



GABRIELE CAROLINA BENOSSI

**CONSIDERAÇÕES DE UMA PESQUISA DE CAMPO SOBRE
A CONSTITUIÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ NA
SITUAÇÃO DE GESTAÇÃO PRÉ-TERMO
EM UTI NEONATAL**

Sinop/MT

2020

GABRIELE CAROLINA BENOSSI

**CONSIDERAÇÕES DE UMA PESQUISA DE CAMPO SOBRE
A CONSTITUIÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ NA
SITUAÇÃO DE GESTAÇÃO PRÉ-TERMO
EM UTI NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Avaliadora do Curso de
Psicologia – UNIFASIPE, Centro
Universitário de Sinop, para a obtenção do
título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Franciele Longhi.

Sinop/MT

2020

GABRIELE CAROLINA BENOSSI

**CONSIDERAÇÕES DE UMA PESQUISA DE CAMPO SOBRE
A CONSTITUIÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ NA
SITUAÇÃO DE GESTAÇÃO PRÉ-TERMO
EM UTI NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do curso de Psicologia – UNIFASIPE, Centro Universitário de Sinop, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Monografia I do nono semestre de Psicologia.

Aprovado em _____

Franciele Longhi
Professor(a) Orientador(a)
Departamento de Psicologia - UNIFASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de XXXXXX – UNIFASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de XXXXXX – UNIFASIPE

Ana Paula Pereira Cesar
Coordenador do Curso de Psicologia
UNIFASIPE – Universidade de Sinop

Sinop/MT

2020

DEDICATÓRIA

Aos meus pais que nunca mediram esforços para proporcionar um bom ensino à mim.

AGRADECIMENTO

À Deus por atender todas as minhas preces e me acolher nas horas de tormentos.

Aos meus pais, que me proporcionam o melhor desde meu primeiro momento de vida.

Aos professores e colaboradores, do curso de graduação, que acompanharam meu desenvolvimento como acadêmica e auxiliaram na transmissão de conhecimentos, os quais contribuíram para minha formação.

Às mães que se disponibilizaram em fazer parte desta pesquisa, as quais permitiram que este trabalho enriqueça a visão daqueles que se interessam pela presente temática.

“Se você não coloca em prática sua inteligência emocional, o estresse e a ansiedade acabam dominando sua vida. Use essa inteligência para ver que tudo na vida tem um propósito. Olhe para as dificuldades como oportunidades. E verá que a cada dia a vida lhe apresenta desafios com um único propósito: a sua evolução.”

(Tadashi Kadomoto)

RESUMO

A gestação pré-termo ocorre entre a 20^o e 37^o semana de gestação, onde há uma interrupção e o parto deve ser realizado antes do período completo da vida intrauterina do bebê. Tal situação é problema de saúde pública, no qual há um índice crescente na morbidade e mortalidade de recém-nascidos pré-termos de baixo peso. A partir de tal temática, o presente trabalho, realizado através de uma pesquisa de campo junto a uma revisão de literatura com artigos publicados de 1998 a 2020, busca o conhecimento a respeito de como ocorre a formação do vínculo entre a díade mãe-bebê em situações de gestação pré-termo, pelas quais passaram por internação em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, bem como levantar os principais aspectos que influenciam na constituição do vínculo, suas dificuldades de enfrentamento perante a família, e quais as possibilidades de atuação e intervenção do Psicólogo com essas mães e famílias dentro da unidade de saúde. Por conseguinte, com a utilização de uma pesquisa com cunho qualitativo, de método exploratório, qual foi realizada de forma virtual, participaram sete mães de bebês internados em UTI neonatal de Sinop-MT e região, as quais demonstraram sentimentos de medo, insegurança, incapacidade e culpa. Foi possível elucidar que o Psicólogo na instituição de saúde pode minimizar o sofrimento da mãe e da família diante da situação através do acolhimento e mediação em busca de dar sentido à experiência da prematuridade, com isso, a genitora terá maior facilidade em investir no bebê real, contribuindo de forma positiva para a formação do vínculo entre a díade e desenvolvimento do recém-nascido

Palavras-chave: bebê imaginário. bebê real. gestação pré-termo. vínculo mãe-bebê.

ABSTRACT

Preterm pregnancy occurs between the 20th and the 37th week of pregnancy, where there is an interruption, and delivery must be performed before the baby's entire intrauterine life. Such a situation is a public health problem, in which there is an increasing index in the morbidity and mortality of low birth weight preterm infants. Based on this theme, the present work, carried out through a field research together with a literature review with articles published from 1998 to 2020, seeks knowledge about how the bonding between the mother-baby dyad occurs in situations of preterm pregnancy, through which they were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit, as well as raising the main aspects that influence the constitution of the bond, their coping difficulties with the family, and what are the possibilities of the Psychologist's performance and intervention with these mothers and families within the health unit. Therefore, with the use of a qualitative research, using an exploratory method, which was carried out in a virtual way, seven mothers of babies hospitalized in the neonatal ICU of Sinop-MT and region participated, which showed feelings of fear, insecurity, incapacity and guilt. It was possible to clarify that the Psychologist in the health institution can minimize the suffering of the mother and family in the face of the situation through welcoming and mediation to make sense of the experience of prematurity, with this, the mother will have an easier time investing in the real baby, contributing positively to the formation of the bond between the dyad and the newborn's development

Keywords: imaginary baby. real baby. preterm pregnancy. mother-baby bond.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	p.9
1.1 Justificativa	p.10
1.2 Problematização	p.12
1.3 Objetivos	p.12
1.3.1 Objetivo Geral	p.12
1.3.2 Objetivos Específicos	p.12
2. REVISÃO DE LITERATURA	p.14
2.1 Gestação Pré-termo	p.14
2.2 O Bebê Imaginário x Real	p.16
2.3 A Importância do Vínculo Mãe-bebê	p.19
2.4 <i> Holding e Handling</i> na Relação Mãe-bebê	p.22
2.5 A Formação do Vínculo Mãe-bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	p.25
2.6 O Psicólogo Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	p.29
3. METODOLOGIA	p.34
3.1 Tipo de Pesquisa	p.34
3.2 População Amostra	p.35
3.3 Coleta de Dados	p.37
3.4 Cronograma	p.37
4. DISCUSSÃO DE DADOS	p.38
4.1 A mãe diante da necessidade de internação do bebê em UTI Neonatal	p.39
4.2 A rotina da UTI Neonatal e a formação do vínculo	p.40
4.3 A rede de apoio e a atuação do psicólogo em UTI Neonatal	p.45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p.48
REFERÊNCIAS	p.49
APÊNDICE	p.52

1. INTRODUÇÃO

O parto pré-termo caracteriza-se por uma gestação interrompida, na qual o bebê vem a nascer antes do tempo considerado ideal para seu desenvolvimento intrauterino completo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto a termo ocorre após a 37ª semana de gestação, e o pré-termo após a 20ª e antes da 37ª semana.

Segundo o guia para a atenção à saúde do recém-nascido do Ministério da Saúde no Brasil (2012), a mortalidade neonatal atinge 70% dos casos de morte durante o primeiro ano de vida do bebê, com isso, a atenção à gestação e o nascimento, momentos de pré-natal e pós-natal devem ser priorizados tratando-se de promoção à saúde e melhor qualidade de vida para as mães e seus respectivos recém-nascidos. Além disso, as complicações da prematuridade encontram-se como uma das principais causas de tal índice, considerando-se recém-nascidos pré-termos e de baixo peso como pacientes de alto risco de saúde.

O vínculo entre a díade mãe-bebê é crucial para o desenvolvimento do recém-nascido desde o primeiro momento do mesmo no mundo extrauterino. Silva e Porto (2016) apontam que a mãe terá a função de suportar e acolher as demandas vindas de seu filho, pois este necessita adaptar-se e integrar-se a esse novo meio para dar continuidade ao seu desenvolvimento.

Ademais, os autores integram que durante a primeira infância há maior plasticidade cerebral e ocorre o que Melaine Klein denominou como relações de objeto pelo qual a criança inicia suas principais relações intra e interpessoais, as quais serão modelo para toda sua vida. Ou seja, os primeiros momentos de vida do bebê e as relações que ocorrem durante esse período, serão base para seu desenvolvimento global ao decorrer de sua vida.

Ao tratar-se de gestações que tiveram interrupções, assim como as pré-termos, o vínculo entre mãe-bebê pode vir sofrer complicações diante de toda situação que circundam a estabilidade de saúde do bebê e os impactos que causam na família, principalmente na genitora.

Antunes et al (2014) descrevem que diante da internação do bebê surgem dificuldades e preocupações, onde a família, em especial a mãe, sentem-se impotentes, com medo, ansiosos e angustiados. Esses sentimentos aparecem pela incerteza do que

poderá acontecer, em ter que lidar com o desconhecido e a possibilidade do recém-nascido vir à óbito.

Tal situação gera grande frustração na genitora, qual planeja e idealiza toda a gestação e o início de seu papel como mãe, bem como a imagem de seu filho, porém ao nascer e passar pela interrupção de sua gestação, tende a lidar com um bebê frágil, qual não corresponde ao que foi imaginado. Sentimento de culpa surge por parte da mãe, e a mesma necessita realizar um investimento afetivo em seu bebê real para que este se integre ao mundo real e venha a se desenvolver junto do sustendo oferecido pela mãe.

Nessa perspectiva, o presente trabalho irá abordar através de uma pesquisa de campo como se dá a constituição do vínculo mãe-bebê em casos de prematuridade dentro de UTIs Neonatais. Com isso, temas que englobam a problemática serão tratados tanto na revisão de literatura, quanto na discussão de dados a partir da coleta dos relatos realizados pelas mães. A questão a ser tratada, visa o suporte psicológico às mães bem como aos seus respectivos bebês, pois tal díade sofre graves interferências na constituição da mulher como mãe, no investimento afetivo ao bebê real, e por consequência, no desenvolvimento do recém-nascido em perspectivas futuras na vida adulta.

Dessa forma, a questão deve ser transmitida no intuito de possuir uma maior e melhor atenção à saúde de mães e bebês pré-termos, situação na qual é considerada grande índice de mortalidade infantil e uma das principais causas de problemas físicos e psicológicos que surgem na vida adulta devido interrupções em seu desenvolvimento e complicações na vinculação com a genitora.

1.1 Justificativa

Estudos apontam que o vínculo mãe-bebê é crucial para o desenvolvimento da criança. Silva e Porto (2016) descrevem que desde a vida intrauterina até aos primeiros anos de vida no pós-parto, ocorre uma relação de total dependência do bebê em relação a mãe, em que esta última torna-se a responsável por proporcionar o aporte necessário para que o bebê possa se integrar ao ambiente e dar continuidade ao seu desenvolvimento.

Tal processo de interação inicia-se desde a gestação, que segundo Scortegagna et al (2005), Fleck e Piccinini (2013), a mãe já possui em sua mente o retrato mental do bebê, qual corresponde as impressões, sentimentos e ideais que a mesma investirá nessa criança, como a fisionomia, sexo, personalidade, do mesmo modo que seus vislumbres sobre como será a maternidade após o parto. Por outro lado, ter uma imagem idealizada da criança nada mais é que o narcisismo projetado dessa mãe nesse ser que se desenvolve

dentro dela, então, todo esse trabalho psíquico gera um delicado impasse psíquico na mãe, pois a possibilidade do bebê não corresponder à sua idealização é fato quase que consumado pelo princípio da realidade, obrigando assim os pais realizarem o ajuste à imagem do bebê real, sendo importante que isso ocorra nos primeiros dias de vida da criança.

Denota-se a delicadeza da situação descrita acima, portanto, é coerente pensar sobre situações do nascimento de bebês pré-termos, uma vez que estes chegam em condições físicas vulneráveis tanto interna como externamente, logo a possibilidade desse ajuste à imagem do bebê real torna-se mais complicada, devido à frustrante condição frágil de saúde que os bebês prematuros nascem. Além disso, ainda vigora a necessidade da hospitalização em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal após o parto, impedindo o contato físico acessível, e trazendo à tona uma série de outras fantasias e sensações que este distanciamento carrega simbolicamente em si.

Neste cenário, o parto prematuro, como enfatizam Lima e Smeha (2019), traz à mãe a sensação de decepção da quebra da idealização de uma gestação perfeita e do bebê perfeito, uma vez que ela se depara com uma criança frágil, pequena e separada de si por toda uma gama de equipamentos. Há uma dura realidade a ser enfrentada, pois é esta a condição do bebê real. Sem controle do que acontece, é esperado que essa mãe fique imersa em sentimentos como culpa, ansiedade, tristeza, fracasso, frustração, entre outros.

Então, a partir da descrição acima é importante reconhecer a dinâmica desse espaço tão delicado que é a UTI Neonatal, e averiguar como estão emocionalmente essas mulheres, sendo importante uma equipe empática e orientada para lidar com tais sentimentos que são inéditos para a maioria das mulheres que precisam desse serviço para seus pequenos filhos. Assim, faz-se necessário que ocorra um trabalho de orientação e acolhimento nessas mulheres, para que as mesmas possam desinvestir dessa idealização do bebê perfeito, e minimizar os danos que essa fantasia pode atravessar nessa relação com o bebê real, a fim de dar a qualidade de sobrevivência ao bebê.

Portanto, torna-se necessário abordar sobre o presente tema, com a pretensão de expor através de uma pesquisa de campo, como se estabelece o vínculo mãe-bebê no pós-parto em situações de gestação pré-termo nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, através de relatos de casos das mães.

1.2 Problematização

A maternidade é um elemento cultural dotado de infinitos significados, mas é comum que a mulher espere que o processo de gestação se desenrole sem sustos e no período esperado. Contudo, quando esse processo é frustrado, seja pelas condições da mãe, seja pelas condições do bebê, a fantasia ou conceito de maternidade sofre uma ruptura, e altera significativamente no momento em que a gestante recebe a notícia que o parto terá que ser realizado antes do momento previsto. Tal situação, gera uma gama de sentimentos e emoções conflitantes, pois é um processo de risco, onde ambos estão expostos a fragilidade física, alavancando angústias inerentes a finitude.

Desta forma, sendo um processo delicado, o bebê pré-termo, superando as condições não ideais, possuirá restrições como a de não poder ficar no quarto com a mãe após o parto, tendo de ir para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde permanecerá até seu quadro de saúde ser considerado estável. É comum que essa separação da mãe de seu recém-nascido trazer à ela angústias e sentimentos que interferirão diretamente no seu vínculo mãe-bebê gerado ao nascimento. Circunstância delicada pela qual deve-se reestruturar toda a concepção de uma mãe suficientemente boa e a do bebê real.

Dessa forma, o presente trabalho apresenta como problemática a seguinte questão: De que forma ocorre a constituição do vínculo mãe-bebê no processo de internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em situações de gestação pré-termo?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Investigar como ocorre a constituição do vínculo mãe-bebê no processo de internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, em situações de gestação pré-termo, através de relatos de casos das mães.

1.3.2 Objetivos Específicos

Realizar um estudo teórico sobre gestação pré-termo, considerando suas questões ambientais, sociais e emocionais;

Discorrer sobre as fantasias maternas, no que concerne a ideia do bebê imaginário e o bebê real;

Explicar teoricamente a importância do *holding* e do *handling* para o investimento emocional e afetivo no bebê real para o desenvolvimento do mesmo;

Evidenciar a importância do psicólogo hospitalar no preparo das equipes que trabalham na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, bem como o acompanhamento das mães que estão necessitando desse serviço, a fim de preservar o vínculo mãe-bebê;

Avaliar (a partir dos questionários/ferramentas) os impactos causados na relação mãe-bebê diante da internação do bebê pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

No presente capítulo será apresentado a revisão de literatura, qual dirige-se à descrição do tema proposto, referente à constituição do vínculo mãe-bebê em situações de gestação pré-termo em UTI neonatal. Ademais, busca apresentar a problemática de forma que englobe todos os aspectos envolvidos na mesma como a atuação das fantasias maternas diante do bebê imaginário e o bebê real, as formas de investimentos afetivo e emocional tratando-se dos conceitos *holding* e *handling*, os impactos causados na díade mãe-bebê devido a internação e o papel do psicólogo dentro de tal situação.

2.1 A Gestação Pré-termo

A gestação pré-termo ou parto pré-termo, de acordo com OMS, dá-se ao nascimento do bebê antes da 37^o semana de gestação da mulher. A ocorrência pode vir a ser espontânea devido a ruptura prematura de membranas ou por indicação médica decorrente de complicações na saúde da gestante ou do bebê e o mesmo necessita permanecer em UTI neonatal para terminar seu desenvolvimento intrauterino e normalizar seu quadro de saúde.

Souza e Pegoraro (2017), descrevem que esse tipo de internação e estrutura iniciou-se devido ao grande índice de morbidade e mortalidade quando se possuía apenas os berçários, porém os hospitais não encontravam estruturados para casos específicos e mais graves.

As UTI's neonatais são unidades hospitalares para tratamento dos bebês pré-termos, ou seja, aqueles nascidos antes das 37 semanas de gestação completas e, em casos mais extremos, antes das 28 semanas completas. Os nascimentos pré-termos podem implicar na necessidade de atendimento aos desconfortos respiratórios, asfíxias, más formações ou síndromes genéticas (SOUZA E PEGORARO, 2017, p.118).

Embora os avanços ocorridos nos últimos anos em prol de melhoria na Neonatologia como apontam, Formiga e Linhares (2008), os autores Silva et al (2009) discutem que a prematuridade continua como a principal causa da morbidade e mortalidade neonatal, em vista que os bebês nascem antes de seu período completo de formação intrauterina, sendo exposto a muitos riscos intrínsecos e extrínsecos de saúde, bem como traz maior risco de déficits no desenvolvimento global.

Dentre os problemas encontrados durante o período neonatal destacam-se as lesões cerebrais, especialmente a hemorragia periventricular, que é a alteração que mais acomete o sistema nervoso central (SNC) de bebês pré-termo. Eles também podem desenvolver complicações respiratórias, como a doença crônica pulmonar que pode vir a comprometer a organização do SNC e aumentar a incidência de sequelas neurológicas. (FORMIGA E LINHARES, p.473, 2008).

A OMS publicou no ano de 2018, a matéria em que aborda o índice de nascimentos de bebês prematuros no mundo, correspondente a cerca de 30 milhões de bebês prematuros ou de baixo peso que adoecem nos primeiros dias de vida necessitando de atendimento médico e internação hospitalar. Demonstram que em 2017, 2,5 milhões de recém-nascidos faleceram em seus primeiros 28 dias de vida, nos quais 65% eram prematuros. De acordo com a mesma pesquisa, estima-se que até 2030 a partir de tomadas de estratégias mais inteligentes e melhor estrutura, 2,9 milhões de mulheres, natimortos e recém-nascidos em 81 países poderão ser salvos.

Os autores Bettiol, Barbieri e Silva (2010), apontam que os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos indicam para tabagismo ou uso de drogas pela lactante, trabalho em demasia, baixa escolaridade, ser de raça negra, baixo índice de massa corporal, não ter ganho peso suficiente durante a gravidez, infecções, hipertensão ocasionada pela gravidez, entre outros.

As consequências geradas pelo nascimento pré-termo, são observados tanto no bebê quanto na família. Feijó (1998) em sua pesquisa, demonstra que estudiosos sobre o desenvolvimento humano apontam que o ambiente sensorial no qual os recém-nascidos se encontram são contingentes ao seu comportamento e interferem no desenvolvimento, uma vez que os bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal recebem uma quantidade excessiva de estímulos dissociados.

O autor também pontua o sofrimento dos pais, principalmente a separação imediata do bebê com a mãe, qual Feijó (1998) descreve que a interrupção por momento interfere na construção do processo de apego na díade mãe-bebê. Vínculo no qual é de suma importância para o desenvolvimento do recém-nascido, pois o contato com os pais estimula o amadurecimento global do bebê.

Andrade, Bacceli e Benincasa (2017) ao citarem Roncallo, Miguel e Feijó (2015) também apresentam suas perspectivas em relação à importância da formação do vínculo entre mãe e bebê junto do auxílio da equipe de saúde:

Diversas investigações no campo da saúde identificam o vínculo materno-fetal como um precedente significativo de ligação pós-natal entre mãe e bebê. Isso porque o vínculo primitivo tende a estar associado a aspectos emocionais e recriações cognitivas que permitem que o bebê seja visto como outro ser humano. Esta ligação é expressa por intermédio de práticas em saúde, que visam promover bem-estar ao bebê, pois tem sido observado que o estado psicológico da mãe afeta o filho nos aspectos neurocomportamentais, além de influenciar o aparecimento de distúrbios do desenvolvimento, manifestos também no período pós-natal. (ANDRADE, BACCELI E BENINCASA, p.2, 2017).

A partir de tais colocações, observa-se as importantes considerações sobre os primeiros contatos do bebê com o mundo, principalmente com a mãe para seu bom desenvolvimento dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Assim, o trabalho apresenta-se com o enfoque de ressaltar como se constitui tal vínculo para um bom desenvolvimento do recém-nascido.

2.2 O Bebê Imaginário x Real

O vínculo mãe-bebê inicia-se desde a descoberta da gestação, ou até mesmo antes desta, com as fantasias relacionadas na possibilidade de ter um filho. Este processo de vinculação refere-se à um bebê imaginário, no qual Fleck e Piccinini (2013) descrevem que corresponde as fantasias e impressões maternas, ou seja, um bebê qual a mãe ainda não reconhece fisicamente e psiquicamente suas características, mas idealiza e investe no mesmo seus desejos.

Nessa construção, a mãe vai personificando o feto para que, no momento do nascimento, ela não se encontre com alguém completamente estranho. Essa personificação do feto vai acontecendo à medida que os pais escolhem o nome do bebê, suas roupas e, também, modificam a casa. Ao dar características aos movimentos fetais, personificar esses movimentos, dizendo o que esse filho será, acaba atribuindo uma personalidade ao feto. Em geral, as mães atribuem características físicas e psíquica ao bebê que o familiariza, fazendo parte desde o início daquela família em particular. (FERRARI, PICCININI E LOPES, 2007, p.309).

Ao personificar o feto e atribuir à ele características, a mãe está a depositar sua libido materna nesse corpo imaginado, e o insere em uma linhagem, uma ordem em que ela faz parte. Ferrari, Piccinini e Lopes (2007), apontam que essa situação de imaginar o bebê é o momento no qual se estabelece a relação mãe-bebê, porém a mãe vê o feto como um objeto que faz parte de si, caracterizando um narcisismo materno, no qual a genitora pensa o bebê como aquele ser que irá realizar e reparar tudo o que não foi adquirido por ela, resultado de desejos que visa à própria gestante.

Nesse aspecto, o desejo da mãe em relação à criança é, num primeiro momento, muito menos pela criança em si do que em função das realizações que a criança lhe trará. E é essa pretensão materna que faz com que a criança se torne o seu objeto privilegiado. (FERRARI, PICCININI E LOPES, 2007, p.311).

Ferrari e Donelli (2010) apontam visões semelhantes ao pontuarem que o bebê imaginário ocupa um lugar privilegiado a partir do momento em que a genitora insere sua libido no mesmo, além disso, ao citar Freud (1990) os autores descrevem que a mãe vê o bebê como “sua majestade”, qual poderá concretizar desejos não alcançados pela genitora.

Com o decorrer da gestação, a definição do bebê na mente materna torna-se mais fecunda, e permite que o ser passe de feto para ser criança, a mãe então o percebe como um corpo separado do seu. Tendo o bebê imaginário como aquele repleto das representações da mãe, por outro lado, Fleck e Piccinini (2013) descrevem o bebê real, qual corresponde ao ser fruto do nascimento, aquele que veio ao mundo e não corresponde fidedignamente à sua idealização.

Lima e Shema (2019) possuem visão semelhante aos autores citados anteriormente, ao descreverem que as mães ao decorrer da gestação constroem a imagem do filho idealizado através de suas fantasias, apontam que a hora do nascimento é o período mais esperado para conhecer essa criança idealizada, porém depara-se com o ser real, e que por vezes podem ocorrer complicações quais acarretam uma grande frustração na mãe.

Quando o bebê da realidade entrar em cena, essa imagem será mais ou menos confirmada, fazendo com que a mãe se desiluda em relação ao poder do seu discurso, pois a realidade do corpo da criança precisa se impor, fazendo com que a mãe tenha que interpretar e adivinhar suas necessidades. (FERRARI, PICCININI E LOPES, 2007, p.311).

Fleck e Piccinini (2013), denotam a importância das representações maternas como múltiplas, móveis e alternadas para o bebê no período de gestação, ao momento em que essas possuem a capacidade de regular o comportamento da mãe em direção à interação com seu filho, pois a prepara para a chegada do bebê real. “É o bebê imaginado que dará o substrato psíquico para a mãe entrar em relação com o bebê da realidade, o bebê imaginado é aquele ideal, aquele que se antecipou ao bebê da realidade para poder lhe dar vida.”(FERRARI, PICCININI E LOPES, 2007, p.311).

Ademais, Ferrari, Piccinini e Lopes (2007), também descrevem sobre esse processo de preparo para a recepção do bebê real a partir do investimento no bebê

imaginário. Os autores apontam que o trabalho imaginativo da mãe sobre o bebê se dá também através das mudanças corporais da gestante e com os movimentos do bebê na barriga, os quais reforçam as fantasias antes da concepção.

Assim, a possibilidade de pensar um corpo para o seu filho ocorre, também, pela capacidade de a mãe representar as suas modificações corporais e dar-lhes um sentido para além do entendimento concreto. Pareceu-nos ser um movimento fundamental, pois, havendo uma capacidade de a mãe simbolizar as modificações físicas em função de uma produção subjetiva, haveria a garantia, desde o início, de o bebê se inserir em uma cadeia geracional. Sendo portador de uma história, o bebê teria ao seu encargo a montagem de um futuro, a partir das pistas oferecidas pela mãe, que lhe diga respeito (FERRARI, PICCININI E LOPES, 2007, p.308).

No entanto, não possuir o equilíbrio da interferência das representações maternas, pode vir a ser um ponto negativo frente a maternidade, pois desperta ansiedades em momentos do preparo para receber o bebê, bem como o temor de que o mesmo possa vir a nascer com algum problema de saúde. Fleck e Piccinini (2013) ao citar Lebovici (1987), explica que a ambivalência de sentimentos, apreensões e ansiedade são resultados do processo de lidar frente a algo desconhecido e protegido, que é o bebê.

Em continuidade ao pensamento dos autores, Ferrari, Piccinini e Lopes (2007) apresentam que essa ambivalência de sentimentos, também deve-se a situação de mudança de posição, na qual a gestante passa de filha para o papel de mãe. A mulher passa assim, por um processo de luto da posição infantil, para possibilitar a sua entrada ao lugar de mãe.

Para possuir a dinâmica adequada entre o investimento no bebê imaginário e o investimento no bebê real, Fleck e Piccinini (2013) bem como, Lima e Shema (2019), discorrem a necessidade da mãe em modificar aos poucos as representações do bebê imaginário de acordo com as características apresentadas pelo bebê real para se adaptar à imagem do mesmo. Ou seja, gradativamente, a mãe elaborará a perda do bebê imaginário e investirá na relação com recém-nascido, será realizado um desinvestimento do imaginário para investir-se no real, uma reestruturação psíquica qual possibilitará a interação mãe-bebê nos primeiros meses de vida da criança.

Contudo, esse investimento no bebê real pode sofrer algumas dificuldades iniciais, onde Fleck e Piccinini (2013) conotam que poderá ser facilitado ou não de acordo com o primeiro contato de interação entre a gestora e o recém-nascido, resultante da situação de saúde do bebê, das condições da mãe e de como ocorreu o parto, como em casos de gestação pré-termo, assim descrito pelos autores Bragheto e Jacob (2011):

Para os pais, o nascimento de um bebê já é em si uma ruptura com o bebê imaginário, e no caso do bebê prematuro, o cenário que se apresenta inicialmente não corresponde, em absoluto, às expectativas dos genitores e familiares, e pode despertar nas mães sentimentos de incompetência, frustração e culpa por não terem dado à luz ao filho sonhado. Nesta gravidez interrompida, o recém-nascido não corresponde às expectativas geradas ao longo da gestação (BRAGHETO E JACOB, 2011, p.175).

Com isso, o nascimento pré-termo e a hospitalização do recém-nascido são exemplos de situações que interferem nesse processo de investimento emocional e afetivo no bebê real, o que dificulta o vínculo mãe-bebê. Torna-se necessário uma maior atenção e cuidados para esse momento, pois o primeiro contato entre mãe e bebê é quebrado devido ao recém-nascido necessitar de internação em UTI Neonatal.

2.3 A Importância do vínculo mãe-bebê.

A base da relação mãe-bebê ocorre no período pré-natal, a partir da descoberta da gravidez, momento no qual o corpo da gestante tende a sofrer alterações físicas, o que possibilita à mesma iniciar um processo imaginativo de moldagem das características do bebê, qual segundo Brazelton, Cramer (1992) citados por Silva e Porto (2016), denominam como apego primordial. Esse processo possibilita que a mãe invista seus desejos narcisistas no bebê imaginado, como explicado anteriormente, e inicia-se assim a dinâmica do vínculo entre a díade mãe-bebê.

Silva (2016) também descreve o início de tal relação no período da gestação, onde os movimentos do bebê na barriga podem significar para a gestante como uma comunicação pré-verbal em resposta às suas vivências físicas e emocionais durante a gestação.

Tudo o que se passa no corpo da mãe durante esse período, como sabemos, também é percebido e experienciado pelo bebê através da ligação entre dois corpos vivos. Não nos referimos apenas à fisicalidade dos corpos unidos pelo cordão umbilical, mas também à experiência de um corpo vivo sustentando outro corpo vivo, unidos pela placenta, pelo alojamento no útero em desenvolvimento através de um meio líquido e produzido pelo corpo materno, pelo compartilhamento de um processo maturacional que se evidencia por tecidos, órgãos, sangue, vasos sanguíneos, células, nervos, músculos, ossos, etc., ou seja, a experiência insofismável de um ser humano desenvolvido e carregado pela visceralidade de outro corpo que o sustenta, o apoia e o nutre. Por esse motivo, antes mesmo do nascimento, já existe um ser humano capaz de reter experiências, acumular memórias corporais e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas (SILVA, 2016, p. 37-38).

Após o parto, a mãe depara-se com seu bebê real, qual vem ao mundo em condição de desamparo e dependência absoluta, tal momento demanda da genitora a posição de facilitadora do desenvolvimento do seu filho, pelo qual a ação de proteção em cuidados primários e a experiência de sentimentos de gratificação, segundo Silva e Porto (2016), irá possibilitar um bom desenvolvimento na construção da personalidade do bebê.

Silva e Lemgruber (2017), apontam que a psicanálise considera os primeiros vínculos mãe-bebê como responsáveis pela base estrutural das relações afetivas futuras, com isso, apresentam ideias de Klein, Winnicott e Bion dentro do assunto vínculo entre mãe-bebê que embora possam haver diferenças, existe um consenso entre elas, qual segue a importância da influência dessa díade para o desenvolvimento psíquico do indivíduo dos primeiros anos de vida até a vida adulta.

Nos primeiros momentos de vida do bebê, a mãe é quem irá sustentá-lo no mundo externo, Silva e Lemgruber (2017) utilizam da visão de Winnicott (2000) para direcionar a responsabilidade da mãe como uma mãe suficientemente boa, qual irá responder à onipotência do recém-nascido através de dois manejos denominados *holding* e *handling*, pelos quais a genitora irá acalantar seu filho e prepará-lo para relacionar-se com os demais objetos externos.

Em seguimentos aos autores, citam também a posição de Bion (1994), qual descreve os conceitos de conteúdo e continente, no qual o primeiro refere-se às demandas que o bebê emite e o segundo pela mãe que oferece o suporte, sendo continente e auxiliando a criança dentro de suas necessidades. Outrossim, descreve que a mãe possui a capacidade de *Rêverie*, termo que condiz com a aptidão que a mesma apresenta em compreender e atender de forma espontânea o que seu filho necessita e assim dá-se o desenvolvimento da criança, a partir das repetidas experiências que são projetadas na mãe, e esta por sua vez elabora e transforma tais experiências suportáveis ao bebê e integrará seu ego.

O *rêverie*, como atitude receptiva da função materna, é capaz de acolher aquilo que o bebê deseja transmitir. Quando acontece, esta função é capaz de estabelecer relações e vínculos dentro da matriz de significados criando novos significados (SILVA E LEMGRUBER, 2017, p.96).

Além disso, os autores ao realizarem referência à Melaine Klein (1882-1960), descrevem a visão da mesma sobre a constituição da díade mãe-bebê, pontuando os termos de seio bom e seio mal, os quais surgem no período dos primeiros seis meses de

vida do bebê, período esquiso-paranóide em que o neonato encontra-se no apogeu da onipotência, negação, do controle dos objetos internos e externos, e é presente impulsos destrutivos.

A criança procura projetar para fora de si o seio bom, e possuir o objeto bom, a fim de o introjetar para evitar os impulsos destrutivos, ou seja, ao ver o seio como parte si, deseja que o mesmo pertença à ela aos momentos que o necessita, mas quando há a separação desse seio, ocorre os impulsos agressivos. Com isso, Silva e Lamgruber (2017) ao exporem a visão de Klein, denotam a importância da separação gradual do elo inicial para um bom desenvolvimento do vínculo entre mãe e bebê, onde a criança irá ver a mãe como um ser separado de si.

Quando a mãe ocupa os papéis denominados a cima, dentro da concepção de mãe suficientemente boa, agir como continente e possuir a capacidade de rêverie, o desenvolvimento global da criança será positivo. Por outro lado, caso a genitora apresente condições de saúde mental que interfiram nesses papéis, o desenvolvimento do bebê poderá ser prejudicado, como Nunes, Fernandes e Vieira (2007) apresentam que mãe com depressão pós parto ou outro distúrbio que ocasiona a distanciamento, desinteresse e irritabilidade nos cuidados com o recém-nascido, poderá desencadear no bebê características comportamentais relacionadas à depressão, e possivelmente caso não possuir acompanhamento profissional, tal situação pode interferir diretamente no decorrer de seu desenvolvimento até a vida adulta.

O bebês de mães deprimidas exibem menor nível de atividade, menos propensão à socialização, costumam distanciar o olhar da face humana ou apresentam mais propensão a protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade (NUNES, FERNANDES E VIEIRA, 2007, p.166).

Em síntese, denota-se a importância de uma boa constituição de vínculo entre a díade mãe-bebê, tanto para a construção da mulher como mãe, quanto para o desenvolvimento do bebê como indivíduo. Além disso, pode-se perceber o quanto a qualidade dessa interação interfere no percurso do desenvolvimento, pois os primeiros vínculos presentes na vida da criança serão a base para o desenvolvimento da psique e das relações futuras.

2.4 *Holding e Handling na Relação Mãe-bebê*

Ao nascer, o bebê possui uma dependência absoluta em seu primeiro contato com o mundo pois possui uma fragilidade psicobiológica. De acordo com Medeiros e Vaisberg (2014), Silva e Porto (2016), o bebê encontra-se despreparado para lidar com as demandas internas e externas, assim, necessita de suporte e cuidados iniciais quais serão providos pela mãe.

Medeiros e Vaisberg (2014), citam que tais cuidados, referem-se ao que o pediatra e psicanalista inglês, Donald Woods Winnicott denominou como *Holding*, correspondente ao suporte ou sustentação física e psicológicas apresentadas por uma mãe suficientemente boa em virtude da construção da personalidade do sujeito. Dessa forma, ele pontua que a relação mãe-bebê é de extrema significância para a constituição do sujeito como uma unidade e para a continuidade do ser.

Complementando a ideia do autor citado acima, Chamond e Morsello (2010), descrevem que inicialmente, o bebê não possui conhecimento do mundo externo, o que há ao seu redor é identificado como parte de si, assim como na amamentação, o bebê nutre de um seio que faz parte de si mesmo, mas que a mãe oferece a ele uma parte de si mesma. Quando atendido prontamente as suas necessidades, como no amamentar, vive a ilusão de construir o objeto a partir de si mesmo, e assim irá construindo o mundo a sua volta e o seu próprio eu.

Seguindo a sequência de pensamento de Chamond e Morsello (2010), o autor Gurgel (2011), complementa que a partir dessa relação em que a mãe reconhece e atende as necessidades do bebê continuamente, estabelece a confiança do sujeito, ou seja, a mãe funciona como um ego auxiliar, em que o ego fraco do bebê é amparado e se fortalece a partir do ego materno.

O bom vínculo mãe e filho fica evidente pela forma que a genitora carrega seu bebê com segurança e prazer, confortando-o, olhando-o na face, sorrindo e falando, aconchegando-o, acariciando-o. Esse vínculo bom e estável ajuda a alicerçar as bases do indivíduo que se torna um adulto seguro de si e capaz de formar vínculos positivos com as pessoas. (GURGEL, 2011, p.18)

Além do mais, Gurgel (2011), aponta que a figura materna tem como representação de um espelho ou um termômetro, em que no momento no qual o bebê encontra-se no colo, tendo em sua visão o rosto da figura materna, ele vê-se a si mesmo e irá assim sentir o que a mãe transpassa. A mãe é mediadora dos ocorridos no ambiente, é ela que passa à criança o que se passa ao seu redor conforme a sua concepção e

interpretação. O outro que possui a identidade do sujeito, ou seja, é por meio da figura materna que o bebê conhece a si mesmo.

Uma mãe suficientemente boa, não refere-se a uma mãe perfeita, mas sim cuidadosa e preocupada, que posteriori da dependência absoluta, busca de forma regressiva e cautelosa, a sua separação com o bebê, para que proporcione a esse, sua adaptação ao ambiente, segundo Chamond e Morsello (2010).

Os afetos, sentimentos e ações conscientes e inconscientes do adulto, no ato de cuidar, é que marcarão psicologicamente a criança. Atitudes como permissividade, rejeição, hostilidade, segurança, ansiedade, indiferença, superproteção, prazer, amor, definirão o tipo de vínculo que a criança formará mais tarde enquanto adulto com outras pessoas. (GURGEL, 2011, p.18)

Os autores Chamond e Morsello (2010), apresentam que durante os cuidados com o *holding*, forma-se a integração, que tem como objetivo integrar as experiências do bebê para que então forme a concepção de “eu sou”, do seu *self*. Após esse estágio, ocorre a personalização, qual é subsidiada através do *handling*, que significa o manejo da criança, realizado pela mãe. É a partir do *handling* que o sujeito inicia a percepção de possuir seu próprio corpo e a noção de interno e externo. Por fim, tem início da relação de objeto, em que a dependência absoluta inicia uma regressão gradativa, e começa uma dependência relativa.

Em sequência, neste último momento o bebê percebe objetos e fenômenos que não fazem parte de seu *self*, e geralmente se apossam de algum inicial que proporciona um suporte nessa realidade, denominados objetos transacionais, nos quais costumam ser um cobertor, bicho de pelúcia ou até mesmo o dedo polegar da criança, como descrevem Chamong e Morsello (2010) a partir dos trabalhos de Winnicott.

Andrade, Baccelli e Benincasa (2017), bem como Bragheto e Jacob (2011), a partir de uma análise Winnicotiana, descrevem claramente a base para o vínculo entre a díade mãe-bebê dentro da concepção de *holding*, *handling* e a apresentação do objeto como descrito anteriormente por demais autores.

Ou seja, os autores citados acima ao discorrerem a ideia de Winnicot (2000), pontuam que na formação do vínculo encontra-se inicialmente o suporte de sustentação física e emocional, qual define-se como *holding*, o *handling* por sua vez refere-se ao manejo da mãe por cuidados para o bem-estar físico do bebê e de forma gradual possibilita integrar a vida psíquica, a integração psicossomática entre corpo e psique, e por fim a

apresentação do objeto, momento no qual a mãe propicia que o bebê perceba que em seu mundo externo há demais objetos que o mesmo precisa e deseja.

Além disso, Gurgel (2011) aponta que para compreender o vínculo entre mãe e bebê, é necessário entender o período anterior ao nascimento, a gestação. É nesse processo que a mulher sofre diversas mudanças, tanto físicas como psíquicas, que podem afetar diretamente em como será a relação mãe-bebê, qual se inicia durante a gestação, continua após o nascimento e prevalece durante todo o desenvolvimento da criança.

É relevante entender o contexto em que esta gestação ocorre, como: o tipo de vínculo com o parceiro; idade da gestante; episódios de aborto; as características de sua evolução (risco de perda do feto ou perigo de vida para a mulher); o fator socioeconômico (condições financeiras para cuidar do bebê); e o contato existencial (qualidade da assistência de profissionais no pré-natal). Todos esses aspectos influenciarão na aceitação da gravidez, e conseqüentemente, no vínculo com o seu filho. (GURGEL, 2011, p.20)

Em situações de um parto prematuro, toda a constituição do *holding* e do *halding* se alteram devido as circunstâncias que mãe e o bebê se encontram. A autora Gomes (2001) descreve o holding materno em determinada situação da seguinte forma:

Podemos entender o holding como a capacidade de sustentação da mãe, na situação de prematuridade. Esta capacidade vai se realizar no momento em que a mãe puder suportar a situação e toda a desorganização que esta implica, dando alguma continência a seu bebê. Vão-se instaurar, a partir daí, as possibilidades de encontro e comunicação entre a mãe e o seu bebê, tão necessários para o desenvolvimento da relação, e, conseqüentemente, do bebê. Isto só será possível quando a mãe puder dar um sentido a sua experiência. Neste momento, o contato corporal mãe-bebê é bastante restrito, e a mãe passará um longo tempo sem poder segurar seu bebê no colo. O contato e a comunicação viabilizam-se a partir do entendimento, pela mãe, da situação vivida (GOMES, 2001, p. 95).

Gomes (2001) apresenta o que Winnicott (1956) define como o estágio de preocupação materna primária, no qual a mãe encontra-se boa o bastante para que possa oferecer ao bebê um ambiente adequado e facilitador para que o mesmo venha a se desenvolver. Em situações de gestações pré-termo esse processo de aproximação torna-se dificultoso diante das angústias que a mãe enfrenta e, a princípio, necessita recuperar-se para posteriormente voltar-se ao bebê a se apropriar do mesmo.

Em síntese, torna-se necessário uma visão humanizada das equipes médicas em Unidades de Terapia Intensivo Neonatal na forma de como lidar com situações que se diz respeito ao contato mãe-bebê, como em momentos de visitas dos responsáveis, descrição do caso do prematuro, auxílio do amamentar, trocas, cuidados que envolvam o bebê e que possam atribuir o vínculo da mãe com o mesmo.

2.5 A Formação do Vínculo Mãe-bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A gestação com parto a termo pleno, qual ocorre de forma normal sem complicações dentro do período considerado ideal, entre 39 a 40 semanas de gravidez, possui a imagem de alegria e satisfação onde há uma preparação de toda a família, e a mulher idealiza acolher seu filho logo após o parto (ANTUNES et al, 2014).

Durante toda a gestação, a mãe constrói a imagem do filho ideal, descrito anteriormente como o bebê imaginado, no qual segundo Ferrari e Donelli (2010) ao citarem Freud (1990), corresponde a uma dinâmica narcísica da mãe em projetar no filho sua libido, ou seja, o bebê será aquele que irá proporcionar a realização de antigos desejos que ela não conseguiu concretizar e terá a imagem física e formação psíquica da forma que a mãe idealiza.

No entanto, no período do nascimento, a família depara-se com o bebê real, que geralmente não corresponde em geral à imagem idealizada, tendo que desinvestir no que era imaginado e investir afetivamente no real. Tal situação torna-se mais dificultosa quando há complicações na gestação ou no parto, como em situações de gestação pré-termo, na qual o bebê vem a nascer antes do período ideal, e altera toda a configuração da idealização de uma gestação saudável, qual foi interrompida, o que traz à família sentimentos de angústia, medos, ansiedade e impotência (ANTUNES et al, 2014).

O choque causado pela internação de um bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode ser compreendido quando observamos os pais serem confrontados com um ambiente estressante e desconhecido, com sentimento de impotência para assumirem os cuidados com seu filho que apresenta risco de vida. A internação prolongada dos bebês e a limitação do ambiente podem gerar estresse na mãe e nos demais familiares, podendo prejudicar o vínculo entre o binômio mãe-filho (ANTUNES et al, 2014, p.800).

A experiência da hospitalização de um bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal vem a ser um momento muito delicado para os familiares, especialmente para a mãe. Toda a rotina muda em função do corrido, e os pais tendem a se adequar a uma nova realidade e uma rotina de idas e vindas do hospital, o que interfere na constituição do vínculo mãe-bebê (LIMA E SMEHA, 2019).

Sabe-se que os primeiros contatos do bebê com a mãe são cruciais para o desenvolvimento do recém-nascido, sendo base para novas relações futuras como aponta Silva e Lemgruber (2017), o sustento do colo da mãe, a ligação do seio materno com a criança desenvolvem estruturas da psique necessárias para o início da constituição do seu self. Assim como Barbosa (2007), que descreve que as relações entre mãe e bebê possuem

suas significâncias, pois a forma da genitora agir emocionalmente ao seu filho irá atribuir qualidade de vida ao mesmo bem como organizar sua vida psíquica que influenciará em todo seu desenvolvimento futuro.

Quando há complicações durante a gestação ou no parto, toda a estruturação de uma chegada ideal do filho ao mundo se desestrutura. Após o parto, a mãe depara-se com um bebê frágil e pequeno, qual não corresponde àquilo que a mãe havia imaginado e assim ela começa novas produções imaginativas referentes ao bebê, e por estar em um quadro de saúde delicado, de acordo com Scortegagna et al (2005), os investimentos que a genitora realiza podem não ser positivos, dificultando o ajuste do retrato do bebê imaginado ao bebê real.

Em situações pré-termo, o primeiro contato da mãe com o filho ocorre na incubadora, local qual é levado diretamente após o parto para terminar seu desenvolvimento gestacional e normalizar o quadro de saúde, e tal situação impossibilita a mãe de conhecer o bebê em primeiro momento. Essa separação inevitável gera na genitora uma sensação de que ainda não é mãe, pois não pegou seu filho no colo como apontam Raad, Cruz e Nascimento (2006), além disso, denotam o sentimento de incompetência, culpa e até mesmo do luto do filho, por não saber o que poderá acontecer.

Geralmente o choro é marcante no primeiro encontro da mãe com o bebê, momento em que se dava a perda do bebê imaginário, pensado e formado por meio das percepções maternas e paternas e pelas representações destes quanto aos movimentos e ao desenvolvimento durante a gestação, pelo bebê real. Este não era reconhecido durante o parto, pois o bebê que ia pra UTIN era transferido imediatamente, devendo os pais nesse contexto superar o medo de ferir ou machucar seu bebê. (RAAD, CRUZ E NASCIMENTO, 2006, p.91).

Tanto Costa, Arantes e Brito (2010) quanto Raad, Cruz e Nascimento (2006), descrevem a partir de suas pesquisas, que o ambiente hospitalar verifica-se aos pais como algo novo e que lhes causam sentimentos ambivalentes, como separação/apego, alegria/tristeza, medo e esperança, o medo por reconhecer os riscos que o bebê corre e o motivo de estar internado, e a esperança pois sabem que é um local no qual possui a preparação adequada para atender as demandas do bebê em questão de saúde. Esses sentimentos ambivalentes surgem devido às incertezas que a mãe possui em relação ao bebê e ao seu papel quanto mãe e esposa.

Os autores Brito e Costa (2010) bem como Antunes et al (2014) também apontam a angústia dos pais diante da primeira visita dentro da UTI Neonatal, na qual estão em busca do desconhecido, que torna-se sem fim, pois não reconhecem para que serve tantos

aparelhos ligados ao corpo dos bebês ali presentes, sentem-se assustados de início e enfrentam as restrições estabelecidas pela instituição tratando-se de horários curtos de visitas.

Durante a internação do RN na UTIN ocorre o rompimento do vínculo entre mãe e recém-nascido, o que muitas vezes compromete a afetividade entre pais e filhos. Além da separação corporal, o contato físico entre os dois se torna esporádico e à distância, em um ambiente frio e hostil. A família vivencia uma experiência que é regida pelo sofrimento, insegurança, preocupação, frustração, desapontamento, ansiedade e falta de confiança na capacidade de cuidar do seu bebê (BRITO E COSTA, 2010, p.699).

No estudo levantado pelos mesmos autores, os pais queixam-se muitas vezes da falta de informação e contato com as equipes que auxiliam nos cuidados de seus filhos dentro da UTI, o que lhes causam mais apreensão. Por outro lado, Brito e Costa (2010) e Antunes et al (2014) apresentam que quando há essa proximidade da família com a equipe, as mães relatam que passam a se sentirem mais tranquilizadas e encaram o ambiente como um lugar que irá salvar o recém-nascido, e não mais como um ambiente que carrega somente um estigma de morte.

Quanto à compreensão de que o filho precisa de cuidados profissionais, as mães reconheciam que o cuidado era realizado de modo carinhoso e atencioso com os recém-nascidos, o que transmitia segurança às mães. Além do acolhimento e solicitude da equipe de enfermagem nos momentos de fragilidade, principalmente através do diálogo. Além disso, as mães compreendem que o filho necessita do uso de tecnologias para sua sobrevivência e/ou tratamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Reconhecem que é um local repleto de maquinários e procedimentos comuns para a equipe, mas desconhecidos para elas e passam a conviver com sinais sonoros e luminosos dos equipamentos (ANTUNES et al, 2014, p.799).

Diante da dificuldade que a mãe possui de realizar um investimento afetivo no bebê real, os autores Rosa e Gil (2017), Schaefer e Donelli (2017), Braghetto e Jacob (2011) expõem que tal situação interfere diretamente na construção da sustentação emocional, na formação do psiquismo no estabelecimento da base de sua identidade, da capacidade para a confiança básica do recém-nascido.

Lima e Shema (2019), destaca a montanha russa de sentimentos que afetam as mães que passam por tal situação, principalmente o medo do que é incerto, de quantos dias o bebê deverá ficar internado, se irá conseguir sair do estado de saúde que se encontra, a incapacidade de não conseguir dar a atenção necessária para atender as necessidades básicas de seu filho. A mãe sente-se sobrecarregada por não conseguir ter o controle de sua família no momento, e necessita de contato com sua rede de apoio e espaço para partilhar suas aflições.

A presença da mãe na UTI para o bebê é fundamental, não somente a presença física, mas, o envolvimento emocional, pois, entre a relação da mãe com o seu bebê há um estilo próprio de interação. Porém, a hospitalização do bebê na UTI pode introduzir cortes nesta relação e a mãe pode ser impedida de proporcionar e viver sensações para as quais se preparou (LIMA E SHEMA, 2019, p.11).

Scortgagna et al (2005), apresenta o desenvolvimento do subsistema de atenção e interação social do recém-nascido como responsável por receber informações cognitivas, sociais e emocionais, terá a função de dar à criança a capacidade de produzir respostas diante daquilo que lhe é apresentado. Esse subsistema se fortifica com a interação dos genitores com o bebê, e após o nascimento existe uma ligação imediata entre a mãe e o recém-nascido.

Embora o emaranhado de sentimentos que os pais possuem, a presença dos mesmos no local da UTI Neonatal, é de suma importância para a formação dos laços afetivos e o desenvolvimento do recém-nascido, assim como o Ministério da Saúde descreve no Manual Técnico de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso:

O bebê pré-termo, logo ao nascer, devido às suas condições, necessita ser separado de seus pais e ser cuidado por um período mais ou menos longo pela equipe de saúde. Essa separação, necessária, não deve, entretanto, impedir proximidade e continuidade dos cuidados familiares, especialmente os parentais. Estudos no campo da saúde mental reconhecem que, em muitos casos de distúrbios psiquiátricos, existe uma incidência significativamente elevada de ausência de formação de uma ligação afetiva ou de prolongadas – e talvez repetidas – rupturas dessa ligação, especialmente em momentos primordiais para seu desenvolvimento ou estabelecimento dos laços afetivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Além disso, ao citar Bowlby (1984), Scortegagna et al (2005, p.62) aponta a formação de vínculos afetivos em referência a Teoria do Apego, descrevendo como “a sobrevivência individual e da espécie o elemento básico universal da formação do apego.”

O apego é construído a partir do processo de ligação entre o bebê e a mãe; o recém-nascido reage à atenção do cuidador com interesse especial, permitindo que se desenvolva o apego com aquele que lhe responde com aprovação, gratificação, proteção e estimulação adequada. (SCORTEGAGNA et al, 2005, p.62).

Ferrari e Donelli (2010) e Scortegagna et al (2005), além do apego, denotam a questão do olhar e a observação das manifestações corporais, gestuais, vocais e fantasmáticas como cruciais para o processo interativo entre mãe-bebê. Situa-se que o

bebê ao nascer possui apetência simbólica referente a sua capacidade de relação com o outro primordial. Ferrari e Donelli (2010) ao citarem Crespin (2007), apontam que:

A apetência simbólica se exprime no campo do escópico nos primeiros minutos da vida do bebê e é considerada como uma função psíquica de comunicação, a partir da qual há um reconhecimento mútuo dos Outros primordiais e seu bebê. O bebê é visto pelo Outro, o bebê existe para esse Outro. Mas, para que o olhar do bebê possa acontecer, ou seja, para que o bebê reconheça esse Outro, é necessário que o bebê encontre uma representação desejante na qual virá a se identificar. A partir deste processo de reconhecimento primordial, a autora refere que a apetência simbólica do bebê se engata no desejo do Outro. (FERRARI E DONELLI, 2010, p.108).

Ou seja, esse reconhecimento primordial possibilita que o bebê seja introduzido como uma parte da família, um pertencimento, uma afiliação. Com isso, firma-se a importância de reconhecer como se dá o vínculo mãe-bebê, bem como a importância deste para o desenvolvimento do pequeno, estabelecendo-se também que é crucial o acompanhamento da mãe e da família por uma equipe multidisciplinar que atenda às suas demandas e dê o aporte necessário para as dores e sofrimentos psíquicos que os familiares passam no momento.

2.6 O Psicólogo Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

O serviço de Psicologia dentro dos hospitais encontra-se presente desde 1954 através de atividades desenvolvidas por Mathilde Nader, primeira psicóloga a atuar em hospitais ao realizar acompanhamento psicológico em pacientes no pré e pós-operatório. Atualmente os espaços de atuação encontram-se ampliados para o Psicólogo, como as áreas pediátrica, obstétrica, cirúrgica, entre outras. (SOUZA E PEGORARO, 2017).

Souza e Pegoraro (2017) referem-se que o objetivo de tal serviço é diminuir o sofrimento ocasionado pela internação, bem como auxiliar o paciente e a família no processo de enfrentamento da situação de saúde em que este se encontra. O atendimento psicológico em hospitais visa o bem-estar biopsicossocial do paciente e de seus familiares, através de um acompanhamento multidisciplinar, onde além do psicólogo encontra-se demais profissionais da área da saúde que possam dar o suporte necessário em determinada situação.

Em casos de internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o Psicólogo deve-se atentar principalmente à demanda que a família apresenta em questões emocionais. Bragheto e Jacob (2011) apontam que os aspectos das funções materna e

paterna são alterados em decorrência de ver-se diante da fragilidade do recém-nascido prematuro, e pela necessidade do mesmo ser internado.

Portanto, vê-se necessidade do acolhimento as mães como uma maneira de favorecer uma maior continência em relação ao luto, temores frente à hospitalização e maturação das funções materna e paterna, uma vez que o compartilhar a experiência cria espaços mentais para desenvolvimento de recursos de enfrentamento e tomada de consciência de questões inconscientes e angustiantes (BRAGHETO E JACOB, 2011, p.175).

Os autores Schaefer e Donelli (2017) apontam que a fragilidade psíquica que a mãe vem a se encontrar diante da situação é devido a não poder vivenciar todas as etapas do período gestacional e ter sua gestação interrompida de forma invasiva tanto para ela quanto para o bebê. Gomes (2001) descreve que tal situação compromete a relação afetiva mãe-bebê, visto que a mãe possui sentimento de culpa, frustração e incompetência por não trazer ao mundo seu filho de forma saudável, o que gera ansiedade, desamparo e depressão.

O nascimento prematuro implica uma internação comparativamente prolongada desses bebês, com a possibilidade paralela de intervenções especializadas, eventualmente de caráter invasivo. Tal situação, essencial à sobrevivência do bebê, oferece risco de comprometer o vínculo mãe-bebê (GOMES, 2001, p.91).

À vista disso, Rosa e Gil (2017) afirmam que a desconstrução do filho idealizado causa uma enorme decepção na mãe no momento em que depara-se com um bebê frágil e que não pode pegar nos braços após o parto. Ocorre assim a frustração por o recém-nascido não corresponder aos investimentos maternos. Deste modo, Gomes (2001) descreve a necessidade dessa mãe em encontrar formas de investir e significar esse bebê, tal como dar sentido à experiência da prematuridade vivida por essa díade mãe-bebê, para que assim possa contribuir de forma positiva para o desenvolvimento de seu filho.

Em continuação da posição do mesmo autor, Gomes (2001) conota que inicialmente será dificultoso para a mãe investir afetivamente no recém-nascido que é frágil devido à diferença da criança idealizada para a que se possui no real, à distância causada pela internação e ao delicado estado geral em que o bebê se encontra. Os pais possuem receio de tocar em seu bebê com medo de errar nos cuidados necessários, porém, posteriormente a genitora começa a compreender e dar sentido à experiência que está vivenciando, e assim aproxima-se de seu bebê.

Através disso, o Psicólogo junto da equipe deverá abordar as mães na intenção de compreender como elas se sentem diante da internação de seus bebês, para que busque meios de atravessar o impacto no nascimento pré-termo e poder facilitar a relação entre a díade. Souza e Pegoraro (2017) também apontam que a atuação do psicólogo em UTI neonatal possui o foco em atender a demanda da família, o contato estabelecido geralmente ocorre em visitas aos leitos dos bebês, através do contato com a equipe e a realização de um acompanhamento específico com as mães durante o momento de visita das mesmas na instituição.

O trabalho do psicólogo no contexto de UTI neonatal se diferencia das demais formas de atuação do psicólogo hospitalar, na medida que o atendimento é realizado com a díade mãe- bebê, no qual o sofrimento físico é apenas do bebê, mas as questões psíquicas dizem respeito ao par, à dupla mãe e bebê. Neste sentido seu trabalho é de oferecer um espaço de escuta, acolhimento e possibilidade de identificação de temores e medos existentes nesta díade que está se formando (BRAGHETO E JACOB, 2011, p.175).

Antunes et al (2014) explana que as normas e rotinas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal impossibilita uma rotina considerada normal em termos de uma gestação sem complicações, o que leva a um distanciamento do bebê com os pais, e gera assim sentimentos negativos. Porém, o acolhimento e a participação deles durante a internação do recém-nascido minimiza os tormentos e agrega na constituição do vínculo entre os genitores e o bebê, como cuidados maternos diários em trocar uma fralda, dar banho e amamentar. Esse manejo de intensificar o vínculo entre a família e o bebê é crucial para o desenvolvimento do mesmo, e deve ser realizada pelo psicólogo da área, junto da equipe multidisciplinar.

A instrumentalização da equipe também pode se dar a partir do uso de algumas práticas cotidianas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com o objetivo de desenvolver competências comunicativas e de trabalho em equipe. Para isso, necessita-se de predisposição dos profissionais envolvidos para valorizar a família, principalmente a mãe, como foco da assistência. Assim, pode ser promovido um cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro, a partir de dinâmicas que possibilitam falar, escutar, sentir, refletir e aprender a pensar. (ANTUNES et al., 2015, p.801).

Com fins de compreender mais sobre a atuação do Psicólogo dentro de uma equipe multidisciplinar, Souza e Pegoraro (2017) contribuem para a colocação de como deve-se organizar uma equipe dentro de uma UTI Neonatal, para que possuam o suporte necessário para atender de maneira qualificada os bebês e suas respectivas famílias:

A equipe multiprofissional da UTI Neonatal deve procurar reduzir a separação entre pais e bebê, incentivando a criação ou fortalecimento dos laços afetivos. Para que isso seja realizado, é preciso que o local apresente-se de forma receptiva e acolhedora, para o bebê e para os pais, visto que para estes a UTI representa um espaço hostil e pouco acolhedor, dificultando os comportamentos espontâneos e criando obstáculos para que ocorra a ligação afetiva com os filhos. O local da UTI passa a ser mais acolhedor a partir do momento em que a equipe oferece apoio na etapa inicial de internação, permitindo que os pais participem da rotina, facilitando o contato familiar com o bebê e acompanhando a mãe durante o período em que ela estiver na unidade (SOUZA E PEGORARO, 2017, p.119).

Além disso, Rosa e Gil (2017), bem como Bagheto e Jacob (2011), apontam para a intervenção em grupos terapêuticos pelo qual familiares, em especial as mães encontram-se amparadas, pois observam que não estão sozinhas, mas que há outras mães e famílias que passam por situações semelhantes e partilham sentimentos e receios em comum, possibilitando assim a aprendizagem por intermédio do outro. A partir das experiências partilhadas, as famílias participantes usam da história do outro como um espelho e forma de fortalecer suas esperanças dentro da situação vivida no individual.

Feijó (1998), apresenta o método canguru, qual dirige-se à uma política pública adotada para a redução da mortalidade materna e neonatal, que instituiu-se na portaria GM/MS nº 1.683 de 12 de julho de 2007 para atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Tal método proporciona um maior contato físico pele a pele entre mãe e bebê na hora da amamentação. Em estudos realizados, percebeu-se que os recém-nascidos que passavam por tal experiência choravam com menor frequência.

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 que: parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A atenção e suporte às famílias presentes em UTI neonatais, tanto quanto a presença do psicólogo dentro de tal área de uma instituição de saúde, é assegurada e imposta por lei desde 1999, como denota Souza e Pegoraro (2017) ao apontar a Portaria MS/GM/1091, de 25 de agosto de 1999.

Segundo o Ministério da saúde, a portaria N°930 de 10 de Maio de 2012 expõe as diretrizes e objetivos impostos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido em situações graves ou potencialmente graves, e assegura os critérios de classificação e habilitação de leitos em Unidades Neonatais no Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu artigo 13, parágrafo IV, afirma a garantia de acesso ao serviço psicológico para os familiares, pelo profissional da área à beira do leito de internação do bebê

Em síntese, observando-se a importância da presença do profissional de Psicologia dentro de UTI Neonatal para que seja mediador no processo de internação do bebê, e acolha os pais que passam por angústias e apreensões frente a algo novo e não esperado. O Psicólogo possui assim a responsabilidade de auxiliar os pais no processo de enfrentamento da situação e no investimento afetivo para proporcionar a constituição do vínculo mãe-bebê de forma eficaz, onde a criança tenha a sensação de segurança e disponibilidade dos pais em momentos de temor.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentado a metodologia de trabalho para chegar as conclusões e objetivos traçados, desde o tipo de pesquisa realizado às etapas para a coleta de dados.

3.1 Tipo de Pesquisa

Segundo Gil (2008), a pesquisa científica faz referência à um processo formal e sistemático para o desenvolvimento de métodos, no qual possui o foco em achar respostas que completem uma problemática definida com o uso de procedimentos de cunho científico. Além disso, corresponde a uma forma de conhecimento no qual é objetivo, racional, geral, verificável e falível.

O conhecimento científico é objetivo porque descreve a realidade independentemente dos caprichos do pesquisador. É racional porque se vale sobretudo da razão, e não de sensação ou impressões, para chegar a seus resultados. É sistemático porque se preocupa em construir sistemas de idéias organizadas racionalmente e em incluir os conhecimentos parciais em totalidades cada vez mais amplas. É geral porque seu interesse se dirige fundamentalmente à elaboração de leis ou normas gerais, que explicam todos os fenômenos de certo tipo. É verificável porque sempre possibilita demonstrar a veracidade das informações. Finalmente, é falível porque, ao contrário de outros sistemas de conhecimento elaborados pelo homem, reconhece sua própria capacidade de errar (GIL, 2008, p.3).

Nas palavras de Gerhardt e Silveira (2009, p. 25), a ciência é apresentada como “procedimento metódico cujo objetivo é conhecer, interpretar e intervir na realidade, tendo como diretriz problemas formulados que sustentam regras e ações adequadas à constituição do conhecimento.”

Ademais, é composta de etapas sequenciais para a busca de resultados satisfatórios, em que, de acordo com Gil (2008), refere-se à formulação do problema, construção de hipóteses ou determinação dos objetivos, delineamento da pesquisa, operacionalização dos conceitos e variáveis, seleção da amostra, elaboração dos instrumentos de coletas de dados, coleta de dados, análise e interpretação dos resultados e por fim, a redação do relatório, ou seja, a discussão dos dados obtidos.

Portanto, este estudo de campo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, com método exploratório. O caráter qualitativo faz referência ao foco no aprofundamento da compreensão de um grupo social em questão, no caso, as mães e seus

bebês prematuros que passaram por uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Gerhardt e Silveira, ao citar Minayo (2001), coloca que:

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (GERHARDT E SILVEIRA, 2009, p.32).

O método exploratório auxilia na elaboração do trabalho, em vista que primeiramente a pesquisa exploratória é de suma importância para a coleta de dados pelo pesquisador, e assim proporcionar uma visão geral e aproximada da pretensão do estudo sobre o vínculo mãe-bebê em situações de gestação pré-termo. Gil (2008) dirige que:

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (GIL, 2008, p.27).

Em vista disso, ao propor a pesquisa exploratória como método científico, o presente estudo busca contribuir para demonstrar e descrever como constitui-se o vínculo mãe-bebê no pós-parto em situações de gestação pré-termo que passaram por Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, bem como evidenciar a importância do Psicólogo Hospitalar em tal ambiente.

3.2 População e Amostra

A amostragem do presente estudo foi por acessibilidade ou conveniência, na qual Gil (2008, p.94) afirma que “é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo”.

Com isso, a população foi constituída por mães e seus respectivos bebês, residentes na cidade de Sinop e região, de ambos os sexos e que necessitaram do serviço de atendimento em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal após o parto pré-termo em hospitais na cidade de Sinop e região. Foram acolhidos bebês e suas mães não importando gênero, raça ou condições socioeconômicas, generalizando qualquer caso de partos prematuros, independentemente de ser a primeira gestação ou não da genitora, bem como seu perfil psicológico e seu estado de saúde.

O modo de seleção será foi realizado a partir de uma publicação em rede social através do perfil pessoal da autora no aplicativo Instagram, de forma que possa atingir as mães que passaram por tal situação. Com isso, diante daquelas que se manifestarem à publicação e por indicação de demais mães ou pessoas que compartilharam sobre a pesquisa, foi estabelecido contato para passar as informações do estudo, bem como o link para que as participantes viessem a responder o questionário online.

3.3 Coleta de Dados

Para coleta de dados foram utilizados instrumentos primários como o Google Docs, aplicativo gratuito fornecido pela plataforma digital Google, qual abre a possibilidade para o usuário criar formulários online e compartilhá-los para fins de levantamentos de elementos desejados em uma pesquisa. Assim, a entrevista do presente estudo foi realizada por um questionário online, composto por 17 perguntas abertas com estimativa de 20 à 30 minutos para respondê-las. O link do questionário foi disponibilizado para as mães que demonstraram interesse pela pesquisa após publicação sobre a mesma através da plataforma digital Instagram, no perfil pessoal da autora.

A construção das perguntas para o roteiro do questionário foram baseadas nos artigos selecionados para a pesquisa bibliográfica do estudo, de forma que pudessem alcançar o objetivo do trabalho sobre como se constitui o vínculo de mãe-bebê em UTI Neonatal em situações de gestação pré-termo.

A partir de tais perguntas, buscou-se reconhecer a rotina dessa díade dentro da instituição de saúde, a rede de apoio que essa mãe possuiu, quais foram as expectativas da genitora anteriormente à notícia de uma gestação com a necessidade de ser interrompida anteriormente ao período esperado, a imagem construída pela mãe de seu bebê, bem como seus sentimentos diante da necessidade de internação do mesmo em UTI Neonatal.

Como instrumento secundário para coleta de dados, empregou-se a Revisão Bibliográfica apresentada no Capítulo 02 deste trabalho. A pesquisa foi norteadada pela busca de uma revisão sistemática a respeito de estudos e levantamentos de dados referentes aos termos bebê Imaginário x Real, *holding* e *handling* na relação mãe-bebê, a importância do vínculo mãe-bebê, a formação do vínculo mãe-bebê em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e a atuação do Psicólogo Hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

4 DISCUSSÃO DE DADOS

Neste capítulo será apresentado a análise e resultados da pesquisa realizada, relacionando os dados obtidos com as pesquisas bibliográficas sobre a temática em questão.

Tabela 1: Informações das participantes

	IDADE ATUAL	IDADE GESTANTE	CIDADE RESIDENTE	TEMPO DE INTERNAÇÃO DO BEBÊ
M 1	28	-----	Sinop/MT	28 dias
M 2	25	24	Sinop/MT	52 dias
M 3	28	26	Juara/MT	8 dias
M 4	32	31	Sinop/MT	110 dias
M 5	34	24	Sinop/MT	25 dias
M 6	34	19	Sinop/MT	15 dias
M 7	25	24	Sorriso/MT	54 dias

Fonte: própria (2020)

4.1 A mãe diante da necessidade de internação do bebê em UTI Neonatal.

A maternidade traz à mulher um momento de idealizações e fantasias em seu psiquismo, referentes à constituição de uma imagem mental de seu bebê, do mesmo modo que expectativas de uma construção do papel de ser mãe. A partir da personificação do bebê durante a gestação, inicia-se o vínculo entre a genitora e a criança, como descrevem Ferrari, Piccinini e Lopes (2007), e é nesse período que a mãe investe sua libido no feto, denominado bebê imaginado, e assim idealiza toda sua gestação, o parto tranquilo e a criança ao nascer. É possível observar tal investimento na fala da Mãe 2, qual descreve a imagem simbolizada de seu bebê no processo gestacional.

Eu imaginava que ele nasceria com uns 4kg, pois com 32 semanas já estava com 2kg, que ele seria bem branquinho e de olhos claros. Achei que ele nasceria careca ou com quase nada de cabelo.

Outrossim, a representação do nascimento causa grande impacto ao deparar-se com o bebê real, momento no qual a genitora prepara-se para receber seu bebê. Os autores Fleck e Piccinini (2013) apontam a ambivalência de sentimentos, apreensões e ansiedade

que são resultados do processo de lidar com algo desconhecido e protegido, que é o bebê. Com isso, as mães possuem boas expectativas diante do momento do parto, imaginam a gestação e o parto seguro, com tranquilidade e sem complicações.

Imaginava um momento único, de tranquilidade (M1); Eu imaginava ter parto normal sem nenhuma complicação ou risco de prematuridade (M2); Parto cesária com meu esposo ao lado, na minha cidade de Juara, com minha médica querida (M3); A minha gravidez foi muito difícil então a única coisa que eu queria é que ela nascesse bem então não criei tantas expectativas para esse momento. Mas eu imaginava que assim que ela nascesse o médico colocaria ela nos meus braços, eu olharia ela assim como tinha sido com os irmãos dela, imaginava que meu marido estaria ao meu lado, mas não foi assim que aconteceu (M4); Imaginava que seria tranquilo (M5); Um parto natural e humanizado (M6); Imaginava que seria tudo calmo, tranquilo e queria tirar muitas fotos na hora do parto em estar tudo organizado (M7).

Tais representações maternas são constituídas durante a gravidez e transformadas a partir do nascimento do bebê, ou seja, o bebê imaginado constrói-se pelas referências maternas, mas ao nascer, a família necessita adaptar-se à imagem do bebê real. Para as mães participantes desse estudo, foi possível observar uma realidade diferente da planejada, devido não completarem o período de uma gestação a termo. A insegurança ao receberem a notícia que o parto será prematuro é expressa em suas falas:

Fiquei muito desesperada com medo, milhões de aflições (M1); Senti medo da cesárea, senti medo da prematuridade e suas consequências, senti medo por estar sozinha sem o pai, porque estava viajando e medo de não ter ninguém comigo no centro cirúrgico, quando bebê é prematuro não pode ter acompanhante (M2); Medo insegurança, tivemos que ir para outra cidade, Sinop. Assustada com as mudanças não planejadas (M3); No começo fiquei com medo porque assim que fiquei sabendo que ia ser prematuro veio a notícia que seria uma cesárea, pois tanto meu coração como ela não aguentaria um parto normal. Ai veio a notícia de que a gente precisaria de uma UTI e que se ela nascesse e não tivesse vaga na UTI de Sinop, teríamos que ser levadas para outra cidade. Aquilo foi assustador (M4).

Fleck e Piccinini (2013) tais como Bragheto e Jacob (2011) descrevem sobre o investimento no bebê real após o parto, qual inicia-se ao primeiro contato de interação entre a mãe e o recém-nascido, e pode sofrer interferências referentes à situação de saúde do bebê, da genitora e das condições em que ocorreram o parto. Os autores apontam através de estudos que o nascimento de um bebê prematuro rompe drasticamente com a ideia do bebê imaginário para o bebê real, e despertam nas mães os sentimentos de medo e incapacidade.

No levantamento de dados do presente trabalho, foi possível identificar tais sentimentos nas mães. “Medo, incerteza, insegurança, me senti incapaz!” (M6). Ademais, surge também a culpa por não ter gerado um filho saudável, como relata a Mãe 7: “Desespero, me senti um fracasso como mãe, culpada por não conseguir segurar a gravidez”.

4.2 A rotina na UTI Neonatal e a formação do vínculo.

Os autores Lima e Smeha (2019) descrevem a ambivalência de sentimentos que as mães possuem diante da situação de uma gestação em parto pré-termo, como alegria/tristeza, esperança/desesperança, separação/apego, devido às incertezas que presenciam quanto a situação de saúde de seu bebê.

Através da pesquisa realizada, foi possível identificar tal ambivalência antes e após o parto, como nas falas demonstradas anteriormente, em que, no momento que receberam a notícia da prematuridade, as genitoras possuíam sentimentos de angústia, medo, insegurança e incapacidade. No entanto, ao verem os bebês pela primeira vez, mesmo com suas aflições, descrevem sentimentos de força, alegria, gratidão. A Mãe 1 comenta que após vê-lo pela primeira vez foi “um momento único, de tranquilidade”.

O sentimento de gratidão é expresso pelas Mães 3 e 7, “Gratidão, alívio por ela ser perfeita e saudável” (M3), “Gratidão a Deus” (M7). Nos depoimentos das Mães 2 e 4 percebeu-se de forma clara, que mesmo diante dos medos, fortaleceram-se ao ver seus filhos em um ambiente que carrega um estigma de morte, porém atende aos cuidados necessários para seus pequenos.

No parto eu pude ver ele por segundos, ele estava bem roxo e chorava baixinho, me mostraram e levaram ele para os primeiros procedimentos e em seguida para UTI. Eu não conseguia me lembrar de nada além da sua cor roxa e do choro, depois disso eu pude ver meu filho 1 dia depois, quando eu cheguei na UTI eu estava tão ansiosa, meu corpo tremia inteiro. Quando vi meu "pedacinho" na incubadora eu chorei baixinho porque eu queria que ele soubesse que eu estava ali, forte por ele. Eu não pude pegar ele, ele estava só de fralda, tão pequeno, tão lindo, branquinho e com bastante cabelo. A visita dura 30 minutos, e eles passaram voando (M2); Eu levei 3 dias para ver ela porque ela foi direto para UTI e não me deixaram ver quando nasceu. Quando eu vi ela toda pequenininha toda magrinha eu conseguia ver o coração dela batendo doeu muito, eu chorei demais, não consigo explicar a sensação que eu senti naquele momento ao ver minha pequena tão frágil e não poder fazer nada. Só podia olhar ela, eu mal podia tocar porque ela tava dentro da incubadora usando um capacete para respirar. Lembro me que só dava para passar a mão no corpinho mas foi a sensação mais incrível do mundo (M4).

Nas descrições das Mães 5 e 6, os sentimentos de angústia e medo permaneceram. Após análise dos dados, pôde-se notar que ambas passaram por complicações antes do parto. Ao questionar qual os sentimentos que possuíam ao verem seus filhos pela primeira vez, a Mãe 5 respondeu que “foi de tristeza”, e ainda afirma que possuiu complicações anteriormente ao parto, porém não aponta ao que ocorreu. A Mãe 6 descreve “me senti insegura e com medo”, e também aponta que possuiu infecções de urina recorrentes antes do parto, e no momento do mesmo ocorreu hemorragia.

Silva e Lemgruber (2017) assim como Barbosa (2007) apontam a importância do primeiro contato entre mãe e bebê para o desenvolvimento do recém-nascido, o *holding* e o *handling* são cruciais para estruturar a psique e iniciar a constituição do self do bebê. A forma que a mãe age emocionalmente diante de seu filho e sustenta-o, irá interferir diretamente na vida psíquica do mesmo.

O primeiro contato mãe-bebê em situações de gestação pré-termo, ocorre dentro da UTI Neonatal, pois ao nascer, a criança é levada diretamente para a internação. O que ocasiona uma ruptura no processo da formação inicial do vínculo entre a díade, despertando sentimentos ambivalentes como descritos anteriormente. Scortegagna et al (2005) aponta que o investimento afetivo que a mãe realiza em seu filho pode não ser positivo, o que dificultará no processo de desinvestimento no bebê imaginado para vir a investir no bebê real.

Além do mais, quando a alta materna ocorre anteriormente à do recém-nascido, as mães apresentam uma tristeza significativa diante da separação. Na situação da Mãe 2, em que o recém-nascido passou por inúmeros processos após o nascimento devido seu quadro de saúde, a angústia diante da separação e todo o contexto foi manifestada em suas palavras:

Sim, fiquei internada por 5 dias e ganhei alta. Arnaldo ficou internado por 21 dias na UTI, durante esse período passou por uma cirurgia chamada laparostomia, pois teve uma enterocolite que perfurou o intestino. Depois dessa cirurgia Arnaldo passou a ter uma ileostomia para eliminar as fezes. Ele ganhou alta da UTI e ficou mais 9 dias no quarto, período que não conseguia mamar no peito e não ganhava peso pra conseguir ir pra casa, aqui entrou a mamadeira. Após esse período, passamos dificuldades com a ileostomia, falta de informação de como cuidar, de como usar materiais de ostomia, a pele feria com muita frequência, Arnaldo chorava o tempo todo, devido ao excesso de choro o estoma prolapsou, íamos com frequência para o hospital. Com 6 meses ele internou novamente para uma tentativa de reversão da ileostomia, ele operou e fechou a ileo, foi pra UTI após a cirurgia, porém teve complicações, passou por 3 cirurgias e voltou para a ileostomia. Era o bebê mais grave da UTI, os médicos diziam pra rezar, ele teve uma parada cardíaca

mas com muita fé ele se recuperou. Hoje ele está abaixo do peso, porém está se desenvolvendo muito bem, dentro do esperado considerando tudo que ele passou. Ainda precisa fazer a cirurgia de reversão, que ainda não tem data marcada.

As demais mães apresentam em suas respostas o sentimento de medo e tristeza ao deixarem seus bebês sem os pais em um lugar totalmente desconhecido para eles, mas reconhecem a importância do processo, como expresso pela Mãe 3:

Sim. Era algo que nunca imaginei, deixar o hospital sem ela. Porém foi a melhor opção naquele momento, para que eu pudesse me distrair e parar de chorar. Assim quando ir visitar minha filha estar mais feliz.

As demais mães também descrevem o processo de forma aparente em suas emoções diante da alta antes do bebê, algumas permanecendo no hospital mas em alas separadas, para facilitar a locomoção em horários de visitas.

Sim!! era muito triste, queria meu bebê pertinho de mim.. e não era possível. Além de que, meu bebê foi para outra cidade com o pai, e depois eu fui. (M1); A minha estadia no hospital foi muito triste eu devo ter ficado uns três quatro dias internada em um quarto onde só havia mulheres e eu não tava com meu bebê ali do meu lado. Quando eu recebi alta eu não pude leva lá e foi muito difícil ter que deixar ela ali sem a mamãe e o papai por perto. (M4); Sim, fui pra casa antes dela, e foi uma das coisas mais difícil q ja fiz (M6); Sim. Três dias depois ganhei alta, mãe fiquei em um quarto pras mães de bebê da UTI pra facilitar a ida ao hospital (M7).

Medeiros e Vaisberg (2014) descrevem que ao seu primeiro momento no mundo, o recém-nascido recebe uma gama de informações externas. Ao nascer, ele possui uma dependência absoluta necessitando de auxílio para adaptar-se a esse novo meio, que a princípio vê como parte de si, como apontam os autores Chamond e Morsello (2010). Assim, através do que denomina-se *Holding e Handling*, a mãe irá sustentar, dar suporte físico e psicológico, bem como irá realizar o manejo da criança, para que esta inicie a concepção de mundo externo, não pertencente ao seu corpo.

A mãe irá portar-se como um ego auxiliar para o seu bebê, onde a criança com ego frágil será amparado, nutrido e fortalecido pelo ego materno. O momento do amamentar, no qual a mãe pega o bebê no colo, sustenta-o para suprir suas necessidades, é exemplo notório do que os autores descrevem sobre o suporte materno que a genitora realiza para integrar a vida psíquica da criança.

Em determinada situação ocorre a maior troca de sentimentos entre a díade, o autor Gurgel (2011) aponta que a mãe é como mediadora dos ocorridos no mundo externo, e como o bebê ao olhar para a genitora vê si mesmo, como um único ser, é ela que irá transpassar o que o meio transmite conforme a sua concepção e interpretação. Assim, é por meio da figura materna que o bebê irá começar a conhecer a si mesmo.

Em situações de gestações pré-termo, há uma gama de emoções que interferem na constituição desse vínculo e no auxílio materno como sustento e manejo do bebê, as rotinas corridas dentro da unidade de saúde e as limitações de saúde da criança. A dificuldade dessa relação é expressa nos relatos das mães referentes à rotina dentro dos hospitais e principalmente no momento do amamentar, qual é direcionado à horários de visita, e dificilmente os pequenos conseguem pegar o seio materno devido suas condições físicas pela formação não completa de seu corpo.

O processo de amamentação foi difícil, Arnaldo não conseguia sugar, segundo as enfermeiras a sucção se desenvolve com 34 semanas, ele nasceu de 32. No início ele ficou com sonda, quando passei a tentar amamentar ele não conseguia, passei a usar um bico de silicone pra auxiliar, ele mamou no meu peito poucas vezes, como ele não ganhava peso, a Dra. disse para aderirmos mamadeira (M2); Eu nunca pude amamentar minha pequena, ela não tinha a sucção e como ela não respirava sozinha o coração dela não suportava pois logo ela se cansava, não podia fazer esforços. Então enquanto eu tive leite eu ia lá várias vezes no dia e tirava leite para que ela pudesse tomar pela sonda o meu leite. Mas ainda assim eu posso dizer que eu amamentei a minha filha porque depois de um tempo eu pedi para enfermeiras me ensinarem como eu podia passar o leite pela sonda, então a minha rotina era de 3 em 3 horas a partir do momento das 12 horas eu estava lá para dar o mamazinho para ela (M4); Não amamentei ele não aceito o peito (M5); Muito frustrante, pq ela ainda estava na uti, então ela não pegava! (M6).

Percebeu-se que as crianças com maiores complicações após o nascimento, possuíram mais dificuldade em conseguir realizar a sucção do seio materno para o amamentar. Por outro lado, os bebês com casos mais leves, as mães relatam maior sucesso na amamentação. “Um momento único, de tranquilidade” (M1), a Mãe 7 também descreve sua experiência de forma positiva “Um sonho realizado, ele foi super tranquilo”. A Mãe 3 coloca a experiência como um momento muito especial, porém suas aflições para o ganho de peso ser mais rápido, a levou a tomar a decisão junto da equipe médica em incluir a utilização de uma mamadeira, pela dificuldade do bebê em pegar o peito.

Muito especial, porém sem jeito. Fui logo informada que precisaria usar bico de silicone se não minha filha não ia conseguir amamentar. Amamentação foi

algo muito ruim para mim, eu fiquei muito paranoica com ganho de peso dela. E acreditei que a mamadeira seria a melhor opção para ela ganhar peso logo e ganharmos alta. Já que no peito ela mais dormia que mamava. Sempre complementei e com 4 meses ela parou de mamar peito.

A rotina dentro das unidades de saúde são cansativas pelas idas e vindas, algumas mães optam por ficar no hospital para facilitar a locomoção. Ficar longe da família causa angustias, bem como deixar o recém-nascido no hospital. A mudança na rotina familiar se altera e a mãe tende a se adaptar e dar significado a sua situação. O relato da Mãe 1 transparece sua angustia, mas sente-se mais segura por estar próxima ao bebê, “Era muito tenso, porém eu conseguia ficar mais perto do meu bebê, isso me tranquiliza”. A Mãe 7 demonstra seu desgaste emocional, “amamentava a cada duas horas, não dormia direito chorava antes de dormir quase todos os dias”. A Mãe 2 também tomou a decisão de permanecer no hospital devido algumas ocorrências em sua saúde, e por facilitar as idas e vindas.

Após a cesárea eu fiquei internada 5 dias devido uma infecção de urina, eu podia ver ele durante os horários de visitas da UTI, 2 vezes ao dia por meia hora. Depois disso, por alguns dias eu ia para o hospital no horário de visita e voltava pra casa, quando ele começou a melhorar da cirurgia que fez, eu comecei a ficar das 9 as 20 horas no hospital pra tirar o leite pra darem pra ele através de sonda. Eu moro longe do hospital, como eu tirava leite de 3 em 3 horas, compensava eu ficar lá (M2).

Os autores Lima e Smeha (2019) apontam que toda a mudança na rotina da família interfere diretamente no vínculo mãe-bebê, Silva e Lemgruber (2017) justificam essa interferência devido às limitações da genitora em realizar os primeiros cuidados do recém-nascido que encontra-se em internação, como o trocar de roupa, dar banho, amamentá-lo. Os mesmo autores em questão, do mesmo modo que Barbosa (2007), discorrem que o vínculo durante a amamentação é responsável pela estruturação da psique e está ligada à atribuição da qualidade de vida do pequeno. Na situação da Mãe 3, a médica pode conversar com a genitora sobre reconstituir-se e procurar uma melhor estabilidade emocional, para que durante as visitas passasse maior tranquilidade e segurança ao bebê. Ao responder o questionamento sobre como foi a rotina dentro do hospital, ela pontuou:

Quarto de hospital, UTI, sala de ordenha, capela enquanto eu estava internada e após receber alta saia para me distrair. Hospital pela manhã até a UTI fechar a noite, saia apenas para almoço. A ideia de receber alta sem a minha bebê, foi da médica, pois eu estava muito chorona sem motivos e isso poderia passar

para a bebê. E foi bom para me distrair um pouco, ver pessoas diferentes, conversar sobre outros assuntos (M3).

No relato da Mãe 4, seu bebê veio a falecer, e ao receberem a notícia do quadro de saúde do recém-nascido, o médico responsável pelo caso a liberou para ficar mais próxima de sua filha, como as demais mães que já podiam dar banho nos pequenos.

Durante 40 dias eu só podia visitar ela no horário de visita e depois disso quando a gente ficou sabendo do diagnóstico dela e que ela não ia poder ficar com a gente na terra o médico liberou para que eu pudesse ficar com ela dentro da UTI assim como as mães que já podiam dar banho e amamentar ficavam. Nos mães tínhamos uma salinha onde a gente ficava até ser liberado para entrar assim que desce a hora. Então ficávamos todas ali esperando até que desse 11 horas aí a enfermeira viria chamar. As vezes a gente ficava lá de prontidão na porta esperando para entrar logo para passar mais tempo com os bebês. Com tudo, se houvesse alguma intercorrência a gente tinha que ficar na salinha não podia entrar. Tudo ocorrendo bem as mães tinham liberação para entrar na UTI entravam, assim como eu, às 11 horas para dar banho aí 12 horas era horário de dar mamar, e assim por diante de três em três horas dava mama para os bebês. Havia 2 horários de visita por dia, onde a gente podia levar somente um acompanhante que podia entrar com a mãe ou com o pai do bebê. Isso tudo se não houvesse nenhuma intercorrência na UTI naquele momento, senão ninguém entrava mais lá dentro. Nas sextas-feiras era um dia do irmão geralmente e a gente levava as crianças para ver ela, era um momento que eles podiam pegar ela no colo dar beijo, abraços e tirar uma foto de recordação (M4).

As mães planejam retornar para suas casas com seus filhos, porém a internação separa mãe e filho, essa separação interfere diretamente na constituição do vínculo entre a díade, devido a ambivalência de emoções de toda a situação que traz enorme angústia, as genitoras possuem dificuldades de se organizarem emocionalmente e investirem de forma adequada em seus bebês.

4.3 A rede de apoio e a atuação do Psicólogo em UTI Neonatal.

A rede de apoio para as mães que passam pela situação de um parto pré-termo, é de suma importância, pois encontram-se psicologicamente abaladas, experienciam inúmeras emoções que possuem dificuldades de lidar, sentem-se frustradas, com medo e apreensivas. As pessoas que serão elos fortalecedores durante esse período tendem a geralmente ser familiares, como apresentado no estudo em questão. O suporte social enquadra-se também como procedimento terapêutico para lidar com o momento. A situação não atinge somente o recém-nascido e a genitora, mas também todos que estão a sua volta e convivem com o mesmo.

Dentre as sete mães que vieram a responder o questionário, seis descreveram que possuíam o apoio dos pais das crianças, familiares, amigos e a equipe do hospital, no entanto, uma das mães pontuou que teve somente como rede de apoio os enfermeiros da instituição, como em sua fala, “ninguém, só enfermeiros” (M5). A comunicação tanto entre a família e amigos com o paciente, quanto do mesmo com o cônjuge é imprescindível, pois ao compartilhar e expressar os sentimentos entre ambos em relação ao que se passa, aumenta a probabilidade de adaptação e atribuir um novo significado frente ao problema, diminuindo a tensão e ansiedade.

Além disso, procurou-se levantar com a pesquisa, a importância que as mães veem do suporte psicológico dentro da instituição de saúde, como no setor de UTI Neonatal. Dentre as sete participantes, apenas duas relataram a presença de um psicólogo na instituição. “Foi muito bom, me ajudou a aceitar a situação que estava passando com mais tranquilidade e entender melhor do meu ofício de ser mãe” (M1). Além disso, todas apoiam e presença de um profissional da área para auxiliá-las, como um facilitador para a situação, nesses momentos de angústias a conseguem processar tudo que está acontecendo e auxiliar em estratégias para o enfrentamento. Ao responderem o questionamento da visão que possuíam de haver um psicólogo no ambiente, responderam:

Com certeza. As mães chegam lá desesperadas, cheias de dúvidas, medos, angústias. Alguém para orientar, aconselhar é algo que conforma muito as mães. (M1); Extremamente importante, falo por mim, que fiquei abalada, que não queria comer, que não conseguia dormi... (M2); Sim, é de muita importância. Eu precisava de ajuda naquele pior momento da minha vida. Eu precisava entender o que estava acontecendo comigo. Estava em uma tristeza profunda, só chorava. Por isso que receber alta foi a melhor escolha. (M3); Hoje com a experiência que eu tenho vejo que um psicólogo é sempre muito importante, porque tem pessoas que não vão dar conta, tem pessoas que não vão conseguir, eu conheci inúmeras mães durante aqueles três meses e três semanas que não conseguiram, que elas não suportavam a dor sozinhas, mães que não queriam mais viver e se tivesse um profissional qualificado ali do lado delas poderia ter ajudado muito aqueles corações partidos (M4); Sim, um grande apoio (M5); Sim, muito, porque é um turbilhão de emoções e hormônios, acho que evitaria talvez depressão pós-parto (M6); Com certeza, muita coisa guardei pra mim e até hoje ainda guardo (M7).

Os autores Schaefer e Donelli (2017) e Gomes (2001) apresentam que em tal momento as mães encontram-se fragilizadas, desamparadas, ansiosas e depressivas devido à gestação interrompida, por não poderem vivenciar todas as etapas da gestação, qual é interrompida de forma invasiva tanto para a genitora quanto para o recém-nascido que ainda estava em formação.

Com isso, percebe-se a importância da presença de um profissional de psicologia para realizar intervenções junto das mães e familiares que também estão envolvidos na situação e sofrem junto. O psicólogo poderá mediar o investimento da mãe no bebê, auxiliando na fortificação do elo entre a díade, e auxiliar na busca em dar sentido à experiência da prematuridade, para que assim, a genitora possa contribuir de forma positiva na formação do vínculo e conseqüentemente para o desenvolvimento de seu filho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo evidenciou-se que as mães que passam por situações de Gestação pré-termo com necessidade de internação em UTI Neonatal, possuem uma gama de emoções que interferem diretamente na constituição do vínculo entre a díade mãe-bebê. A gestação interrompida causa medo, insegurança, frustração e sentimento de incapacidade por não conseguir completar o período gestacional e ver o bebê vir ao mundo sadio.

A genitora pode vir a possuir dificuldades de fazer o papel da mãe suficientemente boa, e ao ser espelho ao seu filho, reflete à ele uma ambivalência de sentimentos, interferindo no *holding* e *handling* que são base para o desenvolvimento da psique do recém-nascido, pois a constituição do primeiro vínculo irá atribuir qualidade de vida e estruturas psíquicas para o desenvolvimento na infância e na vida adulta do indivíduo.

É notório em seus relatos o sofrimento da separação logo ao nascer, e a dor entre as limitações de aproximação devido às condições de saúde do pequeno, por não poderem estar perto todo o momento do dia, como ocorre em uma gestação a termo. A gestação interrompida, rompe com a idealização da mãe em seu papel maternal e do seu bebê idealizado, tendo que vir a investir em um bebê real que encontra-se frágil. Através do levantamento e conclusão da pesquisa, nota-se também a relevância de novos estudos a partir deste, que possa aprofundar mais na temática e abordar a vivência na instiruição de saúde de forma direta, bem como elucidar demais pontos que não puderam ser observáveis no estudo em questão.

Em suma, denota-se austeridade, severidade dos impactos causados na constituição do vínculo entre mãe e bebê em situações de gestação pré-termo, por sofrer diversas interferências decorrentes da situação de saúde do bebê, das limitações do ambiente e da ambivalência de sentimentos da genitora, responsável por dar o sustento e o manejo ao recém-nascido para que o mesmo venha a ter um bom desenvolvimento. Outrossim, a relevância da presença do profissional de psicologia encontra-se em seu papel de mediador com a mãe e com a família, em ajudá-los a diminuir suas angústias, e auxiliar a mãe em seu papel, dando significado a tudo que se passa.

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Cristiano de Jesus; BACCELLI, Marcela Silva; BENINCASA, Miria. *O vínculo mãe-bebê no período puerpério: uma análise Winnicottiana*. Revista do NESME, V. 14. N. 1. 2017.

ANTUNES, Bibiana Sales; et al. *Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe*. Revista Rene. Rio Grande do Sul, 2014.

BARBOSA, Juliane Callegaro. *Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério*. Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade, Porto Alegre, 2007.

BETTIOL, Heloisa; BARBIERI, Marco Antonio; SILVA, Antonio Augusto Moura. *Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais*. Revista Brasileira Ginecologia Obstet. 32(2):57-60. 2010.

BRAGHEETO, Ana Cristina Magazoni; JACOB, Adriana Vilela. *Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: relato de experiência*. Saúde e Transformação Social, v.1, n.3, p.174-178. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal de Boas Práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-humanizada-ao-recem-nascido-de-baixo-peso-metodo-canguru-2/#:~:text=O%20M%C3%A9todo%20Canguru%20%C3%A9%20um,e%20favorece%20o%20v%C3%ADnculo%3B%20permite>. Acesso em 20.07.2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em 20.07.2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso, Método Canguru, Manual Técnico. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/08/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf. Acesso em 20.07.2020.

COSTA, Maria Cristina Guimarães; BRITO, Michely Dayane Campos. *A UTI Neonatal sob a ótica das mães*. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010.

FEIJÓ, Larissa. *O bebê pré-termo: intervenção precoce visando a melhoria da interação mãe-bebê*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1998.

FERRARI, Andrea Gabriela; DONELLI, Tagma Marina Schneider. *Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso*. Contextos Clínicos, vol. 3, n. 2. Rio Grande do Sul. 2010.

- FERRARI, Andrea Gabriela; PICININI, César Augusto; LOPES, Rita Sobreira. *O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos*. Psicologia em Estudo, v. 12, n. 2, p. 305-313. Maringá. 2007.
- FLECK, Adriana; PICCININI, César Augusto. *O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta*. Aletheia 40, jan./abr. 2013.
- GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. *Métodos de Pesquisa*. Editora UFRGS. Rio Grande do Sul, 2009.
- GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Editora Atlas. São Paulo, 2008.
- GOMES, Ana Lucia Henriques. Vínculo mãe-bebê pré-termo: as possibilidades de interlocução na situação de internação do bebê, Estilos da Clínica. 2001.
- LIMA, Larissa Gress; SMEHA, Luciane Najar. *A experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: uma montanha russa de sentimentos*. Psicologia em Estudo. Vol. 4. Rio Grande do Sul. 2019.
- MEDEIROS, Clarissa; VAISBERG, Tania Maria José. *Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos*. Psicologia Clínica, vol. 26, n.2, p. 49-62. Rio de Janeiro. 2014.
- NUNES, Sandra; FERNANDES, Marcos; VIEIRA, Mauro. *Interações sociais precoces: uma análise das mudanças nas funções parentais*. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano, 17(3):160-171. 2007
- RAAD, Alexandre José; CRUZ, Aline Maria Cardozo; NASCIMENTO, Marília Almeida. *A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal*. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 7, nº 2, p. 85-92. 2006.
- ROSA, Raíssa Ramos; GIL, Maria Estelita. *Suporte Psicológicos aos pais na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: encontros possíveis e necessários*. Revista SBPH vol. 20 n. 2. Rio de Janeiro, 2017.
- SCHAEFER, Marcia Pinheiro; DONELLI, Tagma Marina Schneider. *Intervenções facilitadoras do vínculo pais-bebês prematuros internados em UTIN: uma revisão sistemática*. Avances en Psicología Latinoamericana, Bogotá (Colombia), Vol. 35(2), pp. 205-218. 2017.
- SCORTEGAGNA, Silvana Alba; et al. *O processo interativo mãe-bebê pré-termo*. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 6, nº 2, p. 61-70. Rio Grande do Sul, 2005.
- SILVA, Luísa Aguiar; et al. *Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina*. Revista da AMRIGS, Porto Alegre. 2009
- SILVA, Rodrigo Sinnott; PORTO, Mariza Cristina. *A importância da interação mãe-bebê*. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.20, n.2, p. 73-78. 2016.
- SILVA, Sergio Gomes. *Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis*. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, p. 29-54. 2016.

SILVA, Vanessa Gomes; LEMGRUBER, Karla Priscilla. *A relação mãe-bebê na psicanálise: um breve estudo teórico*. Psicologia e Saúde em debate, 3(2):90-102. 2017.

SOUZA, Adriany Miorini Vieira; PEGORARO, Renata Fabiana. *O Psicólogo na UTI Neonatal: revisão integrativa de literatura*. Saúde e Transformação Social, v.8, n.1, p.117-128, Florianópolis, 2017.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

1. Em qual cidade você mora?
2. Qual sua data de nascimento?
3. Qual sua idade no período da gestação prematura?
4. Durante a gestação você ponderava a possibilidade de ter uma gestação prematura?
5. Como você imaginava o momento da chegada de seu bebê?
6. Quais características você esperava identificar no seu bebê?
7. Como sentiu-se e quais foram seus pensamentos ao perceber que o parto seria prematuro? Descreva:
8. Houve complicações antes e/ou durante o parto?
9. Você consegue descrever e nominar os sentimentos que possuiu ao ver seu/sua filho (a) pela primeira vez?
10. Descreva sobre sua rotina durante a internação do bebê em UTI Neonatal.
11. Como foi a experiência de amamentar seu filho pela primeira vez? Houve complicações?
12. A alta materna do hospital ocorreu anteriormente a alta do bebê? Caso sim, descreva como foi.
13. Por quanto tempo seu filho (a) ficou sob internação em UTI neonatal?
14. Qual foi sua rede de apoio (pessoas que te auxiliaram) durante esse período?
15. Como foi a dinâmica familiar junto da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc) dentro do hospital?
16. Dentro da unidade possuía acompanhamento de um psicólogo? Caso tenha, como foi essa experiência?
17. Você considera importante a presença de um profissional da Psicologia no ambiente hospitalar inserido em uma UTI Neonatal?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, acerca da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa **CONSIDERAÇÕES DE UMA PESQUISA DE CAMPO SOBRE A CONSTITUIÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ NA SITUAÇÃO DE GESTAÇÃO PRÉ-TERMO EM UTI NEONATAL**, do curso de Psicologia da Universidade de Sinop. Fui informada ainda:

- a) Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa;
- b) Da liberdade de participar ou não da pesquisa;
- c) Da segurança de que não serei identificada, e que a pesquisa manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha pessoa;
- d) Da garantia de que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo.

Nestes termos e considerando-me esclarecida, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando ao autor do projeto a propriedade intelectual das informações geradas, e expressando concordância com a divulgação pública dos resultados em âmbito acadêmico e científico.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante _____

Assinatura da pesquisadora _____