeu orientações ou participou de atividades realizadas pelo(a) psicólogo(a) da maternidade durante o período de internação do bebê na UTI neonatal. Quais?
- 4) Com que frequência as atividades eram realizadas? Em que local? Como era a sua participação?
- 5) Você considera importante o trabalho do(a) psicólogo(a) com a família do bebê pré-termo internado em UTI neonatal? Por quê?

## ANEXO D - Roteiro para observação na UTI neonatal

- Como é o ambiente da UTI neonatal?
- Posturas, gestos, atitudes, aparência física e comportamento das mães no ambiente da UTI neonatal;
- Como a mãe interage com o bebê pré-termo e a equipe de saúde, inclusive com o psicólogo? Ela olha para o bebê, segura-o no colo, conversa com ele, acaricia-o, sorri para ele?
  - Visitas dos familiares: Quem participa? O que é feito? Quanto tempo dura?
  - Como é o "clima" das interações?
  - Intervenções do psicólogo: atividades, tempo de duração.

## ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Psicólogos)

PROJETO: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E SEUS FAMILIARES

A psicóloga Andréa Leão de Freitas solicita a sua colaboração para realizar a entrevista pertencente a essa pesquisa, cujo objetivo geral é: Investigar as possibilidades de intervenção do psicólogo para facilitar a formação de laços afetivos entre mãe-bebê pré-termo e seus familiares. Sua participação é voluntária e se participar não terá nenhuma despesa nem receberá algo em troca. Conseqüentemente, a vantagem de sua participação é apenas de caráter científico. Mesmo após sua autorização terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independentemente do motivo e sem qualquer prejuízo à sua pessoa. As informações fornecidas serão utilizadas apenas na realização desse trabalho. As informações serão analisadas e os resultados serão divulgados, porém, sua identidade será mantida em sigilo. Se você quiser saber os resultados da pesquisa poderá fazer contato com a pesquisadora Andréa Leão de Freitas, pelo telefone (92) 9140-8612 ou pelo email: leao.freitas @uol.com.br.

# Consentimento Pós-Informação

A psicóloga Andréa Leão de Freitas certificou-me de que as informações obtidas serão mantidas em sigilo e que meu nome não aparecerá em nenhum momento do trabalho.

Assinatura

Declaro que estou ciente,

Manaus,	de	de	

## ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mães

PROJETO: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E SEUS FAMILIARES

A psicóloga Andréa Leão de Freitas pede a sua ajuda para realizar a entrevista que faz parte da pesquisa, cujo objetivo principal é: conhecer as possibilidades de atuação do psicólogo para facilitar a formação de laços afetivos entre mãe-bebê pré-termo e seus familiares. Sua participação é voluntária e se participar não terá nenhum gasto financeiro nem receberá algo em troca. Sendo assim, a vantagem de sua participação é apenas contribuir para o conhecimento científico. Mesmo após sua autorização, poderá desistir de participar da pesquisa, seja qual for o motivo, sem sofrer nenhuma consequência. As informações obtidas serão usadas apenas nesse trabalho. Os resultados serão divulgados, porém, seu nome será mantido em anonimato. Se você quiser saber os resultados da pesquisa poderá fazer contato com a pesquisadora Andréa Leão de Freitas, pelo telefone (92) 9140-8612 ou pelo e-mail: leao.freitas @uol.com.br.

Consentimento Pós-Informação
Eu,, fui informada
dos objetivos desse trabalho de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre o
procedimento que estarei envolvida. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza
e sei que poderei pedir novos esclarecimentos a qualquer momento. Minha participação é
voluntária e não influenciará no tratamento que meu filho(a) está recebendo nessa
maternidade.
A psicóloga Andréa Leão de Freitas garantiu-me de que as informações obtidas serão
mantidas em sigilo e que meu nome não aparecerá em nenhum momento do trabalho.
Declaro que estou ciente,
Manaus, de de

**Assinatura** 

## ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Familiares

PROJETO: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E SEUS FAMILIARES

A psicóloga Andréa Leão de Freitas pede a sua ajuda para realizar a entrevista que faz parte da pesquisa, cujo objetivo principal é: conhecer as possibilidades de atuação do psicólogo para facilitar a formação de laços afetivos entre mãe-bebê pré-termo e seus familiares. Sua participação é voluntária e se participar não terá nenhum gasto financeiro nem receberá algo em troca. Sendo assim, a vantagem de sua participação é apenas contribuir para o conhecimento científico. Mesmo após sua autorização poderá desistir de participar da pesquisa, seja qual for o motivo, sem sofrer nenhuma consequência. As informações obtidas serão usadas apenas nesse trabalho. Os resultados serão divulgados, porém, seu nome será mantido em anonimato. Se você quiser saber os resultados da pesquisa poderá fazer contato com a pesquisadora Andréa Leão de Freitas, pelo telefone (92) 9140-8612 ou pelo e-mail: leao.freitas @uol.com.br.

## Consentimento Pós-Informação

Eu,				_, fui inforr	nado(a)
dos objetivos desse trabal	lho de forma o	clara e detalhada	. Recebi inf	formações s	sobre o
procedimento que estarei e	envolvido(a). To	odas as minhas d	lúvidas foran	n respondid	as com
clareza e sei que podere	ei pedir novos	esclarecimentos	a qualquer	momento.	Minha
participação é voluntária e	não influenciar	á no tratamento d	que meu pare	ente está rec	ebendo
nessa maternidade.					
A psicóloga Andréa	Leão de Freitas	garantiu-me de q	ue as inform	ações obtida	as serão
mantidas em sigilo e que mo	eu nome não apa	recerá em nenhun	n momento de	o trabalho.	
Declaro que estou ci	ente,				
	Manaus,	de		_ de	
_					

Assinatura

## ANEXO H - Termo de Anuência da Instituição

Termo de Anuência da Instituição

Informamos para os efeitos que se fizerem necessários que temos conhecimento, concordamos e autorizamos a execução da pesquisa "POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E SEUS FAMILIARES" pela acadêmica de mestrado responsável. Sabemos que o propósito científico da pesquisa é o de ampliar a base de informações sistematizadas acerca das práticas do psicólogo em UTI neonatais relacionadas ao atendimento de bebês pré-termos e seus familiares, conforme projeto apresentado.

Manaus, 02 / Ago A /2012.

RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO

Responsável pela pesquisa: Andréa Leão de Freitas (92) 9140-8612, 3584-5676 leao.freitas@uol.com.br

## ANEXO I - Termo de Anuência da COEP/SEMSA





## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada "Possibilidades de intervenção do psicólogo em Unidades de Terapia Intensiva neonatais com bebês prétermos e seus familiares" de responsabilidade das pesquisadoras Andrea Leão Leonardo-Pereira de Freitas e Denise Machado Duran Gutierrez foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Esse procedimento buscar orientar-se com o item VII.14, da Res. CNS n.º 196/96, em que:

"a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos".

Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no CONEP.

fle (andro\_

Recebi Cm-02/06/12 Pup

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUIDA
SECRETATE MATERIAL DE AMERICA
ANDROMENTO DE AMERICA AMERICA DE AMERIC



## ANEXO J - Parecer da CONEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Fundação Universidade do Amazonas - FUA

#### PROJETO DE PESQUISA

Título: Possibilidades de intervenção do psicólogo em Unidades de Terapia Intensiva neonatais com bebês pré-termos e seus familiares

#### Área Temática:

Pesquisador: Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas Versão: 2

Instituição: Universidade Federal do Amazonas - UFAM CAAE: 03469812.5.0000.5020

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 61632 Data da Relatoria: 11/07/2012

#### Apresentação do Projeto:

O estudo a ser realizado pretende investigar as possibilidades de intervenção do psicólogo na interação entre mãe, familiares e bebê pré-termo internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal de uma maternidade pública da cidade de Manaus. A utilização do termo bebê prétermo ao invés de prematuro se deve ao fato de que esse recém-nascido é considerado maduro para a sua idade e para o estágio do desenvolvimento que se encontra (FABRE-GRENET, 1997). Na área médica, entretanto, os bebês doentes ou pré-termos, que precisam de cuidados especiais, são chamados na literatura de recém-nascido de risco. O recém-nascido pré-termo (RN-PT) é aquele que nasce antes 37ª semana de gestação. Porém, uma vez que é difícil a identificação precisa da idade gestacional, o baixo peso ao nascer geralmente substitui essa medida. Portanto, o bebê que será considerado nesse estudo é aquele que possui o peso igual ou inferior a 2500g (LINHARES et al., 1999). A

escolha de se investigar o trabalho do psicólogo decorre deste ser o profissional que, a priori, utiliza como instrumento básico de atuação a observação e a escuta clínica, que lhe permitirão compreender questões difíceis e delicadas tanto para a mãe quanto para o bebê, além de estar apto a utilizar técnicas para ajudá-los a se aproximarem. O enfoque principal será dado à atuação do psicólogo na interação mãe-bebê pré-termo, haja vista a existência de ampla gama de material bibliográfico e pesquisas realizadas em que se procura entender os sentimentos da mãe e como esta se relaciona, a princípio, com um filho que nasceu abruptamente, antes do término da gestação. Vale notar que alguns críticos acreditam que esse enfoque das pesquisas na figura materna possa servir como um movimento de ¿culpar a mãe¿, vez que o agente psicopatogênico são as suas representações (STERN, 1997). Contudo, o objetivo desse trabalho não consiste em encontrar ¿culpados¿, e sim compreender como essa interação inicial ocorre e qual a função do psicólogo na promoção do bem-estar psíquico da dupla mãe-bebê.

## Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as possibilidades de intervenção do psicólogo para facilitar a formação de laços afetivos entre mãe, familiares e bebê pré-termo, na perspectiva dos envolvidos

Objetivo Secundário:

Problematizar o nascimento do bebê pré-termo e os sentimentos vividos pela mãe, a partir de sua própria experiência pessoal e do material disponível na literatura;Descrever como ocorre a interação entre mãe-bebê pré-termo;Compreender a atuação do psicólogo e suas consequências na interação mãe, familiares e bebê pré-termo, a partir da perspectiva desses sujeitos.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá riscos de ocorrer nenhum dano aos participantes da pesquisa. No entanto, pode haver algum desconforto mínimo causado pelo fato dos

entrevistados estarem falando sobre um momento delicado de suas vidas.

Benefícios

Os benefícios consistem em produzir conhecimento científico acerca da temática proposta e divulgar os resultados do estudo.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O método escolhido para a realização da pesquisa foi o qualitativo/compreensivista, sob a forma de estudo de caso. O uso dessa estratégia de investigação qualitativa nos permitirá estabelecer relações causais entre intervenções e situações da vida real, bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção ocorreu (MINAYO et al., 2005). Desse modo, buscaremos investigar as possibilidades de intervenção do psicólogo a partir da vivência de mães de bebês pré-termos que estiveram internados na UTI neonatal, de seus familiares e do próprio psicólogo. Esse estudo pretende compreender tal fenômeno adotando uma postura psicanalítica, indo de encontro ao paradigma positivista que enfatiza a quantificação dos fatos. Segundo Turato (2003), o que realmente é relevante na pesquisa qualitativa é capturar os sentidos e significações do fenômeno, procurando observar e ouvir os sujeitos da pesquisa, bem como dar a ele a nossa interpretação. Nesse sentido, para esse tipo de método, o pesquisador é o principal instrumento da investigação em campo, é ele quem irá

apreender e elaborar o fenômeno, consciente de que a sua participação, durante todo o processo, trará implicações à pesquisa. Essa abordagem considera que as emoções e a empatia do pesquisador são ferramentas importantes para o trabalho.Os dados da pesquisa serão obtidos através da observação participante e das entrevistas semi-estruturadas ou semi-dirigidas com perguntas abertas, com o objetivo de compreender quais são as

intervenções feitas pelos psicólogos que trabalham em UTI neonatal, com as mães e os familiares de bebês que nasceram pré-termos e se estas realmente auxiliam na aproximação mãe-filho(a). De acordo com Gil (2010, p. 103), "a observação participante, ou observação ativa, consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada". Essa técnica foi adotada inicialmente nos estudos de antropologia e atualmente é muito utilizada nas pesquisas sociais. Existem duas formas de observação participante, a natural, que é quando o pesquisador faz parte do mesmo grupo o qual investiga e a artificial, que é o caso do estudo proposto, quando o observador se integra ao grupo com o objetivo de conhecê-lo melhor. A utilização dessa técnica ocorrerá no setting da UTI neonatal enquanto as entrevistas acontecerão

mães e familiares de bebês pré-termos que já saíram desse espaço físico e estão participando da segunda etapa do Método Mãe-Canguru, que é colocado em prática na UCI (Assistência de cuidados intermediários ao recém-nascido) ou no ALCON (alojamento-conjunto). Vale notar que a primeira etapa acontece ainda na UTI, dependendo do estado clínico do bebê e do desejo da mãe de contê-lo pele a pele. Na terceira etapa, as mães já foram para casa com o filho e retornam à maternidade com o mesmo para fazerem acompanhamento ambulatorial

#### Critério de Inclusão:

Participarão dessa pesquisa quatro mães de bebê pré-termo que tenham ficado internados na UTI neonatal da maternidade. As mães poderão ser de diferentes faixas etárias, escolaridade e nível sócio-econômico, residindo na região metropolitana de Manaus ou no interior do estado e que, devido ao nascimento pré-termo, encontrem -se em Manaus. Apesar de não pretendermos fazer nenhuma restrição quanto à classe social das participantes, é inegável que há uma tendência de que estas façam parte das classes populares, vez que é essa a maior clientela atendida pelos serviços públicos de saúde, e a pesquisa será realizada em uma maternidade pública da cidade. Os familiares, incluindo pai, avós, irmãos e parentes próximos à mãe, também serão convidados a participar da pesquisa, com o objetivo de saber se o psicólogo inclui ou não essas pessoas no seu plano de intervenção. Serão realizadas quatro entrevistas semi-dirigidas. Vale ressaltar, ainda, que um dos critérios utilizados para a escolha das mães e familiares que participarão da pesquisa é que o bebê já tenha passado pela UTI neonatal, recebido alta e esteja participando da

segunda etapa do Método Mãe-Canguru, que ocorre na Unidade de Cuidado Intermediária (UCI) ou no alojamento-conjunto (ALCON).

#### Critério de Exclusão:

Mães e familiares de bebês internados na UTI neonatal, pois para que os participantes da pesquisa possam responder às perguntas da entrevista

com maior fidedignidade, será necessário que o trabalho do psicólogo tenha sido concluído no período de internação do bebê na UTI neonatal.

Realizar as entrevistas durante esse período onde mãe e familiares encontram-se em uma fase de fragilidade emocional e a atuação do psicólogo

ainda está para ser concluída, comprometeria os resultados da pesquisa.

Cronograma: adequado Orcamento: adequado

Instrumentos de coleta de dados: apresentado

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequada. Termo de anuência: apresentado TCLE(s): adequados

#### Recomendações:

Recomenda-se inserir no TCLE o endereço completo profissional da pesquisadora com telefone fixo, bem como o endereço completo do CEP/UFAM

## Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido protocolo recebeu parecer pela pendência quando da primeira análise. A pesquisadora atendeu as pendências, quais sejam, apresentou os instrumentos de coleta de dados; apresentação os modelos dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para cada um dos grupos de sujeitos. Dessa forma, o referido protocolo atende ao que prevê a Res. 196/96 e complementares.

			_		
Situ	acão	do	Pai	rece	r:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 26 de Julho de 2012

Assinado por: Pedro Rodolfo Fernandes da Silva