



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO – UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**EXPERIÊNCIA DE SER MÃE EM SITUAÇÃO DE TENSÃO
EXTREMA: NARRATIVAS DE MULHERES COM FILHOS
RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TRATAMENTO
INTENSIVO NEONATAL (UTIN).**

ALISSANDRA MARQUES BRAGA

SEROPÉDICA/RJ
2015

ALISSANDRA MARQUES BRAGA

EXPERIÊNCIA DE SER MÃE EM SITUAÇÃO DE TENSÃO
EXTREMA: NARRATIVAS DE MULHERES COM FILHOS RECÉM-
NASCIDOS NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO
NEONATAL (UTIN)

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Marques de Oliveira.

Seropédica/RJ

Março, 2015



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA

**EXPERIÊNCIA DE SER MÃE EM SITUAÇÃO DE TENSÃO
EXTREMA: NARRATIVAS DE MULHERES COM FILHOS
RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TRATAMENTO
INTENSIVO NEONATAL (UTIN)**

ALISSANDRA MARQUES BRAGA

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 27 DE MARÇO DE 2015

Valéria Marques de Oliveira, Profa. Dra. UFRRJ
Presidente

Lilian Borges, Profa. Dra. UFRRJ
Membro Interno

Silviane Bornacossi, Profa. Dra. UFF VR
Membro Externo

Priscila Pires Alves, Profa. Dra. UFF
Membro Externo

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, que me dão a oportunidade de me construir mãe a cada dia.

As puérperas, que mesmo em face de sofrimentos e medos, contribuíram para que este trabalho se concretizasse através da narrativa de suas experiências na UTIN.

À minha avó materna e a minha mãe, que me deram a base emocional para eu me construir mãe.

AGRADECIMENTO

A Deus, energia vital para que eu pudesse superar meus obstáculos.

Aos meus filhos que souberam entender minha ausência e que muitas vezes colaboraram na rotina da casa, para que eu pudesse ter um tempinho a mais para escrever.

Aos meus pais que me ensinaram a ter sede de conhecimento estimulando-me desde criança, a busca de novos aprendizados.

Aos meus irmãos, em especial ao Leandro M. Braga, que sempre está ao meu lado apoiando e orientando nas questões relacionadas à informática.

Ao Wilson R. A. Filho, com quem decidi construir uma vida em comum, por nunca ter freado meus sonhos de estudar e avançar profissionalmente.

Ao Diretor Médico Dr. José Carlos e toda Equipe de Saúde da UTIN do HUSF, que me receberam de braços abertos, colaborando para que a pesquisa se concretizasse.

A Professora Dr^a Valéria Marques, minha orientadora e amiga, que acreditou nas minhas ideias soube me incentivar e acolher nos momentos mais difíceis e respeitou minha forma de enxergar o fenômeno.

A Secretária do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Psicologia, da UFRRJ, Fabiane Predes, por sua colaboração, eficiência e carinho, sempre que solicitávamos informações e auxílio.

Ao Professor Dr. Marcos Aguiar que abriu espaço para que eu pudesse mudar os planos, orientando meu caminho para chegar ao novo porto.

Às Professoras Dr^a Lilian Borges e Dr^a Carla Vicente, que mesmo indiretamente contribuíram na construção de meus conhecimentos.

À Professora Profa. Dra. Priscila Pires Alves e a Professora Dr^a Silviane Bornacossi, que gentilmente aceitaram o convite para participação na Banca Examinadora.

EPÍGRAFE

Se de um casulo sai uma borboleta,
algo se rompe e algo se liberta em asas.
E este algo de asas é uma outra coisa que não o casulo,
embora tenha sido parte dele um dia, em sua imobilidade
e em sua relação fechada e larvar com o mundo.
Livre, enfrentará outros perigos, teias, paralisações e noites,
mas terá em si mesmo seu plano de vôo e, no ato de voar,
o desempenho de um novo papel antes inexistente,
que lhe permitirá encontrar o pólen e fecundar as flores (PERAZZO, 1999).

RESUMO

BRAGA, Alissandra Marques. **EXPERIÊNCIA DE SER MÃE EM SITUAÇÃO DE TENSÃO EXTREMA: NARRATIVAS DE MULHERES COM FILHOS RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN).**2015. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2015. 82p.

Historicamente, há muito o puerpério é reconhecido como um momento crítico e de alto risco emocional. Dentro deste contexto, a presente pesquisa nasce com o objetivo de olhar para as mães cujos filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) têm a necessidade de cuidados especiais para manutenção da vida. Busca-se através da análise narrativa, identificar as estratégias maternas para a maternagem neste contexto. Participaram desta pesquisa 06 puérperas que tiveram seus bebês internados por mais de 05 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN do Hospital Universitário Sul Fluminense - HUSF. Os dados foram coletados em 02 momentos, utilizando como técnica de coleta de dados, a entrevista aberta e o diário de campo. Os resultados foram obtidos através da análise da narrativa da própria pesquisadora em suas anotações e nos relatos maternos. Este estudo aponta que, apesar do contexto da UTIN, algumas mães buscam estratégias para a maternagem enquanto que outras por motivos diversos, não conseguem fazê-lo mantendo um discurso mais centrado nelas próprias, e em sua dor. Apontam a dificuldade de interação devido ao impedimento de cuidar, sendo o cuidado visto como possibilidade de afinar a comunicação da díade. A humanização e o acolhimento são vistos como auxiliar para a maternagem e a presença do psicólogo é indicada como um facilitador da organização emocional da mãe para posterior interação mãe-bebê.

Palavras-chave: Maternagem. Puerpério. Interação. Humanização. UTIN.

ABSTRACT

Historically speaking, there is a long time that puerperium is recognized as a critical moment with a high emotional risk. In this context, a current research appears as a goal to look at mothers whose children are in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) who need special care for their lives maintenance. It searches through the narrative analysis to identify the maternal strategies for mothering in this context. Six mothers who had their babies hospitalized for more than five days in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in the South Fluminense University Hospital (HUSF) have participated of this research. The data were collected in two moments using Data Collection Technique, an open interview and a field diary. The results were obtained through the narrative analysis from the notes of the own researcher and through the maternal reports. This study shows that, in despite of the NICU context, some mothers seek strategies for mothering while others by other reasons don't get a more centered speech on themselves and with their pain. They point the difficult of the interaction due to the obstacle of caring, the care here, seen as the possibility to facilitate the communication from the dyad. The humanization and the hostess are seen as an aid in mothering and the psychologist presence is pointed as a facilitator of the emotional organization of the mother for an after interaction mother-baby.

Keywords: Mothering. Puerperium. Interaction. Humanization. NICU .

LISTA DE SIGLAS

CFP	Conselho Federal de Psicologia
DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
HUSF	Hospital Universitário Sul-Fluminense
NICU	<i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-nascido(s)
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UI	Unidade de Tratamento Intermediário.
USS	Universidade Severino Sombra
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa do Estado do Rio de Janeiro (Fonte: Rio de Janeiro, 2013).	38
Figura 2 Mapa da Região Centro Sul Fluminense (Fonte: Rio de Janeiro, 2013).....	38

LISTA DE TABELA

Tabela 1 Identificação das mães participantes	41
Tabela 2 Identificação e Anamnese	41

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. METAMORFOSE MATERNA: TRANSFORMAÇÃO DA MULHER EM MÃE	17
2.1. DE MULHER À MÃE: GESTAÇÃO E METAMORFOSE	17
2.2. PUERPÉRIO	19
2.2.1. Percepções maternas no puerpério	20
2.3. UTI NEONATAL: ESPAÇO DE ESPERANÇAS E ANGÚSTIAS	24
2.3.1. UTIN como fator estressor materno	26
2.4. HUMANIZAÇÃO	31
2.4.1. Humanização no contexto da UTIN	32
2.5. PSICOLOGIA: INTRODUZINDO A SUBJETIVIDADE NAS ROTINAS DA UTIN	33
2.6. PESQUISA: DADOS GERAIS	36
2.7. OBJETIVO DA PESQUISA.....	37
2.7.1. Objetivo Geral	37
2.7.2. Objetivos Específicos	37
2.8. O CONTEXTO GERAL DA PESQUISA: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE –HUSF	37
2.8.1. Contexto da coleta de dados– a UTIN	38
2.9. PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	39
2.10. PROCEDIMENTO.....	41
2.11. CRITÉRIOS DE ANÁLISE	43
3. METAMORFOSE MATERNA: NARRATIVAS SOBRE TORNA-SE MÃE NA UTIN	45
3.1. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO DA MATERNAGEM EM MÃES COM FILHOS INTERNADO NA UTIN	45
3.1.1. Fala direcionada ao bebê	47
3.1.2. Amamentação como estratégia de maternagem	47
3.1.3. Possíveis dificuldades para a Maternagem	49
3.2. ESTRATÉGIAS MATERNAS PARA INTERAÇÃO COM O BEBÊ NA UTIN	53
3.2.1. Comunicação: o cuidado diário como possibilidade	53
3.2.2. Reciprocidade	56

3.3. O EFEITO DA HUMANIZAÇÃO SOBRE A MATERNAGEM NO CONTEXTO DA UTIN	57
3.3.1. Contribuições da Psicologia à Humanização e Acolhimento na UTIN	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	76
APÊNDICE A	77
APÊNDICE B	78
APÊNDICE C	80

APRESENTAÇÃO

O interesse em pesquisar acerca dos aspectos psicológicos de gestantes e puérperas, vem sendo gestado desde 2003, ano marcante em minha vida, exatamente porque comecei minha metamorfose frente à maternidade. Ao ver pela primeira vez, aquele ser tão frágil e dependente de mim, senti imediatamente o impacto das mudanças que apenas começara. Percebi em mim uma desorganização emocional tamanha, além de dúvidas e medos. Neste período, senti-me muito sozinha e fui buscar em leituras um conhecimento sobre as transformações psíquicas que envolvem a vida de uma mulher nesta fase. Nunca havia pensado no quanto existe de mudanças e o que estas mudanças podem trazer com relação ao aspecto psíquico da mulher, sendo este considerado um período de labilidade emocional.

Frente aos novos estudos e tendo vivenciado de modo claro a metamorfose, fica evidenciada a importância da discussão acerca da contribuição da Psicologia no pré-natal e puerpério principalmente, nas gestações com maior probabilidade de intercorrências. A mulher nesta ocasião necessita reorganizar suas emoções a fim de que possa assumir sua maternidade e, conseqüentemente contribuir para o bom desenvolvimento de seu filho.

Nos casos de intercorrências graves tais como prematuridade ou qualquer outra condição clínica, quando o bebê tem necessidade dos cuidados nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN, a mãe vive o processo de construção da maternagem num contexto no qual a impessoalidade ainda é uma constante, mesmo frente às posturas humanizadas de profissionais de saúde. Nestes casos, as mães convivem ainda com a dúvida sobre o viver e o morrer, sentimentos que abrem lacunas para elevação dos níveis de estresse e instabilidade emocional.

Como psicóloga, em meus trabalhos junto à saúde mental em serviços de saúde dirigidos principalmente à mulher, indagava-me o que poderia ser feito junto a esta população. Fora os serviços já existentes, qual demanda despontava junto a este grupo?

Diante de tantas incertezas despertadas na gravidez, esta pesquisa busca identificar através da narrativa de mães que tenham seus filhos internados na UTIN, como se dá o processo de construção da maternagem e as estratégias de interação mãe-bebê, visto a impossibilidade de cuidados maternos diretos. Dentro deste contexto buscou-se apontar a contribuição de Psicólogos no processo de acolhimento, humanização e escuta qualificada nas UTIN'S, atuando como lanterna que ilumina as emoções e medos

das mães, a fim de promover mudanças e melhorias no processo de construção da maternagem e formação do vínculo afetivo entre a díade mãe-bebê.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um período no qual as mulheres vivem de modo intenso transformações físicas e psicológicas, experimenta sentimentos fortes, diversificados e conflitantes, que poderão demandar conteúdos inconscientes da mãe (MALDONADO, 1992). É considerado um período de enfrentamento entre o contentamento de seus anseios e identificação da realidade (KLAUS; KENNELL, 1993), sendo, portanto, a fase dos sentimentos de dualidade, visto que implica em ganhos e perdas (MALDONADO, op. cit.). Sendo a gestação este período de transformações físicas e psíquicas; podemos compará-la à metamorfose da borboleta, neste caso aponta a transformação feminina quando a mulher sai do lugar de filha para assumir o lugar de mãe. Esta passagem, às vezes é marcada por severos conflitos, pois possivelmente haverá um retorno psíquico na relação mãe-filha, para que esta nova mãe possa surgir. Além de todas as mudanças psíquicas, há as mudanças fisiológicas, hormonais, familiares e sociais. As mudanças psíquicas, principalmente, são irreversíveis e esta mulher será diferente do que era antes. A gravidez, período do casulo para que a metamorfose aconteça independentemente de intercorrências na gestação e/ou no parto, mesmo que este bebê não sobreviva, provocará radicais transformações que esta mulher não seja mais a mesma.

O parto é o divisor entre o que é idealizado e o que se torna real. Todo esse período preparatório é importante e já inicia a construção do vínculo Mãe-Bebê, a qual se instituirá após o nascimento e se ampliará no decorrer do desenvolvimento da criança (KLAUS; KENNELL, 1993). É a partir da relação com o bebê que a mãe vai se construindo mãe, ressignificando seus papéis na família e no âmbito social. Todo este processo de metamorfose, por si só, traz um turbilhão de emoções, sendo a gestação, parto e puerpério, momentos particulares na vida de cada mulher, sendo vividos de modo ímpar.

Porém, em meios a tudo isso, ainda há possibilidades de intercorrências que trazem consigo uma onda de incertezas. Dentro desta perspectiva, este trabalho nasce com a proposta de olhar para essas mães, atropeladas por intercorrências que levaram seus filhos para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), com a necessidade de cuidados especiais para manutenção da vida, buscando compreender se há impacto deste contexto na construção da maternagem. Portanto, o objetivo desta pesquisa é, a partir da narrativa de mães com bebês em UTI Neonatal, levantar dados e expectativas sobre sua vivência relacionada a este momento de vida. Buscou-se refletir sobre a qualidade da interação mãe-bebê, e levantar os principais impasses nesta construção a partir da

perspectiva materna e, por fim, apontar ações de promoção de saúde. Para tanto, almeja-se, ao final, reunir dados que contribuam com a minimização do impacto negativo desta situação na vida psíquica de mães e bebês, contribuindo para um desenvolvimento saudável da díade.

O trabalho está organizado da seguinte forma: o capítulo “Metamorfose materna: transformação da mulher em mãe” tem como objetivo a revisão bibliográfica temática, de modo a descrever os processos que despontam neste período. Nele serão abordados conceitos que buscam esclarecer os processos vividos pela mãe desde a gestação até o puerpério, e suas possibilidades de desestruturação emocional, principalmente frente às intercorrências que resultem na internação do recém-nascido (RN) na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Buscou-se fundamentar a reflexão acerca do processo de humanização do cuidado e o papel do psicólogo neste contexto. No capítulo seguinte apresenta-se a metodologia, buscou-se tornar clara a escolha do método bem como os procedimentos utilizados, além dos dados sobre o contexto e os sujeitos da pesquisa. Depois foram apresentados os resultados encontrados, no capítulo intitulado: Metamorfose Materna: Narrativas sobre tornar-se mãe na UTIN, tomando por base os subtítulos: 1) O Processo da Construção da Maternagem em Mães com filhos internado na UTIN, no qual descrevem-se as estratégias maternas encontradas para a maternagem no contexto da UTIN, e as possibilidades de dificuldades para a maternagem; 2) Estratégias Maternas para Interação com o bebê, que aborda as dificuldades que a UTIN impõe para a interação da díade mãe-bebê, 3) O Efeito da Humanização sobre a Maternagem no Contexto da UTIN que busca apontar o processo de humanização do cuidado em saúde destacando a figura do psicólogo como elemento importante neste processo, uma vez que este profissional tem habilidades específicas para escuta qualificada e possíveis intervenções. Por fim, o capítulo das considerações finais encerra o estudo buscando apontar a relevância de novos estudos dentro deste contexto, tamanha a complexidade do assunto e as consequências para o desenvolvimento saudável da díade.

2. METAMORFOSE MATERNA: TRANSFORMAÇÃO DA MULHER EM MÃE

O presente estudo foi organizado buscando compreender a transição da mulher em mãe, levando em consideração todas as transformações físicas, psíquicas e sociais que compõe este momento. Utilizando-se como contexto a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), buscou-se compreender o processo que acontece dentro de um espaço simbólico de vida e morte, no qual as certezas podem a qualquer momento escorrer por entre os dedos, constituindo-se, portanto, um espaço de tensão. Para melhor esclarecer a pesquisa e os integrantes desta, julgou-se necessário expor os conceitos de: período gravídico-puerperal, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), humanização da assistência em saúde e Psicologia e subjetividade no contexto hospitalar.

2.1. DE MULHER À MÃE: GESTAÇÃO E METAMORFOSE

A mulher passa por fases marcantes em seu desenvolvimento: adolescência, menopausa e gravidez em alguns casos. Todas marcadas por conflitos de adaptação (BRAZELTON, 1988). A gestação é considerada um período no qual as mulheres vivem de modo intenso transformações físicas e psicológicas, experimenta sentimentos fortes, diversificados e conflitantes, que poderão demandar conteúdos inconscientes da mãe (MALDONADO, 1992). É considerado um período de enfrentamento entre o contentamento de seus anseios e identificação da realidade (KLAUS; KENNEL, 1993), sendo, portanto, a fase dos sentimentos de dualidade, visto que implica em ganhos e perdas (MALDONADO, op. cit.). Historicamente, há muito o puerpério é reconhecido como um momento crítico e de alto risco emocional (ESQUIROL, 1845; MARCÉ, 1858; PAFFENBARGER, 1961; KENDELL ET al, 1987 *apud* YONKERS & STEINER, 1999).

Durante a gestação as mudanças aceleradas, tanto fisiológicas como psicológicas, podem levar a uma situação de crise, momento em que as mulheres revivem seus conflitos com a figura materna, além de sofrer a “metamorfose” psicológica de sair da condição de filha e assumir o papel de mãe. As crises são mudanças internas que levam o sujeito a buscar mecanismos de adaptação para lidar com a nova situação (MALDONADO, op. cit.). A mulher neste período de nove meses cria uma ideia de como será seu filho, vai construindo um lugar para ele na vida real. Esse período não é somente para o desenvolvimento do embrião em bebê, mas um período de preparação para que esta mulher vivencie esta crise, normal de ocorrer, visto a necessidade de adaptação por conta

da quantidade de mudanças que surgem em sua vida. Por isso, comparo este momento à metamorfose da borboleta, visto que paralelas às mudanças fisiológicas, que são muitas e perceptíveis, ocorrem às psicológicas. Esta aborda a mudança de papel desta mulher na sociedade, alterações em sua imagem corporal, labilidade emocional, dentre outras tantas mudanças psicológicas, sendo, portanto, este período uma fase rica em manifestações psíquicas importantes. A relação com o marido, com a mãe, família de modo geral, amigos, profissional, a situação financeira, todos estes aspectos sofrem transformações, o mundo passa a enxergá-la de com novos papéis sociais. Até na relação consigo mesma precisa buscar caminhos para abranger novas prioridades, abrir mão de certos fatos e agregar outros, adaptando tudo para receber alguém que, a partir de então, será de sua responsabilidade (MALDONADO,1992). Tais mudanças são irreversíveis, ao transcorrer do processo esta mulher tornar-se-á diferente do que era antes. A gravidez, período do casulo para que a metamorfose aconteça independentemente de intercorrências na gestação e no parto, mesmo que este bebê não sobreviva, provocará radicais transformações que esta mulher não será mais a mesma.

O parto é o divisor entre o que é idealizado e o que se torna real. Todo esse período preparatório é importante e já inicia a construção do vínculo mãe-bebê, o qual se instituirá após o nascimento e se ampliará no decorrer do desenvolvimento da criança (KLAUS; KENNEL, 1993). Porém, o período gestacional, aqui comparado à metamorfose, por vezes é surpreendido com uma interrupção: o parto prematuro, quase sempre inesperado e abrupto, e traz novos elementos para o desenvolvimento do bebê e da gestante. A prematuridade impõe uma interrupção no processo de desenvolvimento psicológico da mãe. De acordo com Szejer (1999), a mulher vive normalmente um luto pela gravidez e pela perda do bebê imaginado, e a prematuridade amplia este sentimento, pois lhe impõe um bebê real muito diferente daquele imaginado. Ela se depara com um bebê cheio de tubos e respirador, de aparência frágil, que ela não poderá acolher em seus braços. Segundo Bowlby (1990, 1981), a mulher vive frente à prematuridade, sentimentos de angústia, desconfiança e vazio, visto que as consequências desta situação tende ao afastamento de mãe e bebê.

A prematuridade, tendo como critério diagnóstico bebê nascido com menos de 37 (trinta e sete) semanas, chega impondo mudanças significativas no que diz respeito principalmente, ao aspecto emocional da mãe. Porquanto, um bebê prematuro normalmente tem a necessidade de cuidados intensivos para manutenção da vida, tornando esses primeiros laços entre mãe e filho cercado de rotinas e normas hospitalares.

As primeiras semanas após o parto é marcada por sentimentos ambivalentes, nas quais a mãe pode sentir-se impotente para dar conta de sua nova realidade, uma vez que esta relação é pautada apenas por emoções, diante da impossibilidade de uma comunicação verbal. Mãe e bebê ainda se conhecem muito pouco, não tendo sido estabelecido um processo de comunicação entre ambos. Este período que se estende até por volta dos 3 (três) meses iniciais, é considerado significativo para a formação do vínculo entre a díade e, poderá designar as características da relação afetiva, do apego que irá se instituir entre mãe-bebê (MALDONADO, 1992). A formação da relação inicial entre mãe e filho(a) é complexa mesmo para o bebê nascido a termo (SEIDL DE MOURA et.al., 2008), sem nenhuma intercorrências que o leve a UTIN. Imaginemos então, estes conflitos emocionais cortados pela incerteza de sobrevivência do bebê, pelo estresse comum tanto para o bebê quanto para a mãe, que é o ritmo natural das intervenções oriundas dos procedimentos da UTIN, da impossibilidade de mãe-bebê terem um contato mais efetivo. O período principal para a formação do vínculo da díade fica marcado pela separação, já que a prioridade é manter a vida do bebê. Deste modo, poderá trazer consequências para o desenvolvimento do bebê e para saúde psíquica da mãe. A mulher, logo após o parto é denominada mãe, mas para que ela possa se apropriar deste bebê e se constituir enquanto mãe precisa percorrer um longo caminho (SZEJER, 1999) e a UTIN pode se constituir como um obstáculo neste processo.

2.2. PUERPÉRIO

De acordo com o Ministério da Saúde, o puerpério é classificado a partir do nascimento do bebê até 42 dias após e, corresponde a uma fase marcada por alterações emocionais, provisórias no qual há uma maior fragilidade e transformações psíquicas, que resultam em importantes transições existenciais (SARMENTO&SETUBAL, 2003), podendo ser classificado em três fases: puerpério imediato, que se inicia no nascimento e vai até o 10º dia de puerpério; puerpério tardio, que se estende do 11º ao 42º dia; e puerpério remoto, que segue do 43º diaum ano após o nascimento (BRASIL, 2001).Nesta fase, a relação da díade encontra-se em fase de estruturação e a comunicação predominante é a não-verbal associada a intensidade emocional e mobilização para o cuidado, fase em que a construção da maternagem fica mais latente. É o início do processo de interação,o qual, através do cuidado, a mãe passa a ler o bebê nos sinais emitidos, sendo o principal deles o choro (BOWLBY, 1990;SCHERMANN, 2001). Daí a

importância de buscarmos refletir as consequências para esta relação no contexto da UTIN, uma vez que o cuidado neste ambiente fica centralizado na equipe de saúde e a mãe age como coadjuvante. Esta impossibilidade de interação pode abrir precedentes para iniciar um processo dificultoso na comunicação da díade. O atraso para iniciar os cuidados e identificação do choro gera por consequência, dificuldades para aprender os sinais de comunicação emitidos pelo bebê, o que pode abrir precedentes para sentimentos de insegurança na mãe. Tal fato por si só, traz uma grande relevância para se explorar cada vez mais o assunto.

2.2.1. Percepções maternas no puerpério

Com o nascimento do bebê, a maternidade se instala, porém a maternagem ainda é um processo em construção. A maternidade é física e está relacionada ao biológico, logo ao nascer o bebê, a maternidade se constrói. A maternagem, neste estudo, é definida como uma escolha e assunção de uma função, por isso um processo em construção na interação. Ela não se relaciona ao biológico, mas sim ao emocional e é alimentada pelo afeto, pelo profundo desejo de cuidar. Sendo assim, temos como marco de diferenciação entre maternidade e maternagem, o fato de que fecundar, gestar, parir relaciona-se com a maternidade, define-a; enquanto que a predisposição para investir afeto (amar), cuidar, proteger, doar-se, dedicar-se, e ensinar, relaciona-se com a maternagem. Esse processo se consolida no puerpério. É nesta fase que a mãe tem a possibilidade de construir diretamente sua maternagem. É através da interação do ato de cuidar, da dedicação total ao bebê que a díade começa estabelecer sua comunicação e o processo de maternagem vai se tornando fato. É a partir de então que a relação se constrói. Deste modo, neste estudo a construção da maternagem, é vista como um facilitador no processo de interação, descrita a partir da Teoria do Apego (BOWLBY, 1990 [1969]).

A Teoria do Apego (BOWLBY, 1990) tem servido de base para estudos relacionados ao desenvolvimento humano, criada por John Bowlby pautada nos estudos de Mary Ainsworth sobre o desenvolvimento humano, vista sob a perspectiva da abordagem etológica. Recebeu forte influência dos trabalhos de Lorenz e Tinbergen, nas quais se considera que existe uma tendência natural da espécie humana em desenvolver relações de apego. Este aspecto aponta para a função biológica da sobrevivência da espécie, destacando que o ser humano ao nascer, traz consigo a tendência inata de estabelecer vínculo. Pode-se inferir que esta tendência inata é o que move a mãe para o cuidado e investimento afetivo, levando a construir sua maternagem. Integrando os

conceitos etológicos, sua teoria se instala no ambiente evolucionário de adaptação (RIBAS & SEIDL DE MOURA, 2004). Bowlby (1990) define vínculo como sendo um laço relativamente duradouro que se estabelece, enquanto que o apego é uma disposição para buscar proximidade e contato com uma figura específica que passa a ser o centro de segurança (RIBAS & SEIDL DE MOURA, 2004; RAMIRES & SCHNEIDER, 2010). O apego é o que leva esta mãe ao desejo de cuidar e investir afeto. Ele afirma ainda que para que o apego se constitua, é preciso que a mãe, ou outro cuidador principal, tenha disponibilidade emocional para interação com o bebê (RIBAS; SEIDL DE MOURA, op. cit.), ou seja, escolha investir afeto e cuidado e desejo materno.

O estudo sobre o apego constituiu-se em três etapas principais, a primeira se relaciona a observação que Bowlby realizou com primatas não humanos e com crianças separadas da família, alocadas em hospitais ou abrigos. A segunda etapa, conduzida por Ainsworth, pautada em suas observações naturalistas da interação mãe-bebê e em procedimentos de laboratórios denominados “situação estranha”, que veio culminar no sistema de classificação da organização de apego entre os bebês e suas figuras de apego (seguro, inseguro, evitativo e inseguro ambivalente ou resistente). A terceira etapa tem como foco principal o movimento para o nível da representação das mães a respeito de seu contato com seus objetos primários, levando em conta as experiências de apego da mãe, em sua infância precoce (MAIM, 2000; RAMIRES & SCHNEIDER, 2010). Neste modelo de funcionamento interno, a criança constrói a auto-imagem e a imagem de sua figura de apego (mãe ou cuidador(a) substituta(o)) que influi o que ela sente em relação a ambos. Esse modelo vai evoluindo à medida que a criança vai crescendo, constituindo assim sua personalidade e convertendo-se em uma representação mental da relação de apego, inclinada a perseverar de modo extenso na vida do indivíduo, atuando nas relações afetivas futuras (BOWLBY, 1990 [1969]; SCHMIDT & ARGIMON, 2009).

Os avanços técnico-científicos tem tornado possível, pesquisar cada vez mais cedo as relações entre mãe-bebê. Deste modo, as indagações acerca do apego vêm sendo acrescida de novas informações, abrangendo o período fetal como uma fase de vinculação demonstrando que o apego materno fetal oferece um prognóstico de como será o apego pós-natal entre a díade (SCHMIDT & ARGIMON, 2009).

Segundo Brazelton e Cramer (1992) e Ministério da Saúde, Brasil, (2011), o progresso nas pesquisas tem validado a existência de competências sensoriais no feto e no neonato que apóiam a compreensão das interações entre feto e mãe, bem como seu impacto no plano emocional de ambos. Tal fato, por si só, traz uma grande relevância

para se explorar cada vez mais o assunto, buscando subsídios para compreender as consequências da não interação para a mãe, suas impossibilidades para a maternagem e conseqüentemente para saúde da díade.

Ao nascer, o bebê humano é totalmente dependente de um cuidador. Segundo Duvidoviche Winter (2004, p. 27), “o filhote humano nasce totalmente desprovido de recursos de sobrevivência, permanecendo durante um longo período em total desamparo e impotência dependendo de cuidados para sobreviver”. Este cuidado não é somente das necessidades básicas, mas também do investimento afetivo contido neste ato de cuidar, ou seja, necessita da maternagem. Bowlby (1990); Grossmann, Grossmann, Waters, (2008) nos diz que o bebê tem necessidade do contato humano, independente do alimento e conforto. O bebê sendo este ser totalmente dependente para se construir necessita de uma figura que sirva de base para sua construção. O fator biológico, descrito pela genética por si só, não constrói o outro ser em sua completude, o aspecto ambiental é importante para que o sujeito se constitua.

Sendo assim, o cuidador, que geralmente é a mãe, é responsável por este processo, tornando-se a figura de apego. Para um desenvolvimento saudável, a figura de apego deverá oferecer além de segurança e conforto, uma disposição emocional para interagir criando uma base segura. É preciso iniciar a maternagem a fim de que o bebê sinta-se capaz de explorar o resto do mundo (GROSSMANN, GROSSMANN, WALTERS, 2008).

Bowlby(1990) acredita que o bebê humano nasce com uma predisposição para buscar contato com outro humano e esta predisposição pertence à mesma ordem hierárquica do alimento, ou seja, a necessidade social é primária tanto quanto a necessidade de alimento, e é ela que vai ser a base para a construção do vínculo de apego (NUNES, FERNANDES, VIEIRA, 2007). Deste modo, o apego está diretamente ligado à qualidade do investimento afetivo e social que é oferecido ao bebê, ou seja, as conversas, o aconchego, o carinho, que fazem parte do processo de maternagem, e não somente ao ato de alimentar. O contato é um estímulo importante para o crescimento e a percepção estimulando assim, instintivamente, reações emocionais na criança, (FERREIRA; VARGAS & ROCHA, 1998). A figura de apego quando responsiva, sensível, gera no bebê um *self* seguro; porém quando não-responsiva, não-sensível, gera crianças inseguras com relação ao mundo. Assim, existe uma interdependência do *self* e da figura de apego (GROSSMANN, GROSSMANN, WALTERS, 2008). É a partir da relação contínua e interativa com esta figura de apego, que o bebê irá estabelecer o seu

Modelo Funcional Interno. Definimos Modelo Funcional Interno como sendo, “representações ligadas ao apego”(RAMIRES & SCHNEIDER, 2010).

Em publicação de 1988/1989, Bowlby assinala que anteriormente utilizou o termo “modelo representacional” como sinônimo de “modelo funcional”, devido à familiaridade do conceito de representação na literatura clínica. Entretanto, considerou que numa psicologia dinâmica, o termo modelo funcional seria mais apropriado, além de também ser mais utilizado pelos psicólogos cognitivos.

Bowlby (1988/1989) equipara o conceito de modelo funcional na teoria do apego ao de objeto interno na teoria psicanalítica das relações objetais. Ao mesmo tempo, relaciona esse conceito aos processos e capacidades cognitivas, ponto que havia aprofundado anteriormente em seu escrito sobre perdas (1973/1998b). Assim, os modelos funcionais se estabelecem como estruturas cognitivas influentes e são baseados em experiências de vida da criança, nas suas interações com seus cuidadores. Uma vez construídos, Bowlby (1973/1998b) acreditava que os modelos dos pais e do self em interação tendem a persistir e passam a atuar em nível inconsciente. No decorrer do desenvolvimento (à medida que a criança seguramente apegada cresce e os pais a tratam de forma diferente), ocorre uma atualização gradual dos modelos. Por outro lado, nas crianças ansiosamente apegadas parece haver uma dificuldade e rigidez maior na atualização dos modelos.(RAMIRES & SCHNEIDER, 2010, p. 26).

O Modelo funcional Interno vai se constituir a partir da relação com o cuidador primordial e está diretamente ligado à qualidade do investimento afetivo disponibilizado ao bebê. Em outras palavras está diretamente ligado a maternagem, e é a partir de então que os modelos funcionais se estabelecem como estruturas cognitivas que ampliarão para os sistemas comportamentais.

À medida que se engajam em diálogos verbais sobre os modelos funcionais, os pais servem como base segura para a exploração do mundo interno das suas crianças, para além da exploração do mundo externo. Bretherton e Munholland (1999), apoiando-se também nas contribuições de campos teóricos correlatos como teoria cognitiva e psicologia social, mostram que pais suportivos servem como base segura para que suas crianças se engajem em diálogos verbais.

À medida que esses pais abertamente compartilham suas reflexões sobre os modelos funcionais com seus filhos, eles os ajudam a construir e a revisar apropriadamente seus próprios modelos funcionais internos. Dessa forma, conversações relevantes para o apego, e não somente as interações relacionadas ao apego, contribuem para a construção dos modelos funcionais internos(Bretherton&Munholland, 1999). Mais do que isso, os modelos funcionais têm uma função regulatória, defensiva e também positiva para o fortalecimento do self, por meio da qual os indivíduos criam realidades ou significados individuais e socialmente compartilhados. Isso significa que a função regulatória da representação implica não apenas em refletir a realidade, mas também em criar a realidade.(RAMIRES & SCHNEIDER, 2010, p. 27).

Os sistemas comportamentais se desenvolvem no bebê como resultado de sua interação com seu meio ambiente de adaptabilidade evolutiva e em especial, de sua

interação com a principal figura nesse meio ambiente, ou seja, a mãe, ou qualquer cuidador permanente (BOWLBY, 1990).

Porém, a falta de condições de interação traz consequências não somente para o desenvolvimento do bebê, mas também para a saúde mental da mãe. Para refletir sobre outro aspecto a respeito da interação, pode-se recorrer à Bronfenbrenner (1996) que tem uma conotação espiral, multicausal e processual. Este autor considera o ser humano biológico e psicológico, que interage constantemente em seu ambiente influenciando-o e sendo influenciado por ele, trazendo sentido à ação. Dentro desta perspectiva, falar da interação é buscar compreender de que modo ela acontece entre mãe-bebê e as consequências da não interação para a mãe. Partindo do princípio que a interação é uma via de mão dupla, ela possibilita ao bebê desenvolver-se humano, ao mesmo tempo em que as atitudes deste bebê para com sua mãe auxiliam-na a se construir mãe, ou seja, facilita a construção da maternagem. Uma das primeiras formas de interação entre o bebê e sua mãe é o choro (BOWLBY, 1990; SCHERMANN, 2001). O choro é um recurso potente, utilizado pelo bebê para chamar a atenção da mãe (BOWLBY, 1990; SCHERMANN, 2001), sendo ainda uma possibilidade de interação, pois ao chorar o bebê e a mãe se aproximam. O bebê na UTIN não pode ter seu choro atendido pela mãe, e isso torna reduzida ou suprimida a capacidade de reconhecimento do bebê por parte da mãe (SCHERMANN, 2001) prejudicando o processo de identificação entre eles, o que pode afetar a qualidade da interação e por extensão o desenvolvimento do comportamento de apego (GONÇALVES, 2004). Deste modo, pode-se inferir que a mãe como cuidadora primordial ocupa um papel de destaque no microsistema desenvolvimental da criança, no qual ocorrem as interações bidirecionais da díade mãe-criança (BRONFENBRENNER, 1996; CORREIA, 2005) que pode sofrer uma fratura na interação prolongada do bebê na UTIN.

2.3. UTI NEONATAL: ESPAÇO DE ESPERANÇAS E ANGÚSTIAS

O hospital é um espaço de manifestações de emoções muitas vezes contraditórias, nele há dor e alegria, risos e choros, vida e morte. Dentro desta dualidade na investigação atual, busca-se neste local, tão repleto de rotinas, rigidez e objetividade, ler as subjetividades que cercam o imaginário de pacientes, equipes, familiares, com intenção de ampliar a compreensão fenomênica e colaborar para que seja possível minimizar os

impactos negativos do adoecimento, fazendo uma releitura das possibilidades de renascimentos com a cura (CAMPOS, 1995). O hospital é o teatro onde encenamos nossas tragédias e manifestamos nossas forças na luta contra a morte. É sem dúvidas um lugar especial que impacta a vida daqueles que por ele passa. Nos espaços hospitalares há uma divisão subjetiva hierárquica que aponta o status da saúde. Estes espaços variam entre as enfermarias, consideradas na maioria das vezes, espaços transitórios que instalam pacientes de baixa gravidade, com cuidados curativos menos invasivos até as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI's), consideradas espaços de risco iminente de morte, nas quais as situações são graves e, comumente encontramos níveis altos de ansiedades, estresse, medos, angústias e riscos.

A partir da consolidação e execução do estabelecido no Plano de Ação e Atenção Integral à Saúde da Mulher presente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), as mulheres passam a ter mais qualidade no acompanhamento pré-natal com direito a exames que acompanham o desenvolvimento do bebê. No pré-natal já se pode antecipar a gravidez de risco e encaminhar a gestante para os Hospitais Maternidades, onde se pode contar com UTI e UTIN.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal(UTIN) nasceu para atender a demanda de bebês prematuros de risco, com o objetivo de salvá-los. Sendo um espaço de alta tecnologia, passou a absorver demandas de bebês nascidos com problemas cardíacos, má formação, síndrome genética, problema respiratório e outras complicações no parto. Possui regulamentação e normas para seu funcionamento, segundo a Resolução N° 7 de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (BRASIL, 2010).

O público alvo é composto por bebês nascidos de zero aos seis meses de idade, a partir da 24ª semana de gestação, com possibilidade ou não de recuperação. Seu funcionamento é de 24 horas, usando recursos especiais para a manutenção das funções vitais do bebê, monitorando, permanentemente, o estado de sono e de vigília, a cor da pele, a inquietação, estresse, comportamento reflexo, capacidade de interação e adaptação, assim como parâmetros cardíacos e respiratórios. Deve ter localização estratégica, próxima ao centro cirúrgico e a sala de parto, a fim de facilitar a transferência imediata. A Unidade Hospitalar que oferece uma UTIN deve dispor de recursos para diagnóstico e tratamento de qualquer tipo de patologia neonatal, como por exemplo, assistência respiratória, monitoramento de dados vitais, dentre outros (BRASIL, 2010).

A UTIN é o ambiente no qual se convive com o risco de morte e possibilidade de sequelas concomitantemente ao nascimento, podendo desencadear incertezas e um aumento significativo nos níveis de estresse, tanto para o bebê, que já nasce sendo exposto a procedimentos invasivos e dolorosos, quanto para a mãe, que vive uma série de conflitos psíquicos, gerados pela situação de incerteza, culpa, luto e medo. Não se pode pensar em saúde psíquica da criança sem antes conhecer a saúde psíquica da mãe, daí cada vez mais relevante a atuação do psicólogo na equipe multiprofissional da UTIN (GONÇALVES, 2004).

Cada UTIN adota uma conduta particular com relação à atenção dispensada à mãe, algumas mantêm uma postura de distanciamento apesar da equipe apresentar um discurso sobre a importância da presença materna, enquanto que outras reconhecem a necessidade da presença da mãe e traçam estratégias para facilitar o acesso. O fato é que poucos estudos relacionados à UTIN apontam uma preocupação com o estado emocional da mãe, apesar de haver apontamentos sobre a importância da interação mãe-bebê. O foco dos estudos encontrados quase sempre é voltado para as consequências no desenvolvimento do bebê.

Mas, o que a impossibilidade de interação pode causar como decorrência no desenvolvimento da maternagem e na formação do vínculo afetivo para a mãe? O desenvolvimento do bebê está diretamente ligado ao estado psíquico da mãe e o ambiente pode trazer efeitos na dinâmica natural relacionada aos aspectos psíquicos enfrentados pela mãe no pós-parto. Assim, o espaço da UTIN é, para algumas mães, o palco onde se estabelece o primeiro contato entre mãe e bebê. É neste lugar que a mãe sofre o primeiro impacto ao ver seu bebê intubado, com a veia puncionada, tão diferente do bebê imaginado. Tal situação pode interferir na interação mãe-bebê, uma vez que a construção do vínculo se dá através de interações sucessivas, que neste caso, há uma dificuldade de acontecer pelas próprias impossibilidades impostas pelas condições físicas do bebê (SILVA, CHRISTOFFEL, FÉRNANDEZ & SANTOS, 2006). “Salva-se a vida do bebê às custas de levá-lo a perder sua mãe” (BUDIN, 1907 apud VALANSI & MORSCH, 2004), esse olhar de Budin (1907) pode ser considerado um marco para o olhar humanizado no contexto da UTIN.

2.3.1. UTIN como fator estressor materno

A ciência ainda não nos diz muita coisa acerca dos efeitos do psiquismo da mãe sobre seu corpo e sobre o da criança que ela carrega dentro de si (SZEJER, 1999).

Todavia, supomos que já exista uma relação pré-estabelecida entre mãe e bebê desde a vida intrauterina, uma vez que a mãe já começa a preparar um lugar para este bebê em seu imaginário. Depois do parto, a mulher será denominada mãe, mas para que ela possa se apropriar desse bebê e se constituir enquanto mãe precisará percorrer um longo caminho. Inicialmente, terá uma prevalência de sentimentos de perda, em função da separação que se impõe logo ao nascimento (GOMES, 2004) e em caso de intercorrências, seja por prematuridade ou qualquer outra condição clínica que exija cuidados intensivos ao bebê, esta situação pode ser mais angustiante, uma vez que o bebê fica na incubadora e a mãe não pode exercer seu papel de cuidadora. Este fator pode ser um nó a ser desatado para que o vínculo da díade se estabeleça de modo saudável.

A saúde mental da mulher é um aspecto que deve ser levado em consideração no pré-natal, uma vez que as alterações hormonais exercem fortes influências no humor e comportamento feminino. O período gestacional e pós-parto é marcado por oscilações hormonais significativas, abrindo uma janela de vulnerabilidade para transtornos psiquiátricos. O puerpério é considerado um período de manifestações de transtorno de humor e surgimento de novas doenças em pacientes com predisposição. Dentre os principais quadros de saúde mental encontrados no puerpério destaca-se a depressão, transtornos ansiosos e Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT).

Segundo Kennel e Klaus (2000), a depressão pós-parto afeta de 10% à 15% das mulheres. Tem como marco inicial em algum momento durante o primeiro ano do pós-parto, sendo maior a incidência entre a quarta e oitava semana posterior ao parto. É preciso diferenciar a depressão pós-parto do *baby blues*, que é a melancolia da maternidade ou tristeza pós-parto, decorrente de alterações significativas de humor, comumente vivenciadas no pós-parto. O *baby blues* normalmente acontece entre o segundo e quinto dia após o parto, e é caracterizado por um curto período de emoções voláteis, tendo geralmente quitação espontânea (SOUZA e col., 1997). Em contrapartida, de acordo com o DSM IV (1994), a depressão pós-parto se manifesta por um conjunto de sintomas como irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade, sentimentos de incapacidade de lidar com novas situações (SOUZA e col., 1997).

Pouco menos discutido, porém não menos importantes, estão os transtornos de ansiedade. Com bases num estudo realizado, envolvendo 400 puérpera em Recife, utilizando a MINI (*International Neuropsychiatric Interview*) como instrumento de

entrevista foi observado que cerca de 30% destas mulheres no período puerperal, apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade. Os transtornos de ansiedade mais prevalentes foram: o transtorno de ansiedade generalizada - TAG (16,5%), a fobia social (11,2%) e o transtorno obsessivo compulsivo - TOC (9,0%) (ZAMBALDI et al., 2009). A desestabilização emocional que a ansiedade causapode influenciar na liberação de ocitocina, um hormônio produzido pelo hipotálamo, armazenado pela hipófise posterior, tendo como função promover a contração muscular uterina durante o parto e agir na contração dos ductos mamários permitindo que o leite seja expulso da mama durante a amamentação. A mãe com transtorno de ansiedade pode dentre outras alterações, tais como, dificuldades para amamentar.

Apesar de ser o transtorno de ansiedade que mais aparece nas pesquisas, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) ainda tem sido pouco estudado no pós-parto. Nos Estados Unidos foi realizada uma pesquisa envolvendo 68 puérperas com oito semanas de pós-parto, utilizando como instrumento na entrevista a SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders*) sendo observado a prevalência de 4,4% de TAG. Outro estudo australiano, envolvendo 408 puérpera, utilizando a DIS (*Diagnostic Interview Schedule*), evidenciou incidência de TAG de 1,9% a 3,1%. Parte considerável desses casos pode ser desencadeada especificamente no pós-parto (ZAMBALDI, CANTILINO & SOUGEY, 2009). Os principais sintomas envolvem a presença persistente de ansiedade ou preocupações excessivas. As preocupações envolvem diversos eventos e atividades de vida e são acompanhadas de sintomas como inquietação, fadigabilidade, dificuldade para se concentrar, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono podendo ainda ter sintomas físicos tais como diarreia, aumento da sudorese (APA, 1994).

A fobia social caracteriza-se por medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves são acompanhadas habitualmente de uma perda da auto-estima e de um medo de ser criticado (DSM – IV, 1994). No estudo realizado por Zambaldi, Cantilino e Sougey (2009), a prevalência foi de 11,2%. Suspeita-se que o puerpério funcione como um agravante deste quadro, uma vez que o nascimento do bebê é um evento que desperta o desejo social de conhecer o novo ser que vai compor este mundo, sendo então o período em que elas têm que lidar com o aumento dos contatos sociais, seja por conta de receber visitas, seja porque é preciso levar o bebê para consultas médicas de puerpério, exames diagnósticos e vacinas iniciais, aumentando assim, a gama de exposição social.

Poucos estudos estimam a prevalência do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) especificamente no pós-parto. Zambaldi, Sougey e Cantilino (2009) encontraram prevalência de 9%, de TOC sendo que em 2,3% o TOC teve início no pós-parto. No pós-parto, os pensamentos relacionados às obsessões e compulsões, habitualmente envolvem o bebê, sendo frequentes pensamentos obsessivos agressivos contra o recém-nascido, que variam desde o medo de deixar o bebê cair no chão até pensamentos de jogar água fervendo sobre o bebê, por exemplo.

O parto e o puerpério podem trazer alterações psíquicas às mulheres com predisposição. Não se sabe ao certo o porquê isto ocorre em algumas mulheres. O momento do parto é único para cada mulher. Algumas gestantes experimentam o parto como psicologicamente traumático, mesmo quando não há nenhuma intercorrência. Considera-se um parto traumático quando a mulher relaciona o parto a sentimentos ligados ao medo intenso de morrer, medo intenso da morte do bebê, sensação de dor intensa e prolongada, sensação de desconforto diante da equipe, percebendo sua assistência como inadequada, a falta de postura humanizada não informando adequadamente sobre o procedimento ao qual a mulher será submetida, ter a sensação de perda de controle e sentimento de humilhação. Tais situações sentidas pela mulher podem levá-la a apresentar memórias aflitivas do parto, revivendo repetidamente, através de imagens, ideias, sonhos e emoções, tudo o que viveu no parto. Deste modo, buscam esquivar-se de situações, pessoas, lugares e pensamentos que façam recordar do trauma, neste caso, o parto. Esse conjunto de sintomas físicos, psíquicos e emocionais, acrescido da sensação de entorpecimento e embotamento afetivo, revivência mental do evento, evitação, anedonia e hiperexcitabilidade fisiológica, caracteriza-se como o Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), (DSM IV, 1994). Os distúrbios mentais e do neurodesenvolvimento, em sua maioria, não tem uma causa linear, sendo o resultado da soma entre fatores genéticos e ambientais. Segundo Zambaldi, Sougey e Cantilino (2009), a gestação e o pós-parto podem funcionar como momentos de estresse elevado, não só físico, mas também emocional tendo como comorbidade o aumento significativo da ansiedade. O estresse gestacional pode ser resultado de elementos psicossociais, complicações obstétricas, resposta emocional à gravidez, dentre outros fatores.

Na Inglaterra foi feito um estudo prospectivo o qual evidenciou que 21,9% das gestantes apresentam sintomas de ansiedade e 64% destas mantinham os sintomas no pós-parto (ZAMBALDI, SOUGEY & CANTILINO, 2009). Essas oscilações de humor, derivados da adaptação hormonal na gravidez e no pós-parto, podem receber influências

externas que interferem potencializando certas emoções que por sua vez, interferem diretamente na relação mãe-bebê. Um parto prematuro e a notícia da necessidade da UTIN, por qualquer que seja a condição clínica, é considerado um agente estressor num momento em que a mãe encontra-se vivenciando um turbilhão de ajustes hormonais e emocionais (DITZ, SENA, MOTTA, DUARTE, 2011). Tal situação leva a mulher a experimentar medo intenso, desamparo, perda de controle, impotência diante do risco iminente de morte do bebê, podendo abrir uma janela de vulnerabilidade para o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e Transtornos de Ansiedade, assim como Depressão pós-parto, como visto anteriormente.

As consequências da falta de suporte emocional para puérpera na UTIN podem gerar reverberações negativas à vida psíquica da mulher, tais como: desapontamento consigo mesma, sentimentos de incapacidade e inadequação, danos no aleitamento materno e na relação com o neonato (ZAMBALDI, SOUGEY & CANTILINO, 2009).

Segundo Zambaldi, Sougey e Cantilino (2009), tem acontecido no meio acadêmico um vasto repertório voltado para depressão pós-parto, buscando compreender diagnóstico, curso, prevalência, etc., porém poucos pesquisadores tem se debruçado a estudar de modo sistemático a ansiedade e seus efeitos sobre a saúde mental na gestação e no pós-parto. Além de uma ansiedade leve, que é esperada, visto as mudanças que a gestação e o bebê trazem para a vida da mulher, há aquelas que apresentam ansiedade patológica no período gravídico-puerperal (ZAMBALDI, et.al. 2009). O prejuízo nesta relação pode ser suprido por outro cuidador e não afetar significativamente o desenvolvimento do bebê, porém a fragilidade desta mãe e a falta de condições psíquicas para o investimento no bebê podem gerar prejuízos para o desenvolvimento da sua maternagem. Assim como o bebê necessita da figura de apego para se constituir, a mãe precisa do bebê e da relação de apego com ele para construir sua maternagem é se constituir mãe. A falha nesta interação pode gerar prejuízos significativos para relações futuras desta mãe com seu filho, podendo causar sérios danos na vida social do mesmo (RIBAS; SEIDL DE MOURA, 2004).

Segundo Klaus e Kennell (1993), Gonçalves, (2004), as consequências desta má interação podem gerar mães menos tolerantes e adaptadas aos seus filhos, visto o índice de maus tratos posteriores nestas crianças, isto é, mães menos responsivas e sensíveis. O desenvolvimento precário da interação da díade acarreta quase sempre, crianças apáticas ou sem limites, uma vez que não obedecem as solicitações das mães, provavelmente pela pobreza da comunicação. Tal comportamento tende a desencadear sentimentos de

incapacidade para conduzir o desenvolvimento e educação do filho. A falta de entendimento entre eles pode, dentre outras, culminar em depressão na díade e culpa na mãe. Deste modo, compreender a saúde psíquica da mãe e suas dificuldades emocionais em lidar com o ambiente da UTIN e com esse bebê que necessita de cuidados especiais torna-se importante para criar estratégias que visam facilitar a interação, o desenvolvimento do vínculo e conseqüentemente a construção de sua maternagem.

2.4. HUMANIZAÇÃO

Em se tratando de humanizar é preciso buscar refletir no que exatamente se traduz este verbo. Pesquisando em dicionário (FERREIRA, 2009) podemos conceituar que humanizar é humanar, instruir, civilizar, amenizar. Com o cunho religioso, humanizar-se relaciona à bondade, tornar-se mais humano é tornar-se mais sensível ao outro. Em se tratando da humanização em saúde, podemos perceber que há um direcionamento para a ação deste verbo. Sendo assim, humanizar em saúde está diretamente ligado às práticas de atuação de uma equipe, comprometida com a produção de saúde e de sujeitos (CAMPOS, 2000). Diante da complexidade que gira em torno do tema humanização, instituiu-se em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004). Contudo, para que efetivamente se consolide a política de humanização em saúde, com transformações das práticas de saúde, fazem-se necessárias alterações no processo de construção dos sujeitos desta prática. Para que os princípios de integralidade, universalidade e equidade, preconizados no Sistema único de Saúde (SUS) se estabeleça, é preciso que trabalhadores e usuários do sistema atuem em total harmonia e corresponsabilidade. Para que haja estas transformações foi preciso criar o HumanizaSus, que vem como um processo de subjetivação que se efetiva com mudanças no modelo de gestão e de atenção em saúde. Deste modo, humanização pode ser entendida como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, respeitando a complexidade e singularidade de cada um. Não há um conceito específico ou uma versão mais correta do que seria a humanização, mas pode-se dizer que ela aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos (DINIZ & GRILO, 2005).

A humanização do parto vai além de minimizar o impacto da dor física. É poder criar condições favoráveis para minimizar a ansiedade da mulher para que possa dar à luz com dignidade. É olhar pra posição constrangedora a que se submete; diminuir o estresse

para que o parto deixe de ser uma intervenção médica e seguir seu curso natural. O que é preconizado na PNH (BRASIL, 2004) é uma humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressando uma mudança na compreensão do parto como experiência humana, e ao mesmo tempo levar a uma mudança de postura daquele que assiste o parto, e que se vê diante do sofrimento do outro humano. Vai além de aliviar a dor física, é perceber o outro em sua plenitude, é auxiliá-lo a sobrepor o momento de dor minimizando seu sofrimento. Para humanizar é preciso ter internalizado atitudes que amenize sem que invalide.

2.4.1. Humanização no contexto da UTIN

Ao nascer, o bebê se depara com um ambiente muito diferente daquele encontrado no útero, principalmente quando nasce com a necessidade de cuidados intensivos para manutenção da vida. A UTIN é um ambiente de rotinas invasivas, inospitaleiro, cheio de ruídos e luminosidade intensa, onde o neonato fica vulnerável ao estresse e a dor. Além do desconforto físico, há também o aspecto psicológico, visto que o bebê fica subordinado às rotinas, não podendo receber os cuidados diretos da mãe. Em algumas UTIN, o bebê fica sendo olhado pela equipe, pois a mãe está impossibilitada de manter os cuidados básicos, seja por conta das imposições do contexto ou pelo fato de estarem com abalo emocional que as impedem de interagir. O vínculo mãe-bebê acaba sendo marcado pela separação, muitas vezes porque a mãe (assim como o pai) sente-se culpada por ter gerado um bebê delicado, sem resistência e, por vezes, não se sente apta a cuidar deste bebê (BRAGA & MORSCH, 2003; LAMEGO, DESLAND, MOREIRA, 2005). Este também é o momento no qual pode se instaurar Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtornos depressivos e ansiosos, deixando frágil a saúde mental da mãe, o que vem a ser um dificultador na interação da díade.

Por conta de tantas instabilidades emocionais e incertezas, valoriza-se a preocupação com a humanização em seu sentido mais amplo, ou seja, não basta humanizar o espaço físico, tentando minimizar o desconforto, é preciso que as relações se tornem mais humanizada. Deste modo, a humanização do serviço em saúde pode ser traduzida como sendo um aglomerado de atitudes que ambiciona a elaboração de cuidados em saúde capazes de agregar a tecnologia de ponta à escuta, acolhimento, respeito e ética, destinados não só ao bebê, mas a puérpera. É necessário que a equipe possa compreender os conflitos que se passa com as mães, a fim de que se possa auxiliar na interação mãe-bebê. Neste contexto, a Psicologia funciona como uma ponte entre a

equipe e a mãe, e entre a mãe e o bebê, buscando traduzir os sentimentos, ressignificar os medos, os sentimentos que geram a culpa (SIMONETTI, 2004).

Na UTIN o que deve ser preconizado é a manutenção da vida, mas também o respeito às subjetividades, acolhimento ao bebê e sua família, levando em consideração a importância do desenvolvimento e do psiquismo, buscando facilitar a interação mãe-bebê durante a fase em que estão na UTIN (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2003). Um exemplo é o Método Canguru como uma política de assistência neonatal na qual a essência é o contato pele-a-pele entre mãe-bebê. Este programa vem sendo implantado nos Hospitais Maternidades, cujo objetivo principal é oferecer um atendimento humanizado ao neonato e sua família, de modo individualizado, com respeito às subjetividades tanto do bebê, que é um ser que sente dores, conforto e desconfortos (SZEJER, 1999) quanto sua mãe, que ainda está em processo de interação e reorganização emocional. O Programa Mãe-Canguru consiste na diminuição do tempo de permanência do recém-nascido na incubadora, na colocação do bebê no colo da mãe, na posição canguru (contato pele-a-pele) para transmissão de calor e estímulo sensorial e, postura preventiva ao refluxo e aspiração pulmonar, na alimentação exclusivamente ao seio e no acompanhamento ambulatorial especializado (“*follow-up*”). Este Programa beneficia além do aspecto físico o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê, sendo um facilitador na construção da maternagem e é considerado uma política voltada para humanização das UTIN (CARVALHO, LINHARES, MARTINEZ, 2001).

A humanização na UTIN pode contribuir com o processo de interação mãe-bebê uma vez que a equipe multidisciplinar estimula a presença da mãe, contribuindo para esclarecer as dúvidas minimizar os medos e angústias, a fim de que a relação possa ser construída de modo saudável. É poder estar ao lado da mãe, com escuta qualificada auxiliando-a a passar pelas dificuldades, dores, sofrimentos, medos e angústias. É poder acompanhá-la neste momento, olhando-a em seu processo de construção da maternagem frente ao desafio imposto pelo contexto.

2.5. PSICOLOGIA: INTRODUZINDO A SUBJETIVIDADE NAS ROTINAS DA UTIN

Na rotina da UTIN as intervenções médicas são constantes, invasivas e dolorosas, havendo um grande esforço para o bebê alcançar uma organização comportamental e a estabilidade de seu estado de saúde. Além de tudo isso, este bebê “de incubadora” é, em geral, privado do contato pele-a-pele com a mãe, bem como da possibilidade de ser

aninhado no colo materno e ser amamentado, sendo necessário que a mãe aprenda a regular o estímulo que fornece ao bebê para não desequilibrar a sua estabilidade clínica e prejudicar sua evolução (ANDREANI, CUSTODIO& CREPALDI, 2006). Ansiosa, esta mãe pode tocar e acordar o bebê diversas vezes sendo um incômodo, gerando estresse e desequilíbrio ao bem estar do bebê, por isso ela deve ser ouvida e orientada para que possa contribuir e sentir-se segura no manejo com o bebê. Neste contexto, o psicólogo hospitalar pode contribuir para identificar as dores do bebê bem como buscar formas de sinalizar a equipe o sofrimento psíquico da díade, sendo ele uma forma de “ponte” na tradução dos significados subjetivos entre mãe-bebê e equipe, é ele o facilitador da comunicação entre equipe/paciente/família. (BRUSCATO, BENEDETTI& LOPES, 2010). É necessário buscar minimizar o impacto do sofrimento no bebê estando atendo ao que é preconizado no manual da Política Nacional de Humanização – PNH(BRASIL, 2004), com relação ao ambiente da UTIN, no qual é necessária luminosidade adequada, controle de ruídos, dentre outras ações que podem contribuir para qualidade no atendimento ao bebê. Neste contexto, cabe ao Psicólogo Hospitalar uma preocupação com a humanização do serviço de saúde desenvolvido na UTIN, tendo como um dos norteadores da humanização o estímulo aos processos comprometidos com a produção de saúde e produção de sujeitos.

O hospital, e em especial a UTIN, funciona dentro de normas claras traçadas pelo Ministério da Saúde, porém num ambiente onde se lida constantemente com o risco iminente de morte. É preciso dar espaço para a subjetividade humana em meio de tantas rotinas, urgências e objetividades. Deste modo, pensar na inserção de um psicólogo tem sido uma estratégia, de certa forma recente se comparado com os demais profissionais (BRUSCATO, et.al., 2010), porém não menos importante.

É possível afirmar que a demanda ao atendimento e acompanhamento psicológico dentro da instituição hospitalar tem sido crescente. A necessidade de humanizar o atendimento, o incentivo a maior participação do paciente e a evolução técnica e tecnológica dentro da instituição clamam por uma figura mediadora, que busca escutar, acolher, orientar e minimizar aspectos negativos dentro da instituição (ANGERAMI-CAMON, 2003). É necessário um profissional capaz de propor intervenções que venham minimizar o impacto das alterações emocionais, ampliar a aderência do paciente as intervenções médicas levando o sujeito a assumir a corresponsabilidade pelo restabelecimento de sua saúde, buscando o equilíbrio de saúde psíquica do sujeito, minimizando o impacto do estresse e ansiedade gerados por estar impossibilitado de realizar sua rotina diária.

Neste cenário, a Humanização, conforme estabelecido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2001), é um dos objetivos da Psicologia Hospitalar conforme exposto na Resolução 02/2001, pois humanizar é enxergar a subjetividade humana através da escuta especializada oferecida pelo psicólogo. Cabe a este profissional buscar estratégias de orientação para a equipe sobre a importância deste olhar humanizado para o processo de restabelecimento da saúde bem como para a comunicação saudável sem que haja o preconceito com as manifestações psíquicas do indivíduo. A pessoa deve ser vista na sua totalidade e não apenas como um corpo ou fragmentação. A pessoa deve ser vista como um indivíduo que possui participação ativa no seu processo de saúde-doença. No que diz respeito à UTIN, o processo de humanização ultrapassa o atendimento ao bebê e chega ao atendimento familiar, principalmente a mãe que vive um momento particular no seu desenvolvimento materno, ouvir e compreender seu comportamento que muitas vezes não corresponde ao esperado pela equipe, é fundamental, e está diretamente ligado ao processo de humanização.

Logo, o puerpério é um período delicado onde as alterações hormonais e emocionais são frequentes. Cabe ao psicólogo auxiliar a mãe nesta fase, para que possa vivenciar o luto psíquico do bebê imaginado, apoiando-a para estabelecer a maternagem deste bebê real, que hoje se encontra tão diferente daquele que compôs seu imaginário durante a gestação, estimular a presença constante buscando meios de interação a fim de que o desenvolvimento psíquico ocorra de modo saudável. Deste modo, é papel da psicologia, buscar ouvir a mãe e ressignificar seus sentimentos e medos tornando o atendimento mais humanizado; e deste modo, poder contribuir para o processo de construção da maternagem e de interação do binômio mãe-bebê.

METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentadas informações relacionadas acerca da organização metodológica geral da pesquisa, bem como do contexto da pesquisa, sujeitos da pesquisa, procedimentos de coleta de dados: instrumentos utilizados, tratamento, critérios de análise e resultados.

2.6. PESQUISA: DADOS GERAIS

A escolha metodológica foi feita com bases nos objetivos que se desejava alcançar com o estudo. Deste modo, para compreender como se estabelece a interação mãe-bebê no contexto da UTIN a partir do ponto de vista materno, a abordagem qualitativa atendeu as expectativas, visto que é uma possibilidade de pesquisar, cumprindo os rigores científicos exigidos, mas sem perde a capacidade de compreender a subjetividade dos fatos (MINAYO, 1994). O método escolhido para coletar a narrativa das mulheres foi o método de história de vida, no qual se solicita e incentiva-se o sujeito da pesquisa a falar sobre sua vida. Foi utilizado um roteiro de duas perguntas norteadoras (Apêndice C) apenas para direcionar a fala e associação de idéias para o tema do estudo.

Buscamos através da técnica de coleta e análise de dados narrativa de história de vida, reunir elementos que colaborassem na compreensão de como as mães se organizam psiquicamente frente à experiência vivida, de modo a identificar suas estratégias para que a construção da maternagem e o processo de interação, apesar das impossibilidades de cuidados impostas pela UTIN, verificando de que modo percebem a humanização do setor.

Como a pesquisa preocupou-se em observar e acompanhar aspectos qualitativos da relação humana sem que houvesse uma preocupação em quantificá-la, planejou-se inicialmente que a narrativa seria gravada em áudio, com autorização prévia da participante, buscando através das perguntas norteadoras, provocar narrativas das mulheres a respeito de sua vida tendo como foco sua vivência com seu filho na UTIN (ROMANO, et al., 2008). Foram usados também como instrumentos na coleta de dados a observação e o diário de campo da pesquisadora, uma vez que tais instrumentos possibilitam registrar as emoções, conceitos e dificuldades relatadas/observadas tanto nos sujeitos da pesquisa quanto na própria pesquisadora. No diário de campo cotidianamente foram colocadas as percepções, angústias, questionamentos e informações obtidas através

da utilização de técnicas informais, com uso do gravador, diante da autorização da participante.

2.7. OBJETIVO DA PESQUISA

2.7.1. Objetivo Geral

- Investigar o processo da construção da maternagem em mães com filhos internados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, através da própria narrativa materna;

2.7.2. Objetivos Específicos

- Verificar estratégias maternas para a interação com o bebê, utilizadas na vivência do contexto da UTIN, através de suas narrativas;
- Identificar o efeito da humanização no contexto da UTIN relacionado à maternagem na percepção das mães;
- Levantar indicadores de como os psicólogos podem contribuir no contexto da UTIN.

2.8. O CONTEXTO GERAL DA PESQUISA: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE –HUSF

A pesquisa foi desenvolvida na UTIN do Hospital Universitário Sul-Fluminense (HUSF) da Universidade Severino Sombra (USS), situado em Vassouras-RJ, antes Hospital Escola Jarbas Passarinho, mantido pela Fundação Educacional Severino Sombra, Entidade Filantrópica,.O hospital fica localizado na região Sul Fluminense, mais especificamente na região Centro Sul Fluminense (Figura 1), e tornou-se referência aos usuários, para o atendimento de gestantes de alto risco, recebendo, portanto, gestantes de vários municípios desta região. Está em processo de solicitação para tornar-se efetivamente Referência junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), e deste modo entrar no sistema de regulação, como Hospital Referência de alto risco. Trata-se de um hospital escola que tem entre outros serviços a UTI e a UTIN.O Complexo Hospitalar do HUSF é composto por oito prédios / blocos, que totalizam 13.500,23 m². Conta com 170 leitos, duas enfermarias de dois leitos com banheiro privativo, dezoito apartamento bem equipados, UTI equipada com oito leitos completamente aparelhada, UTIN com seis leitos, completamente aparelhada, UI-Neonatal (Unidade Intermediária) equipada com

oito leitos, centro cirúrgico, com cinco salas de cirurgia, uma sala de parto, uma sala de recuperação pós-anestésica, dezessete enfermarias, distribuídas em dois pavimentos, alojamento conjunto com sete leitos e berços, isolamento com um leito além de ambulatorios, laboratórios de análises clínicas e anatomia patológica e emergência equipada (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA, 2014).



Figura 1 Mapa do Estado do Rio de Janeiro (Fonte: Rio de Janeiro, 2013).

A região Centro Sul Fluminense é formada por 10 municípios: Vassouras, Mendes, Engenheiro Paulo de Frontin, Miguel Pereira, Paty de Alferes, Paraíba do Sul, Areal, Três Rios, Comendador Levy Gasparian e Sapucaia (Figura 2).

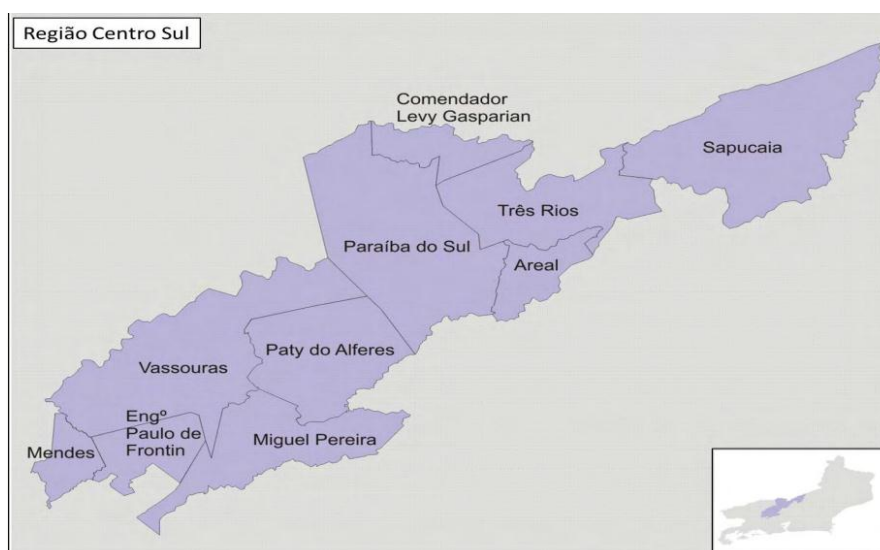


Figura 2 Mapa da Região Centro Sul Fluminense (Fonte: Rio de Janeiro, 2013).

2.8.1. Contexto da coleta de dados– a UTIN

A pesquisa foi realizada no contexto da UTIN do Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF). A UTIN conta com seis leitos localizados na área de risco, onde há necessidade de equipamentos para manutenção da vida, portanto, onde ficam os bebês muito graves e oito leitos na Unidade Intermediária (UI), onde ficam os bebês de risco, mas que estão em manutenção, isto é, sem necessidade dos aparatos para manutenção da vida. Este setor funciona com médico pediatra neonatologista de plantão, médico pediatra neonatologista de rotinas, auxiliares de enfermagem, enfermeira-chefe, auxiliares de serviços gerais. Recebem suporte da Fonoaudióloga e da Equipe de Psicólogos que atendem a demanda de outros setores do hospital, não havendo profissional destas áreas, exclusivos para UTIN.

As visitas são livres e é incentivada a presença diária das mães, havendo um agendamento com o setor de Psicologia para a visita do irmão. Este projeto visa abrir espaço para que o irmão venha conhecer o irmão(ã) hospitalizado e adaptar-se às rotinas na UTIN, além de propiciar para ele conhecimento acerca da ausência dos pais em casa, sensibilizando-o para a condição do bebê internado. Exceto no dia da visita do irmão, é permitido apenas a permanência de dois (2) visitantes na UTIN/UI.

As informações sobre o estado de saúde do bebê é realizada pelo Coordenador Médico da neonatologia, de modo diário, sem horário definido. Em caso de alteração no quadro clínico do recém-nascido, o Pediatra de plantão fornece as informações aos pais.

As mães são estimuladas a realizar a ordenha, em sala destinada para isso, sendo este um espaço utilizado para as abordagens da Psicologia, bem como um momento de descontração onde as mães trocam informações entre si. Porém, como é um hospital de grande abrangência, o horário das mães na ordenha, nem sempre coincide. Assim, normalmente, a ordenha acontece de modo individual, com o auxílio da auxiliar de enfermagem até que a mãe se sinta segura para realizar sozinha. Não há uma rotina do Serviço de Psicologia no atendimento destas mães/familiares. O atendimento é realizado somente quando solicitado, nos casos em que a equipe percebe uma dificuldade da mãe em tornar-se presente na UTIN, fato que a equipe interpreta como dificuldade de interação. Não há evidências de uma preocupação em compreender como está a saúde mental da mãe, considerando que a presença não necessariamente significa garantia de interação. As coletas foram realizadas ora na sala de ordenha, logo após a mãe terminar a retirada do leite, ora era feita ao lado da incubadora.

2.9. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa seis (06) mães que tinham seu filho internado na UTIN do Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF), localizado no Município de Vassouras. O critério de inclusão na pesquisa foi que o bebê estivesse na UTIN no mínimo 05 dias, prematuridade ou qualquer outra condição clínica que haja indicação de cuidados intensivos. A participação das mães foi voluntária. Não se teve uma preocupação com a idade, escolaridade ou quantidade de gestações das participantes, uma vez que o que se desejava era conhecer o estado psíquico da mãe para a maternagem e sua disponibilidade para interação, com aquele bebê dentro do contexto da UTIN. As entrevistas aconteceram ao lado da incubadora e no espaço de ordenha, uma vez que no âmbito hospitalar não há um *setting* definido para atuação da Psicologia. Buscou-se aproveitar o movimento próprio das visitas maternas e suas consultas pré-agendadas.

As mães entrevistadas foram nomeadas por espécies de borboletas. A coleta de dados aconteceu num período de transição na UTIN, onde numa fase a equipe da UTIN era chefiada por uma médica, que traduzia em sua fala, uma postura humanista e demonstrava-se muito interessada nas possibilidades de trabalho que a Psicologia oferece no âmbito hospitalar, principalmente da UTIN. Isto foi observado no seu estilo de gestão de equipe e nas conversas informais com a pesquisadora e anotações no diário de campo. Em seu planejamento ela previa reuniões multidisciplinares semanais com sua equipe na qual ela convidava e valorizava a participação do psicólogo. Enquanto pesquisadora e psicóloga fui convidada a fazer parte das reuniões de equipe, tendo a oportunidade de expressão dentro do que era discutido, mesmo não fazendo parte do quadro de funcionários do hospital. As discussões giravam em torno dos pacientes e sua evolução, incluindo a postura familiar e abriam espaço para que todos os profissionais, de várias especialidades, envolvidos pudessem emitir seu parecer, deste modo o paciente e sua mãe/família eram vistos de acordo com uma proposta holística. Nestes encontros eu podia identificar as dificuldades de interação da mãe e propor estratégias de solução para superação destas, bem como acompanhar a evolução do bebê, partilhando os vários olhares ali representados. Após algumas mudanças no que tange recursos humanos, o estilo gerencial no contato com a pesquisadora seguiu uma linha mais formal de interação. As reuniões de equipe deixaram de acontecer periodicamente, os demais profissionais podiam usar o prontuário para acompanhar a evolução do bebê. Quando necessário, o coordenador solicitava a presença de outros profissionais de saúde, não médico, para discussão do caso clínico. Na primeira vivência, tive mais atuação no cotidiano do trabalho, quando se criavam oportunidades de maior contato com a realidade, enquanto

que na segunda vivência, fui bem aceita pela gestora em meu papel de pesquisadora, com os limites bem claros no campo de minha ação acordada. Em ambas as experiências, as mães se aproximavam de mim interessadas em perguntar e conversar a respeito do momento que elas viviam.

2.10. PROCEDIMENTO

Ao chegar à UTIN cumpria os procedimentos de higienização adequada, conforme orientações do setor, passava ao lado das incubadoras, via os bebês e sua evolução nos prontuários. A seleção para a entrevista não passou por nenhum rigor de escolha, obedeceu a sua motivação/concordância da mãe no setor e sua disponibilidade para participar. Procurei realizar abordagem após a mãe realizar sua visita ao bebê ou após a ordenha. Não obtive nenhuma recusa de participação. Todas as entrevistadas mostraram-se cooperativas. Apesar de a proposta definir que as entrevistas seriam gravadas, a maioria das mães não aceitou este procedimento, concordando em participar somente se não fosse preciso a gravação alegando não se sentira vontade para gravar. Deste modo, foram gravadas apenas duas (02) entrevistas. Os dados gravados foram transcritos na íntegra enquanto que aquelas que não autorizaram a gravação tiveram suas entrevistas escritas à mão, buscando manter a originalidade de tudo que foi dito pela participante, para que fosse possível fazer a análise dos dados e discussão de resultados. Com o intuito de preservar o anonimato das participantes, adotamos o pseudônimo de espécies de borboletas, por conta da analogia entre gestação e metamorfose, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 Identificação das mães participantes

Borboleta/Espécie	Nome Fictício da mãe (codinome)
VANESSA ATALANTA	Vanessa
DRYAS JULIA	Júlia
ACTIAS LUNAS	Luna
PARNASSIUS APOLO	Paula
CALIGO EURILOCHUS BRASILIENSIS	Euri
DEILEPHILA ELPENOR	Eleonor

Para cada participante foi copiado do prontuário do bebê, os dados pertinentes acerca de seu parto e o histórico do bebê, que estão transcritos na tabela 2.

Tabela 2 Identificação e Anamnese

Codiname	Identificação	Anamnese
Vanessa	DN: 23-01-2014 Peso RN: 1.05Kg	Parto Cesárea com 32 semanas e 6 dias (prematureo 1.05Kg), cianótico por conta do pré-eclâmpsia da mãe. Ao nascer teve necessidade imediata de ventilação, usou a máscara. PCR negativo, ou seja, sem processo infeccioso. Necessidade de incubadora aquecida com pap. Nasal.
Julia	DN: 15-01-2014 Peso RN: 1.020Kg	Bebê nasceu de 28 semanas, porém Teste Apgar9/10 . Diagnóstico PMT muito baixo peso. Teve indicação de ser aspirado sempre que necessário. Foi feito oximetria de pulso Sat. 100%. Icterícia, conduta: fototerapia + Bilitron
Luna	DN: 04/12/2014 Peso RN: Não constou no prontuário.	Tipo de parto: Cesárea.Diagnóstico: Insuficiência respiratória do RN Cid. P 249 – RN a termo com gemencia + dispnéia necessitando de oxigenoterapia + suporte respirador. Mãe Gesta: III,Para: III, Aborto: ø Intercorrências: infecção – perda de líquido – ruptura de bolsa no ato. Apgar: 1ºmin:8 - 5ºmin: 9 - Estatura: 49cm - PC: 34cm
Paula	DN: 01/12/2014 Peso RN: 1.400Kg	Prematuridade. CID P073. Nascido de parto cesáreo com 30 semanas e 4 dias de idade gestacional. APGAR: 1º min. 08 - 5º 10 Evoluiu quadro de insuficiência respiratória. Mãe: Gesta I – Para ø – Aborto ø. Necessidade de intubação. Mãe teve ITU (infecção de trato urinário) no 1º trimestre. Bebê necessitou de Oxigênio.
Euri	DN: 15/11/2014 Peso:2.080Kg	Cid P360 – sepse neonatal - dificuldade respiratória. Diagnóstico: Prematuridade + sepse neonatal + DMH. Nasceu hipotônico – hipoativo – não chorou ao nascer – presença de mecônio – bradicardia realizado VPP (ventilação c pressão positiva) Mãe:Gesta II ; Para I; Aborto I - tipo de parto: Parto Vaginal. Mãe com vigência de ITU (infecção de trato urinário) tratando com cefazolina. APGAR: 1ºmin 4-/ 5ºmin, 10ºmin 7. Foi necessário reanimação VPP (ventilação com pressão positiva). Utilização de máscara + ambú. Mediu 47 cm-PC: 31 Idade Gestacional: 33 semanas e 2 dias Classificação do RN: Pré-termo – AIG (Adequado para idade Gestacional)
Eleonor	DN: 08/12/2014 Peso RN: 2.405kg	Tipo de parto: Cesárea Diagnóstico: Prematuridade 33 SEMANAS + 4 DIAS + ruptura de bolsa +/- 3hs + gemência - CID: P 073. PESO: Apgar: 1º min. 6 - 5º mim. 9 - evoluindo com gemência Mãe: Gesta III –ParaøAborto: ø. Estatura: 47 cm PC 33cm

	Classificação: RN Pré Termo AIG (adequado para idade gestacional).
--	--

Os prontuários foram lidos e as anotações feitas, antes de realizar as entrevistas com as puérperas. Além da coleta de dados, frequentei a UTIN a fim de observar a rotina implementada e o funcionamento da equipe. Utilizei do recurso de diário de campo, onde anotei algumas impressões imediatas acerca do comportamento da mãe, porém em sua maioria, foram anotadas as percepções através da memória.

A dinâmica da UTIN do HUSF é harmoniosa, apesar de ser um espaço de vida e morte. Quando os alarmes disparam, aumenta-se o clima de tensão, tanto do familiar quanto da equipe, que precisa tomar decisões rapidamente para manter a vida do bebê. Os profissionais de enfermagem e médicos intensivistas vivem constantemente com a pressão de que algo pode evoluir mal e com a necessidade de tomada de decisão rápida. Estão sempre em alerta e o seu foco principal é o aspecto biológico do paciente, embora saibam que nesta fase também ocorre o desenvolvimento psíquico. Mesmo valorizando o acolhimento e a importância do vínculo afetivo para o desenvolvimento saudável da díade, demonstram não dar conta destes aspectos, fixando-se apenas na manutenção da vida física. Tal funcionamento parece já fazer parte de seu cotidiano, porém vale ressaltar que o estado de alerta constante, poder ter como consequências o estresse patológico no profissional.

O serviço de psicologia do HUSF é composto por três psicólogos que atendem a demanda de todo o hospital, não havendo um profissional exclusivo para a UTIN. Quando há uma ocorrência (óbito do RN, por exemplo) ou se a equipe médica da UTIN, julgar que a mãe está apresentando alterações emocionais significativas, dificuldades de vínculo com o bebê, o coordenador da equipe, solicita um dos psicólogos para intervenção. Porém não há um protocolo específico para a psicologia nem tampouco, uma visita diária ao setor, acredito que seja devido a indisponibilidade de tempo, uma vez que percebi que o setor de nefrologia e oncologia, absorvem a demanda destes profissionais, com mais frequência.

2.11. CRITÉRIOS DE ANÁLISE

Algumas mães chegavam conversando com o bebê, contando sobre como estava e sobre suas expectativas com relação ao restabelecimento do bebê e isso fluía de modo

natural. Outras mães tinham o mesmo movimento de conversar com o bebê, mas se mostravam pouco desconfortável em fazê-lo, me transmitindo a impressão de ser pelo fato de não está só com o bebê. Outras apenas ficavam ao lado da incubadora, olhando, e precisavam se estimuladas a tocar. A equipe de enfermagem estava sempre disposta a colaborar com as mães, porém percebo que a preocupação principal é que elas aprendam a cuidar das demandas do bebê, identificando seus desconfortos físicos. Estes parâmetros, tanto verbalizados quanto observados pela pesquisadora, foram divididos em categorias, subcategorias e analisados, buscando facilitar para a pesquisadora, a análise dos resultados.

Categoria	Descrição	Subcategoria	Descrição
O processo da construção da maternagem em mães com filhos internado na UTIN	Indicadores que apontassem facilitadores ou dificultadores do processo de construção da maternagem, com destaque para a interação entre a díade.	Fala direcionada ao bebê	Descritivos que apontavam que o bebê, no imaginário da mãe, era um receptor, um interlocutor de suas mensagens. Fala direcionada a ele como pessoa direta.
		Amamentação	Descritivos que apontavam a amamentação representada como facilitador da instalação da díade no contexto.
		Ausência de estratégias ou estratégias não eficientes	Descritivos que apontavam para elementos dificultadores da construção da maternagem
Estratégias maternas para interação com o bebê na UTIN	Indicadores que apontassem estratégias de interação entre a díade no processo de construção da maternagem, com destaque a comunicação e a reciprocidade..	Comunicação	Destaque para a comunicação não-verbal, exemplo, choro.
		Reciprocidade	Destaque para a troca, a resposta ao apelo do outro.
O efeito da humanização sobre a maternagem no contexto da UTIN	Indicadores que apontem para a relação entre humanização e maternagem	Contribuições da Psicologia a Humanização e Acolhimento na UTIN	Destacar a contribuição da psicologia junto às puérperas e ao processo de maternagem.

3. METAMOFORSE MATERNA: NARRATIVAS SOBRE TORNA-SE MÃE NA UTIN

Este capítulo abordará os resultados encontrados, sob forma de descrições das categorias e subcategoria, e está organizado nos seguintes tópicos: Categoria 1 - O Processo da Construção da Maternagem em Mães com Filhos Internados na UTIN, este capítulo irá descrever facilitadores e dificultadores do processo de construção da maternagem, com destaque para a interação entre a díade, tendo como subcategorias: A Fala Direcionada ao Bebê, A Amamentação Como Estratégia de Maternagem e as Possíveis Dificuldades para a Maternagem. Categoria 2 - Estratégias Maternas para Interação com o Bebê na UTIN, neste capítulo serão apresentados os indicadores que apontam estratégias de interação entre a díade no processo de construção da maternagem, com destaque a comunicação e a reciprocidade apontando como subcategoria: Comunicação: o cuidado diário como possibilidades e a Reciprocidade. Categoria 3 – O Efeito da Humanização sobre a Maternagem no Contexto da UTIN, este capítulo aponta para a relação entre humanização e maternagem, tendo como subcategoria: Contribuições da Psicologia a Humanização e Acolhimento na UTIN. As falas das puérperas e as anotações da pesquisadora registradas no diário de campo servirão de ilustração para a análise dos dados e serão destacadas em itálico.

3.1. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO DA MATERNAGEM EM MÃES COM FILHOS INTERNADO NA UTIN

Partindo do princípio que maternagem é uma escolha, muitas puérperas, chegam a maternidade, uma vez que o parto lhes impõe isso, porém sem conseguirem imediatamente, efetivamente construir a maternagem. Deste modo, maternagem é o desejo intenso de cuidar, de dedicar-se e investir afeto no outro.

Cuidar das coisas implica ter intimidades com elas, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. Não é a razão analítica instrumental, que é chamada a funcionar, mas a razão cordial, o *esprit de finesse* (o espírito de delicadeza), o sentimento profundo. Mais que o logos (razão), é o pathos (sentimento), que ocupa aqui a centralidade. (BOFF, 2005, p. 4).

Cuidar é visto neste estudo como predisposição para zelar, assumir responsabilidade pela vida do outro, que neste caso é o bebê, zelo e desvelo, tendo como base o afeto. Nesta pesquisa, a maternagem é vista como um caminho para que a interação

da díade aconteça. No contexto da UTIN, esta maternagem é cortada por diversos fatores, sendo um deles a dificuldade para cuidado e para o contato, uma vez que o bebê necessita dos aparelhos e monitoramento constante para manutenção da vida além de ser um espaço sem privacidade para a mãe e o bebê. Além disso, o bebê da UTIN é distante do bebê do imaginário, inspira cuidados, tem aparência frágil e chega trazendo incertezas e sofrimento, sentimentos contrários do que se espera de um nascimento além de não está em condições de agir com reciprocidade a esta mãe. Daí, a necessidade de identificar as estratégias utilizadas para a maternagem pela mãe neste contexto, uma vez que todos estes fatores podem atuar como dificultadores no processo de construção da maternagem. Afinal, este é um bebê que não se tem a certeza de sua vida, há uma dúvida pairando no ar sobre a evolução. Pode ocorrer óbito, sequelas leves ou graves, somente o tempo e os cuidados médicos definirão se sobreviverá e de que modo. Esses sentimentos duais, intensificados com as incertezas do contexto, trazem angústias diárias. Buscou-se verificar através da análise narrativa dos relatos maternos, de que modo as mães conseguiam maternar seu filho, investir afeto neste bebê, levando, porém em consideração que:

o nascimento de um bebê prematuro é um severo golpe à auto estima das mães as suas capacidades de maternagem e ao seu papel feminino. É concebido como uma perda de uma parte do corpo, uma afronta à sua integridade corporal e um sinal de inferioridade interior. O nascimento prematuro reforça um sentimento de irreabilidade em relação à criança que é percebido como estranha, portanto mais facilmente rejeitada (BRAZELTON & CRAMER, 1992, p. 200).

Um dos parâmetros utilizados foi observar o modo como elas chegavam perto do bebê e a forma como se referia a eles, tendo como base o conceito de maternagem enquanto o desejo de cuidar e dedicar-se intensamente e afetivamente ao bebê. Deste modo levou-se em consideração a forma como elas se dirigem ao bebê, como expressavam a necessidade da internação e se demonstravam desejo de produzir o leite para amamentar, buscando compreender de que forma buscam criar estratégias para este cuidado apesar dos impedimentos reais do ambiente UTIN.

Dentro desta perspectiva, nesta pesquisa ficaram evidenciadas duas estratégias para a construção da maternagem no contexto da UTIN: a fala direcionada ao bebê e a amamentação, e, ao mesmo tempo, a falta de estratégias como elemento dificultador da construção deste processo.

3.1.1. Fala direcionada ao bebê

Segundo Brazelton (1988), o contato com o recém-nascido (RN) e a aceitação deste como um outro, separado da mãe, é fundamental para que o vínculo afetivo e conseqüentemente a maternagem, desenvolve-se de modo satisfatório. Deste modo, a mãe que conversa, acaricia suavemente o bebê, está ainda que sem a intenção, abrindo espaço para a construção da maternagem.

Oi minha querida, tudo bem com você? Estou feliz por vê-la, porque eu te amo muito. Estou muito feliz porque peguei você no colo ontem ...sorri para a bebê. (Júlia)

Chega animada, demonstrando alegria, cumprimentando a todos na UTIN e direcionando um bom dia cheio de entusiasmo e carinho para o seu bebê. (Diário de Campo –anotações da pesquisadora sobre Vanessa)

Chega de forma discreta e conversa de modo carinhoso com o bebê, sua fala é segura. Demonstra alegria e afeto ao ver o bebê. (Diário de Campo – Pesquisadora sobre Júlia)

Você é a coisa mais linda da mamãe, em breve nós iremos para casa é [...] você vais conhecer seu quarto, mamãe preparou tudo pra você [...]. (Júlia).

Tais expressões evidenciam que a estratégias de cuidar ficava atrelada à conversa. Instintivamente acreditavam que conversar com o bebê de algum modo, contribuía para o desenvolvimento dele. Pareciam buscar fazer-se reconhecer. Utilizavam-se da voz para expressar carinho e afeto. Murmuravam cantigas de acalanto. É um movimento que aparentemente é instintual, pois não é um protocolo da equipe de saúde orientar estas gestantes sobre estes comportamentos, nem as esclarecer sobre os efeitos para o desenvolvimento de seus bebês.

3.1.2. Amamentação como estratégia de maternagem

Segundo Iungano (2009), as mães no puerpério estão em estado de regressão, revivendo sua posição de filha e fazendo a transição para a posição de mãe, passam por uma espécie de limbo, ou seja, vivem uma realidade descrita como um intervalo, entre dar a luz e atingir a completude da função materna (IUNGANO, 2009).

Sabe-se que o leite materno proporciona vantagens que normalmente estão ligados às melhorias da imunidade, digestão e absorção de nutrientes. Cabe destacar que grande parte dos neonatos nascidos pré-termo apresenta complicações que impedem a sucção logo ao nascer, pois dependem de aparelhos para manutenção da vida. Deste modo, torna-se importante o incentivo da ordenha (retirada de leite) regularmente, para manter uma produção láctea satisfatória para o momento em que haja o aleitamento natural. Essa

conduta é primordial para que a mulher se sinta capaz de amamentar ao longo do percurso de internação do seu bebê, manter a produção de leite elevada, dando um retorno de eficácia para a mulher, contrapondo o sentimento de impotência diante do bebê que exige cuidados especiais para manutenção da vida. Fica evidenciado, por meio dos relatos, que a amamentação é vista como possibilidade de sentir-se fazendo parte do processo de cuidado e interação (BALTHAZAR, GOMES & CARDOSO, 2010). É através do leite que produzem, que seu bebê é alimentado. A alimentação aqui vai além do ato de nutrir. Transmite a ideia de fazer parte mesmo quando este leite não é oferecido pela mãe, e sim pela equipe de enfermagem. É a possibilidade de cuidar, de sentir-se importante no processo de recuperação do bebê. É através da amamentação que temos a possibilidade de perceber se há investimento afetivo na relação com o bebê, pode-se realizar intervenções em caso negativo. A predisposição para produção do leite, a presença constante na ordenha, a preocupação em deixar o leite quando vai embora, de ingerir água pra aumentar a produção, são indicativos de predisposição para maternagem.

Sendo assim, neste estudo, encontramos esta estratégia presente nas narrativas das puérperas. Embora na UTIN, a amamentação seja realizada pela enfermagem, o fato de apresentarem o desejo de produzir o leite e o esforço de ordenhar é um indicativo. Para a mulher esta situação é dolorosa e desconfortável, todavia foram encontrados indícios de disposição para as mudanças no cotidiano, por exemplo, na própria alimentação, para oferecer um leite saudável. Este é um indicador de desejo de maternar este bebê. Maternagem é o desejo de responsabilizar-se, de cuidar afetivamente do bebê. Heidegger, lembrado por Boff (2005, p. 1) afirmou que este pensador demonstrou que “realidades tão fundamentais como o querer e o desejar se encontram enraizadas no cuidado essencial”.

[...] durante a entrevista apresenta-se preocupada com o horário de levar o leite ordenhado para alimentar a filha. (Esta entrevista foi realizada na sala de ordenha). (Diário de Campo – anotações da pesquisadora sobre Euri).

[...] eu faço questão de produzir o leite e tirar o meu leite para ela mamar. Todo leite é bom, mas o meu leite eu acho que é importante para ela; é a única forma de cuidar dela, oferecendo o leite para ela. Eu não dou o leite, são as enfermeiras mas é o leite que eu produzo pra ela, me dá a sensação de está cuidando dela [...](Borboleta Júlia)

[...] o meu leite eu acho muito importante para ela ...era a única forma de cuidar dela oferecendo o leite pra ela ... eu não dava o leite eram as enfermeiras mas era o leite que eu produzo pra ela, me dá a sensação de está cuidando dela mesmo de longe. Eu me sinto importante [...]. (Júlia).

Hoje eu bebo 6 litros de água por dia, como tudo o que for preciso, tudo que a pediatra daqui diz que é bom pra fortalecer ela, tudo pra melhorar o meu leite. Eu tiro o leite na ordenha pra ela mamar, sou eu, o meu leite que está ajudando ela a se desenvolver.(Júlia).

[...] como ele 'tá mamando! Eu tenho muito leite né, então eu tiro pra dar pra ele, por isso eu fico aqui o tempo todo, pra sempre que ele quiser mamar eu 'tô aqui, pra tirar. Eu ainda não posso dar o leite direto no peito, ele toma na chuquinha com a enfermeira. (Vanessa).

3.1.3. Possíveis dificuldades para a Maternagem

Algumas mães mantiveram-se distantes, não demonstrando predisposição para aproximar-se e cuidar do bebê, deixando suas marcas nas entrevistas, com o foco iminente nelas próprias. Tal comportamento pode estar associado às dificuldades no puerpério, tais como depressão, ansiedade ou TEPT, transtornos comumente encontrados nesta situação de vida. Este estudo não teve o compromisso de levantar tais dados, apenas descrever narrativas que trouxessem sinais sugestivos de tais transtornos ou que apontassem para a dificuldade da mãe iniciar o processo de maternagem. Não foi possível avaliar se esta não disposição para a maternagem estaria relacionada à vivência na UTIN, ao próprio movimento íntimo destas mães ou ambos os fatos. Nesta investigação estes sinais foram apenas apontados, sem julgamento de valor ou diagnóstico de quadros patológicos.

Chega calada, apenas observa o bebê. Demonstra tristeza no olhar. Não foi possível identificar exatamente se a tristeza está vinculada ao estado de saúde do bebê ou a sua própria dor pelo luto do bebê imaginado.(Diário de Campo – anotações da pesquisadora sobre Eleonor)

[...] passei um pouco mal, mais nos três primeiros meses, ai depois eu fiquei assim, com um pouco de depressão entendeu [...] por um período achando que não queria mais, e tal aqueles pensamentos [...] (indaguei que pensamentos) fiquei pensando em abortar [...]. (Eleonor).

As mães somente conseguem assumir a criança à medida que aceitam a perda das idealizações projetadas na gravidez, todas precisam de um tempo para lidar com a tristeza de se ter um filho que não pôde nascer do jeito que se queria (BRAGA & MORSCH, 2003; MOREIRA, M. E. L., 2003). Porém, esta superação impulsiona a mulher a sair do lugar de filha para tornar-se mãe. Contudo, esta investigação permitiu observar sinais que conformaram a percepção pessoal da pesquisadora dirigido a algumas mulheres que não demonstraram a vontade consciente para a gravidez. Nas falas a gravidez aparecia como tendo ocorrido no momento inoportuno ou com o objetivo de agradar ao marido. Nestes casos, foi observado que estas mulheres tendiam a ter uma resistência maior para iniciar

o processo de maternagem, colocando-se no lugar de vítima. Estas mães olhavam mais para suas próprias frustrações que efetivamente para a sua relação com o bebê, ou para o bebê propriamente dito. Não foram encontrados indícios que apontassem para o investimento na díade. Transparecia nestes relatos a ausência do aproveitamento efetivo das possibilidades de materno e interagir com o bebê. Elas não conversavam, não tocavam o bebê. Elas ficavam mais preocupadas em conversar uma com as outras sobre a vivência de estar ali, passando por esta situação. Este fato, dentre outras possibilidades, pode ocorrer por dificuldades de transpor o luto pelo bebê imaginado, gerando um movimento de fuga, dificuldades para lidar com a culpa, falta de suporte familiar.

Então ontem que fui ver ela pela primeira vez entendeu ...a gente fica meio impactada ... queria que ela tivesse lá comigo ... lá amamentar e tal ... mas não pode! Mas fiquei tranquila porque vi que ela 'tá bem se recuperando[...].(Eleonor).

Parece que não caiu a ficha, o discurso é muito focado nela, não parece perceber exatamente o que está acontecendo. Fazendo fuga ou falta de percepção do bebê?”(Diário de Campo - Pesquisadora sobre Paula)

É bom ter filhos faz rir e chorar. (Paula).

Eu fiquei aliviada quando soube que o bebê ficaria aqui na UTIN porque aqui seria cuidada e ganharia peso. (Paula).

Às vezes me pergunto: nossa! Eu sou mãe mesmo? Nova né? Mas é uma coisa maravilhosa. (Paula).

Paula aparenta pouco grau de escolaridade e baixa cultura, e por diversos momentos, sua fala ficou toda voltada para ela: a reação dos pais com a notícia da gravidez, o fato de não ter sido planejada e de não ter uma relação estável com o pai do bebê. Ela se auto descrevia como muito nova, dando a ideia de adolescência, apesar de ter 23 anos.

Parece que Paula tem dificuldades de entrar em contato com sua realidade não apresenta um discurso organizado, sequencial. Fala pouco sobre o bebê.(Diário de Campo – anotações da pesquisadora sobre Paula).

Não demonstra o desejo de cuidar, de investir no bebê. A decepção é porque não conseguiu levar a gestação até os nove meses. De certo modo, ela falhou com o marido. (Diário de Campo – anotações da pesquisadora sobre Luna).

[...] Parece que o bebê é um presente pra agradar ao marido que ainda não tinha filhos. Relata a infância do marido, que a mãe dele faleceu muito cedo, e que ele não teve uma família estruturada. Parece que “dar” este filho para ele é oferecer a possibilidade de uma família que segundo ela, o marido nunca teve.(Diário de Campo – anotações da pesquisadora sobre Luna).

[...] o bebê teve que ficar aqui na UTIN porque nasceu muito cansadinho, com dificuldades para respirar ai o bebê ficou. Eu fiquei muito triste porque meus

outros dois filhos foram pra casa comigo e deixar ele aqui foi preocupante [...]. (Luna).

Algumas mulheres demonstraram sentirem-se menos mulheres, uma vez que a sociedade criou um estereótipo de mulher como única responsável pela gestação saudável, colocando sobre ela uma sobrecarga e esta sente-se incompetente e culpada quando não consegue sustentar esta gestação. Segundo Crepaldi, Linhares e Perosa (2006), o impacto do nascimento e da interação do bebê prematuro, pode causar às mães, dentre outros sentimentos, a auto-culpa ou a atribuição externa de culpa por causa do nascimento prematuro. Identificada com o filho, ela pode se ver como insuficiente, produtora de um bebê falho (IUNGANO, 2009). Muitas não entraram em contato com tais sentimentos mantendo um distanciamento deste bebê que reflete a ela o tempo todo, sua impossibilidade de sustentar a gestação e dar a luz ao bebê saudável.

As mães, de modo geral, demonstraram sentimento de culpa, reforçando a ideia de Maldonado (1992) que aponta a culpa e a ansiedade como sentimentos comuns às puérperas que permanecem angustiadas diante da possibilidade iminente de morte e de possíveis sequelas em seus bebês. Apesar da culpa ser um sentimento esperado no puerpério de mães prematuras, o modo como lidam com essa culpa é que pode ser o dificultador para a maternagem. Os relatos de Júlia podem nos ajudar a perceber o modo como lidou com suas dificuldades.

Após o parto, ao sair do centro cirúrgico, fui para o quarto e comecei a ter febre muito alta [...] comecei a delirar, me debatia [...] pra mim, isso tudo era por culpa que eu sentia. (Júlia).

[...] Me sentia culpada por não ter conseguido que fosse tudo direitinho. Eu me sentia menos mulher por não ter conseguido concluir algo que eu deveria, que é o que se espera de nós mulheres [...]. (Júlia).

[...] eu segui todas as orientações médicas, fazia o repouso, mas me sentia mal e me culpava mesmo sabendo que eu estava fazendo tudo que o médico mandava, eu me culpava mesmo assim por está passando mal [...]. (Júlia).

[...] eu não queria ouvir o que as pessoas iriam dizer [...] eu sentia que as pessoas iam ficar pensando: __ Não conseguiu ter o bebê direito. Não teve competência pra segurar o bebê 9 meses [...]. (Júlia).

Apesar de Júlia dar ênfase em vários trechos sobre o fato de sentir-se culpada, sua narrativa, destacada anteriormente, apontava para a predisposição de maternar. Seu comportamento era responsável e afetuosa com o bebê. Júlia relatara ter passado por um período muito difícil, em que no primeiro momento buscou o isolamento por vergonha de não ter conseguido manter a gestação até aos nove meses.

[...]foi horrível sair sem ela, parece que está faltando um pedaço de você (pausa) cheguei em casa e não quis ver ninguém (pausa) me isolei. [...]. (Júlia).

[...]eu não queria ficar explicando pra todo mundo o que aconteceu (aumenta o tom da voz parecendo irritada) [...]. (Júlia).

[...] as pessoas iam dizer: ___ não conseguiu ter o bebê direito, não teve competência para segurar o bebê nove meses [...]. (Júlia).

[...]eu me sentia menos mulher por não ter conseguido concluir algo que eu deveria, que é o que esperam de nós mulheres[...]. (Júlia).

[...]eu não entendia porque ela quis sair antes (pausa). (Júlia).

[...] eu não queria nem sair no portão (pausa-chora) nem ir ao hospital eu não tinha coragem, eu queria ver a bebê, mas eu tinha medo, vergonha, sei lá (pausa).(Júlia).

Atualmente, as famílias tem se organizado por configurações nucleares, recebendo menos apoio das famílias de origem, tornando o pai uma figura de grande importância nesta organização. A proximidade do pai na relação mãe-bebê foi um diferencial para a forma como Júlia passou a lidar com a culpa. Segundo Stern (1997), o pai assumiria duas funções básicas: proteger fisicamente a mãe, preparando o ambiente de modo que ela pudesse ficar afastada por algum tempo de seus papéis sociais, a fim de que tivesse tranquilidade para viver o puerpério e cuidar do bebê, e por outro lado, apoiar, valorizar e instruir a mãe, oferecendo-lhe auxílio, orientações, aprovando e legitimando suas atitudes com o bebê. Em suma, a presença mais efetiva e atuante deste pai na relação mãe-bebê, levando-o a assumir a função de servir como base do sistema de apoio e facilitador do papel primário da mãe com o bebê, faz dele uma importante figura de apoio.

No caso de Júlia, o marido agiu como a figura de apoio e foi importante neste processo. Foi ele quem identificou a dificuldade de Júlia em lidar com a situação e levou-a a buscar auxílio profissional. Júlia relata que passou a fazer psicoterapia, duas vezes por semana. Diz ter sido a psicoterapia que a auxiliou a enxergar que a bebê estava lutando pela vida na incubadora. A figura do pai precisa ser mais vista e atrelada à dinâmica do binômio mãe-bebê, foi o fato de ele estar atento e envolvido no processo, que auxiliou na busca de ajuda profissional, para que Júlia pudesse lidar melhor com sua culpa.

[...]meu marido ficou muito preocupado e me levou a psicóloga, foi aí que comecei a reagir (pausa). Eu ia duas vezes na semana à consulta, ela me ajudava a enxergar que minha filha ‘tava lá lutando pela vida (pausa) e eu ‘tava aqui chorando o leite derramado (pausa), aí eu decidir que ia ao hospital vê-la [...]. (Júlia).

Hoje minha filha é minha maior alegria, e agradeço a Deus e a Psicóloga que me ajudou, eu estava muito perdida. (Júlia).

Tive apoio do Dr. "X" (psicólogo), uma pessoa excelente, muito especial, (questionei se sentiu-se acolhida) muito, muito, muito acolhida e muito amparada, graças a Deus. (Euri).

Foi percebido nas puérperas entrevistadas, que experimentaram prematuramente preocupação excessiva, ideias antecipatórias com relação à sobrevivência do bebê e sua saúde (LINHARES et.al., 2000). Elas relacionavam o fato de não ter conseguido gestar até os nove meses como gerador de consequências para a saúde do bebê e a necessidade real da UTIN para a manutenção da vida. O processo de elaboração desta situação pode ser incentivado através de suporte psicológico a estas mães, a fim de que pudessem ser trabalhadas emocionalmente neste espaço. Poder-se-ia integrar o pai e destacar sua importância nesta dinâmica, além de acolher e apoiar a mãe para que pudesse restabelecer-se emocionalmente e vencer seus conflitos.

3.2. ESTRATÉGIAS MATERNAS PARA INTERAÇÃO COM O BEBÊ NA UTIN

De acordo com Klaus e Kennel (1992), mãe e bebê encontram-se afinados tanto do ponto de vista fisiológico quanto hormonal e comportamental, desde logo após o parto, sendo este momento considerado o ponto crucial para o fortalecimento do apego. Porém, frente à intercorrência gestacional e a possibilidade real de internação na UTIN, esse momento ímpar fica tumultuado, uma vez que a urgência é a manutenção da vida física. Podemos dizer então que, de certo modo, mãe e bebê prematuros, não estão prontos para interação. Segundo Bowlby (1990), existe uma organização psicológica interna, com localização no Sistema Nervoso Central (SNC), que tem a incumbência de formação e manutenção dos laços emocionais profundos, sendo considerado um elemento primário da natureza humana que tem a função biológica de sobrevivência. Nesta pesquisa, buscou-se observar a interação a partir da narrativa das mães, tomando-se por base que a interação é a relação que a díade estabelece, pautada em dois aspectos principais: comunicação e reciprocidade. Sendo, no início, esta relação pautada na comunicação não-verbal, na qual o choro é a principal forma do bebê comunicar seus incômodos ao cuidador, pôde-se perceber nas narrativas, dificuldade das mães em identificar a necessidade de seus bebês, uma vez que o cuidado diário fica a cargo da equipe de enfermagem. As puérperas associam a ideia que mãe é aquela que cuida.

3.2.1. Comunicação: o cuidado diário como possibilidade

Para o RN, a primeira forma de comunicação é o choro. É através dele que os neonatos expressam dor, fome, desconfortos, ou seja, comunica-se com o mundo e expressam suas necessidades, sendo, portanto a primeira linguagem. O choro apresenta diversas características típicas, para cada situação, que podem ser interpretadas pelo seu cuidador principal, que a partir desta interpretação, direcionar os cuidados para atender as necessidades e minimizar o desconforto (ANETE BRANCO et al, 2006).

No contexto da UTIN, as mães ficam impedidas do cuidado diário e deste modo, não podem atender ao choro do bebê, fragilizando a comunicação entre a díade.

Através das narrativas destas puérperas, foi evidenciado que há uma associação de que o cuidado diário é um facilitador para interação. As puérpera acreditavam que as enfermeiras sabiam compreender o que os bebês queriam, porque são elas que cuidavam no dia-a-dia. Segundo relatos destas mulheres, para construir-se mãe seria preciso assumir o cuidado, compreender o choro e atender as demandas. No contexto da UTIN as mães cedem obrigatoriamente o papel de cuidadora primordial para a equipe de enfermagem, que assume este cuidado. O início da relação mãe-bebê é marcado por inseguranças e pouca espontaneidade. Enquanto que a maternagem está associada à predisposição para o cuidado, ao investimento afetivo, a interação está ligada ao ato de cuidar. É o cuidado diário que possibilitara o comportamento de apego. Há uma prevalência pelo cuidado físico. Deste modo, o ato de higienização e alimentação do bebê, realizados pela equipe de saúde é visto como cuidado materno que as mães estão impedidas de realizar e tais cuidados contribuem para compreender a necessidade do bebê.

[...] eu considero a enfermeira a primeira mãe dela, elas cuidam mais que eu [...]. (Júlia).

[...] as enfermeiras aqui são muito boas, me explicam tudo [...] (Vanessa).

[...] a primeira mãe foram as enfermeiras são elas que cuidam, são tão carinhosas, compreendem bem ela [...] (Júlia)

[...] os cuidados ficam todos com as enfermeiras [...] (Luna).

[...] eu espero saber cuidar dele para ser uma boa mãe [...].eu ainda não sei o que ela 'tá sentindo, as enfermeiras sabem tudinho o que ela sente [...](sorri) (Júlia).

[...] então quem cuidava de tudo quando chorava, pra alimentar, cuidar mesmo de tudo eram as enfermeiras, então elas eram as mães. Mãe pra mim é quem cuida (pausa) estou começando a ser mãe agora, porque esse negócio de que o bebê nasce você já é mãe eu não acho que é assim (pausa) eu quando fui pra casa não me sentia mãe até vir pra cá e começar a cuidar, hoje 'tô me sentindo mãe dela.(Júlia).

[...] M. vai para UI daqui a pouco né ai lá eu vou ter mais acesso a ela, vou poder amamentar, cuidar dela, dar banho, trocar fralda (sorri) vou me sentir mãe mesmo. (Júlia).

Na coleta de dados observou-se que as mães sentiam-se incapazes para o cuidado com este bebê aparentemente frágil, que apresentava uma variação clínica oscilante. Viviam um conflito entre o desejo de levar para casa e cuidar, e o medo de ficar sozinha com o bebê e não saber cuidar, visto que “o nascimento prematuro é concebido como uma perda de uma parte do corpo, uma afronta a sua integridade corporal e um sinal de inferioridade interior” (KLAUS & KENNEL,1993).

Os sintomas de ansiedade ao nível clínico podem afetar o processo de pensamento e compreensão levando ao baixo senso de competência para o cuidado com o bebê (CREPALDI,LINHARES & PEROSA, 2006),despertando nestas puérperas sentimentos de incapacidade para o cuidado. Acreditam que este bebê, mesmo no pós-alta são extremamente frágeis e que não estão aptas como a equipe de saúde, para realizar este cuidado. Deste modo, o processo de interação pode ficar prejudicado trazendo consequências para a relação futura da díade. De acordo com Crepaldi, Linhares e Perosa (2006), elas passam a enxergar o filho de acordo com a síndrome da criança vulnerável, definida por Brazelton(1994),como uma percepção distorcida do desenvolvimento do bebê, mantendo a ideia de que ele será sempre vulnerável e frágil e que terá pouca chance de retomada do desenvolvimento, ou seja, o bebê é visto como se fosse prematuro para sempre. Tal sentimento pode abrir precedentes para que o medo de cuidar do bebê se prolongue, pois a comunicação tardia pode ficar empobrecida.

Esta crença de inaptidão para o cuidado de um bebê tão frágil potencializa o sentimento tanto do medo da perda do bebê, pois a situação é instável tanto quanto pelo medo de não saber o que fazer quando estiver responsável pelo cuidado do bebê. O cuidado age como um facilitador para a interpretação do choro, que é a forma de comunicação usada para os RN indicar suas necessidades. As puérperas apontaram a impossibilidade de cuidar deste bebê, como um obstáculo para adquirirem esta habilidade, gerando nelas um sentimento de incapacidade para o cuidado por não saberem identificar as necessidades através do choro.

Segundo Klaus e Kennell (1992), Gonçalves, (2004), as consequências desta má interação podem gerar mães menos tolerantes e adaptadas aos seus filhos, visto o índice de maus tratos posteriores nestas crianças. O desenvolvimento precário da interação da díade acarreta, quase sempre, crianças apáticas ou sem limites, uma vez que não

obedecem as solicitações das mães, provavelmente pela pobreza da comunicação. Tal comportamento tende a desencadear sentimentos de incapacidade para conduzir o desenvolvimento e educação do filho. A falta de entendimento entre eles pode, dentre outras, culminar em depressão na díade e culpa na mãe.

[...] elas que cuidam, (referindo-se a enfermagem) são tão carinhosas, compreendem bem ela, mais que eu né porque elas que cuidam e aí foram aprendendo a entender ela. Eu vou começar isso agora. (Júlia)

[...] não vejo a hora de trazê-lo para casa, ao mesmo tempo que sinto muito medo (pergunto medo de que?) de não saber cuidar dele (pausa) aqui as enfermeiras explicam tudo. (Vanessa)

[...] eu ainda não sei o que ela 'tá sentindo, mas as enfermeiras sabem tudinho que ela sente... eu acho que sabe né (risos) ela se acalma com o que elas fazem. (Júlia).

[...] aqui as enfermeiras explicam tudo, como trocar a fralda, hora de alimentar, que tenho que prestar atenção no bebê, colocar pra dormir, mas sozinha em casa, tenho medo dele passar mal e se eu não souber cuidar [...] (Vanessa).

[...] eu vejo elas (enfermeiras) cuidando não é fácil não, saber o que ele quer, entender, saber (pausa) elas (enfermeiras) que cuidam sempre já sabe, eu fico nervosa quando ele começa a chorar. (Vanessa).

[...] ainda não posso pegar ele, mas acho que se eu pudesse não saberia o que fazer. Elas (enfermeiras) chegam e sabem tudo, elas cuidam muito bem [...] eu espero saber cuidar dele pra ser uma boa mãe. (Vanessa).

3.2.2. Reciprocidade

A imaturidade neurológica e fisiológica do bebê prematuro podem causar interferências nas primeiras relações entre mãe e filho. Este quadro é mais acentuado nos bebês prematuros que necessitam da UTIN e contribuem para dificultar a interação da díade, uma vez que a capacidade de resposta prejudicada do neonato causa frustração nas expectativas das mães, colocando em risco o apego inicial e a relação mãe-filho futura (GONÇALVES, 2004).

Partindo do princípio que a interação mãe-bebê prematuro devido a esta imaturidade neurológica e fisiológica, pode apresentar dificuldades na regulação da reciprocidade estabelecida pela díade, podendo gerar excesso de estimulação por parte da mãe (CREPALDI, LINHARES e PEROSA, 2006). Sendo assim, o nascimento pré-termo constitui-se um risco ao equilíbrio emocional materno, tendo um efeito de longo prazo nas interações da mãe com o filho. O bebê não responde aos estímulos da mãe causando frustração. Deste modo o bebê prematuro traz consigo, sentimentos duais a essa mãe

prematura: investem afeto, mas o bebê não interage, não se mostra recíproco, as investidas de interação da mãe, por sua condição clínica, deste modo as puérperas sentem-se responsáveis, ao mesmo tempo em que inúteis diante dos procedimentos que não estão aptas a realizar; precisam estabelecer a interação mas não podem exercer o papel de cuidadora primordial. Essas emoções intensas podem abrir possibilidades de depressão e/ou para o aumento dos níveis de ansiedade, gerando pensamentos antecipatórios, que as levam a crer que não estão prontas para cuidar deste bebê frágil. Essa crença funciona como um dificultador para o processo de interação mãe-bebê. Embora neste estudo não se tivesse o compromisso de avaliar o estado psíquico das puérperas, é importante num próximo estudo evidenciar com mais clareza os níveis de ansiedade, depressão e estresse neste contexto, pois podem dificultar o investimento afetivo para a maternagem.

Apesar de a literatura apontar a reciprocidade como fator importante no processo de interação, neste estudo nenhuma narrativa evidenciou a queixa materna do bebê não mostrar-se receptivo ao toque, a fala, aos acalentos emitidos pelas mães como tentativa de interação e cuidado. A dificuldade de interação ficou mais evidenciada pelo sentimento de incapacidade para o cuidado devido à dificuldade de compreender as necessidades do RN através do choro, uma vez que quem cuida são as enfermeiras

3.3. O EFEITO DA HUMANIZAÇÃO SOBRE A MATERNAGEM NO CONTEXTO DA UTIN

Humanização tem sido um tema frequente nas literaturas em saúde, tendo sido formalizado pelo Ministério da Saúde na proposta de uma Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004) com o intuito de oferecer orientações acerca do tema. Deste modo, podemos dizer que humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado, porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis (WALDOW & BORGES, 2011). Neste estudo, humanizar a saúde é compreender a singularidade de cada sujeito, tornando a assistência personalizada, uma vez que cada pessoa experimenta esse processo de um modo único. É buscar a igualdade no acesso à assistência, indo além das mudanças físicas do espaço, no sentido de melhorias no conforto e organização, chegando a predisposição do profissional de saúde, para a humanização dos espaços, pois humanizar vai além do que se fala, relaciona-se com as atitudes, e embora haja uma exigência dos profissionais, entende-se que é preciso

estratégias para humanizar também o cuidado com aquele que cuida (DESLANDES,2004).

O tema “humanização do cuidado em saúde” traz à tona discussões, uma vez que o cuidado é considerado uma habilidade humana, ou seja, é uma consequência do humano e a própria razão da existência (BOFF, 2005). Deste modo, não se pode conceber uma assistência não condizente com a humanização porque seria contrária ao que se propões enquanto humano que é o cuidado. Porém, sem ênfase nesta discussão mesmo considerando-a pertinente, neste estudo, utiliza-se o conceito de humanização do cuidado em saúde.

O processo de humanização não implica no julgamento do outro, e sim no seu acolhimento. O conceito de acolhimento tem uma implicação cidadã e humanizada, tomando por base uma escuta qualificada. É visto como um instrumento essencial para a organização da assistência em saúde. Deste modo, o acolhimento está diretamente relacionado ao vínculo entre o usuário, profissionais e o serviço de saúde realizado no contexto, não podendo perder o foco de que o acolhimento associa-se a adequação do serviço, às necessidades do usuário (GUERRERO, et.al., 2013).A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde (BRASIL, 2010). Neste trabalho evidenciou-se através da análise narrativa das mães, o modo como percebem o acolhimento no contexto da UTIN. De certo modo, as mães pareciam esperar o acolhimento como forma de uma boa prática em saúde, uma vez que todas classificavam as enfermeiras como boas baseadas apenas no modo como interagiam e orientavam as mães sobre suas condutas com os bebês. Segundo Guerrero, Mello, Andrade e Erdmann (2010),a escuta seguida de orientação traz satisfação para o usuário e resolubilidade no momento em que eles demandam.O modo como tratavam as mães, tinha um valor especial, uma vez que minimizavam as angústias, esclarecendo além das rotinas, procedimentos, fluxos, além de estimularem as mães a iniciarem os cuidados com seus bebês, ainda que estes cuidados fossem restritos, devido às condições clínicas do RN. Quando Euri, uma mãe participante da pesquisa, questionada sobre se sentira-se acolhida pela equipe, a mãe respondeu:

[...] olha minha filha 'tá sendo muito bem tratada, graças a Deus, eu também, tem todo apoio aqui, de todo mundo. (Euri).

Sua narrativa apontou que o acolhimento era importante e não devia ser direcionado apenas ao bebê, mas para a díade.

[...] foi a enfermeira que me deu coragem e me ajudou a pegar , ele ainda está com estes fios é difícil, a enfermeira tirou foto pra mim. (Vanessa).

Eu acho que a equipe aqui é muito boa, me ajudam muito , eu confio que quando eu vou dormir elas estão aqui cuidando dela, zelando para que M. fique bem. (Júlia).

A equipe de saúde está sempre orientando, explicando tudo pra gente, diminui a angústia. (Luna).

[...] as enfermeiras conversam, [...] eu me senti muito amparada. (Paula).

Me senti muito, muito muito acolhida e amparada aqui.” (Euri).

As narrativas acima expressaram sentimentos de acolhimento associados à rotina de cuidados. As mães traduziram acolhimento como o modo pelo qual a equipe de saúde cuidava de seu bebê e o modo como se dirigiam a elas, orientando-as sobre o estado de saúde do bebê e as condutas de cuidados que deveriam ter com o RN no pós-alta. Este conceito é comumente utilizado nos espaços de saúde com a denominação de acolhimento e é citado na Cartilha HumanizaSus (BRASIL,2006) como estratégia de humanização em saúde que define acolhimento como uma “uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes” (BRASIL, 2004). Considerado uma estratégia dentro das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), não determina local, hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo.

Todavia, deve-se levar em consideração que a escuta qualificada do psicólogo pode contribuir efetivamente para a reorganização das emoções. Deste modo, além do acolhimento, o psicólogo pode realizar intervenções com o objetivo de auxiliar nas demandas psíquicas oriundas do puerpério e que podem está enfatizadas no contexto da UTIN.

3.3.1. Contribuições da Psicologia à Humanização e Acolhimento na UTIN

Partindo da premissa que a UTIN é um espaço onde, ao mesmo tempo em que se busca a recuperação orgânica, abre espaço para uma gama de situações que podem agir como desestabilizadoras do equilíbrio psíquico (VELANSI &MORSCH, 2009), e levando em consideração que a intensidade das alterações psíquicas depende de fatores

orgânicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante, a possibilidade de contribuição da psicologia neste contexto, desponta. Com o objetivo de buscar reorganizar as emoções para que as puérperas possam vivenciar, esta fase cercada de incertezas, de modo saudável, o suporte emocional do psicólogo desponta como uma possibilidade efetiva de contribuição neste processo.

Diante de incertezas sobre a vida do bebê, há de se pensar em estratégias de acolhimento que, além de cumprir seu papel de humanizar a assistência, possa possibilitar intervenções que contribuam para a construção da maternagem e interação da díade. Deste modo, estudos de Baltazar, Gomes e Cardoso (2010) sugerem um protocolo com possíveis intervenções psicológicas para o contexto de uma UTIN. Aponta-se que o atendimento ao bebê e à família são prioritários para o desenvolvimento psíquico do bebê e para a reestruturação emocional do núcleo familiar. Segundo Angerami-Camon (2003), a inserção do Psicólogo nos hospitais brasileiros se deu no início dos anos 50, com a proposta funcionar como um membro a somar na equipe de saúde, oferecendo uma assistência mais humanizada, reforçando a necessidade de ter conhecimentos dos aspectos emocionais que envolvem o processo de adoecimento, compreendendo e traduzindo as subjetividades aos demais membros da equipe.

Inserido na UTIN, o Psicólogo atua de modo a contribuir com a identificação de aspectos psíquicos, sociais e com a investigação da forma como as alterações destes processos podem interferir no binômio mãe-bebê. Para que haja eficiência no suporte emocional da mãe e no acompanhamento do desenvolvimento emocional da díade, é necessário que haja a criação de uma rotina do serviço de psicologia na UTIN, com clareza e objetividade, a fim de que os demais profissionais possam compreender de fato o papel do Psicólogo neste processo (BALTAZAR, et.al., 2010).

Este estudo traz espaço à discussão sobre a importância do Psicólogo exclusivo para o setor, a fim de que possa oferecer planos de intervenção para uma assistência eficaz. Através da análise da narrativa de Júlia, clarificou-se a importância da intervenção do psicólogo para a mudança de condutas, facilitação do processo de maternagem para que o processo de interação pudesse ser estabelecido.

[...] foi necessário buscar suporte psicológico fora do hospital, para um atendimento sistemático, uma vez que o setor UTIN não oferecia um protocolo para o suporte emocional as puérperas identificadas com alterações psíquicas que venham a atrapalhar o processo de construção da maternagem. (Diário de Campo – Pequisadora sobre Júlia).

Meu marido ficou muito preocupado e me levou a psicóloga, foi aí que comecei a reagir (pausa) eu ia 2 vezes na semana à consulta, ela me ajudou muito a enxergar que minha filha tava lá lutando pela vida. (Júlia).

Na UTIN, não há apenas um corpo a ser investido e recuperado por intervenções de alta tecnologia para a manutenção da vida. Há uma vida psíquica, um corpo investido de representações se desenvolvendo, e este processo tem que ser olhado. Além dos equipamentos, é preciso olhar para a história da mãe, carregada de idealizações; dar espaço para as subjetividades, facilitando a aproximação mãe-bebê, pois diante da prematuridade, a puérpera vê toda a sua abnegação cair no vazio, uma vez que não se sente apta a oferecer ao seu bebê os cuidados necessários à sua sobrevivência (SZEJER, 1999). Faz-se importante a inserção efetiva de um profissional capaz de intervenções que olhe e compreenda os aspectos psíquicos que estão em pleno desenvolvimento, enquanto os demais lutam pela vida física. Neste contexto, é preciso oferecer às mães um suporte emocional para que possam vivenciar o luto simbólico pela perda do bebê imaginado, num contexto, no qual os pais estão diante da iminência de morte e da possibilidade de luto concreto. Deste modo, oferecer oportunidades de reorganização de emoções é contribuir para o bom desenvolvimento do bebê, da mãe e da relação futura da díade. No contexto hospitalar, o Psicólogo trabalha com uma visão pontual e deve buscar técnicas que sustentem sua atuação, usando de objetividade e clareza, na comunicação com a equipe. Diante do exposto, apoiados nos dados revisados por Balthazar, Gomes & Cardoso (2010), neste trabalho buscamos agrupar sugestões de intervenções psicológicas na UTIN: avaliação psicológica, grupo e visita familiar.

No que se refere à avaliação psicológica, justifica-se, pois, o aspecto psicológico da puérpera pode e deve ser identificado através da avaliação psicológica, que irá revelar o impacto na mãe causado pela prematuridade ou pela notícia de qualquer outra intercorrências, que leve o bebê à UTIN. A internação de um recém-nascido na UTIN é normalmente uma experiência estressante para a maioria das mães, resultando muitas vezes, na diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança (BALTAZAR et.al., 2010).

Sendo a avaliação psicológica uma atividade complexa que se baseia na busca sistemática de conhecimento relacionado ao funcionamento psicológico dos sujeitos, ela serve de subsídios para orientar ações e decisões futuras. A avaliação psicológica é aplicada em muitas situações, dentre elas, há indicação diante de situações geradoras de estresse que causem desorganização emocional. Evidentemente no contexto da UTIN, o

bebê internado é o foco principal e deve ser olhado além dos tubos e aparelhos para que se possa promover a saúde tanto física quanto psíquica, cabendo ao psicólogo neste contexto, avaliar e intervir de modo que o bebê e sua mãe fiquem o mais acolhido possível, buscando minimizar ao máximo o nível de estresse ao qual ele é exposto. Porém, sabe-se ainda, que o bebê está em processo de desenvolvimento físico e psíquico e para que este último se dê de forma satisfatória, a mãe é uma peça fundamental. O bebê necessita da interação com outro humano para se construir humano (BOWLBY,1990). Portanto, não é possível deixar de inserir a mãe neste campo de cuidado. Para tanto, é preciso avaliar os aspectos emocionais da mãe, verificando se há alterações psíquicas que venham comprometer o processo de construção do vínculo da díade. É importante ter um olhar para evolução psicológica da mãe, registrando-a no prontuário a fim de ter dados para avaliar o desenvolvimento da relação da díade. Uma vez identificadas alterações psíquicas e/ou emocionais, recomenda-se o suporte psicológico à mãe do recém nascido (RN) internado na UTIN a fim de auxiliá-la no enfrentamento e reorganização das emoções neste período de crise psicológica experienciada com o nascimento e, conseqüentemente intensificada com a internação do bebê na UTIN primando pela consolidação do vínculo mãe-bebê. É preciso pensar em intervenções pontuais e eficientes para que as mães possam passar de modo saudável por esta fase de sua vida.

O grupo pode ser usado como estratégia para o acolhimento, uma vez que o grupo abre espaço para a discussão de temas geradores de angústia normalmente comuns às mães, assim como para esclarecer dúvidas frequentes, uma vez que os bebês internados na UTIN normalmente são prematuros ou tem alguma condição clínica que necessite de cuidados intensivos para manutenção da vida. De qualquer modo, os bebês prematuros geram mães prematuras e em ambos os casos, mães que precisam aprender a lidar com a possibilidade de morte. Deste modo, abrir um espaço para a escuta qualificada é uma estratégia que poderá promover ganhos na organização psíquica das mães para passar por esta fase de suas vidas, mais acolhidas. O objetivo principal do grupo de mães é oferecer um espaço de escuta para que elas possam expor suas dificuldades, questionamentos, angústias, medos e expectativas frente à internação de seu filho, extravasando os sentimentos experimentados neste contexto. O acolhimento aqui, tem como proposta auxiliar as mães a vencerem a paralisia inicial e o medo da morte favorecendo coragem para iniciarem ou consolidarem o investimento afetivo neste bebê. As intervenções são feitas de modo diferenciado dentro da UTIN devido à diferença de foco dos grupos, considerando a singularidade de cada grupo (LAZZARETTI,et.col., 2007).

Didaticamente, podemos apontar dois grupos: um composto de bebês em situações mais críticas, e outro composto de bebês mais estabilizados, que ficam nas chamadas Unidades Intermediárias (UI's). No primeiro grupo é trabalhada fundamentalmente a construção do vínculo, o potencial de investimento dessa mãe, o luto pelo bebê imaginário, o reconhecimento deste bebê real e o funcionamento das rotinas da UTIN. No segundo grupo são trabalhadas, além da construção do vínculo, as experiências da mãe no cuidado dispensado ao bebê buscando promover a interação, a comunicação entre a díade, visto que este bebê normalmente já pode ser amamentado, cuidado e manipulado por ela. Em ambos os grupos, a essência é deixar que as mães possam expressar seus sentimentos, dúvidas e medos. Deste modo, as mães deverão ser estimuladas a expor suas demandas e o grupo deverá ser flexível para que o tema abordado no dia esteja em sintonia com suas falas em cada encontro, sem tema pré estabelecido. Estes encontros devem acontecer sistematicamente.

[...] me senti muito acolhida, amparada pelo Dr. X- (Psicólogo do HUSF).

(Euri).

Dentro do que foi evidenciado neste estudo, a participação do pai como organizador do espaço para criar uma teia de proteção à puérpera, estimulando-a e dando segurança para o cuidado com o RN, foi de suma importância. Sendo assim, abrir espaço para que este pai venha fazer parte do processo e estimular a presença da família como um todo neste contexto, funcionaria como estratégia de humanização e acolhimento. O Conselho Federal de Psicologia traça como estratégias de atendimento para o contexto Hospitalar promover a adaptação do paciente e família à rotina hospitalar e ao processo de adoecimento, fazendo a leitura para as possíveis variáveis que influenciam este processo (LAZARETTI et.al., 2007). Dentro desta perspectiva é de suma importância criar estratégias, junto à família para lidar com as variáveis decorrentes de fatores emocionais que possam surgir como dificuldades na elaboração dos processos emocionais comuns ao puerpério além de ser o tradutor destes processos junto à equipe de saúde, sendo o facilitador da comunicação entre ambos. De acordo com as diretrizes da Humanização no contexto hospitalar e no protocolo sugerido por Baltazar, Gomes e Cardoso (2010), em específico nas UTIN's, há de se implementar a visita do irmão e avós para o RN, sendo esta feita dentro de uma rotina de cuidados e suporte emocional. A visita poderá ser semanal com horário formalizado pelo serviço de psicologia, para criar um momento especial tanto para as mães, que acabam ficando ausente de casa para suprir a

demanda do bebê, como para o irmão entender o motivo da necessidade da permanência da mãe ao verificar a fragilidade do RN. Esta visita abre possibilidades de criar um espaço para este bebê nesta família, fortalecendo os laços familiares, buscando minimizar os níveis de ansiedade da mãe que acaba ficando distante de seu núcleo familiar (VELANSI & MORSCH, 2009, MORSCH & DELAMONICA, 2005). Integrar os avós, nestas visitas dirigidas, é buscar sensibilizar para a necessidade de apoio que esta mãe terá no pós-alta. O suporte familiar é de suma importância para a organização emocional e segurança da mãe no cuidado com o filho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foi traçado como meta principal, a investigação do processo da construção da Maternagem em mães com filhos internados na UTIN, tomando por base a narrativa das próprias mães. Numa busca em identificar de que modo as mães iniciavam seu processo de maternagem no contexto da UTIN, foi usado como ponto de partida observação e análise das narrativas maternas, destacando as estratégias usadas por elas para maternar num ambiente onde a impossibilidade do manejo deste RN se faz presente o tempo todo. Foram identificadas duas estratégias: a fala direcionada ao bebê e a amamentação. Apesar de não amamentarem diretamente, amamentação neste estudo relaciona-se ao desejo de produção do leite materno, a predisposição para a ordenha e mudanças de hábitos alimentares. Algumas mães apresentaram dificuldades para maternagem, mantendo um discurso mais centrado nelas próprias. Tal fato, neste estudo, foi visto como dificuldades para superação do luto pelo bebê imaginado, alterações emocionais e pouco apoio familiar. Sendo assim, percebeu-se que o contexto só contribui quando estas puérperas não apresentam esta predisposição seja por condições emocionais que as impossibilite ou por qualquer outra circunstância, merecendo um estudo mais aprofundado sobre as causas que levam a despontar a dificuldade de criar estratégias para maternagem, levando-nos a refletir sobre os pontos observados na pesquisa.

Com a finalidade de verificar as estratégias maternas para a interação com o bebê, utilizadas no contexto da UTIN e partindo do princípio que a maternagem associa-se ao desejo para o cuidado e que a interação se relaciona mais diretamente ao cuidado efetivo, neste trabalho foi evidenciado maior dificuldade para interação, quando havia sentimento de incapacidade para o cuidado devido à dificuldade de comunicação entre a díade, sugerindo que a dificuldade relaciona-se a impossibilidade destas mães realizarem o cuidado efetivo, de modo contínuo, buscando estabelecer uma relação onde através dos sinais, um membro identifique o outro: a mãe possa traduzir o choro do bebê enquanto que o bebê identifica o modo de cuidado da mãe. A UTIN funciona como um dificultador para que esta relação se estabeleça precocemente, podendo trazer prejuízos futuros à relação da díade. Dentro deste contexto sugiro uma pesquisa longitudinal para acompanhar a evolução dos casos de mães que tenham tido filhos na UTIN a fim de que possa melhor estudar se aconteceu prejuízo na interação no decorrer do desenvolvimento de mãe-filho.

Em se tratando de humanização dos espaços de saúde, respeitando as particularidades de uma UTIN, fica evidenciada a necessidade do acolhimento para que

as mães sintam-se menos angustiadas. Porém, há de se pensar num acolhimento que propicie além da escuta e orientações, intervenções com foco na reorganização emocional e superação das dificuldades impostas pelo ambiente UTIN e pelo momento puerpério. Deste modo o psicólogo pode contribuir neste processo. Porém, cabe a este profissional ter conhecimento acerca de saúde coletiva, compreender o funcionamento do SUS e as políticas de humanização bem como ter noção dos termos técnicos usados nos prontuários a fim de que possa estabelecer uma comunicação com a equipe de modo claro e objetivo. É imprescindível que o psicólogo no ambiente hospitalar saiba exatamente o seu papel uma vez que tanto a equipe quanto os usuários não o tem claramente reconhecido. É preciso que os conhecimentos acerca da psique humana sejam partilhados dentro de uma proposta que contribua para atuação dos demais profissionais.

Embora neste trabalho tenha sido apresentada uma proposta de atuação do psicólogo junto à UTIN, vale salientar que este foi visto apenas do ponto de vista da construção da maternagem, sendo este protocolo o mínimo que se pode realizar neste contexto, devendo-se ter um trabalho específico com o bebê, com foco na estimulação (a medida que possível) e as orientações cabíveis à família. O bebê no contexto da UTIN deve ser visto além do biológico, entendendo que é o momento de organização psíquica e construção do vínculo. Que possa incluir na rotina do psicólogo as reuniões de equipe com o propósito de discussão de casos e escuta qualificada direcionada também a equipe. Portanto, um profissional que tenha um olhar diferenciado para uma assistência humanizada a mãe, ao bebê, a família e a equipe como um todo.

REFERÊNCIAS

- ANDREANI, G., CUSTODIO, Z. A. O. & CREPALDI, M. A.. Tecendo as Redes de Apoio na Prematuridade. **Aletheia**, 24, p. 115-126. Jul/dez, 2006. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a11.pdf>>. Acesso em Novembro de 2013.
- ANGERAMI-CAMON, V. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2003.
- ANJOS, L. S.; LEMOS, D. M.; ANTUNES, L. A.; ANDRADE, J. M. O.; NASCIMENTO, W. D. M.; CALDEIRA, A. P. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista brasileira de enfermagem**. [online]. 2012, vol.65, n.4, pp. 571-577. ISSN 0034-7167. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400004>>. Acesso em Fevereiro de 2014.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV**. São Paulo: Manole, 1994.
- BALTAZAR, Danielle Vargas Silva; GOMES, Rafaela Ferreira de Souza e CARDOSO, Talita Beja Dias. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. **Rev. SBPH** [online]. 2010, vol.13, n.1, pp. 02-18. ISSN 1516-0858. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002. Acesso em: dezembro de 2014.
- BOFF, L. O Cuidado Essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Vol. 1, No 1, 2005. Disponível em <http://revista.ibict.br/inclusão/article/view/6/11 - vol. 1>. Acesso em fevereiro de 2015.
- BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo** V. 1. Apego e perda. 12ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990 [1969].
- _____. **Cuidados Maternos e Saúde Mental**. São Paulo: Martins Fontes: 1981.
- BRAGA, N. A., & MORSCH, D.S. (2003). Os primeiros dias na UTI. Em M.E.L. Moreira, N.A. Braga & D.S. Morsch. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal* (pp. 51- 68). Rio de Janeiro: Fiocruz
- BRANCO, A., FEKETE, S. M. W.; RUGOLO, L. M. S. S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. **Revista Paulista de Pediatria** 006. Disponível em: <http://www.spsp.org.br/revista_rpp/24-38.pdf>. Acesso em Janeiro de 2015.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: dezembro e 2014.

_____. Ministério da Saúde, **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru - Manual Técnico**. 2ª edição. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf. Acesso em dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº7, de 24 de fevereiro de 2010**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em Outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de Humanização**, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em Março de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em fevereiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em Outubro de 2013.

_____. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil**. (J.L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. 1994 [1992].

_____; _____. SOUGEY, E. B.; RENNÓ JUNIOR, J.. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 37(6), p. 278-284, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf>. Acesso em Outubro de 2013.

BRAZELTON, T.B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. (J.L. Camargo, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1992).

BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRAZELTON, T. B. & CRAMER, B. G. (1992). **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes.

BRETHERTON, I., & MUNHOLLAND, K. A. (1999). **Internal working models in attachment relationships**. Em J. Cassidy & P. R. Shaver (Orgs.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos Naturais e Planejados**. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BRUNER, J. **Atos de Significação**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. **A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: Novas Páginas em uma Antiga História**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010.

_____; CRAMER, N. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

CAMPOS, G.W. **Um método para análise e co-Gestão dos coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, T. C. P.. **Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo em Hospitais**. São Paulo: E.P.U., 1995.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. et col. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

CARVALHO, A. E. V., LINHARES, M. B. M., MARTINEZ, F. E. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (<1.500 g). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 14(1), p. 1-33. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5204.pdf>>. Acesso em Novembro de 2013.

CORREIA, L.L. **Conteúdos verbais de mães de bebês pré-termo internados em UTI Neonatal, diferenciadas quanto a indicadores clínicos emocionais de ansiedade e depressão**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP. Orient. Profa. Maria Beatriz Martins Linhares. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em <<http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2011/11/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Luciana-Leonetti.pdf>>. Acesso em Outubro de 2013.

CREPALDI, Maria Aparecida, LINHARES, Maria Beatriz Martins, PEROSA, Gimol Benzaquen. Orgs. **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2004, 9(1) p 7-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: fevereiro de 2015.

DINIZ, C.; GRILO, S.. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 627-637. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Acesso em Agosto de 2014.

DITZ, E. S., SENA, R. R., MOTTA, J. A. C., DUARTE, E. D. Cuidado materno ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: possibilidades e desafios. **Ciencia y enfermería, Concepción**, v. 17, n. 1, 2011. Disponível em <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_06.pdf>. Acesso em abril de 2014.

DUVIDOVICH, E.; WINTER, T. R. (orgs). **Maternagem: Uma Intervenção Preventiva em Saúde: Abordagem Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FAVARATO, M. E. C. S.; GAGLIANI, M. L. Atuação do Psicólogo em Unidades Infantis. In: ROMANO, B. W. (Org.). **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008b, p.75-116.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 4a ed. Curitiba: Positivo, 2009.

FERREIRA, E.A.; VARGAS, I.M.; ROCHA, S.M.M. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 111-116, outubro 1998. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13882.pdf>>. Acesso em Outubro de 2013.

FOGAÇA, M. C., CARVALHO, W. CITERO, V. A., NOGUEIRA-MARTINS, L. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2008; 20(3), p.261-266. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n3/v20n3a09.pdf>>. Acesso em Janeiro de 2014.

FRAGA, I. T. G; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2004. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4497/2434>>. Acesso em Setembro de 2014.

GOMES DE MATOS, E.; GOMES DE MATOS, T. M.; GOMES DE MATOS, G. M.A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista psiquiátrica do Rio Grande do Sul**[online]. 2005, vol.27, n.3, pp. 312-318. ISSN 0101-8108. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000300010>>. Acesso em Agosto de 2014.

GOMES, M. A. S. M. Organização da Assistência Perinatal no Brasil. In MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. (orgs.). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, p. 21-48. Disponível em <<http://static.scielo.org/scielobooks/wcgvdpdf/moreira-9788575412374.pdf>>. Acesso em Novembro de 2013.

GONÇALVES, A. T. D. **Evolução dos Padrões de Interação Mãe-Bebê em Crianças Pré-Termo nos Seis Primeiros Meses de Vida Após a Alta Hospitalar: Os Precursores do Apego**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2004. Disponível em <http://www.pospsi.ufba.br/Andrea_Diniz.pdf>. Acesso em Julho de 2013.

GROSSMANN, K. E., GROSSMANN, K., WATERS, E. **Apegoda infância à idade adulta: os principais estudos longitudinais**. São Paulo: Roca. 2008.

GUERRERO, P; MELLO, A. L. S.F., ANDRADE, S.R., ERDMANN, A.L., O Acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 132-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_16.pdf . Acesso em fevereiro 2015.

IMBASCIATI, A. **Afeto e representações**. São Paulo: Editora 34, 1998.

IUNGANO, E. M. A relação entre mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. **Revista Brasileira de Medicina**. Moreira Jr. Ed. 2009.p.26-30. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3974. Acesso em: dezembro 2014

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. & KLAUS, P. H. **Vínculo** – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: ArtMed, 2000

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: ArtMed, 1993.

LAMEGO, D.T.C., DESLAND, S. F., MOREIRA, M. E. L. Desafios para a Humanização do Cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Cirúrgica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 10, nº3. Rio de Janeiro. Instituto Fernandez Figueira. jul/set, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a23v10n3.pdf>>. Acesso em Outubro de 2013.

LAZZARETTI, C.T. et.col. **Manual de Psicologia Hospitalar**, CDD (21ª ed.) Curitiba : Unificado, 2007. Disponível em: <http://crppr.org.br/download/164.pdf> Acesso em: dezembro de 2014.

LINHARES, M., MARTINS, B. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paidéia**(Ribeirão Preto)[online]. 2000, vol.10, n.18, pp. 60-69. ISSN 0103-863X. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2000000100006>>. Acesso em Janeiro de 2015.

MAIM, M. (2000). The organized categories of infant, child and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. **Journal of the American Psychoanalytic Association**. 48, 1055-1127.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez**. Ed. Saraiva, 1992.

MARQUESIN, D. F. B.; PASSOS, L. F. Narrativa como objeto de estudo: aportes teóricos. **Revista Múltiplas Leituras**, v.2, n.2, p. 219-237, jul. /dez. 2009. Disponível em <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/viewFile/1450/1475>>. Acesso em Janeiro de 2014.

MARSON, A.P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v.11, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em Fevereiro de 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2a.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MOREIRA, M. E. L (org). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2003.

MORSCH, Denise Streit and DELAMONICA, Juliana. Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!". **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 677-

687. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300024>. Acesso em março 2015.

NUNES, S. A. N., FERNANDES, M. G., VIEIRA, M. L.. Interações sociais precoces: uma análise das mudanças nas funções parentais. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 2007, 17(3): 160-171. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n3/16.pdf>>. Acesso em Outubro de 2013.

O'HARA, M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In Murray, L., & Cooper, P. (Orgs.). *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York: Guilford.

OLIVEIRA, E. B. S. de; SOMMERMAN, R.D.G. A Família Hospitalizada. In ROMANO, B. W. (Org.). **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

OLIVEIRA, R. A. Do vínculo às relações sociais: Aspectos Psicodinâmicos. **Análise Psicológica**, 2 (XVIII), p. 157-170, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n2/v18n2a02.pdf>>. Acesso em Outubro de 2013.

PERAZZO, S. **Fragmentos de um Olhar Psicodramático**. São Paulo: Ágora, 1999.

PUCCINI P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(5): 1342-1353, 2004, Disponível em <>. Acesso em Janeiro de 2015.

QUAYLE, J. Óbito Fetal e Anomalias Fetais: Repercussões Emocionais Maternas. In: TEDESCO, J.J.A., ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetria Psicossomática**. São Paulo: Atheneu. 1997.

RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, M. S. Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego: Comportamento versus Representação? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 26 n. 1, pp. 25-33 jan-mar, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a04v26n1.pdf>>. Acesso em Outubro de 2013.

REZENDEJ. **Obstetria**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1998.

RIBAS, A. F. P.; SEIDL MOURA, M. L. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicologia: Reflexão Crítica**, vol.17, no. 3, p. 315-322, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a04v17n3.pdf>>. Acesso em Outubro, 2013.

RIO DE JANEIRO. **Dados Socioeconômicos de Regiões do Estado do Rio de Janeiro**: Região Centro Sul Fluminense. Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Energia, Indústria e Serviços. Superintendência de Desenvolvimento Regional. Maio, 2013. Disponível em <<http://download.rj.gov.br/documentos/10112/157736/DLFE-61054.pdf/SEDEISGovERJCentroSul.pdf>>. Acesso em Março de 2014.

ROMANO, B. W. A Entrevista Clínica é mais do que Instrumento Diagnóstico em Hospitais. In ROMANO, B. W. (Org.). **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SARMENTO, Regina, SETUBAL, Maria Silvia Vellutini. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciências Médicas Campinas**, 12(3):261-268. Julho/setembro, 2003. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1260/1235>. Acesso em: junho de 2014.

SCHERMANN, L. Considerações Sobre Interação Mãe Criança e o Nascimento Pré-termo. **Temas em Psicologia**. Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto. Vol. 9, nº 1, p. 55-61, 2001. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v9n1/v9n1a06.pdf>>. Acesso em Outubro de 2013.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. L.. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia** Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, ago, 2009. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/paideia/article/view/7188/8671>>. Acesso em março de 2014.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M; MULLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 61-68. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v10n1/v10n1a08>>. Acesso em Janeiro de 2014.

SEILD-De-MOURA, M. L., RIBAS, A. F. P, SEABRA, K. C, PESSÔA, L. RIBAS JR., R. C., NOGUEIRA, L. F., Interações iniciais mãe-bebê. **Psicologia. Reflexão e Crítica**. [online]. 2004, vol.17, n.3, pp. 295-302. ISSN 0102-7972. Disponível em :<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000300002>. Acesso em: fevereiro 2015.

SEILD-De-MOURA, M. L., RIBAS, A. F. P., SEABRA, K. C., PESSÔA, L. F., NOGUEIRA, S. E., MENDES, D. M. L. F., ROCHA, S. B., & VICENTE, C. C. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: Aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 21, nº1, p. 66-73, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a09v21n1.pdf>>. Acesso em Janeiro de 2014.

SILVA, L. R., CHRISTOFFEL, M. M., FERNÁNDEZ, A. M., SANTOS, I. M. M. A importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento infantil: atuação da enfermagem materno-infantil. **Revista Enfermagem UERJ**. V. 14, nº4. Rio de Janeiro, out/dez/2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/>.. Acesso em março de 2014.

SILVA, M. R., PICCININI, C.A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de Psicologia**, V 1nº 14, pp 5-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000100002. Janeiro-Abril/2009,

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Os 10 passos para a atenção hospitalar humanizada à criança e ao adolescente**. Rio de Janeiro: SBP, 2003. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300023. Acesso em: Janeiro de 2015.

- SOIFER, R. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. 4º Porto Alegre: Artes Médicas. 1986
- SOUZA, C. A., BURTET, C. M. & BUSNELLO, E. A. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. **Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia**, 17(1), 38-47.
- STERN, D. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê**. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.1997.
- SZEJER, M. **A Escuta Psicanalítica de Bebês em Maternidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2003.
- UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA. **Hospital Universitário Sul Fluminense**. Site de divulgação. Disponível em <<http://www.uss.br/hospitaluniversitario/>>. Acesso em Março de 2014.
- VALANSI, Luciana & MORSCH, Denise Streit.O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicol. cienc. prof.* [online].2004, vol.24, n.2, pp. 112-119. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000200012>
- VIEIRA, C.S, MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a09>. Acesso em: Janeiro 2015
- WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados.**Acta paulista de enfermagem**. [online]. 2011, vol.24, n.3, pp. 414-418. ISSN 0103-2100. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>>. Acesso em Janeiro de 2015.
- WENDLAND-CARRO, J. & PICCININI, C. A .(1995). Interação precoce mãe-bebê: perspectivas de intervenção para a promoção do desenvolvimento infantil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8, 11-144.
- YONKERS, K.; STEINER, M.**Depressão em Mulheres**. São Paulo: Lemos, 1999.
- ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A., SOUGEY , E.B.Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura.**Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2009;58(4):252-257. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0047-2085201400040029000037&lng=en. Acesso em: Janeiro 2014.

APÉNDICE

APÊNDICE A**TERMO DE CONCESSÃO E AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, XXXXXXXX, Diretor Médico/Técnico do Hospital Universitário Sul Fluminense – HUSF Município de Vassouras - RJ, XXXXXXXXXX, declaro que estou ciente e aprovo o desenvolvimento da pesquisa “EXPERIÊNCIA DE SER MÃE EM SITUAÇÃO DE TENSÃO EXTREMA: NARRATIVAS DE MULHERES COM FILHOS RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN)” nesta Instituição Hospitalar e que oportunizarei a divulgação da proposta junto à equipe. Nesta ocasião todos os participantes da pesquisa que concordarem em CONCEDER os direitos autorais dos relatos prestados a ALISSANDRA MARQUES BRAGA, acadêmica do curso de Mestrado em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, para eventual publicação em trabalhos acadêmicos, na íntegra ou em parte, bem como a utilização das imagens obtidas para os mesmos fins, assinarão o aceite através da folha de consentimento livre e esclarecido, comprovando a ciência do objetivo do estudo, assim como dos fins acadêmicos e não comerciais. Declaramos que todos os participantes serão devidamente informados sobre a preservação de sua identidade em todos os trabalhos acadêmicos provenientes dessa pesquisa.

Vassouras, RJ, _____ de _____ de 2014.

Diretor Médico do HUSF
RGCPF

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a ser lido e assinado pelos participantes, conforme exigido pela resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nome da Pesquisa: Experiência de Ser Mãe em Situação de Tensão Extrema: Narrativas de Mulheres com Filhos Recém-nascidos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN)

Pesquisadora: Alissandra Marques Braga

Orientador: Valéria Marques

Senhora: _____

Estou realizando uma pesquisa para conclusão do curso de Mestrado em Psicologia na Universidade Federal Rural Rio de Janeiro – UFRRJ e gostaria de convidá-la para participar da minha pesquisa, que será desenvolvida na UTI Neonatal do Hospital Escola Sul Fluminense em Vassouras.

O objetivo desse trabalho é conversarmos sobre as experiências da construção da Maternagem de mães com filhos nascidos com a necessidade de internação na UTI Neonatal, onde a relação com o bebê acontece de forma controlada, sem nenhum ou com pouco contato físico entre mães-bebês.

Nessas entrevistas utilizarei um gravador (com a autorização da mãe), para não perder nenhuma informação. A entrevista aberta terá como foco principal os sentimentos experimentados frente ao bebê hospitalizado em situação de risco (UTIN), e as possíveis interferências desta situação, na construção da maternagem.

Pelo tipo de pesquisa, informo que não haverá procedimentos que causem desconforto ou riscos as mães ou bebês. Afirmamos que todas as mães serão acolhidas com carinho e respeito pela pesquisadora. A orientadora desse estudo é a Profa. Dra. Valéria Marques, psicólogo e professora titular da Graduação e Pós Graduação de Psicologia da UFRRJ. Informo que **a participação das mães será totalmente voluntária e que ela não será obrigada a fornecer informações que não queira, podendo desistir de participar dessa pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.**

Após essa pesquisa publicarei minha dissertação de mestrado, sendo que todas as informações que possam identificar as mães serão omitidas.

Este trabalho pretende auxiliar em primeiro lugar as mães que vivem as dificuldades de ter um bebê nascido com a necessidade de permanência na UTI Neonatal, buscando auxiliá-las na construção da maternagem e vínculo mãe-bebê. Além disso, com essa pesquisa esperamos fornecer subsídios a todas as pessoas que lidam com esses pacientes, auxiliando-os em criar um espaço onde prevaleça a humanização e o respeito às mães e suas dificuldades neste processo.

Para que eu possa realizar esse trabalho, preciso que a senhora aceite participar desta pesquisa. Caso hajam dúvidas, estou à disposição da senhora pelos telefones: XXXXXXXXXX (ou pelo email: XXXXXX. Se houverem reclamações a senhora deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRRJ

Desde já agradeço a colaboração.

Atenciosamente,
Alissandra Marques Braga.
Psicóloga e Pesquisadora Responsável.

Após ter tomado conhecimento dos objetivos e procedimentos desta pesquisa:
Eu, _____, idade:
_____, RG _____, telefone: _____
endereço:

Número de registro de internação do bebê na UTIN do Hospital Escola sul Fluminense:
_____.

Aceito participar do estudo (pesquisa) realizado por ALISSANDRA MARQUES BRAGA. Estou ciente que minha participação será totalmente voluntária e que poderá ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para mim ou meu bebê. Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Assinatura da mãe participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Alissandra Marques Braga

Vassouras, ____ de _____ em 2014.

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ABERTA

- 1) Você pode me contar a história de como foi sua gestação?
- 2) Como tem sido sua rotina aqui na UTIN?