



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE - FACES

CURSO: PSICOLOGIA

CONSTRUINDO O LUGAR DA MÃE NO PROCESSO DE
HOSPITALIZAÇÃO EM UTI NEONATAL

DENISE FAUSTINO MATOS

BRASÍLIA

JUNHO/ 2008

CONSTRUINDO O LUGAR DA MÃE NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO EM UTI
NEONATAL – DENISE FAUSTINO MATOS

2008

DENISE FAUSTINO MATOS

CONSTRUINDO O LUGAR DA MÃE NO PROCESSO DE
HOSPITALIZAÇÃO EM UTI NEONATAL

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso
de Psicologia do UniCEUB -
Centro Universitário de Brasília
Professora Orientadora: Morgana
de Almeida e Queiroz

Brasília/DF, Junho de 2008



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE - FACES

CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Professor: Marcos Abel

Professora: Morgana de Almeida e Queiroz

Professora: Tânia Inessa Martins de Resende

A Menção Final obtida foi:

BRASÍLIA, JUNHO/2008

*Aos meus sobrinhos, que num simples sorriso,
alegram meu coração.*

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por seu infinito amor, pois sei que sem minha fé Nele não teria conseguido transformar grandes obstáculos em fortalecimento, crescimento e aprendizado.

Agradeço à Morgana que, com sua orientação exemplar, me ajudou a construir um trabalho com muito esforço e dedicação, além de me ensinar e mostrar a beleza e as peculiaridades da Psicologia Hospitalar, me tornando uma eterna apaixonada por essa área.

Agradeço à Maria Fernanda, Cristina e Silvana, minhas preceptoras no Hospital Regional da Asa Sul - HRAS, pelos ensinamentos passados durante essa etapa fundamental para meu crescimento profissional e por terem confiado em meu trabalho desenvolvido com as mães da UTI neonatal e do setor de alto risco.

Agradeço a todas as mães e seus bebês que acompanhei durante esse ano, pois com eles aprendi o quão admirável é a ligação mãe-bebê em que um se apóia no outro e juntos se empenham para a recuperação que demanda tempo e compreensão.

Agradeço à minha mãe e primeira paciente por seu amor incondicional, por transmitir os verdadeiros valores da vida, por sempre me acalmar com sua sabedoria e pelo exemplo de mãe e mulher que és. Sou eternamente grata por ser sua filha e admiro sua força e sua garra.

“Quem é, quem é, esse meu super-herói. Quem é, quem é, é o Capitão Papai”, agradeço ao meu pai por me ensinar que a vida é bela, que devo sempre respeitar os meus sentimentos e por ser uma pessoa maravilhosa que valoriza o ser humano com seus defeitos e qualidades. Admiro sua dedicação e sua percepção da vida.

Agradeço aos meus irmãos Sérgio, Waleska e Claudio que movimentam com muita alegria a nossa bela casa. Sem vocês não saberia o que é se importar com o outro, o que é dividir o que se tem de valor e o que é amar a diferença. E por me darem sobrinhos

maravilhosos (Patrícia, Daniel, João Gabriel, Bruna e Luís Fernando) que me encantam ao me chamarem de tia Dê. Sou orgulhosa por vocês não apenas existirem e sim por fazerem parte da minha família.

Agradeço às minhas amigas e companheiras de curso, Rosane, Ludimila e Nayane por me apoiarem durante toda essa trajetória. Os caminhos que tomaremos daqui para frente serão diferentes, mas sei que nossa amizade se eterniza pelo simples fato de querermos bem uma a outra.

Agradeço ao Dido por me fazer feliz a cada olhar, a cada encontro e a cada sorriso e por torcer por mim durante toda minha caminhada, desde a escolha do curso até a conclusão do mesmo. Você me ensinou a beleza que é viver ao lado de quem se ama e me mostrou que dificuldades existem, mas com companheirismo e amor venceremos cada uma delas.

Agradeço aos meus avós paternos, Ayda e Antônio, que ensinaram com muita sabedoria que grandes conquistas se devem à paciência e compreensão. Isso se reflete em suas gerações e eu, como neta, sou completamente admiradora de suas histórias. E aos meus avós maternos, Ana e José, que através da humildade transmitiram, mesmo estando longe, um carinho tão singelo e exemplar.

“Eu poderia suportar, embora não sem dor, que tivessem morrido todos os meus amores, mas enlouqueceria se morressem todos os meus amigos” (Vinícius de Moraes). Agradeço à Gio, Jujú, Mari, Nana e Tita pela amizade, vocês não apenas são fundamentais em minha vida como também a torna brilhante e, inexplicavelmente, linda a cada encontro.

“Ser mãe é ter o coração batendo eternamente fora do peito”.

Autor desconhecido

SUMÁRIO

RESUMO	viii
INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE	12
CAPÍTULO 2 – BEBÊS PREMATUROS EM UMA UTI NEONATAL	23
CAPÍTULO 3 – CONSTRUINDO O LUGAR DA MÃE NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO EM UTI NEONATAL	31
CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS	44

RESUMO

Este estudo objetivou refletir sobre a construção do lugar da mãe no processo de hospitalização em UTI neonatal por meio de pesquisa bibliográfica. Para tal, torna-se necessário abordar o desenvolvimento da feminilidade e a construção da maternidade vividos pela mulher. As ligações que a criança tem com sua mãe e, posteriormente, com seu pai são notadas quando a criança brinca com boneca e se coloca no papel de sua mãe, ou seja, no papel ativo. Essas ligações influenciarão nas relações que essa criança terá com seu futuro filho. Durante o período da gestação, a mãe se prepara para receber seu bebê. Existe a construção do bebê imaginário por meio de sonhos, pensamentos e percepções e, após o nascimento, o encontro com o bebê real que se faz presente para a mãe. A interrupção da gestação devido a intercorrências clínicas ou ligadas a problemas socioeconômicos ou, até mesmo, a falta de realização do pré-natal acarreta em um parto prematuro podendo trazer danos para a mãe que muitas vezes não se vê preparada para a chegada de seu bebê. A hospitalização, em uma UTI neonatal, necessária para um bebê prematuro devido as suas condições fisiológicas pode afastar a mãe de seu papel, uma vez que limita o exercício da função materna tendo em vista que esse bebê precisa de diversos aparelhos médicos para sobreviver. Com isso, a mãe pode se sentir culpada por ter fracassado em sua gestação e ter gerado um bebê indefeso. O psicólogo acompanhará o processo vivido pela mãe em cada momento da hospitalização de seu bebê podendo evitar danos posteriores à alta hospitalar, sendo eles: ressaltar a vinculação entre a díade mãe-bebê, a importância do afeto dado pela mãe que é percebido de modo singular pelo bebê, as questões referentes à amamentação, as limitações que o ambiente da UTI neonatal impõe às mães e o processo de luto. Podendo concluir que a função materna é de fundamental importância na recuperação do recém-nascido prematuro e que ela deve ser estimulada tanto pela própria mãe quanto pela equipe de saúde.

Palavras-chave: mãe, UTI neonatal, prematuridade.

A chegada de um bebê é sempre uma mudança para os membros da família, principalmente para a mãe que vivenciou de uma maneira mais próxima cada etapa de desenvolvimento de seu filho. Durante essas mudanças, podem ocorrer dificuldades devido à intercorrências que geram a interrupção do processo da gestação, sendo uma delas o nascimento prematuro do bebê. Essa interrupção inesperada faz com que os cuidados se voltem para o bebê considerando suas necessidades e repercutindo assim, nos vínculos estabelecidos entre a mãe e a criança.

Refletir sobre a intervenção da mãe na recuperação de seu bebê prematuro e, conseqüentemente, na construção do lugar materno no acompanhamento de seu filho são questões pertinentes à maternidade e à equipe de saúde. Durante essa recuperação, é importante perceber como se dá a formação do vínculo entre a díade mãe-bebê, uma vez que podem ocorrer reincidências ao hospital sendo que, em alguns casos, essas complicações são devido a doenças respiratórias e maus tratos no período pós-alta.

O objetivo deste trabalho é abordar a construção do lugar da mãe num contexto de hospitalização em UTI neonatal, onde os anseios para cuidar e manusear o bebê são limitados, para a mãe, pela equipe de saúde. O estudo constitui-se em uma revisão de literatura.

No primeiro capítulo serão abordados os fundamentos teóricos da construção da maternidade. Para tal, autores como Freud (1969), Dolto (1996), Brazelton e Cramer (1992) e Winnicott (2002) descrevem o desenvolvimento da feminilidade vivido pela mulher, desde sua tenra idade, até à construção da maternidade. Sabe-se que a maternidade é influenciada pela feminilidade que a mulher desenvolve a partir das relações que lhe foi proporcionada com seu pai e sua mãe. A mulher, em seu crescimento, passa por fases de ligação inicial com a mãe e posteriormente com o pai. Este último dependerá e refletirá a primeira ligação, conhecida como fase pré-edipiana, tendo em vista que se dá como em um processo hereditário. A construção da feminilidade, como foi dito anteriormente, influencia e ocorre de forma

concomitante a construção da maternidade. A relação ativa que a mãe tem sobre a filha e, conseqüentemente, passiva da filha sobre a mãe caracteriza uma troca de papéis mais à frente. A filha quer exercer o papel da mãe e, ao brincar com boneca, demonstra todos os cuidados a ela imposto durante esse período inicial da vida. Todo esse desenvolvimento da feminilidade que a menina vivencia, acarreta numa construção da maternidade que se mostra, consciente ou inconscientemente, na próxima relação entre mãe e filho. Essa relação se dá de acordo com o que foi vivido pela mãe e pode evidenciar desejos e anseios, em alguns casos, de tornar o filho mais capaz e detentor de sucesso do que sua mãe pode conquistar.

No segundo capítulo, destacamos as possíveis intercorrências que podem causar um parto prematuro. Essas intercorrências podem ser clínicas, ou seja, a mãe desenvolve algum tipo de doença durante a gestação que a impede de seguir o período esperado, 40 semanas, da gravidez. Ou, ainda, ligadas a fatores socioeconômicos desfavoráveis, sendo em alguns casos, uma má alimentação, estrutura ruim de moradia entre outras. E, por fim, a falta do próprio pré-natal. Dependendo do estado clínico do bebê e da idade gestacional em que ele nasceu, ele pode precisar ser internado em uma UTI neonatal. Após o parto prematuro, a separação entre mãe e bebê ocorre de maneira rápida devido ao bebê precisar urgentemente de aparelhos médicos como o respirador, por exemplo. A mãe pode se sentir culpada e achar que sua gestação foi um fracasso e isso pode gerar uma impossibilidade de investimento libidinal sobre o bebê. Daí a importância de trabalhar a vinculação entre a díade mãe-bebê durante esse processo de hospitalização, tendo em vista a reincidência ao hospital, podendo ser por maus-tratos ou outras doenças adquiridas pelo bebê em conseqüência a uma má vinculação.

No terceiro capítulo, enfatizamos a função da mãe no processo de hospitalização como um dos fatores fundamentais, além dos aparelhos que ele necessita e dos cuidados dados pela equipe de saúde, para o bom desenvolvimento clínico do bebê internado. O bebê é um ser relacional e precisa dessa inserção de um outro no mundo em que vive. Para isso, o psicólogo

acompanhará o desenvolvimento do processo vivido pela mãe do bebê prematuro. A mudança do bebê imaginário para o bebê real é conhecida também como um processo de luto em que a mãe pode passar após os primeiros contatos com seu filho. Esse luto pode ser elaborado ressaltando as qualidades do bebê e da própria mãe de modo que haja o investimento afetivo entre eles e possibilitando uma vinculação entre ambos. A equipe de saúde deve exercer seu trabalho de modo que as mães possam se sentir a vontade para esclarecer dúvidas e entender o quadro clínico de seus bebês. O trabalho interdisciplinar entre os diversos profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais facilita a construção de uma visão do ser humano como sujeito, a partir da interação família-bebê-equipe. Por fim, desenvolvemos uma reflexão sobre a experiência de estágio em psicologia hospitalar no contexto da atuação em UTI neonatal.

CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE

Em uma perspectiva psicanalítica, para escrever sobre a construção da maternidade, é preciso, primeiramente, refletir sobre a construção da sexualidade. Para isso será abordado o pensamento de diversos autores sobre o desenvolvimento da sexualidade vivido pela mulher.

Freud (1969) discorre sobre o desenvolvimento da sexualidade feminina, afirmando que ele se dá pela troca do órgão genital (clitórís para vagina) e pela troca do objeto de desejo ocorrido no complexo de Édipo (mãe para pai). Essas trocas ocorrem durante o complexo de Édipo, levando à construção da feminilidade.

A bissexualidade é bastante visível na mulher, pois ela possui dois órgãos sexuais, a vagina, órgão genital propriamente dito, e o clitórís, que se assemelha ao órgão genital masculino. O desenvolvimento feminino se dá por uma transição da fase bissexual fálica para a feminina (Freud, 1969).

A fase pré-ediapiana é muito importante para as meninas, pois é por meio dela que se organizará a ligação com o pai. Essas ligações feitas pelas meninas com o genitor do sexo oposto são demonstradas da mesma maneira, intensidade e grandeza que o foram pelas mães, ou seja, elas são feitas como num processo hereditário. Há apenas a mudança do genitor. Inicialmente, a menina está ligada à mãe até o primeiro desabrochar sexual, que pode durar quatro ou cinco anos ou, até mesmo, permanecer detida à mãe sem ocorrer mudança (Freud, 1969).

A construção da feminilidade permeia todos esses aspectos propostos por Freud (1969), sendo de maior importância a fase em que a menina está ligada à mãe, conhecida como pré-ediapiana, anterior ao complexo de Édipo. É nessa fase que a menina cria não possuem pênis, assim como ela e sua mãe, emana sua feminilidade.

Freud (1969) afirma que um motivo para tal afastamento é o complexo de castração que cria o complexo de Édipo – o medo de ser devorada pela mãe pelas restrições impostas no decorrer do cuidado corporal, fazendo com que a menina se comporte de maneira agressiva com a mãe. Outras causas para tal separação são que a mãe falhou ao dar o órgão genital, não amamentou a filha direito, teve de compartilhar seu amor com outros (amor infantil, nunca é satisfeito, pois não se contenta com menos do que tudo) e despertou a atividade sexual da menina em seus asseios e depois a impediu.

A feminilidade é construída também pelo papel ativo que a criança assume depois de ter uma relação passiva. A menina que antes era cuidada agora faz o mesmo com a boneca, porém de forma ativa. Após a fase pré-edipiana, a menina tem o caminho para o desenvolvimento da feminilidade aberto e passa a ligar-se ao pai.

De acordo com Dolto (1996), o feto feminino desenvolve-se conforme as influências de todos ao seu redor. Os afetos libidinais da mãe o marcarão de maneira tranqüilizadora ou ansiogênica. Qualquer afeto será passado para o feto e por ele sentido de forma a torná-lo um ser capaz ou não de cumprir o que lhe foi passado.

Assim como Freud (1969), que, ao relatar que a ligação paterna possui a mesma intensidade e grandeza que a materna, ou seja, reflete a ligação que a menina teve com a mãe, Dolto (1996) ressalta que o bebê-menina, após os cuidados corporais e a absorção do leite materno, desvia o olhar de sua mãe para seu pai, dedicando-lhe sua atenção. Esse desvio mostra que a feminilidade está distribuída em todo o corpo da menina, que reage à masculinidade. Mas lembra que esse desvio somente ocorrerá se a mãe tiver uma atitude positiva para com o pai.

A descoberta da falta de pênis provoca, na menina, uma decepção narcísica e ela reage reclamando do pai ou da mãe. Dependendo de como um dos genitores lidar com essa reclamação, a menina poderá ter um esclarecimento sobre a sua sexualidade ou uma rejeição

emocional em relação aos pais. Paralelamente ao complexo de castração proposto por Freud (1969), a menina sente medo de ser devorada pela mãe e, com isso, ela se comporta de maneira agressiva.

Iniciando a construção da maternidade, Dolto (1996) apresenta que as indagações feitas pela menina a respeito da falta do pênis são sanadas se a mãe respondê-las de forma clara e compatível com a verdade. Assim ocorrendo, a menina sentir-se-á honrada de possuir uma vulva e de ser feita como as mulheres. Logo, ela terá um filho (como sua própria mãe) e um marido (como seu pai).

O papel do valorizado implícito ou explícito nas iniciativas verbais, sensoriais, corporais e sensuais ativas e passivas, o papel do que é permitido pela mãe fálica, símbolo de todo o poder e de todo o saber, e pelo pai, símbolo, esse, de toda a autoridade, é absolutamente fundamental para a sexualidade e a personalidade da futura mulher (Dolto, 1996, p. 57).

A boneca, para a menina, é um brinquedo que se coloca no lugar de objeto passivo (papel da criança) e a criança se coloca no papel ativo. É por meio da boneca que a criança desenvolve um papel, que tem como referência ela mesma, para aplicar castigos e dar cuidados, caracterizando a transferência masturbatória (Dolto, 1996).

Brazelton e Cramer (1992), assim como Freud (1969) e Dolto (1996), também ressaltam essa passividade e atividade da menina. O segundo ano de vida da menina é marcado pela imitação à mãe. Uma criança, ao pegar uma boneca e cantar para ela, ao colocá-la no colo, ao andar com ela pela casa dando a impressão de ser alta como um adulto, já evidencia a repetição de ser como sua própria mãe. Isso ocorre pela observação que a menina faz do modo como sua mãe se comporta com ela durante o seu desenvolvimento. Inicia-se aí a identificação com a mãe, ou com outras figuras maternas. A autonomia da menina começa a

partir desse momento, e as palavras que ela usa para se referir à boneca-bebê expressam as ambivalências de sua identidade em desenvolvimento.

Freud (1969) ressalta que a passividade pode virar atividade quando a criança se torna auto-suficiente e faz com ela mesma o que fizeram para ela, ou repete suas experiências passivas de maneira ativa com seu brinquedo ou com sua mãe ao torná-la objeto.

É no período de aquisição de autonomia corporal que as meninas constroem sua pessoa, porém, nesse mesmo período, as mães as impedem com seus cuidados maternos exagerados. A menina estrutura-se pelo processo de identificação fálica com os comportamentos ativos ou passivos da mãe. A introjeção da mãe permite que os desejos da menina sejam os mesmos da mãe (Dolto, 1996).

Alguns fatores atuam e interferem no processo de formação da identificação da menina. São eles: as circunstâncias externas (serão aditivas ou subtrativas da vitalidade); a natureza da criança; as possibilidades de identificação e introjeção das condutas; as atrações ou rejeições da pessoa eleita; as possibilidades deixadas pela pessoa eleita. Com isso, o processo de identificação envolverá a autenticidade materna e as características culturais do meio social que o pai representa. Ou seja, a criança se identificará com aquilo que lhe é dado, transmitido e com a maneira como lhe é passado (Dolto, 1996).

Segundo Brazelton e Cramer (1992), “a gravidez de uma mulher reflete toda a sua vida anterior à concepção” (p. 5), influenciando o seu novo papel. Como foi abordada por Freud (1969) e Dolto (1996), a passagem pelo complexo de Édipo caracterizará a sexualidade feminina e esta, por sua vez, refletir-se-á quando a mulher estiver grávida.

Brazelton e Cramer (1992) afirmam que as pressões sociais, a atribuição de papéis e a expectativa parental determinam nossa noção subjetiva de identidade sexual. Os pais tratam os filhos de maneira diferente ao reconhecerem a identidade sexual de seu filho. Quando é

menina, a mãe reconhece partes dela e, quando é menino, a mãe reage de maneira contrária. Já o pai se identifica com o menino e sente afeição pela menina.

Complementando a idéia de Brazelton e Cramer (1992), Dolto (1996) afirma que a evolução libidinal favorável faz com que a criança tenha um comportamento estruturador de sua imagem corporal. Esse comportamento se fortalece de acordo com suas experiências corporais e emocionais em relação aos seus pais, uma vez que a imagem subjetiva é formada pelos representantes paterno e materno, gerando um alívio de tensão na criança.

Brazelton e Cramer (1992) ressaltam que todo o tratamento dado a uma menina ou a um menino é pautado pela cultura que reforça os estereótipos de comportamento sexual. Em consequência disso, a identidade sexual será baseada e construída por meio desse tratamento. “A identificação com o comportamento de sua mãe para consigo e a participação do pai em sua criação podem reforçar o desejo de uma menininha de tornar-se mãe no futuro” (Brazelton & Cramer, 1992, p. 9). Ou seja, é a construção da maternidade permeando desde a infância e sendo influenciada pelos processos vivenciados pela própria criança.

Por terem seu órgão genital interno, as meninas tendem à privacidade, à curiosidade diante dos órgãos genitais e de seu significado e valor e à internalização das sensações. À medida que a menina se desenvolve, dúvidas em relação aos seus órgãos genitais aparecem e estarão presentes em suas fantasias de gravidez (Brazelton & Cramer, 1992).

Segundo Brazelton e Cramer (1992), a identificação, a satisfação de várias necessidades e a tentativa de recriar laços antigos no novo relacionamento com o bebê são os impulsos e motivos que uma mulher vivencia ao desejar um bebê. A identificação inconsciente que a menina cria vem do fato de ela se espelhar nos comportamentos da mãe manifestados para ela. Com o passar do tempo, essa identificação é fortalecida pela própria mãe e pelas mulheres que convivem com a menina, e ela adota essa postura maternal.

De acordo com Freud (1969) e completando os conceitos trazidos por Brazelton e Cramer (1992), anteriormente mencionados, na fase pré-edipiana, a mulher vivencia experiências relacionadas com sua ligação à mãe, as quais voltam ao se casar. Ela viverá o relacionamento que teve com sua própria mãe ao se relacionar com seu marido, se este for escolhido conforme os moldes do pai ou se é posto no lugar dele.

Segundo Dolto (1996), é a partir da troca de símbolos e da verbalização que ocorre a formação subjetiva da criança, seja menina ou menino, pois, ao verbalizar, formar-se-á o narcisismo sexual sadio, compatível com a natureza da sexualidade da menina ou do menino. Em conseqüência, desenvolver-se-á um comportamento genital de acordo com o prazer, a fertilidade e o entendimento interpessoal com os membros da família.

Em um desenvolvimento normal à feminilidade, a menina tem uma homossexualidade latente que assegura a imagem do corpo genital de base e sua heterossexualidade assegura a imagem do corpo cinético fálico e do corpo digestivo. O complexo de Édipo evidencia, na menina, a diferença quanto ao sexo e à espera pela penetração. A menina busca a permissão para as experiências com a forma de seu corpo (receptora). Isso é dado pela imagem da mãe, “que lhe deu nascimento, corpo que a fez, amou, manteve e alimentou”, e pela mãe real, “modelo desse cuidado conservador e ego ideal para a sua libido oral, anal e, agora, genital” (Dolto, 1996, p. 67).

A estruturação do ego se dará com base no comportamento cultural imaginário expresso pelos pais reais, que, por sua vez, dará sentido a tudo o que se refere à região genital do corpo e ao seu desejo (Dolto, 1996).

A menina adquire habilidades no equacionamento do complexo de Édipo, como a autonomia do corpo, a identificação do pronome pessoal “eu”, o nome da família, a sua idade e o seu endereço, todas elas representantes masculinos ou femininos a que a menina sente pertencer (Dolto, 1996).

A construção da feminilidade implica a construção da maternidade de forma que as experiências vividas no decorrer da infância e até mesmo na vida intra-útero e as passagens pela fase pré-edipiana e pelo complexo de Édipo farão com que a menina se desenvolva conforme essas etapas.

Freud (1969) destaca que a construção da feminilidade é um processo que ocorrerá pela opção de uma entre as três linhas de desenvolvimento descritas por ele. A menina, ao reconhecer a sua castração e a superioridade do homem, revolta-se e pode abandonar a atividade fálica e desenvolver aversão à sexualidade; desafiar sua masculinidade ameaçada pela castração, o que pode levá-la à escolha do objeto homossexual; ter uma atitude feminina normal, escolhendo o pai como objeto, configurando-se, assim, a forma feminina do complexo de Édipo.

Brazelton e Cramer (1992) abordam as experiências vividas pela menina na infância que se refletem no processo da construção da maternidade. Eles ressaltam a volta de vários desejos durante a gestação da mulher. São eles: o desejo de onipotência, de completude, de simbiose, de espelhar-se em seu bebê, criança imaginária, de reviver antigos relacionamentos e, por fim, de tornar-se igual à própria mãe.

Os desejos narcisistas da menina de conservar uma imagem idealizada de si mesma são conhecidos como desejo de completude e onipotência. A onipotência logo entra em conflito com os impulsos sexuais e com o reconhecimento da realidade, pois ela percebe que há a necessidade de um outro para tais satisfações. O desejo de completude se dá com a gravidez ou com a presença de uma criança, pois dá a oportunidade de a mulher sentir-se plena e completa, verificar a potência e a produtividade do corpo (Brazelton & Cramer, 1992).

Brazelton e Cramer (1992), assim como Winnicott (2002), ao apresentarem o período da gestação como preparação e reorientação da mãe, destacam a fantasia de simbiose, que é o desejo de retornar à unidade com a própria mãe. O desejo de espelhar-se na criança é bem

caracterizado pela esperança de autoduplicação, mantendo acesa uma noção de imortalidade. Winnicott (2002) expõe que, após o nascimento, a mãe tem lembranças de quando era bebê e isso pode ajudar ou atrapalhar na experiência de ser mãe.

Nesse caso, a criança esperada é fantasiada pelos pais como capaz de fazer tudo o que seus pais não fizeram ou não deram conta de fazer. Isso dá continuidade à busca da onipotência, uma vez que entrogeniza o ego-ideal dos pais. “Os valores tidos em alta conta pelos pais podem tornar-se uma “obrigação” para o filho. Quanto mais fracassados são os progenitores, mais pressionam a criança a obter sucesso” (Brazelton & Cramer, 1992, p. 16). E, mesmo que o desejo dos pais seja oculto, a obrigação permanece para a criança.

Outro desejo mencionado por Brazelton e Cramer (1992) é o de reviver antigos relacionamentos com o novo parceiro, que é o bebê. A criança, num contexto analítico, é um objeto transferencial, pois seus pais projetam os sentimentos e relacionamentos inconscientes. Esse processo tem poder curativo, já que a criança é percebida como um ser de recriação de relacionamentos latentes que foram fonte de gratificação. Também esse processo é caracterizado como um estágio em que começam novas fantasias – de os pais serem melhores que seus próprios pais e capazes de proteger seu filho das próprias falhas que eles tiveram.

Ao gerar uma criança, a mãe realiza o sonho de tornar-se igual à sua mãe. Esse é o último desejo abordado por Brazelton e Cramer (1992). Nele a mulher “equipara-se então à mãe todo-poderosa, revertendo sua posição submissa e seu sentimento de inferioridade no embate edipiano” (Brazelton & Cramer, 1992, p. 19).

Todo esse processo de construção da feminilidade e da maternidade envolve, além do que já foi abordado, a vinculação mãe-bebê. É importante que o bebê seja inserido no contexto familiar e em uma linguagem. Para isso, Winnicott (2002) ressalta, num contexto sadio, a importância de a mãe se adaptar às necessidades de seu bebê, pois, nessa fase inicial, há uma dependência absoluta deste para com ela. Quando há harmonia entre mãe e bebê, o

apoio da mãe auxilia na organização do bebê e, com o tempo, o bebê consegue afirmar sua individualidade e experienciar a identidade pessoal. A identificação primária é a caracterização que o bebê faz de sua mãe, que, para ele, é uma extensão do seu corpo. A capacidade de o bebê sentir-se real, de uma autopercepção e de caracterizar sua mãe que se dedica a ele, além de desenvolver sentimentos correspondentes aos da mãe, está relacionada ao comportamento da mãe para com ele.

Na mulher, as fantasias de adaptação em relação à gestação, às vezes, tornam-se reais. Como pensar nos malefícios ao feto, quando alguém questiona se está preparada ou não para gerar um filho, além do medo de ter um filho deficiente. Para combater esses pensamentos negativos, as mães precisam mobilizar defesas e, com isso, começarem a idealizar o bebê tornando-o um ser querido (Brazelton & Cramer, 1992).

Segundo Brazelton e Cramer (1992), essas emoções ambivalentes vividas pela mãe a deixam muito fragilizada e necessitando de apoio que lhe proporcione segurança. Isso ajudará na construção de uma família mais forte e estável.

Outra sensação experienciada pela mãe, que Brazelton e Cramer (1992) relatam, é a retração sobre si mesma numa tentativa de alcançar o equilíbrio hormonal e dos processos corporais e, assim, assumir o novo papel. A tarefa primordial da mãe é aceitar a mudança corporal e encarar o feto como uma parte boa de si mesma.

Segundo Brazelton e Cramer (1992), durante as primeiras mexidas do feto, a mãe e o filho deixam de ser um e torna-se possível a relação, já que se percebe que há um ser separado. A partir dos movimentos fetais, há o desenvolvimento do primeiro apego, e a criança contribui para isso.

Brazelton e Cramer (1992) destacam que, durante a gestação, acompanhando as mudanças corporais da mãe e o crescimento do feto, novas fantasias aparecem na mãe, podendo configurar um “retorno ao útero”, caracterizado por uma nova elaboração das

necessidades de simbiose que esta viveu com sua mãe, revitalizadas neste contexto. Em contrapartida, quando esse contato é encarado como ameaça à identidade da mãe, pode ser um indicador de que a necessidade materna de dependência é grande e insatisfeita, o que pode colocar o bebê no lugar de rival nessa relação.

Durante a gestação, os pais aprendem sobre o desenvolvimento do feto a cada ocorrência nova que ele apresenta, como os movimentos fetais, os movimentos respiratórios, as respostas aos estímulos visuais, auditivos e cinestésicos e todos os estados de consciência presentes no feto. A mãe consegue perceber que a criança responde aos seus comportamentos como uma adaptação, pois quando a mãe está agitada, o bebê pouco se movimenta. Já, quando está calma, começam os movimentos fetais, evidenciando-lhe a existência do feto como pessoa. Se a mãe entende essas respostas como sinais e se elas coincidem com as respostas maternas, pode-se dizer, segundo Brazelton e Cramer (1992), que há o início da sincronia entre mãe e filho.

Winnicott (2002) complementa a idéia de preparação durante a gestação descrita por Brazelton e Cramer (1992), ao ressaltar que o bebê sente angústia nos períodos iniciais de sua vida e daí vem a necessidade do papel da mãe como cuidadora, que serve como ego auxiliar, para que haja sintonia entre mãe e bebê e este possa desenvolver seu ego autônomo sem nenhuma consequência drástica para ele.

Segundo Brazelton e Cramer (1992), a mãe, após o parto, deve estar pronta para exercer diversas tarefas: aceitar a separação do feto e o sentimento de perda da onipotência e completude; adaptar-se ao seu bebê real e esquecer o imaginário; reconhecer o medo de machucar a criança; gratificar o bebê com seu corpo para satisfazer seu desejo e entender a dependência total de seu filho. Essas novas tarefas levam a mudanças que tendem a fazer com que a mãe seja capaz de encarar a nova realidade, concentre seu afeto e tenha uma nova identificação maternal.

O papel do pai, nessa fase, é de extrema importância, pois mostra para mãe que o feto não foi gerado somente por ela, minimizando-lhe o sentimento de onipotência e também os seus medos do fracasso, caso tenha um filho deficiente, e dando-lhe a possibilidade de compartilhar sua alegria de sucesso, ao ter um filho saudável, não como se somente ela tivesse participado da concepção, além de separá-la do feto (Brazelton & Cramer, 1992).

Os movimentos fetais e o reconhecimento real do bebê fazem com que a mãe reflita sobre as possibilidades de ter um filho deficiente, ou não, e de mostrar a sua preferência por determinado sexo. Isso a deixa preocupada com receio de esses sentimentos atingirem o feto (Brazelton & Cramer, 1992).

Em virtude dos sentimentos da mãe acerca de um possível bebê prematuro, ao final do período gestacional esgotam-se as possibilidades de problemas que possam afligir o bebê. Contudo, o nascimento de um bebê prematuro ou deficiente é encarado como frustração diante de todo o trabalho que a mãe teve durante a gravidez, precisando desfazer-se da imagem idealizada de um bebê perfeito que ela tanto esperava (Brazelton & Cramer, 1992).

O trabalho de apegar-se a um bebê leva certo tempo, e tentativas precoces de consolidar o apego podem não dar certo. Isto tangencia também os problemas ligados à adaptação a um bebê prematuro, quando o trabalho de construção do apego parental foi abreviado (Brazelton & Cramer, 1992, p. 30).

Com isso, nota-se a dificuldade de as mães se vincularem aos seus filhos num contexto de prematuridade. Nos próximos capítulos, serão abordados essa vinculação e o trabalho do psicólogo junto a essa díade.

CAPÍTULO 2 – BEBÊS PREMATUROS EM UMA UTI NEONATAL

Para se falar sobre a prematuridade do bebê, deve-se classificá-la de acordo com a idade gestacional. Sabe-se que a gravidez dura, em média, 40 semanas. De acordo com Baptista, Agostinho, Baptista e Dias (2003), a classificação indica que o recém-nascido pré-termo é o bebê que nasceu antes de 37 semanas; o recém-nascido a termo é o nascido entre 37 e 41 semanas; o recém-nascido pós-termo é o que nasceu após 42 semanas; e o prematuro extremo é o que nasceu com menos de 28 semanas e com peso inferior a 1000 gramas.

Segundo Soares (2006), existem diversos fatores que podem desencadear um parto prematuro, tais como: “(...)características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva atual desfavorável; doenças obstétricas e intercorrências clínicas” (p. 24). Ressalta, ainda, que a falta do pré-natal por si só já é um grande risco.

Em cada fator de risco descrito por Soares (2006), existem causas relacionadas a eles. No caso das alterações demográficas, nota-se que a incidência é maior nas mães jovens, abaixo de 15 anos de idade e nas mães com idade acima dos 35 anos. Com relação às condições socioeconômicas, Rezende; Cloherty e Stark; e Brüggemann (1991, 1993, 2002, citados em Soares, 2006), afirmam que as condições desfavoráveis de moradia, renda familiar, nível educacional, classe social, entre outras, associam-se a fatores como doenças sexualmente transmissíveis, infecções genitais, má alimentação, favorecendo a amniorrexe prematura, “quando a rotura da bolsa se dá antes de instalado o trabalho de parto” (Ministério da Saúde, 2006, p. 124), que é uma das causas do parto prematuro.

Segundo Brüggemann (2002, citado em Soares, 2006), as influências dos hábitos de vida, como o fumo, o álcool, as drogas e as atividades em excesso, também podem interferir no parto, favorecendo a prematuridade. A continuação desse quadro poderá ter efeito nocivo para o feto e, conseqüentemente, na qualidade de vida do futuro recém-nascido.

Rezende e Brüggemann (1991, 2002 citados em Soares, 2006), ressaltam, ainda, a história ginecológica. “Alterações uterinas congênitas ou adquiridas repercutem na evolução da gestação, relacionando-se a posição do órgão na pelve, sua formação anatômica ou seu tamanho” (p. 26). Também ressaltam as influências dos antecedentes obstétricos, como outros partos prematuros, abortamentos, curetagens, partos vaginais demorados com extração traumatizante, os quais podem ter como consequência um parto prematuro.

As intercorrências na gravidez que têm participação indireta no parto prematuro podem surgir no início ou no desenvolvimento da gravidez. Dentre elas, destacam-se: fetos múltiplos quando ocorre a presença de dois ou mais fetos; malformação; amniorrexe prematura; placenta prévia, que é “um processo patológico da segunda metade da gravidez, em que a implantação da placenta, inteira ou parcial, ocorre no segmento inferior do útero” (Ministério da Saúde, 2006, p. 91).

Assim como Soares (2006), Moreira, Bomfim e Júnior (2003) afirmam que um dos principais fatores que sinalizam a provável ocorrência de parto prematuro é o pré-natal. O pré-natal serve como amparo para as mães que o realizam de forma regular, pois com ele é detectado qualquer tipo de intercorrência, inclusive as citadas anteriormente, levando a mãe a um adequado tratamento. Ainda é por meio do pré-natal que se detectam quais bebês irão para a UTI neonatal e o que precisarão quando nela estiverem internados.

Ainda, segundo Moreira, Bomfim e Júnior (2003), deve-se formar um elo entre a equipe do pré-natal, o casal que está com uma gravidez de risco e a equipe que cuidará do bebê, para se estabelecer uma relação de confiança. Com isso, o processo de hospitalização pode se organizar de forma um pouco mais segura para os pais.

Com base nas informações dos autores citados acima e dos relatórios publicados pelo Ministério da Saúde (2002), um bebê pré-termo, ao nascer, em geral, não recebe cuidados parentais nos primeiros dias ou até durante meses de sua vida. Isso normalmente acontece

quando o bebê tem condições de vida precárias e, por isso, precisa ser submetido, na UTI neonatal, à procedimentos invasivos. Todavia, as equipes de saúde começaram a refletir sobre a função da ligação afetiva dos pais com o bebê, tendo em vista a reincidência para o hospital devido a falta de ganho de peso e a um crescimento inadequado ou até mesmo espancamentos exercidos por seus pais propiciados por um laço afetivo mal construído.

Considerando que a separação do bebê pré-termo ocorre imediatamente após o parto e ao estar privado dos cuidados parentais, a equipe da UTI neonatal deve estar preparada para receber esse bebê – que não terá o aconchego do colo materno – e sua família, a fim de que o ambiente hospitalar não tenha característica de isolamento e assim, seja minimizada a separação entre pais e bebês (Ministério da Saúde, 2002).

A impossibilidade de investimento libidinal na criança é um sofrimento para as mães. “*His majesty the baby*”, proposto por Freud, (citado em Mathelin, 1999), não é investido pela mãe num filho prematuro. “Ela não se reconhece nesse filho que não pode se reconhecer nela (...)O bebê corre o risco de ser reduzido a esse real se nada de simbólico vier permitir sua falicização” (p. 25). Assim, deve haver investimento de amor. Caso isto não ocorra, os bebês não têm em quem se segurar para se construírem como desejantes, como sujeitos.

(...)a primeira coisa a ser considerada na assistência aos pais de um recém-nascido prematuro e/ou malformado que se encontra em uma Unidade de Tratamento Intensivo é não tratar esse bebê como se fosse um robô, a mercê de conhecimentos técnicos. Não perder de vista a noção de que ele é um ser frágil por questões cronológicas, ponderais e anatômicas, que há pouco saiu do organismo de uma mulher e do contexto de uma família, ou seja, temos que considerar sua assistência do ponto de vista

biopsicossocial (Rego, 1986, citado em Braz; Braga & Morsch, 2003, p. 167).

Evidencia-se, assim, a importância de considerar o bebê prematuro como um ser que faz parte de um contexto, possuidor de uma vida que se dará pelas relações, detentor de possibilidades de se constituir como sujeito desejante.

Dias (2004) afirma que a mãe sente a ruptura da simbiose com seu filho devido ao parto prematuro e, conseqüentemente, à estadia dele na UTI neonatal. As mães sentem-se sem saber qual é o seu lugar junto ao filho e qual a sua função para com ele. Cabe à equipe da UTI neonatal orientar essa mãe quanto aos cuidados a ela inerentes.

Assim como descrito pelo Ministério da Saúde (2002) e por Mathelin (1999), os últimos meses de gravidez são fundamentais para a construção, feita pela mãe, da criança e da própria mãe, que começa a se ver como tal. Em geral, um parto prematuro desencadeia fantasmas e fantasias nas mães, que se colocam como incapazes de terem segurado seus bebês durante todo o período necessário para a gestação.

Battikha (2004), em seu trabalho sobre a intervenção precoce no vínculo mãe-bebê, afirma que o nascimento de um bebê prematuro é marcado pela ausência de celebrações, pois a mãe não sabe como dar suporte ao seu filho. A partir do nascimento, o filho fica destinado ao diagnóstico que o médico dará. É necessária, então, escutar essa mãe para que se perceba como a criança é vista em sua história, prevenindo-se deixar o destino do bebê à mercê do diagnóstico médico e promover a possibilidade de simbolização por essa mãe.

Nesse contexto, os pais falam sobre as angústias que representam o encontro com o real. A ilusão e o desejo se deparam com a violência do real, pois o bebê foi “fantasiado” de uma forma e, ao nascer prematuro, percebe-se que ele não condiz com essa representação. Para que seus pais continuem a investir fantasmaticamente seu filho, ao invés de deixá-los como objeto da medicina, é possível e necessária uma simbolização (Mathelin, 1999).

No capítulo anterior, abordou-se o desenvolvimento do vínculo afetivo mãe–bebê durante a gestação. É sabido que os pais têm uma representação de seus filhos, que se vai adequando com o passar da gravidez e com as descobertas que ela possibilita. Durante a gestação, os pais imaginam como será o bebê que eles esperam por meio de sonhos, pensamentos e percepções. Esse processo constitui o “bebê imaginário”. Já, após o nascimento, existe o bebê real, aquele que de fato veio ao mundo e que deve receber o investimento dos pais para seu desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2002). No sétimo mês, essa representação é muito positiva, ou seja, os pais ainda estão com a idéia do bebê imaginário e, quando ocorre o nascimento de um bebê pré-termo, fica mais difícil de aproximá-lo do bebê real. O nascimento prematuro é marcado pelo luto do bebê imaginário e pela adaptação ao bebê real.

Dias (2004) retrata a prematuridade em relação à mãe, ao pai e à equipe da UTI neonatal. A mãe pode, por vezes, sentir-se culpada pelo parto prematuro; o pai, às vezes, pode manifestar em relação à mãe certo desprezo; e a equipe pode sentir-se ameaçada pelo trabalho e instabilidade que representa um bebê prematuro, pondo em questão seu principal papel, que é a manutenção da vida.

Os bebês pré-termos são levados para a UTI neonatal, pois é lá que eles receberão cuidados médicos durante 24 horas. Ela é composta por monitores cardiorrespiratórios, ventiladores mecânicos, oxímetros, fototerapia, entre outros aparelhos que mostrarão como estão os sinais vitais de cada bebê. Moreira, Rodrigues, Braga e Morsch (2003) afirmam que, quando possível, os monitores são indolores ao bebê e conectados à pele do mesmo. A equipe da UTI neonatal, em geral, é composta por médicos e enfermeiros neonatologistas, ou seja, preparados para cuidar de recém-nascidos até as primeiras quatro semanas de vida, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e assistentes sociais (Baptista; Agostinho; Baptista & Dias, 2003).

A UTI neonatal com a sua equipe de saúde é caracterizada pelas mães como um lugar que promove os cuidados primordiais aos bebês. Isso deve ser trabalhado com cada mãe, para que elas percebam a importância de estarem perto de seu filho e a vantagem para seu progresso. Deve ficar claro para as mães que os cuidados da equipe são tomados para um fim e que estes cuidados, com os cuidados oferecidos por elas, como o carinho, o afeto e a atenção, somente contribuirão para a melhora do quadro clínico do bebê. Essa participação das mães resgata as suas próprias capacidades de reconhecer e constituir o bebê, que, muitas vezes, são deixadas para a equipe da UTI (Rabello, 2004).

De acordo com Rabello (2004), na UTI neonatal estão embutidos, ao mesmo tempo, o medo da morte e a esperança de vida e é importante que a mãe entre em sintonia com o desejo de viver de seu bebê. Outro aspecto que esse autor ressalta é sobre a aparência dos bebês, que, muitas vezes, além de serem muito pequenos, estão entubados com sondas numa luta pela sobrevivência, o que nos leva ao encontro com o estranho de nós mesmo.

A UTI neonatal, como dito anteriormente, é composta por uma equipe de saúde, monitores e ainda por máquinas, que também têm sua importância, pois viabilizam o trabalho da equipe. Porém, temos de levar em consideração que essas máquinas não podem tomar o espaço natural da mãe. Deve-se manter a capacidade maternal da mãe, também fundamental, nos cuidados com o seu filho, o que facilita o seu trabalho quando o bebê recebe alta, uma vez que a mãe não se prende ao que o aparelho está mostrando, e, sim, ao que seu bebê sinaliza.

De acordo com Moreira, Rodrigues, Braga e Morsch (2003) e Rabello (2004), o ambiente físico de uma UTI neonatal provoca estresse tanto no bebê como nos pais e na própria equipe. Alguns motivos são a iluminação intensa e o barulho. A incubadora ou o berço de calor radiante dificultam o relaxamento do bebê e o manuseio diário também provoca uma interrupção do seu sono. Com base nessas identificações, propõe uma modificação desse ambiente, visando a “diminuir o nível de ruídos e o som; reduzir a

quantidade de luz; dar maior atenção ao posicionamento do bebê; utilizar tratamentos menos estressantes; reduzir o número de vezes que o bebê é incomodado” (p. 33).

Conforme Soares (2006), o bebê, assim que nasce, interage com o ambiente como um todo. Com isso, será influenciado por ele de maneira a responder buscando um equilíbrio biopsicossocial. Como o bebê prematuro permanece internado por mais tempo, ele, conseqüentemente, será mais exposto a estímulos estressantes e será afastado de sua família, tendo de buscar mais ainda esse equilíbrio. Complementando a afirmação de Soares (2006), Cunha (citado em França, 2004, citado em Moreira, 2007) ressalta que os cuidados das UTIs neonatais podem gerar um mal desenvolvimento neurofisiológico e psicossocial, que podem-se refletir durante a infância com alterações psíquicas e quando adulto com dificuldades de relacionar-se, baixa auto-estima e medos. Daí a importância de a equipe trazer a mãe como participante ativa do tratamento de seu filho, como coloca Dias (2004).

Budin, (citado em Baptista; Agostinho; Baptista & Dias, 2003), destaca a importância da mãe junto ao filho, pois ele acreditava que a mãe poderia perder o interesse pelo filho caso não tivesse contato direto com ele. Com isso, iniciou-se a livre entrada das mães nas unidades neonatais. Já Couney, (citado em Baptista; Agostinho; Baptista & Dias, 2003), criou uma chocadeira onde as crianças eram colocadas, obtendo sucesso com sua invenção. Porém, com esse procedimento, as mães resistiam mais em levar os seus filhos para casa por nunca terem participado dos cuidados do bebê.

Nos Estados Unidos, em 1900, algumas unidades neonatais adotaram o método de Couney. Os pais, então, foram afastados de seus filhos para evitar a proliferação de infecção, as instituições se tornaram bastantes rígidas quanto ao isolamento e os bebês ficavam nas chocadeiras. Com a Segunda Guerra Mundial, diminuiu-se o pessoal habilitado para cuidar dos bebês e mais uma vez as mães voltaram ao contato com seus filhos. Com essa volta

percebeu-se uma diminuição na mortalidade infantil, o que assegurou a estadia da mãe na UTI neonatal (Baptista; Agostinho; Baptista & Dias, 2003).

Baptista, Agostinho, Baptista e Dias (2003) identificaram a necessidade do trabalho do psicólogo junto à família e à equipe de saúde promovendo a vinculação inicial com o bebê e uma boa aproximação entre a equipe e a família. Com isso, facilitaram-se a comunicação e o esclarecimento entre a equipe e a família sobre a atual circunstância do bebê e também sobre a prevenção em uma futura gestação, pois, caso o bebê tenha algum problema genético ou qualquer tipo de doença que necessite de investigação mais aprofundada, os pais terão os resultados dos exames identificando o que levou a determinadas doenças ao bebê.

No próximo capítulo, descreveremos a intervenção psicológica junto à mãe, à equipe da UTI neonatal e ao bebê que nela se encontra internado, bem como o reconhecimento e a valorização da mãe na recuperação de seu filho, neste contexto.

CAPÍTULO 3 – CONSTRUINDO O LUGAR DA MÃE NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO EM UTI NEONATAL

Neste capítulo, apresentamos uma reflexão sobre o trabalho do psicólogo junto à mãe, à equipe em uma UTI neonatal e ao bebê que nela se encontra internado, além de refletir sobre a construção do lugar da mãe, de sua função junto ao seu bebê, nestas circunstâncias.

O desejo de curar a criança deve ser compartilhado por todos da equipe de uma UTI neonatal, evitando os furos nas histórias desses bebês. Os bebês se constroem com base no mundo interno de seus pais e no daqueles que cuidam deles. Com isso, fala-se para os pais refletirem sobre o que está acontecendo e serem co-responsáveis na melhora de seus filhos (Mathelin, 1999).

Privilegiando, assim, a importância da mãe, Mathelin (1999) afirma que se deve levar as mães a pensarem que são fundamentais na melhora de seus filhos, tirando delas a idéia de portadoras de morte, em contraponto à idéia de que o médico é o portador da vida, para que se possa constituir um vínculo mãe-filho bem formado e não haja abandonos de bebês nessas unidades pela falta de estruturação das mães diante de fatos inesperados por elas.

Ainda de acordo com Mathelin (1999), as mães que acabaram de ter um bebê prematuro ou não, por causa da prematuridade ou de outros problemas sentem-se extremamente culpadas a ponto de perderem, por vezes, suas referências. Em consequência disso, não conseguem dar nome ao bebê, falar sobre ele, olhá-lo e, até mesmo, falar com ele.

O papel do psicólogo na UTI neonatal é promover à equipe reflexões que a torne humanizada, como pensar o bebê como sujeito portador de uma história precedente ao momento da internação e acompanhar a configuração do lugar que é dado à criança e à fala verdadeira, já que esta, para sobreviver, é inscrita numa fala que tem poder sobre seu corpo (Mathelin, 1999).

O trabalho com as mães é sempre um trabalho de luto, de perda e de separação. É quando elas podem simbolizar a falta que para elas se torna mais fácil descolar o filho do horror do real e projetar sobre ele um futuro possível (Mathelin, 1999, p. 25).

Durante a hospitalização, o bebê se prepara e sua mãe também deve-se preparar, para que, ao receber alta hospitalar, ela não se sinta incapaz de cuidar do bebê (Mathelin, 1999).

Rabello (2004) afirma que a UTI neonatal tem várias funções simbólicas que possibilitam à mãe passar por esse momento de forma que ela se aproprie de novas significações. O recalque, por ser permeável, faz com que, a partir do contato com o antigo, com “velhos fantasmas” (p. 181), seja-lhe possível criar um novo olhar sobre a vida, ou seja, conquistar um novo lugar, e a UTI neonatal pode, muitas vezes, servir como esse “umbral” (p. 181).

Outra função simbólica descrita por Rabello (2004) é a de “portal”, pois “a UTI permite a construção de um contorno para a mãe e seu bebê” (p. 182). Por fim, há a função “limiar”, já que a UTI pode “(...)também exercer a função de objeto suporte para a mãe, permitindo-lhe dar expressividade à sua função junto ao filho” (p. 183).

Dias (2004), assim como Rabello (2004), destaca alguns aspectos psicológicos inerentes à permanência em UTI neonatal, como aqueles gerados devido à instabilidade de um nascimento prematuro e à presença concreta da possibilidade da morte. Ressalta, ainda, a valorização do desejo de viver do próprio sujeito em contrapartida da reanimação das funções vitais por si só. “Escutar e recolher as marcas que localizam o bebê no projeto do Outro pode representar a possibilidade de êxito ou fracasso do trabalho de reanimação” (p. 202).

Wilheim (1997) aponta para a necessidade de o bebê comunicar-se com o outro, ou seja, mesmo que ele seja prematuro extremo, expressa suas “vivências subjetivas” (p. 88). Com isso, deve-se, num modelo de tratamento, anunciar ao bebê cada procedimento que será

realizado com ele e, além disso, chamá-lo pelo nome. Observou-se que os bebês ficam mais calmos depois dessa inserção na linguagem.

Mathelin (1999) complementa a afirmação de Wilhelm (1997), ao afirmar sobre o trabalho com os bebês, ao falar-lhe sua história, dos cuidados a que são submetidos, das razões de sua hospitalização, o que também deve ser dito aos pais. Assim, leva-se em consideração todo o desenvolvimento tido pelo bebê até a hora do parto.

Ainda de acordo com Wilhelm (1997), o fato de ter fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais na UTI neonatal ajuda, por meio das técnicas utilizadas por eles, a criança a reinvestir no seu corpo de forma prazerosa.

Ao perceber a criança como sujeito único, surge um dos questionamentos dos médicos, detentores do saber sobre o corpo, pois eles devem estar atentos à diferença entre os corpos e ao fato de que não há generalização nos tratamentos, mesmo que dois bebês apresentem as mesmas condições de nascimento e sintomatologia similar. Assim, para cada bebê há um vínculo de verdade entre a fala e o corpo, que foi inscrito numa fala particular. “Essa verdade (...)coloca a questão do desejo e do fantasma” (p. 23) vivido como verdade pelos pais (Mathelin, 1999).

Além dos cuidados necessários ao bebê, Wilhelm (1997) caracteriza a UTI neonatal como barulhenta, por conta dos ruídos de cada máquina presente em cada incubadora, da conversa que os médicos têm em sua sala, entre outras intercorrências. Isso prejudica a recuperação do bebê, assim como o número de vezes que ele é manuseado, porque impede de se restaurar por meio do sono.

O ambiente em que o bebê se encontra merece todos os cuidados, pois o recém-nascido reconhece o cheiro da mãe, identifica sua voz e reage aos carinhos e à presença das pessoas em sua volta. Desde a sétima semana de gestação, os receptores sensoriais e as vias de condução aparecem e, em seguida, os sistemas olfativo, gustativo, auditivo e visual. Seu

potencial genético é moldado por sua vivência e pelas respostas obtidas de seus próximos (Mathelin, 1999).

Em visão aproximada, os bebês, prematuros ou não, têm as mesmas capacidades de um adulto. Ouvem desde o sexto mês de gestação barulhos intra e extra-uterinos. Sentem cheiro reativo a estimulações olfativas. Escolhem o odor do líquido amniótico (por causa da mãe). Por meio da sucção não-nutritiva (uma chupeta conectada a um computador permite verificar a atenção dada ao mundo exterior pelo lactente), sabe-se que os bebês reconhecem um objeto apresentado visualmente se o tato estiver associado à apresentação visual (Mathelin, 1999).

O bebê prematuro sente o mundo a sua volta e isso faz com que os cientistas fiquem com questionamentos difíceis de serem respondidos.

É interessante notar que o fantasma dos cientistas reencontra o fantasma das mães. Fazer tudo como se esse bebê ainda não tivesse nascido. Trata-se de uma denegação. Essa criança afinal veio ao mundo, ela não está mais no ventre da mãe (Mathelin, 1999, p. 40).

E, por ter seus receptores sensoriais desenvolvidos, o bebê sente todo esse sofrimento advindo de uma hospitalização em UTI.

De acordo com Mathelin (1999) e em concordância com Wilhelm (1997), o psicólogo vai direcionar sua pesquisa para esse fantasma que emerge do psiquismo médico e da mãe. Vai observar além dos aparelhos colocados no bebê, a sua necessidade de comunicação, o seu desejo de ser ouvido por outro, aceitando entrar na relação do bebê que está na incubadora, oferecendo ao bebê recursos para sua vida psíquica e sua elaboração, pois ele sofre a separação de sua mãe.

Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca e Leite (2003) afirmam que a presença da família e, especialmente, das mães está sendo priorizada na UTI neonatal, devido à diminuição do seu estresse e, conseqüentemente, ao desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê. Esses autores destacam que o distanciamento dos pais em relação aos bebês provoca sentimentos como tristeza, medo e estresse por conta da fragilidade de seus bebês.

Ainda segundo Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca e Leite (2003), a hospitalização de um bebê prematuro tem um impacto na vida dos pais, ao observarem que estes se sentem impotentes para exercer seus papéis com relação aos bebês que apresentam risco de vida. É como não se sentissem capazes de cuidar de seu próprio filho. Esse sentimento pode aumentar ou diminuir de acordo com a participação ou não da mãe no ambiente da UTI.

Nesse mesmo sentido também se posicionam Buarque, Lima, Scott e Vasconcelos (2006), ao mencionarem que o maior fator de estresse para os pais de bebês prematuros é a perda da competência parental, interferindo negativamente na promoção do vínculo com seus bebês.

O estabelecimento do vínculo e apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidades da mãe interagir com seu filho, gerando desordens no relacionamento futuro de ambos. Pesquisas mostram que o comportamento de apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato entre mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal (Scochi; Kokuday; Riul; Rossanez; Fonseca & Leite, 2003, p. 540).

O bebê prematuro, por ficar na incubadora e precisar dos equipamentos oferecidos pela UTI neonatal, às vezes, não pode ser colocado no colo. Com isso, a mãe sente-se frustrada por não poder embalá-lo e aconchegá-lo, daí também vem o medo e a sensação de

incapacidade de criar o filho (Scochi; Kokuday; Riul; Rossanez; Fonseca & Leite, 2003). Ainda com relação a esses sentimentos, Brum e Schermann (2004) afirmam que os pais não sabem que tipo de ajuda podem dar a seus filhos que estão monitorados numa UTI neonatal, além de sentirem insegurança com respeito à expectativa de vida de seu bebê.

Em contrapartida aos sentimentos expressos pelos pais de insegurança e medo, Brazelton; Rauh e Brennan; Gross et al.; Beckwith e Rodning; Klaus e Kennell; e Schermann (1988, 1992, 1992, 1992, 2000, 2001b citados em Brum & Schermann, 2004), apontam para a capacidade dos bebês se houver incentivos advindos das interações sociais e da própria tecnologia desde o dia de seu nascimento.

De acordo com Lebovici (1987, citado em Böing & Crepaldi, 2004), a interação mãe-bebê funciona como modelo primitivo para todas as outras relações que esse sujeito terá ao longo de sua vida.

Buarque, Lima, Scott e Vasconcelos (2006) afirmam que os pais devem-se adaptar ao ambiente da UTI neonatal, assim como tornarem-se pais nesse ambiente, que é coletivo e desconhecido. Ao perceberem que seus bebês necessitam de apoio médico diferente dos bebês a termo, os pais desenvolvem uma paternidade compensatória, tendo alteração no relacionamento afetivo. Com isso, os pais dão mais valor às necessidades de seus filhos do que às suas capacidades.

Como foi afirmado por Mathelin (1999) e por Schaffer e Schermann (1996, 1994, citados em Brum & Schermann, 2004), os bebês, mesmo prematuros, são capazes de responder ao meio em que está inserido. E, de acordo com Brazelton; Rauh e Brennan; Klaus e Kennell (1988, 1992, 2000, citados em Brum & Schermann, 2004), há, por meio dessa interação, um fator positivo na evolução do bebê prematuro, sendo este o fato de os pais se relacionarem com seus bebês.

Por outro lado, esse relacionamento pode-se tornar um fator complicador a partir do momento em que os pais apenas se preocupam com o nascimento prematuro, ao invés de se alegrarem com ele, sentindo-se desorganizados e ansiosos, o que os deixam incapazes de compreender a hospitalização, lamentando o bebê que produziram e passando pelo processo de luto do bebê imaginado por eles (Brum & Schermann, 2004).

O vínculo deve ser visto como um processo contínuo para que exista a conscientização de suas complexidades e possíveis armadilhas, como por exemplo: o nascimento de um bebê prematuro e/ou com patologias que possam levar à quebra desse processo, acarretando dificuldades no relacionamento pais e filhos (Brazelton, 1988 citado em Thomaz; Lima; Tavares & Oliveira, 2005, p. 140).

Ainda de acordo com Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005), os pais conhecem seu bebê à medida que cuidam dele e vice-versa, pois os bebês respondem aos estímulos dados pelos pais. Porém, ao nascer um bebê prematuro, há uma quebra nesse processo, o que afetará o relacionamento entre pais e filhos.

De acordo com Ajuriaguerra e Marcelli (1991, citados em Thomaz; Lima; Tavares & Oliveira, 2005), como o parto prematuro ocorre de forma inesperada, a mãe não está preparada psicologicamente para finalizar esse período de gestação. Daí advém o que Maldonado, Dicktein e Nahoum (1996, citados em Thomaz; Lima; Tavares & Oliveira, 2005), ressaltam como o medo que os pais têm de fazer uma ligação afetiva consistente com seu bebê por causa do risco de morte. Nesse contexto, intensifica-se, na mãe, o sentimento de incapacidade para com seu bebê. Nesse momento, há a formação de sentimentos ambíguos, que são expressos pela esperança de sobrevivência do bebê e pelo risco de morte vivenciado pela culpa.

Gandra (2002) afirma que o processo de apego entre mãe e filho sofre interferência caso haja prematuridade e/ou mal formação do bebê, pois ela se depara com a fragilidade de seu bebê e questiona-se se tem a capacidade de se apegar a ele e em seguida perdê-lo, ou se é melhor nem se apegar a ele, evitando vivenciar o processo de luto.

Com relação aos equipamentos necessários para a sobrevivência do bebê, os pais também possuem um sentimento ambíguo: eles sabem que eles são de extremo valor para seu bebê, pois obriga-o a se manter respondente, mas, ao mesmo tempo, distanciam-no dos pais, que não podem pegá-lo no colo e embalá-lo como gostariam (Viziello; Zorzi; Botto, 1992, citados em Thomaz; Lima; Tavares & Oliveira, 2005).

No estudo feito por Alfaya e Schermann (2001, citados em Brum & Schermann, 2004), aponta-se para a depressão pós-parto como fato mais incidente em mães de prematuro. Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005) complementam esse estudo e afirmam que é natural que, diante dessa situação, a mãe queira proteger-se na depressão para não cuidar de seu filho.

Brazelton (1988, citado em Thomaz; Lima; Tavares & Oliveira, 2005), que nos diz que os pais conseguem superar essa depressão e estabelecer um vínculo com seu bebê. Isso se dá conforme a passagem por estágios e quando a reação de luto pela perda do “bebê imaginado” passa.

Brazelton (1988, citado em Gandra, 2002), aponta para os estágios que os pais passam para desenvolver o vínculo com seu bebê. São eles:

(...)os pais relacionam-se com o bebê através de informações sobre a química corporal, fornecidas pela equipe médica. O relacionamento apóia-se somente nos relatórios médico-laboratoriais; os pais observam e se encorajam com o comportamento reflexo e automático que vem quando uma enfermeira ou médico perturbam o bebê; os movimentos mais

responsivos do bebê são observados, os pais o vêem como algo que está se transformando em uma pessoa; o próximo estágio começa quando ousam tentar produzir movimentos de resposta espontaneamente; o último estágio é aquele de realmente ousar pegá-lo do berço, segurá-lo, balançá-lo, ou mesmo alimentá-lo. Neste ponto os pais adquiriram um vínculo com o filho (Brazelton, 1988 citado em Gandra, 2002, p. 88).

Também é necessário observar o trabalho da equipe da UTI neonatal, pois, ao se vincular bem ao bebê, muitas vezes, essa equipe deixa de lado a mãe, o que só aumenta nela a angústia e o sentimento de incapacidade e dificulta a aproximação mãe-filho (Thomaz; Lima; Tavares & Oliveira, 2005).

Por meio de vivência durante o estágio em uma UTI neonatal, pude perceber que as mães estão bem presentes junto de seus filhos, pois, ou também estão internadas no próprio hospital em que se encontra seu filho, ou são mães diaristas que evitam faltar um dia sequer, porque observam que seus bebês respondem de forma negativa à sua ausência.

Ouvi muitos relatos de incapacidade e de impotência perante seus bebês, pois não podem amamentá-los por eles serem muito prematuros, ou por seu leite ter secado. Outras questões surgem conforme os bebês estejam prontos para receber alta da UTI neonatal. As mães relatam que têm medo de dar banho em seu filho, porque é muito pequeno e também porque ficaram muito tempo sem exercer seu papel integral de mãe, já que isso foi feito pelas auxiliares e enfermeiras da UTI neonatal.

Quando as mães saem do hospital, mas os seus bebês não, elas acham difícil ter de ir para casa sem eles. Afirmam sentir uma dor tão grande que não são capazes de continuar com seus afazeres diários.

Quando ficam sozinhas no hospital, há mães que desejam a morte para si e para seu filho, de tão insuportável que é esse sentimento, principalmente quando sua rede sociofamiliar está em outra cidade, o que torna mais difícil ainda o seu amparo.

Outras intercorrências numa UTI neonatal podem deixar as mães mais inseguras e incapazes. Exemplo disso é quando percebem que seu filho permaneceu sujo por muito tempo, ou que a incubadora estava muito quente e a equipe demorou para se manifestar. Neste último caso, a angústia é muito grande, pois elas não sabem mexer nos equipamentos e não podem manuseá-los.

No início da hospitalização, as mães normalmente ficam mais preocupadas por não saberem a rotina da UTI neonatal nem o que fazer com seu bebê. Depois de um tempo, vão-se adaptando melhor às rotinas e ficando fortalecidas e confiantes a cada novo obstáculo que o bebê tem de enfrentar.

Por fim, percebi que as mães, em geral, sentem-se impotentes para cuidar de seus filhos, os quais, logo no início da vida, tiveram de receber cuidados médicos e o auxílio das máquinas de uma UTI neonatal para que se aumentasse a chance de eles viverem. Daí a importância da organização de uma equipe de profissionais da área de saúde neonatal para se transmitir confiança às mães fragilizadas com a impossibilidade de prestar os primeiros cuidados a seus filhos internados em uma UTI neonatal.

CONCLUSÃO

Com base nos aspectos abordados neste trabalho, serão feitas algumas considerações finais a respeito dos sentimentos vividos pelas mães, o acompanhamento psicológico feito com elas, sobre o trabalho da equipe da UTI Neonatal e, por fim, serão sugeridas propostas para o bom desenvolvimento da vinculação entre a díade mãe-bebê, da comunicação entre a mãe e a equipe da UTI neonatal e do trabalho feito por essa equipe com o bebê.

Durante a hospitalização do prematuro na UTI Neonatal, as mulheres podem sentir-se culpadas por esta estadia, além de incapazes para cuidar de seus filhos, que, para elas, necessitam mais da equipe médica do que delas mesmas, tendo em vista o fato de elas, muitas vezes, não poderem segurar seu bebê, fazer seu asseio ou, até mesmo, trocar-lhes a fralda, amamentá-lo, entre outras coisas esperadas pela maioria das mães num processo de gestação a termo.

O acompanhamento psicológico, muitas vezes, oferecido pelo próprio hospital é de fundamental importância, uma vez que dá valor ao que é dito e sentido pelas mães. As mães podem expressar seus sentimentos com a certeza de que não sofrerão nenhum julgamento. Colocam suas queixas referentes a tudo o que é vivenciado no contexto da UTI neonatal, abrangendo seus familiares e sua relação com a equipe cuidadora de seu bebê.

O trabalho do psicólogo se dá de acordo com a demanda de cada mãe, porém tem como principal objetivo acompanhar o processo de vinculação entre a díade mãe-bebê, tornar a mãe capaz de cuidar de seu bebê, valorizando sua presença e mostrando que isso é fator fundamental para um bom desenvolvimento de seu bebê, e refletir com ela sobre sua “sensitividade e responsividade materna” (Brum & Schermann, 2004, p. 465) com relação ao bebê, pois este lhe mostrará o que vai necessitar em cada momento. Assim, vai-se

estabelecendo ainda mais o vínculo entre mãe e filho e fortalecendo o papel dessa mãe, que se vê capacitada para cuidar por completo de seu bebê, que precisa de aparelhos para sobreviver.

Sobre o trabalho com a equipe da UTI neonatal, vale salientar a proposta de humanização desse setor, para que a equipe reconheça o bebê como um ser que responde ao mundo em que está inserido e sente, porém não fala, as dores advindas dos procedimentos invasivos por ele sofridos. É necessário o pronunciamento, para o bebê, sobre o que será feito com ele, pois, como ser responsivo que é, fica mais calmo ao saber o que será feito e o motivo por que será feito, como no caso da coleta de material para exames.

Outra sugestão referente à humanização é o “Projeto Método Mãe Canguru” desenvolvido pelo Ministério da Saúde (2002). Ele propicia à mãe um contato pele a pele com seu bebê prematuro, favorecendo um desenvolvimento sadio ao bebê, além da vinculação entre mãe-bebê, além de, mais uma vez, ressaltar a importância da presença materna durante o processo de hospitalização de seu bebê.

Com base em minha experiência como estagiária em um hospital público de Brasília, percebi que o trabalho psicológico desenvolvido com as mães tem funções específicas, uma vez que as mães reconhecem a sua dificuldade, podem expressá-la ao psicólogo como um meio de conforto e aconchego e possuem demandas quando o encontro com o profissional não ocorre. Nesse hospital, existem as mães-nutrizas, que retiram o seu leite para os bebês, e as mães-diaristas, que vão todos os dias ao hospital para ficar com os bebês até determinada hora da noite. Essas mães têm um espaço para se entreterem, inclusive com trabalhos artesanais, ou descansarem, enquanto é realizado um procedimento em algum bebê ou até mesmo enquanto os seus bebês estão dormindo e sob os cuidados da equipe da UTI neonatal.

O desenvolvimento de temas, a cada semana, por um grupo terapêutico e a realização de reuniões feitas com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira e psicóloga da UTI neonatal deixam as mães a par do quadro clínico de seu bebê não apenas na

parte fisiológica, mas no todo. Além disso, elas podem tirar suas dúvidas e compartilhar os problemas com outras mães que vivenciam a mesma situação, mas elas precisam ser lembradas sempre de que cada bebê é único e responde de maneira singular a cada infecção e a cada tratamento oferecido.

Por fim, também deve ser destacada a falta de demanda da mãe, que tudo suporta. O fato de passar por um processo doloroso da prematuridade não significa que a mãe não seja capaz de superá-lo sem maiores complicações. Temos de perceber a resiliência que essas mães possuem ao demonstrarem tanta força durante o processo de hospitalização. É importante ressaltar que se deve ampliar o trabalho além de desenvolver mais pesquisas na área hospitalar.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. L. B. V. (2004). Grupo criar-te: a criatividade em UTI neonatal. In: Aragão, R. O. *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Baptista, A. S. D., Agostinho, V. B. M., Baptista, M. N. & Dias, R. R. (2003). Atuação Psicológica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTI – Neo. In: Baptista, M. N. & Dias, R. R. *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.
- Battikha, E. C. (2001). Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê especial em uma unidade de terapia intensiva neonatal. In: Camarotti, M. C. *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Böing, E. & Crepaldi, M. A. (2004). Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. *Estudos de Psicologia, Campinas*. 21, 3, 211-226.
- Braz, M. A. B., Braga, N. A. & Morsch, D. S. (2003). Cuidando da cidadania do bebê e de sua família. In: Moreira, M. E. L., Braga, N. A. & Morsch, D. S. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As Primeiras Relações*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciências & Saúde Coletiva*. 9, 2, 457-467.
- Buarque, V., Lima, M. C., Scott, R. P., & Vasconcelos, M. G. L. (2006). O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *Jornal de Pediatria*. 82, 4, 295-301.
- Cunha, I. (2004). A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva para os cuidadores da unidade de tratamento intensivo neonatal. In: Aragão, R. O. *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, M. M. (2004). A aventura do vir a ser: uma experiência em UTI neonatal. In: Aragão, R. O. *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dolto, F. (1996). *Sexualidade Feminina*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.

Freud, S. (1969). *O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Gandra, M. I. S. (2002). A psicologia na Unidade de Neonatologia. In: Angerami, V. A. *Urgências Psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

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

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. (2006). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso* (1ª ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Moreira, J. O. (2007). A ruptura do continuar a ser: trauma do nascimento prematuro. *Mental*, 5, 8, 91-106.

Moreira, M. E. L., Bomfim, O. L. & Junior, J. L. (2003). Esperando um bebê de risco. In: Moreira, M. E. L. & Braga, N. A. & Morsch, D. S. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Moreira, M. E. L., Rodrigues, M. A., Braga, N. A. & Morsch, D. S. (2003). Conhecendo uma UTI neonatal. In: Moreira, M. E. L., Braga, N. A. & Morsch, D. S. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Rabello, A. (2004). A função simbólica da UTI neonatal. In: Aragão, R. O. *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Revista latino-am Enfermagem*, 11, 4, 539-543.

Soares, D. C. (2006). *Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar*. Disponível em: www.ppgenf.furg.br/arquivos/teses/DEISI%20CARDOSO%20SOARES.PDF. Acesso em: 24 mar. 2008.

Thomaz, A. C. P., Lima, M. R. T., Tavares, C. H. F., & Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia*, 10, 1, 139-146.

Wilheim, J. (1997). *O que é psicologia pré-natal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Winnicott, D. W. (2002). *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.