



RELAÇÃO DE APEGO MÃE-BEBÊ EM UTI NEONATAL

Gabriele Luana Calgaro

Caxias do Sul, 2019

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DE CONHECIMENTO DAS HUMANIDADES
CURSO DE PSICOLOGIA

RELAÇÃO DE APEGO MÃE-BEBÊ EM UTI NEONATAL

Trabalho apresentado como requisito para a aprovação na disciplina PSI0519AH – Trabalho de Conclusão de Curso II, sob a orientação da Profa. Dra. Tania Maria Cemin.

Gabriele Luana Calgaro

Caxias do Sul, 2019

AGRADECIMENTOS

Ao longo da minha trajetória acadêmica muitos desafios surgiram, muitos sentimentos vivenciados, muito aprendizado e muitas experiências diferentes. Com o Trabalho de Conclusão de Curso I e II, não foi diferente, ansiedade, amor e ódio, noites sem dormir, prazo a cumprir, entre tantos outros sentimentos e responsabilidades, misturados com disciplinas, estágio e ambulatórios. Tudo isso só foi possível, porque tive pessoas ao meu lado, que se fizeram presentes de todas as formas e que compreenderam meu momento. Mas antes de agradecer a cada um, meu agradecimento especial a Deus, que me deu forças para chegar até aqui, saúde – quando minha coluna não colaborou, me deu uma família sensacional, professoras maravilhosas, amigas especiais e uma universidade completa, para que eu pudesse chegar nesse momento.

Às minhas professoras que seguiram comigo, durante toda a graduação, passando seus conhecimentos e incentivando pela busca do conhecimento. Em especial, à Prof^a. Dr^a Tania Maria Cemin Wagner, que foi minha orientadora neste trabalho, contribuindo muito para minha formação, colocando-se disponível, respondendo as dúvidas, e muitas vezes criando alguns questionamentos necessários, além dos milhares que já existiam em minha cabeça. À Prof^a. Dr^a Raquel Conte, que me orientou no Trabalho de Conclusão de Curso I, acolhendo minhas angústias e dúvidas ao iniciar o projeto. E à Prof^a Denise Rasia Bosi, com quem compartilhei o estágio do ambulatório e, muitas vezes, foi compreensiva com minhas faltas na supervisão, pelo apuro com o trabalho, ou momentos em que eu não estava bem.

Agradeço imensamente à minha família, mãe e pai, que aguentaram firmemente esse momento, quando nem eu me aguentava, assim como, em todos esses anos de graduação. Sem vocês isso aqui não seria possível, vocês foram meu emocional, meu suporte, meu muro das lamentações e meu financeiro. Mana, obrigada por juntamente com nossos pais, me aguentar, e me apoiar, e pela ajuda, me escutando ler mil vezes a mesma coisa. Vocês foram e são fundamentais na minha vida. Obrigada por entenderem meus momentos de ausência, de sono em excesso, de dor na coluna, de reclamações, de desespero, e por terem dias que vocês conviveram com um verdadeiro zumbi dentro de casa.

Às minhas amigas, que tentaram entender a minha ausência, quando o TCC exigiu mais a minha presença. Obrigada pelo suporte emocional, por escutarem e lerem mil vezes a mesma frase: “Não aguento mais, quero férias!”. Em especial, quero agradecer, a Fabi, a Lê, a Nati e a Fer, que me ajudaram e me escutaram tantas vezes, vocês foram

fundamentais, na minha formação e nesse trabalho, entre tantas outras colegas de graduação que se tornaram amigas.

Um agradecimento especial, ao meu local de estágio clínico, Hospital Geral de Caxias do Sul, no qual pude estagiar na UTI Neonatal e ter, na prática, a experiência desta pesquisa. Agradeço imensamente à Psicóloga Andreia Toscan, que me deu a oportunidade de iniciar nesse local e me supervisionou durante dois semestres, à Psicóloga Franciele Guimarães que deu continuidade como minha supervisora local, à Prof^a Renata Sassi, minha supervisora acadêmica, três profissionais que levarei como exemplo, e que aprendi muito durante esse 1 ano e meio; ao Dr. Breno Fauth de Araujo, Pediatra e Professor na UTI Neonatal, e que foi meu pediatra, com quem tive a honra de estagiar e aprender, e aos demais colaboradores do setor, bem como, do Hospital, assim como minhas colegas de curso que estagiaram comigo.

Por fim, dedico este trabalho à minha avó Vitória, que infelizmente faleceu há 6 meses, antes da minha formatura, e que havia acompanhado meus estudos desde a pré-escola, e sempre dizia: “Gabi, tu estudas demais! ”. E a três pacientezinhos que fizeram toda a diferença em minha trajetória, uma linda menininha da UTINEO, uma pacientezinha da Oncologia, e um pacientezinho da Pediatria, obrigada por terem contribuído na minha formação, mas acima disso, me tornado uma pessoa melhor.

Hoje, mais um ciclo se encerra e a todos vocês, de todo meu coração e com toda a importância que cada um tem em minha vida, assim, como os que não foram citados nomes, mas sabem o lugar que ocupam, o meu muito obrigada! Gratidão por fazerem parte dessa conquista!

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	6
INTRODUÇÃO	7
OBJETIVOS	11
Objetivo Geral	11
Objetivos Específicos	11
REVISÃO DA LITERATURA	12
Descrição dos aspectos fundamentais da Teoria do Apego de J. Bowlby	12
Possíveis complicadores/facilitadores da relação de apego mãe-bebê durante a hospitalização na UTI Neonatal	14
Caracterização do processo de hospitalização de bebês na UTI Neonatal	17
MÉTODO	21
Delineamento	21
Fontes	21
Fontes Utilizadas	22
Instrumentos	22
Procedimentos	23
Análise de Conteúdo	23
RESULTADOS	25
DISCUSSÃO	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Categorias de Análise dos Recortes de Artigos	24
---	----

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral, identificar possíveis repercussões na relação de apego mãe-bebê, em função da hospitalização na UTI neonatal. Apresentam-se como objetivos específicos os seguintes: descrição dos aspectos fundamentais da Teoria do Apego de J. Bowlby, abordando o período inicial da relação de apego mãe-bebê; identificação dos possíveis complicadores e facilitadores da relação de apego mãe-bebê durante a hospitalização na UTI Neonatal, apresentando aspectos acerca da depressão gestacional e pós-parto; caracterização do processo da hospitalização de bebês na UTI Neonatal. Considerando a temática apresentada, optou-se por trabalhar como linha teórica norteadora, a psicanálise, mais precisamente, buscando-se aporte teórico na Teoria do Apego de John Bowlby, tendo em vista que, a mesma proporciona as bases necessárias para o entendimento dos objetivos aqui propostos. Além da Teoria do Apego, procura-se buscar artigos e obras literárias que possam dar o suporte necessário à construção do estudo. Utiliza-se como fonte de análise deste estudo, 5 artigos dos últimos cinco anos que apresentam especificamente a temática. Realizou-se um estudo com abordagem qualitativa e pesquisa bibliográfica de caráter exploratório. Visando, atender a demanda proposta pelos objetivos apresentados, bem como, seguir o padrão de uma análise de conteúdo, conforme Laville e Dionne (1999). Organizou-se uma tabela, dividida em categorias e subcategorias, bem como, os recortes de artigos previamente selecionados. Seguem as categorias e sequencialmente subcategorias elencadas a posteriori foram: 1.RELAÇÃO MÃE-BEBÊ, 1.1.UTI Neonatal – Privação de Afeto/Presença Física; 2. MÃE, 2.1. Experiência de Frustração na Gestação/Parto; 2.2. Vivência de Amparo; 2.3. Vivência de Impotência/Incapacidade. Após, discute-se e relaciona-se com a revisão de literatura, realizando um entendimento a respeito da rela o de apego mãe-beb  na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, utilizando-se a estratégia de emparelhamento de Laville e Dionne (1999).

Palavras-chaves: vínculo mãe-bebe uti neonatal; gesta o; apego; neonatos; puerpério; vínculo materno; uti neonatal; Bowlby.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca entender o vínculo materno entre mães e bebês em situação de internação dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A escolha desta temática ocorreu de forma gradativa. Ao perceber que muitos sintomas, transtornos e adoecimento mental, propriamente dito, que aparecem na adolescência e/ou idade adulta, estão relacionados a acontecimentos da infância.

Várias disciplinas cursadas, abordaram assuntos como vínculo, apego, desenvolvimento humano, psicopatologias, entre outras que proporcionaram o entendimento a respeito da ligação entre mãe-bebê e, consecutivamente a base para a saúde mental. Foi no decorrer do Estágio em Saúde e Processos Clínicos realizado em um hospital e, trabalhar principalmente no setor de UTI Neonatal, que ocorreu efetivamente o interesse pelo tema. Alguns questionamentos surgiram ao longo desse estágio, sendo que, procurou-se realizar algumas leituras breves, com o intuito de melhorar e aprimorar os atendimentos, com isso, constatou-se que existem muitos estudos referentes ao ambiente de UTI Neonatal. Esses estudos apresentam o olhar voltado para vários focos, entre eles: aleitamento, narcisismo materno, relação mãe-bebê, família do hospitalizado, equipe neonatal, entre outros.

Observando os estudos encontrados, inicialmente, verificou-se que muitas áreas, realizam pesquisas nesse ambiente. Dentro da área da Psicologia, compreende-se como importante ampliar o conhecimento sobre o vínculo, apego e afetividade entre mãe-bebê, uma vez que, autores do desenvolvimento reforçam acerca da importância da construção do vínculo para o desenvolvimento emocional do sujeito. Ramires e Schneider (2010) referem que “apego é um tipo de vínculo no qual o senso de segurança de alguém está estreitamente ligado à figura de apego.” (p.26), pode-se entender o quanto a figura de apego representa segurança, no caso do bebê em situação de UTI neonatal, tendo em vista que o mesmo não vivencia uma figura em tempo integral. Bowlby (em Ramires & Schneider, 2010) complementa “no relacionamento com a figura de apego, a segurança e o conforto experimentados na sua presença permitem que seja usado como uma “base segura”, a partir da qual poderá se explorar o resto do mundo. ” (p.26). Nesse contexto, percebe-se a importância do vínculo mãe-bebê; entendendo-se que em situação de UTI neonatal, é necessário auxiliar no fortalecimento desse vínculo, podendo ajudar no desenvolvimento do bebê. Assim, independente do motivo da internação, seja patológica, ou prematuridade, o apoio da figura de apego gera segurança para o recém-nascido se desenvolver.

Este estudo, também, visa contribuir para a área da saúde materno-infantil, possibilitando um diálogo interdisciplinar com as diversas áreas envolvidas na saúde. Uma pesquisa realizada por Oliveira, Barbosa, Galvão e Cardoso (2009) apresenta como a tecnologia é essencial para o saber da saúde. De acordo com as autoras, os “avanços incidem de forma importante na área da saúde, em particular, na neonatal, que demonstra uma diminuição do índice de morbimortalidade. ” (p.45) Dessa forma, o uso das tecnologias, o aprimoramento das mesmas e o saber humano, auxiliam de modo significativo e positivo no ambiente hospitalar, mais precisamente na área de neonatologia, em que as mesmas autoras mencionam diminuição na taxa da morbimortalidade. Oliveira et al. (2009), ainda, classificam as tecnologias da área da saúde em “leve (tecnologia de relações, acolhimento), leve-duras (saberes bem estruturados que operam nos serviços de saúde) e duras (como no caso de equipamentos, máquinas, estrutura organizacional). ” (p.45). Entende-se como tecnologias, desde a assistência humanizada, a profissão/profissional (o saber), estrutura física, aparelhos (monitores, sondas, incubadora, oxímetros, respiradores, entre outros).

Oliveira et al. (2009) consideram a importância de o hospital ser um local propício para desenvolver a saúde, e em se tratando de neonatal, as mesmas autoras enfatizam ações humanitárias que respeitem as individualidades, possibilitem o vínculo mãe-bebê, oportunize um acolhimento, tanto para o recém-nascido quanto para a família e que sejam asseguradas as tecnologias para as necessidades do bebê, enquanto hospitalizado. Pode-se perceber as diversas áreas que as tecnologias abrangem, como por exemplo, psicologia, enfermagem, fisioterapia, medicina, farmácia, nutrição, setor organizacional, entre outros, que colaboram para o bom funcionamento de uma unidade, e por fim, relacionando-se com os demais setores hospitalares.

Para a medicina, esse estudo pode colaborar ajudando a entender melhor o momento e funcionamento das mães que frequentam a UTI Neonatal. Maldonado (1997) relata o período do puerpério, como fase de vulnerabilidade para que ocorram crises, pois, corresponde a intensas modificações intra e interpessoais que são desencadeadas a partir do parto. A mesma autora enfatiza que “a labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto: a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, essa última podendo atingir grande intensidade. ” (p.89).

Baker, Kaij e Nilsson (em Maldonado, 1997) mencionam a ação de fatores bioquímicos que ocorrem no pós-parto, que elevam, por exemplo, a secreção de corticosteroides, e a diminuição súbita de hormônios, os quais contribuem para a monotonia e frustração das mães, em período de internação. A ansiedade também é citada

pelos autores, principalmente na fase final da gestação, ocorrendo um processo de transição da ansiedade para conscientização da realidade, satisfação maternal e responsabilidades perante à nova vida que chegou, bem como, aceitar as limitações que lhes são impostas, a partir da chegada do bebê. Entender esses fatores, entre outros, que podem ser explorados, a partir do presente estudo, pode contribuir para a vinculação da mãe com o serviço hospitalar, facilitando, assim, o vínculo com o recém-nascido e colaborando para a seu desenvolvimento psicológico e biológico clínico.

Visando contribuir com a sociedade, este estudo pretende apresentar principalmente às mães, em momento gestacional, caso venham a ter parto prematuro, mães com bebê hospitalizado em UTI Neonatal, bem como, equipes hospitalares, para que entendam e saibam orientar sobre a importância do vínculo materno, no aparato psíquico. Segundo o Ministério da Saúde (2015), “a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades.” (p.7). Sendo assim, evidencia-se a importância de uma boa orientação e atenção, às mães e equipes hospitalares, quanto à vinculação mãe-bebê.

Além disso, a sociedade, ainda fortemente patriarcal, mas em transformação em relação às novas configurações familiares, predetermina a função da mulher como mãe e esposa, o que pode gerar culpa nas mães que não conseguem investir em seus filhos, ou encontram dificuldades na vinculação. Portanto, esse trabalho, também, pode contribuir para aliviar a pressão social sobre as mulheres e resgatar a visão e a forma como cada uma delas pode ressignificar seu papel durante o processo de hospitalização de seus bebês. Segundo Azevedo e Arrais (2006), a figura do pai vem sendo inserida, gradualmente, nas tarefas domésticas, enquanto que a materna cresce aceleradamente no cenário do mercado de trabalho. No entanto, as autoras consideram que apesar desse fenômeno, a figura da mãe permanece como referência para os filhos.

Ainda, de acordo com Azevedo e Arrais (2006), a mulher vive com a imagem representada das mulheres que eram educadas apenas para cuidar da casa e dos filhos, tendo em vista que hoje, as mulheres “têm outros interesses, desejos, informações, expectativas e, sobretudo outras alternativas para se realizarem como mulher, que não estão mais restritas à maternidade.” (p.270). As autoras consideram que tal fato gera angústias, culpa e ambivalência materna. Contudo, aprimorar os conhecimentos nesse âmbito pode colaborar para aliviar o sofrimento das mães e facilitar o vínculo mãe-bebê.

Deste modo, com o propósito de identificar possíveis repercussões no vínculo mãe-bebê, a partir do processo de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal,

este trabalho tem como finalidade o aprimoramento e expansão do conhecimento sobre o investimento materno com o bebê. Por fim, entendendo-se a importância da temática exposta, os diversos pontos que a mesma abrange e as inúmeras áreas que o presente estudo pode auxiliar, delimita-se o problema de pesquisa: Quais as possíveis repercussões na relação afetiva mãe-bebê, em função da hospitalização na UTI neonatal?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar possíveis repercussões na relação de apego mãe-bebê, em função da hospitalização na UTI neonatal.

Objetivos Específicos

- Descrever dos aspectos fundamentais da Teoria do Apego de J. Bowlby;
- Identificar possíveis complicadores/facilitadores da relação de apego mãe-bebê durante a hospitalização na UTI neonatal;
- Caracterizar o processo de hospitalização de bebês na UTI neonatal.

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura aborda o tema, a partir dos objetivos propostos, possibilitando entender com embasamento teórico, conceitos e aspectos fundamentais para o entendimento do presente trabalho. Inicia-se apresentando aspectos fundamentais da teoria de J. Bowlby e sobre a gestação e o puerpério, com os possíveis complicadores e facilitadores deste momento, e, posteriormente, descreve-se acerca da caracterização da hospitalização em UTI Neonatal, também abordando as possíveis interferências neste processo.

Descrição dos aspectos fundamentais da Teoria do Apego de J. Bowlby

Por volta da década 1950, prevalecia apenas um ponto de vista a respeito da origem da vinculação afetiva, ocorrendo concordância entre a psicanálise e os teóricos da aprendizagem. No entanto, Bowlby (2015) aborda que nas décadas iniciais, os cientistas da psicologia voltados para a fisiologia e a aprendizagem, não apresentavam interesse sobre a temática da vinculação afetiva e, o assunto passou despercebido e inexistente. Porém, para a psicanálise, o tema sempre chamou a atenção, pela importância “dos vínculos afetivos nas vidas e problemas de seus pacientes.” (Bowlby, 2015, p.96). Entretanto, a caracterização científica do mesmo, levou um tempo para ser estruturada, quanto à “formação, manutenção e rompimento de tais vínculos. ” (Bowlby, 2015, p.96). O autor define que “a formação de um vínculo é descrita como “apaixonar-se”, a manutenção de um vínculo como “amar alguém” e a perda de um parceiro como “sofrer por alguém.” (p.98). Segundo Bowlby (2015), os vínculos afetivos estabelecidos entre os indivíduos, ocorrem pelo fato de um indivíduo necessitar do outro para satisfazer alguns impulsos - primários e secundários, como, por exemplo, a alimentação na infância. Levando-se em conta a afirmação do autor, pode-se entender que, o processo de vinculação ocorre como uma necessidade mútua e natural de troca entre dois indivíduos. Além desses fatores, Bowlby (2015) apresenta que os vínculos afetivos podem ser desenvolvidos porque o “ser” nasce com tendência a se aproximar de classes de estímulos familiares e tendem a evitar estímulos estranhos. Pode-se entender que a vinculação apresentada pelo autor tem como função biológica em indivíduos da mesma espécie, a proteção, a nutrição e a reprodução, para a sobrevivência.

Spitz (1998) considera a formação do vínculo, primeiramente, biológico, salientando que nessa vinculação não se trata de uma situação social de relacionamento,

com características afetivas, mas sim, a etapa “*in utero*”, que se trata da relação do feto com a mãe, como parasítica, ou seja, o feto precisa do corpo da mãe para sobreviver. No entanto, o mesmo explica que o vínculo mãe-bebê ocorrerá ao longo do primeiro ano de vida da criança, período que ocorre transformação do fisiológico para o psicológico e para a convivência social. Assim, a partir do nascimento iniciará uma vinculação afetiva, segundo esse autor, no momento em que ocorre a convivência propriamente dita.

A vinculação afetiva resulta do comportamento social e individual de cada espécie, e a interação que um indivíduo apresenta com o outro, de mesma espécie; o que implica, segundo Bowlby (2015), no “comportamento de manutenção da proximidade.” (p.97). Essa conclusão de Bowlby em um de seus estudos sobre o prevalecimento da vinculação vai ao encontro do conceito da formação de vínculo, apresentado por Spitz.

Conforme Brazelton (1988), “o apego e os cuidados parentais não são simplesmente temas relacionados aos cuidados, mas também aos processos de aprendizado sobre como lidar com a cólera, frustração [...]” (p.14). Ainda segundo o autor, se não houvesse o lado negativo, não existiria os sentimentos de sucesso gerados pelo apego, responsáveis pela sensação de recompensa. Desse modo, pode-se pensar que ambas as partes, tanto bebê quanto os pais, fazem investimentos na relação, na expectativa do sentimento de recompensa, o que reforça a necessidade do outro para satisfação de alguns impulsos, como já mencionado anteriormente. Esse conceito de Brazelton apoia a teoria de Spitz, sobre a formação de vínculos, e ambas validam, de certa forma, a teoria de Bowlby, sobre a vinculação afetiva e o comportamento social, assim como, individual da mesma espécie, isto é, que é preciso haver uma interação entre os indivíduos para que ocorra o apego propriamente dito.

Para Bowlby (2002), durante os doze meses iniciais, praticamente todos os bebês desenvolvem um vínculo sólido com a figura materna. Contudo, Bowlby (2002) propõe que a vinculação da criança com a mãe “é um produto da atividade de um certo número de sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível.” (p.221). Dessa forma, ainda segundo o autor, complementa-se com a ontogênese humana, em que nesses sistemas – comportamentais – é demorado e amplo, com um progresso que varia de criança para criança, nos primeiros doze meses de vida.

De acordo com Bowlby (2002), comportamento de apego “é considerado uma classe de comportamento social de importância equivalente à do comportamento de acasalamento e do parental.” (p.222), ou seja, o autor relaciona a um papel biológico específico. A ativação desse comportamento de apego, não ocorre através de impulsos ou necessidades, mas sim, através da ativação de determinados sistemas comportamentais. No

bebê, Bowlby (2002) acredita que os sistemas comportamentais são desenvolvidos a partir da interação com o meio ambiente, através da adaptabilidade evolutiva, com a interação da figura fundamental nesse meio, a mãe.

Possíveis complicadores/facilitadores da relação de apego mãe-bebê durante a hospitalização na UTI Neonatal

Para Maldonado (1997), a mulher passa por três períodos críticos, no decorrer do ciclo vital – adolescência, gravidez e climatério. Esses períodos são constituídos de mudanças psicológicas que afetam a formação da personalidade, crise de identidade, contexto e papel perante o social, e momentos de mudanças biológicas – hormonal e metabólica.

A gestação vai exigir da mulher, além de condição física, uma estrutura psíquica para passar pelos nove meses e pós-parto. Segundo Maldonado (1997), na gestação, a mulher vai precisar reajustar-se e reestruturar-se em algumas dimensões. Inicialmente ocorre uma nova definição de papel – em que a mulher acrescenta à sua identidade o papel de mãe, passando a se ver e a ser vista de forma diferente. De acordo com Carvalheira, Carvalhaes e Parada (2018), toda a adaptação que os novos papéis exigem, podem ocasionar demanda psíquica, tanto individual da própria mulher quanto nas relações da mesma. As autoras enfatizam a presença de uma instabilidade emocional como natural no período de transição e adaptação da gravidez, parto e nascimento do filho. Entretanto, atentam para o fato de que, é nos períodos pré e pós-parto que a mulher apresenta mais risco de desenvolver alguma forma de transtorno mental.

Conforme Carvalheira et al. (2018), são nessas etapas que a mulher se ausenta de atividades coletivas, como por exemplo, o trabalho e o lazer. Brazelton (1998) afirma que existe “o desejo de ser uma boa mãe e a vontade de estar disponível para o progresso em sua carreira. ” (p.20). Entendendo-se essa dualidade mãe-profissional, o momento de gestação e puerpério, torna-se ambíguo. Somado isso tudo ao momento de labilidade emocional, pode favorecer o desenvolvimento de depressão pré ou pós-parto, ou ainda, qualquer outro transtorno mental. Considerando a reestruturação no que tange à área socioeconômica e pensando no papel que a mulher ocupa hoje, nesse espaço e em algumas famílias, sendo a principal fonte de renda, Maldonado (1997) afirma que “o fato de ter um filho acarreta consequências bastante significativas. ” (p. 27). Nesse sentido, “privações reais, sejam afetivas, sejam econômicas, aumentam a tensão, intensificam a regressão e a ambivalência.” (Maldonado, 1997, p. 27) podendo ocasionar sentimentos negativos na gestante. Isso pode gerar sentimento de frustração e preocupação com o futuro, o que de

certa forma, pode levar a gestante a ter raiva e ressentimentos do bebê, principalmente quando entende como se o bebê fosse culpado pelo interrompimento da atividade laboral, por exemplo.

Maldonado (1997), destaca uma característica importante sobre a gestação, como um momento para manter ou atingir níveis de diferenciação do feto/bebê, saudáveis, nesse período de transição, que a gestante consegue amadurecer e expandir a sua personalidade. É fundamental poder perceber o bebê como um ser separado e, adequadamente, satisfazer as necessidades do mesmo, sem manter uma simbiose com ele. Ainda, a mesma autora aborda que a mãe que se constitui baseada em uma relação doentia vai gerar uma expectativa de que o filho preencha necessidades, ou que pode representar, de certa forma, algum sintoma da mãe. Esteves, Anton e Piccinini (2011) destacam o processo de tornar-se mãe e as mudanças dessa fase, identificando que o contato inicial entre mãe-bebê, proveniente ainda da gestação e consecutivo após o parto, tende a determinar o modo de relação subsequente. Os autores constataam em seu estudo, que o preparo psicológico da mãe para passar pelo processo gestação-nascimento-puerpério é significativo, quando a mesma tem desejo em tocar, ver, aceitar e cuidar do seu bebê, entendendo-o como um ser independente.

De acordo com Wirth (em Esteves et al.,2011) o momento gestacional irá promover transformações psíquicas acentuadas na família. No entanto, o casal parental irá viver esse período de maneira diferente, conforme a história de cada um enquanto bebê, ou seja, tanto a mãe quanto o pai, também terão a influência de suas experiências psíquicas como bebês e de suas próprias infâncias e, passarão por adaptações ao tornar-se pais. Para Maldonado (1997), o relacionamento do casal frente à gestação pode ser atingido, dependendo da forma como é a relação, a gravidez pode integrar e harmonizar, ou fragilizar e romper com os laços. A autora considera que, às vezes, para o homem pode ser difícil tolerar a presença do filho, sentindo ciúmes, relacionando o ciúme do filho, com o sentimento que o marido possa ter sentido na relação com seus irmãos, por exemplo. E para a mulher, a autora enfatiza, estar relacionada à dependência infantil com a própria mãe, ou ainda, se existir um complexo de inferioridade por ser mulher, sendo que a gravidez poderá representar uma ameaça para o matrimônio e, até mesmo, para seu próprio equilíbrio.

Dentre as complicações ou facilidades deste processo, encontra-se a depressão gestacional e pós-parto. De acordo com Carvalheira et al. (2018), o transtorno mental predominante durante a gestação e o puerpério é a depressão. Na gravidez, há predominância de 10% e pós-parto de 13%, nas mulheres que pertencem a países de alta renda. Considerando os índices referentes aos países em desenvolvimento, a porcentagem é

ainda maior, na gravidez há prevalência de 15,6% dos casos e, após o parto, a taxa de depressão é de 19,8%. “A depressão tanto em países subdesenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, constituem problema relevante.” (Carvalho et al 2018, p.352).

As autoras enfatizam que “a depressão pós-parto possa ser a continuidade da depressão pré-parto. ” (p.352), isto é, provavelmente a depressão que as mulheres apresentam no puerpério iniciou durante o momento gestacional, e por ser um período de intensa instabilidade emocional, na maioria das vezes, as gestantes não são diagnosticadas, o que ocasiona a extensão para o período pós-parto. Carvalho et al. (2018) abordam que “um terço das mulheres que desenvolvem sintomas depressivos no puerpério mantém o quadro além do primeiro ano após o parto. ” (p.352), entendendo-se que durante os primeiros meses de relação com o bebê, essa mulher estará em sofrimento psíquico, e possivelmente tendo dificuldades em relacionar-se com o mesmo.

Inicialmente os primeiros dias após o parto são, segundo Maldonado (1997), os de emoções mais intensas, na primeira semana pós-parto, “a labilidade emocional é o padrão mais característico” (p.89) variando de um humor deprimido à euforia, em um tempo muito curto e sendo capaz de atingir grande intensidade. “À melancolia da maternidade, conhecida ou denominada de “*baby blues*”.” O’Hara, Souza, Burtet e Busnelo, (em Schmidt et al., 2005). Isto é, os autores conceituam o “*baby blues*” como o período de cinco dias após o parto, que as emoções estão mais sensíveis, com remissão espontânea de sintomas; o “*baby blues*” pode ser relacionado, de certa forma, com a labilidade emocional, trazida por Maldonado (1997).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da depressão gravídico- puerperal, identificados por Carvalho et al. (2018), são: ausência de suporte familiar, conjugal e social; gravidez não planejada/desejada; história prévia de depressão; estresse extremo e ansiedade; dependência de álcool, tabagismo ou outras drogas, violência doméstica, situação de pobreza; dificuldades financeiras; baixa escolaridade; desemprego e violência. Camacho et al. (2006) apresentam como fatores de risco para depressão gravídico- puerpério: histórico de algum transtorno psiquiátrico antecedente; acontecimento estressor vivenciados em um período que compreenda os últimos 12 meses; encontrar-se desempregada; o cônjuge estar desempregado; idade abaixo de 16 anos; não ter suporte social; solteira ou divorciada, entre outros.

Ainda de acordo com estudos de Boyce e Hickey (em Camacho et al.,2006), outros fatores de risco podem colaborar para a depressão na gestação e no puerpério, como “personalidade vulnerável (mulheres pouco responsáveis ou organizadas), esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, apresentar poucas relações afetivas satisfatórias e suporte

emocional deficiente.” (p.94). Entende-se por essa colocação, que mulheres que apresentam estrutura psíquica vulnerável, que não tem as expectativas supridas com a gestação e uma rede de apoio emocional suficientemente boa, aparentam maior tendência à depressão nesse período da vida. Segundo Maldonado (1997), a depressão pós-parto é merecedora de atenção e cuidados, pois, essa patologia ocorre quando há uma “quebra muito grande da expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho.” (p.91) Nesse sentido, entende-se que a mãe não conseguirá vincular-se com o bebê, “a prostração e a incapacidade de assumir a função materna têm também aspectos regressivos, de identificação com o próprio bebê.” (Maldonado, 1997, p. 91). Assim, a mãe também vai necessitar de cuidados, tanto quanto o bebê, fazendo com que os familiares se mobilizem em prol de atenção.

Segundo Schmidt et al. (2005), se tratando da depressão pós-parto, a mesma pode ocorrer no período de até um ano após a gestação, geralmente, a predominância é entre a quarta e oitava semana pós-parto. Ainda segundo as autoras, a depressão manifesta-se através dos seguintes sintomas: choro constante; ansiedade; irritabilidade; sensação de incapacidade para lidar com novas demandas; sentimento de desesperança e desamparo; ausência de energia; falta de motivação; transtornos alimentares; alterações no sono e desinteresse sexual.

A partir do entendimento realizado pela literatura exposta, compreende-se a importância de um diagnóstico preciso e precoce em relação à depressão gravídico-puerperal, pelo fato de suas consequências atingirem o vínculo materno-infantil, a mulher e a família em um todo, como ressaltam Carvalheira et al. (2018):

A depressão no ciclo gravídico-puerperal pode gerar consequências graves para a mulher, família e criança, sendo esta tanto na formação do feto, quanto no vínculo mãe-bebê e conseqüente prejuízo no seu desenvolvimento, o que evidencia a importância dos sintomas depressivos serem investigados na assistência pré-natal. (p.352)

Caracterização do processo de hospitalização de bebês na UTI Neonatal

Segundo o Ministério da Saúde (2015), a prematuridade ou bebês pré-termos são aqueles bebês que nascem antes de completar as 37 semanas gestacional. Atualmente, cerca de 10% dos partos ocorrem antes do tempo completo previsto de gestação. Levando-se em conta a prematuridade ou o baixo peso do recém-nascido, que o Ministério da Saúde adverte ser abaixo de 2.500gr., é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que

o bebê e sua família recebam atendimento humanizado, para passar pelo período de hospitalização de forma calma e com confiança. (<http://www.saude.gov.br/noticias/823-assuntos/saude-para-voce/40775-bebes-prematuros>).

Considerando que o tratamento para prematuridade, baixo peso ou bebês com alguma complicação, em faixa etária inicial de vida, é disponibilizado atendimento pelo SUS, e o local adequado para isso é em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Schmidt, Sassá, Veronez, Higarashi e Marcon (2012) caracterizam a UTI Neonatal como um setor em que a tecnologia é superada a cada dia, o que faz com que o ambiente se torne, de certo modo, sem afetividade e frio. Os autores relatam que para os pais esse ambiente passa a visão de “assustador e gera uma experiência de desamparo” (p.74). Desse modo, pode-se compreender a dificuldade que muitas mães têm de enfrentar a convivência nesse setor de internação.

De acordo com Schmidt et al. (2012), os pais têm consciência sobre a possibilidade do nascimento de um bebê que precisará de cuidados intensivos, porém, permanecem mantendo a esperança de que a criança nascerá saudável e mantendo-se junto à mãe. No entanto, essas expectativas são barradas a partir do momento em que ocorre um parto prematuro, ou quando o bebê não nasce de forma saudável, frustrando principalmente as expectativas e fantasias da mãe, geradas durante a gestação. Os mesmos autores mencionam que, para os pais, a primeira visita na UTI Neonatal, provoca “um estado inicial de choque” (p.74), primeiro, provocado pelo nascimento abrupto e em condições inesperadas, e segundo, por deparar-se com uma realidade totalmente oposta do que planejavam e idealizavam para o bebê, que se apresenta frágil e necessitando de cuidados intensos.

Geralmente, os bebês de UTI Neonatal ficam por tempo prolongado em internação, o que, segundo Schmidt et al. (2012), contribui para o aumento do estresse dos pais, devido à privação do ambiente, o que dificulta a formação e o estabelecimento de vínculo e apego. Ressalta-se que o bebê prematuro, inicialmente, fica em leito de incubadora, restrito aos cuidados de toque e contatos – luvas, avental, máscara e até protetor ocular – muitos bebês passam dias sem que os pais possam efetivamente pegar no colo, e principalmente, sem que a mãe possa amamentar no peito.

O risco de morte que muitos recém-nascidos correm acionam mecanismos de defesas nas mães, como proteção para o sofrimento, conforme Maldonado, Dicktein e Nahoum (em Thomaz, Lima, Tavares & Oliveira, 2005). Os autores afirmam que “quando o bebê corre risco de morte, os pais sentem medo de fazer ligação afetiva forte com o filho, porque ele pode não sobreviver.” (p. 140)

Em meio à hospitalização e à rotina diária da UTI Neonatal, Schmidt et al. (2012) destacam a importância do acolhimento e amparo às mães e pais dos bebês internados. As mesmas autoras destacam que, inicialmente, é fundamental que os pais se familiarizem com o ambiente, superando a impressão que têm a respeito do setor, e salientam o sofrimento psicológico que emerge, frente à internação do filho recém-nascido e às condições do mesmo.

Schmidt et al. (2012) enfatizam que a primeira percepção dos pais de uma UTI Neonatal, deve ser amenizada, e para isso, é preciso que a equipe multidisciplinar saiba reconhecer o momento que os pais estão passando, para intervir de forma adequada e promover o apoio. As autoras consideram que “a família precisa ser ouvida, apoiada, assistida [...]” (p.77), relacionando que é nesse momento em que os pais têm o primeiro contato com o RN, na maioria das vezes, muito pequeno, doente, debilitado, fragilizado, antecipando e causando um sentimento de luto nos mesmos. Todavia, as autoras ressaltam que o estudo apresentou, também, mães que entenderam esse momento como a possibilidade de se superarem, verbalizando o momento como propício para vivenciarem sentimento de amor, apropriação da maternidade e paternidade, afeto, carinho, transmitir segurança ao filho e conforto.

Conforme Schmidt et al. (2012), para os pais, conhecer o setor da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e constatar que o filho recebe o tratamento e cuidados necessário, faz com que eles se sintam seguros para confiar na equipe de saúde, e confiar o filho aos cuidados dos mesmos. Dessa forma, as autoras relacionam a confiança como um fator positivo. A desmistificação do setor como um local que se associa à morte, também é visto pelas autoras como um fator importante, para que as mães sintam-se a vontade em visitar os bebês e vincular-se com eles.

As autoras abordam sobre a importância de as mães terem com quem compartilhar a experiência, o relato, principalmente da primeira visita ao filho na UTI Neonatal, dividir os sentimentos e emoções, bem como, o apoio de alguém da própria família (Schmidt et al., 2012). A ansiedade e a necessidade de apoio e assistência, também são relatados por Schmidt et al. (2012), no que tange aos sentimentos das mães e às necessidades das mesmas, quando se trata de permanecer no acompanhamento do bebê na UTI neonatal.

Conforme Schmidt et al. (2012), “o imaginário dos pais sobre as condições de saúde do filho geralmente tende a ser pessimista [...]” (p.80), por isso, a importância das informações que a equipe passa, serem claras. As autoras enfatizam sobre a validade de um apoio e a oportunidade dos momentos de escuta, bem como, momentos em que se possa passar o quadro clínico do bebê sem gerar temor, ou ameaças. Ressaltam a importância de

focar nos pontos positivos, enaltecendo a força familiar, passando informações precisas, colaborando com a diminuição da ansiedade dos pais. Para Schmidt et al. (2012), é fundamental assumir uma postura empática e respeitar o tempo de adaptação necessário e particular de cada mãe e pai, da mesma maneira, consideram importante valorizar e acolher os sentimentos expressados pelos pais, de forma a amenizar essa vivência, para que os traumas sejam diminuídos.

MÉTODOS

Delineamento

Para atender os objetivos do presente trabalho, o método utilizado correspondeu a abordagem qualitativa. Minayo, Deslandes, Neto e Gomes (2010) consideram que a abordagem de ordem qualitativa abrange um grau de realidade que não é possível ser descrito de forma quantificada. As autoras mencionam que esse tipo de abordagem trabalha com os significados, os motivos, valores, atitudes, aspirações, bem como, crenças.

Minayo et al. (2010) salientam que a pesquisa qualitativa busca entender os fenômenos humanos, e a realidade social em que o indivíduo está inserido. Richardson (1999) complementa que os estudos que utilizam a metodologia qualitativa, geralmente tem por finalidade, descrever:

A complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades dos comportamentos dos indivíduos. (p.80)

Para atingir o objetivo proposto pelo trabalho, a partir da abordagem qualitativa, a pesquisa bibliográfica será de caráter exploratório. Segundo Gil (1989), a pesquisa exploratória apresenta menos rigidez, tem como eixo principal, aprimoramento, modificação e explicação de ideias, bem como de conceitos. Além disso, o autor sugere que esse tipo de pesquisa possa orientar para novas hipóteses ou problemas precisos, que estimulem estudos posteriores. Justifica-se o fato de ser exploratória, na menção de Gil (1989) “quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizadas.” (p.45).

Fontes

Teve como fonte do presente trabalho, o material bibliográfico - artigos e livros, previamente selecionados para a pesquisa. Foram selecionados cinco artigos para realizar recortes de trechos que respondem ao problema de pesquisa. Relaciona-se, a seguir, as referências deste material utilizado como fonte de análise:

Fontes Utilizadas

Artigos

Cartaxo, L. da S., Torquato, J. A., Agra, G., Fernandes, M. A., Platel, I. C. dos S. & Freire, M. E. M. (2014). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem*, 22(4), 551-557.

Chvatal, V. L. S., Vasconcellos, J. F. de J., Rivoredo, C. R. S. & Turato, E. R., (2017). Mecanismos de Defesa Utilizados por Adolescentes com Bebês Prematuros em UTI Neonatal1 [Versão Eletrônica]. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(1), 430-438.

Moura, M. M. D. de, Guimarães, M. B. L. & Luz, M., (2013). Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar [Versão Eletrônica]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 393-404.

Pontes, G. A. R. & Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 63(4):290-8.

Santos, L. F., Souza, I. A., Mutti, C. F., Santos, N. de S. S. & Oliveira, L. M. de A. C., (2017). Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(3), e1260016.

Instrumentos

Com base em Gil (2008), destaca-se que os instrumentos relacionados às técnicas de coleta de dados, foram devidamente pertinentes ao tipo de pesquisa efetuada.

Utilizou-se do instrumento Tabela, para a avaliação dos dados, que conforme Gil (2008) “ a maioria dos relatórios de pesquisa social requer a inclusão de tabelas para resumir ou sintetizar os dados. ” Portanto, elaborou-se uma tabela, contendo recortes dos

trechos dos artigos, previamente selecionados, juntamente com o emparelhamento dos trechos e teoria pesquisada.

Procedimentos

Inicialmente realizou-se um levantamento de publicações científicas, no banco de dados da Scielo – Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), optando por usar apenas esses bancos de dados, devido ao curto prazo para pesquisa, e levando-se em conta, utilizar mais obras literárias sobre o assunto. Em que os descritores utilizados para a pesquisa bibliográfica geral, foram: vínculo mãe-bebe uti neonatal; gestação; apego; neonatos; puerpério; vínculo materno; uti neonatal; Bowlby. Efetuou-se leitura e pesquisa de livros com a temática relacionada aos objetivos do presente trabalho, como forma de expandir e complementar as informações pesquisadas nas publicações científicas.

Os procedimentos foram executados a partir da seleção e coleta dos materiais informados no item “Fontes”, e a partir da leitura realizou-se a escolha e interpretação dos mesmos, organizando os itens selecionados. A escolha dos artigos, foi baseada no assunto abordado neste trabalho. Após ler os artigos, realizou-se a seleção dos mais pertinentes com o assunto, seguindo-se dos recortes específicos, para que fosse realizada a junção com o conteúdo teórico. Elaborou-se uma tabela para a categorização dos dados, obtida através do emparelhamento dos conteúdos teóricos e os recortes dos artigos analisados.

Análise de Conteúdo

Conforme Laville e Dionne (1999), a estratégia de emparelhamento, utilizada nesse estudo, tem como objetivo associar os dados constatados que foram obtidos, relacionando com a teoria pesquisada, dessa forma, pode-se analisar e relacionar os aspectos em comum encontrados entre os mesmos. Contudo, observa-se a correlação entre teoria e prática, de forma a sustentar o emparelhamento.

A análise se deu a partir dos recortes de artigos escolhidos, a partir dos dados obtidos, realizou-se o emparelhamento com a teoria, ou seja, a associação dos recortes, dentro de cada subcategoria, relacionando-os com a teoria, e assim, entender a importância da pesquisa e o papel da Psicologia na relação de apego mãe-bebê.

De acordo com Laville e Dionne (1999) as categorias analíticas são definidas como o que organiza o processo de junção dos conteúdos selecionados. Neste trabalho será utilizado as Categorias de Modelo Aberto, ou seja, “ as categorias não são fixas no início, mas tomam forma no curso da própria análise” (Laville & Dionne, 1999, p.219). Dessa

forma, a análise de conteúdo foi realizada a posteriori, definidas após a revisão de literatura, e recortes dos artigos, e a partir disso, a análise foi efetuada para que ocorresse a associação entre teoria e objeto pesquisado.

RESULTADOS

Através de uma análise detalhada dos artigos selecionados ocorreu o recorte de alguns trechos e, posteriormente, o delineamento das categorias, pelas quais possibilitaram contemplar os objetivos propostos nesta pesquisa. Com o intuito de dar continuidade a esta etapa, são apresentados os resultados que demonstram as vivências das mães com filhos internados em UTI Neonatal e a relação mãe-bebê no setor UTI Neonatal.

Para melhor interpretação, organização e entendimento dos dados, foi elaborada uma tabela que contem categorias de análise que emergiram de acordo com a leitura e recortes dos artigos selecionados, buscando responder ao problema de pesquisa. As categorias apresentam os temas a seguir: 1. Relação Mãe-Bebê 1.1.UTI Neonatal – Privação de Afeto/Presença Física; 2. Mãe, 2.1. Experiência de Frustração na Gestação/Parto; 2.2. Vivência de Amparo; 2.3.Vivência de Impotência/Incapacidade.

Tabela 1

Categorias de Análise dos Recortes de Artigos

Categorias	Sub Categorias	Recortes
Rela�o mãe-bebê	UTI Neonatal – Priva�o de Afeto/Presença Física	A) “Pensamos que o sentido do "afeto" no toque já deve ser esclarecido: as crianças são muito tocadas, sim, mas no sentido contrário ao do afeto, ou seja, manipuladas tecnicamente. O toque com finalidade de acolhimento do bebê estabelece uma comunica�o, e o toque "profissional" ou técnico pode estabelecer uma "distância" entre o pequeno ser e o mundo humano, justamente pelo contraste entre a vida intrauterina c�lida e está "exterior" e "fria”.” (Moura et al., 2013, p.394). B) “Os sentimentos maternos em rela�o a um bebé prematuro podem ser atenuados ou reforçados segundo a oportunidade, ou não, dessa mãe participar, de alguma forma, dos

cuidados do filho. A privação da mãe para o cuidado de seu filho, que geralmente ocorre durante a hospitalização, gera confusão sobre o que se espera dela nesse período.” (Cartaxo et al. 2014, p.552)

C) “A falta de oportunidade de a mãe interagir afetivamente com seu filho hospitalizado pode levar a um prejuízo do apego e ocasionar desordens no relacionamento futuro de ambos. Estudos evidenciam que o sentimento de apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal. ” (Cartaxo et al., 2014, p.552).

D) “[...] Estando na UTIN, o RN fica mais restrito dos cuidados da mãe e, quando o RN está estável, é que a mãe tem o primeiro contato com seu bebê, conhece suas feições, pode tocá-lo e cuidar dele. Isso faz com que o sentimento de amor pelo seu bebê prematuro cresça e o envolvimento emocional aumente. O envolvimento aumentará na medida em que se recebe algo em troca e, dessa forma, a mãe vai vendo seu bebê prematuro com mais carinho e amor.” (Pontes & Cantillino, 2014, p.296).

E) “Na ambivalência dos discursos das mães, destacam-se os aspectos paradoxais da UTI neonatal, vida e morte, medo, insegurança, dor, sofrimento, separação e risco de morte do recém-nascido, contrapondo-se ao mesmo tempo ao seu valor reconhecido de salvar vidas. Assim, foi retratada a UTIN como o ambiente assustador, porém necessário. As mães participantes fizeram emergir expectativas sobre a melhora do estado

do filho, mesmo vivenciando a internação, a prematuridade e os conflitos gerados pelo processo vivido.” (Cartaxo et al., 2014, p.556)

F) “A análise dos discursos de mães de recém-nascidos prematuros internados em UTIN permitiu a compreensão do fenômeno investigado. Elas revelaram que esse ambiente mobiliza as emoções e causa sofrimento, estando diretamente ligado a fatores e influências que afetam o vínculo afetivo mãe-filho, fragmentando a formação do apego entre eles. ” (Cartaxo, et al. 2014, p.556).

Mãe

Experiência de Frustração na Gestação/Parto

G) “Pode-se destacar que, entre os fatores potencialmente traumáticos, o impacto do parto prematuro dificulta a elaboração da separação do momento do parto, uma vez que frustra a expectativa da imediata rela o mãe-beb . O parto traumático relacionado à prematuridade também poderá afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê” (Ferrari & Donelli em Pontes & Cantillino, 2014, p.291)

H) “Este estudo verificou que a maioria das puérperas analisadas relacionou o fato de o parto de seu bebé ter sido prematuro como traumático e mostrou associa o significativa com a ocorrência do parto traumático e o sentimento “Triste”, o que torna o vínculo mãe-bebê nessas puérperas negativo. ” (Pontes & Cantillino, 2014, p.297).

I) “A gesta o é um momento de crise, pois vem permeada de imprevisibilidade, na medida em que podem ocorrer eventos traumáticos como o

nascimento de um filho prematuro. Inserindo-se no contexto da UTIN, sentimentos negativos e estresse vivenciados por mães de bebês internados são as razões principais pelas quais ocorre um adiamento da transição para a maternidade e do exercício de suas funções parentais.” (Chvatal et al., 2017, p.434)

J) “O período perinatal implica um processo de mudança para as famílias. Aqui, parto, partir, deixar partir, se despedir do bebê ideal e fazer vínculo com o bebê real também não é simples. É admirável a criatividade, a coragem dessas famílias ao enfrentarem as dificuldades de cada momento. É traumática para os pais a vivência de uma gravidez de alto risco fetal. O fato de gerar uma criança malformada representa um golpe importante para a qualidade do vínculo pais-bebê.” (Moura et al., 2013, p.398)

Vivência de Amparo de K) “Dentre as forças que impulsionam o processo de maternagem ao RN internado em UTIN, o vetor "Outro" equipe de saúde operou como fonte de suporte à mãe e revelou-se importante para tornar o processo de hospitalização da criança experiência menos dolorosa, como revelam as falas a seguir: [...] *eu tive muito apoio deles, dos médicos, das enfermeiras e de todos aqui* (E5); são muito atenciosos, quando eu preciso, se acontece alguma coisa, a gente chama, eles *estão lá* (E8); [...] *ela [profissional da saúde] vem, fala algo, brinca com a gente, ajuda muito.*” (Santos et al., 2017, p.4/10)

L) “Os depoimentos mostram que, ao incluir as mães no processo de cuidado dos RN, os profissionais de saúde contribuem muito para

que elas vivenciem experiências positivas e prazerosas, colaborando para que se sintam verdadeiramente mães de seus filhos: [...] (E2); [...] *as enfermeiras sempre ajudam a estar pegando ele. É isso que me ajuda a cuidar dele lá [UTIN] (E7); as enfermeiras me ajudaram bastante, me ensinaram o que eu tenho que fazer. Eu sei algumas coisas, mas eu tenho medo de machucar ele por ele ser muito pequeno, prematuro, né? Aí elas me ensinaram direitinho as coisas e vou aprendendo com elas (E9); [...]*” (Santos et al., 2017, p.4/10)

M)“Além do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, também se apresentou, como força que impulsiona o processo de maternagem ao RN hospitalizado em UTIN, o vetor "Eu" mãe do RN, em que a disponibilidade para aprendizagem e o desejo de vencer as dificuldades colaboraram para que as mães vivenciassem, de modo menos desgastante, a hospitalização da criança: *outra coisa que acaba facilitando é minha força de vontade de vencer essas dificuldades e meus medos e de lutar (E3); e o que vai ajudando é aprender a ser mais calma e ir aprendendo com o que as enfermeiras vão explicando (E6); [...] e a questão da experiência vou ter para mim como meio que um exemplo de superação (E10).*” (Santos et al., 2017, p.4/10)

Vivência de N) “Nesta pesquisa, foi expressiva a influência de Impotência/ do vetor "Eu" (mãe do RN) no campo de forças Incapacidade que atua no processo de maternagem. As mães sofrem por não ter as habilidades necessárias para realizar os cuidados requeridos pelo RN na

UTIN: *tem que aprender muito, até trocar fralda é difícil* (E2); *como o meu nasceu muito pequeno, com um quilo e cento e cinquenta gramas, se fosse só com meus cuidados não daria conta porque, só para pegar ele, eu fico insegura* (E6).” (Santos et al., 2017, p.5/10)

O) "Elas demonstram vontade em dar continuidade à vida, em que pesem angústias e dificuldades que a tarefa de ser mãe de bebê prematuro possa acarretar: “Vai ser difícil cuidar dele quando ele for para casa.” (Participante 5). Nesse processo percebe-se como a onipotência é facilmente substituída pela impotência.” (Chvatal et al., 2017, p.435)

P) “No plano psicológico, identificamos sentimentos de onipotência, aflição, ambivalência, estranhamento, choque, confusão, surpresa, impotência, medo, tristeza, angústia, dor, culpa, afeto e alegria. Utilizaram mecanismos de negação, dissociação, divisão (*splitting*) e idealização. Revelaram desejos de serem boas mães e exercer a maternagem, apesar de não se sentirem ainda como mães plenas, em tempo integral, devido à permanência de seus bebês na UTIN.” (Chvatal et al., 2017, p.433)

Q) “Em UTIN, o recém-nascido passa por diversos procedimentos e intervenções, como aspiração, intubação, cateterismo, punção venosa, entre outros, que permeiam todo o tratamento durante sua internação. Assim, a mãe vivencia momentos de dor e de grandes conflitos, visto que, durante a gestação, provavelmente, imaginava que teria um bebê saudável. O nascimento de um bebê enfermo

desfaz esse sonho e traz desapontamentos, sentimento de incapacidade, culpa e medo da perda.” (Cartaxo et al., 2014, p.552).

R) “No entanto, essas jovens ainda não se sentem mães plenas, pois a internação de seus bebês as impede de cuidar deles como gostariam: “Não estou podendo ser mãe completamente! ” (Participante 7). ” (Chvatal et al., 2017, p.435)

S) “Com o avanço das tecnologias na UTIN, oferecendo subsídios para o atendimento cada vez mais especializado nos aspectos biológicos do RN, e a assistência multiprofissional prestada, tem-se aumentado a sobrevivência do RN prematuro”–(Jovanka, Carvalho, Lour & Silva em Pontes & Cantillino, 2014, p.291). “No entanto, a hospitalização do RN prematuro na UTIN ainda desperta sentimentos de medo, angústia e impotência nos pais perante o risco de morte que o RN corre.” (Souza, Silva & Guimarães em Pontes & Cantillino, 2014, p.291)

T) “A mulher enfrenta uma série de dificuldades que eram inesperadas para ela e, entre essas situações, lidar com um recém-nascido (RN) que pode não sobreviver, que pode não reconhecer como seu com a destituição da tarefa materna de cuidar do seu filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” (UTIN). ” (Ferrari & Donelli em Pontes & Cantillino, 2014, p.291)

DISCUSSÃO

Realiza-se a discussão integrando os recortes dos artigos previamente selecionados e divididos em categorias/subcategorias, com o embasamento teórico, visando demonstrar a vinculação mãe-bebê, bem como, as possíveis repercussões ligadas a essa díade. Ainda, pretende-se elucidar a caracterização da hospitalização em UTI neonatal e as vivências da mãe, a fim de responder ao problema de pesquisa. Ressalta-se que a pesquisa aqui apresentada corresponde a um dos pontos de vista possíveis a respeito da temática, o que implica na possibilidade de outros entendimentos em relação ao contexto.

A primeira categoria refere-se à díade mãe-bebê, com a subcategoria privação de afeto/presença física na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Levando-se em conta o trecho do recorte (C): “A falta de oportunidade de a mãe interagir afetivamente com seu filho hospitalizado pode levar a um prejuízo do apego e ocasionar desordens no relacionamento futuro de ambos [...]” (Cartaxo et al., 2014, p.552). Nesse mesmo sentido, o recorte (A) se alinha com o (C), uma vez que em (A) é mencionado a diferença do “toque” afetivo, pois o bebê é tocado pela equipe de cuidados técnicos, no começo, postergando o toque afetivo da mãe. Dessa forma, na condição de ter o filho prematuro internado em UTI neonatal, pode-se compreender que na relação mãe-bebê, inicialmente, acontece uma privação física, e conseqüentemente afetiva, pois, o bebê fica restrito aos cuidados da mãe, passando aos cuidados exclusivos da equipe neonatal. Segundo o que Bowlby (2015) considera, a vinculação ocorre pelo fato de um indivíduo precisar do outro para satisfazer seus impulsos - primários e secundários - como uma necessidade mútua e natural de troca. Desse modo, compreende-se que a relação afetiva entre mãe-bebê pode ficar prejudicada, entendendo-se que inicialmente não existem as trocas mútuas entre ambos, pois, no ambiente UTI neonatal, percebe-se dependência do bebê com a equipe de cuidados e utensílios hospitalares.

Segundo Spitz (1998), a formação do vínculo inicia com o biológico, a etapa “*in utero*”, que se trata da fase gestacional, em que o feto necessita da mãe, classificado por ele como uma relação parasítica. Exemplificado com a continuidade do recorte (C): “Estudos evidenciam que o sentimento de apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal.” (Cartaxo et al., 2014, p.552). Em conformidade com o recorte do trecho (C), analisa-se o recorte (B), o qual relaciona os sentimentos maternos ao bebê prematuro, referindo à importância do contato e participação da mãe nos cuidados, nos momentos pós-parto,

entendendo-se, assim, que esse contato, gerará, conforme Bowlby (2015), a manutenção do vínculo e apego afetivo, previamente estabelecido na relação biológica.

Ainda conforme Spitz (1998), é dentro do primeiro ano de vida da criança, que o vínculo mãe-bebê acontece, mediante a convivência entre ambos, ocorre a transição do fisiológico para o psicológico. De acordo com os recortes, é no momento em que o RN está estável, que a mãe começa a participar, propriamente dito, dos cuidados, a interagir com o bebê e ter contato. O pensamento de Spitz (1998) está em consonância ao que é referido por Pontes e Cantillino (2014), no recorte (D):

Estando na UTIN, o RN fica mais restrito dos cuidados da mãe e, quando o RN está estável, é que a mãe tem o primeiro contato com seu bebê, conhece suas feições, pode tocá-lo e cuidar dele. Isso faz com que o sentimento de amor pelo seu bebê prematuro cresça e o envolvimento emocional aumente. O envolvimento aumentará na medida em que se recebe algo em troca e, dessa forma, a mãe vai vendo seu bebê prematuro com mais carinho e amor. (p.296)

Compreende-se que, nesse período, aumenta o envolvimento emocional mãe-bebê e, iniciam-se os comportamentos de troca, como se fossem “recompensas”, aumentando o carinho e o amor na díade. Conforme Bowlby (2015), é esse comportamento de manutenção da proximidade que irá colaborar na vinculação afetiva entre mãe e bebê, entendendo-se, ainda, segundo o autor, que apoia a teoria de Spitz (1998), uma vez que o comportamento social e individual, irão contribuir no resultado da vinculação afetiva da mesma espécie. Assim, percebe-se que conforme a mãe é autorizada para interagir com o bebê, e esse retribui a interação, inicia-se um processo de vinculação afetiva que passa do fisiológico, já caracterizado como o processo “*in utero*”, para o psicológico, processo que segundo os autores irá se caracterizar pelo período de convivência social propriamente dito.

Complementando e corroborando com a teoria de Bowlby (2015), a respeito das trocas e recompensas entre mãe e bebê, referidas como algo positivo, Brazelton (1988) relaciona o apego e os cuidados, também ao processo de aprender a lidar com a cólera e a frustração. Segundo o autor, se não houvesse o lado negativo, não existiria o sentimento de sucesso, e investimento mãe-bebê e vice-versa, gerados pelo apego. Similarmente ao que é referido, atribui-se o recorte (E) de Cartaxo et al. (2014):

Na ambivalência dos discursos das mães, destacam-se os aspectos paradoxais da UTI neonatal, vida e morte, medo, insegurança, dor, sofrimento, separação e risco de morte do recém-nascido, contrapondo-se ao mesmo tempo ao seu valor reconhecido de salvar vidas. Assim, foi retratada a UTIN como o ambiente assustador, porém necessário. As mães participantes fizeram emergir expectativas sobre a melhora do estado do filho, mesmo vivenciando a internação, a prematuridade e os conflitos gerados pelo processo vivido. (p.556)

O recorte (F) consolida a mesma percepção de sofrimento em relação ao ambiente UTI Neonatal, acrescentando-se, ainda, que foi visto como um local, onde “afetam o vínculo afetivo mãe-filho, fragmentando a formação do apego entre eles.” (Cartaxo et al., 2014, p.556). Dessa forma, pode-se perceber como as mães precisam lidar com os sentimentos negativos, uma vez que as mesmas, na grande maioria, expressam entendimento quanto à necessidade da hospitalização e permanência do recém-nascido naquele ambiente.

Com o propósito de entender o período gestacional, parto e puerpério, procurou-se relacionar momentos e fases do ciclo vital da mulher, como mudanças psicológicas, biológicas, físicas, identidade, rupturas na vida profissional e social, entre outras, tendo em vista como isso interfere no momento gestacional e períodos subsequentes, enfatizando-se o olhar para o parto prematuro.

A segunda categoria apresentada refere-se à mãe, com a primeira subcategoria nominada de experiência de frustração na gestação/parto. Segundo Maldonado (1997), é importante que na gestação, a mulher consiga atingir níveis saudáveis de diferenciação do bebê, ou seja, entender-se como um ser separado do feto, sem manter uma relação de simbiose com o mesmo. Maldonado (1997) afirma que a constituição da mãe, em uma relação doentia, vai gerar expectativas sobre esse filho. Esteves et al. (2011) destacam que todo o processo de se tornar mãe, as mudanças e o contato inicial entre mãe-bebê, posteriormente interferem na forma como será essa relação. Considera-se que o parto prematuro interrompe o completo período gestacional, forçando a ruptura da díade mãe-bebê precocemente. Assim, que o bebê prematuro necessitará de cuidados, e compreendendo-se que a idealização da gestação completa, levar o filho para casa pós-parto, e todas as demais fantasias e expectativas associadas ao momento são interrompidas. Isso relacionado ao entendimento do seguinte trecho do recorte (J) de Moura et al. (2013):

O período perinatal implica um processo de mudança para as famílias. Aqui, parto, partir, deixar partir, se despedir do bebê ideal e fazer vínculo com o bebê real também não é simples. [...] O fato de gerar uma criança malformada representa um golpe importante para a qualidade do vínculo pais-bebê. ” (p.398)

Nesse mesmo sentido, o trecho do recorte (G) ratifica a dificuldade da vivência da prematuridade, e a frustração frente à quebra da expectativa de um bebê idealizado: “Pode-se destacar que, entre os fatores potencialmente traumáticos, o impacto do parto prematuro dificulta a elaboração da separação do momento do parto, uma vez que frustra a expectativa da imediata relação mãe-bebê [...]” (Ferrari & Donelli em Pontes & Cantillino, 2014, p.291)

Verifica-se, também, que além da frustração na ruptura da gravidez, as mães vivenciam um sentimento de frustração, entre outros sentimentos negativos no pós-parto, quando a puérpera precisa encarar a hospitalização do RN, para a sobrevivência do mesmo. Apresenta-se o trecho (I) de Chvatal et al. (2017):

A gestação é um momento de crise, pois vem permeada de imprevisibilidade, na medida em que podem ocorrer eventos traumáticos como o nascimento de um filho prematuro. Inserindo-se no contexto da UTIN, sentimentos negativos e estresse vivenciados por mães de bebês internados são as razões principais pelas quais ocorre um adiamento da transição para a maternidade e do exercício de suas funções parentais (p.434)

Pode-se compreender, como a frustração do parto prematuro, somado à internação em UTI neonatal, podem dificultar a relação mãe-bebê, uma vez que Schmidt et al. (2012), identificam esse setor, como um ambiente tecnológico, com pouca afetividade e frio. Os mesmos autores, também relatam a visão que os pais trazem em seus estudos sobre a UTI neonatal, que segundo eles, para os pais, seria um local assustador e que gera desamparo. Assim, pode-se entender, de certa forma, a dificuldade que as mães podem apresentar em se vincular afetivamente com o bebê, por evitação de frequentar o local.

Levando-se em conta o recorte (H): “Este estudo verificou que a maioria das puérperas analisadas relacionou o fato de o parto de seu bebê ter sido prematuro como traumático e mostrou associação significativa com a ocorrência do parto traumático e o sentimento “Triste”, o que torna o vínculo mãe-bebê nessas puérperas negativo.” (Pontes

& Cantillino, 2014, p.297). É possível perceber a partir disso, uma associação que as mães podem fazer aos bebês, pelo fato de o parto prematuro ter tido uma representação negativa para elas, dando a entender o quanto a vinculação mãe-bebê, nos casos de prematuridade, pode tornar-se deficitária, por esse bebê representar algo negativo, traumático. Conforme Schmidt et al. (2012), os pais têm consciência sobre a possibilidade de um parto prematuro e uma criança que necessitará de cuidados intensivos. Mas até que isso não ocorre, mantém a esperança de transcorrer de forma esperada. No entanto, ao deparar-se com a interrupção abrupta da gestação e internação do RN em UTI neonatal, a mãe, tem as expectativas da gestação barradas e frustradas. Ainda segundo os mesmos autores, o primeiro contato dos pais com essa realidade é de choque, primeiro pela ocorrência do parto prematuro, depois por um bebê fora do contexto do que idealizavam. Nesse sentido, identifica-se que há concordância, entre as diversas informações, tendo em vista que, o sentimento vivenciado pelas mães no parto prematuro, é relacionado a um sentimento negativo, frustrando as expectativas, fantasias e etc. Contudo, retoma-se o início da discussão dessa categoria, integrando todos os recortes, bem como outros estudos aqui apresentados, salientando-se o que Maldonado (1997) refere a respeito do psiquismo saudável da mãe e da sua capacidade de diferenciar-se do bebê, levando-se em conta a frustração das expectativas, fantasias, sentimentos negativos experienciados e verificados nos relatos dos recortes. Pode-se, a partir da revisão de literatura, compreender-se que a gestação é um período de possível propensão para a depressão gravídico-puerperal, uma vez que, segundo a autora, ocorre uma “quebra muito grande da expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho” (p.91). Importante ressaltar que a mãe que estiver passando por depressão gestacional/pós-parto terá a psicopatologia como agravante na vinculação afetiva com o bebê. Segundo Schmidt et al. (2005), alguns sintomas como, sensação de incapacidade para lidar com novas demandas, sentimento de desesperança e desamparo, são verificados na depressão pós-parto, o que se alinha com os relatos dos recortes dessa subcategoria.

Observando-se que em alguns estudos apareciam relatos de amparo e, que o Ministério da Saúde, prevê que no Sistema Único de Saúde (SUS), o bebê, bem como a família, deve receber atendimento humanizado, abriu-se espaço na categoria mãe, para a subcategoria vivência de amparo, visando compreender a importância que o acolhimento pode representar, no setor de UTI Neonatal, para essas mães (<http://www.saude.gov.br/noticias/823-assuntos/saude-para-voce/40775-bebes-prematuros>)

Schmidt et al. (2012) reiteram a importância sobre o acolhimento dos pais dentro da UTI Neonatal, ouvir, apoiar e assistir, são considerados como recursos para acolher a

demanda emergente, bem como, empatia e respeitar o tempo de adaptação e aceitação de cada mãe e pai. Da mesma forma, Schmidt et al. (2012) enfatizam que a equipe deve enaltecer a força familiar, focar nos pontos positivos do bebê, sem deixar a clareza em relação ao quadro clínico do RN de lado. Desse modo, entende-se que a equipe consegue integrar junto aos cuidados do bebê, a mãe e subsequente quando há, o pai, pois, compreende-se que, assim, evita-se os sentimentos de susto, bem como de luto, descritos pelas autoras. Nos recortes (K, L e M) pode-se identificar como as mães sentem-se acolhidas, por exemplo, no trecho do recorte (K) “[...] o vetor "Outro" equipe de saúde operou como fonte de suporte à mãe e revelou-se importante para tornar o processo de hospitalização da criança experiência menos dolorosa. [...]” (Santos et al., 2017, p.4/10), indo ao encontro do que Schmidt et al. (2012) citam sobre a equipe de saúde conseguir amenizar os traumas psicológicos e emocionais, que a hospitalização do RN pode causar para os pais na rotina diária. É possível compreender o significado que o acolhimento dessa equipe tem para essas mães, minimizando o sofrimento e tornando a convivência dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal mais agradável. O trecho do recorte (L) pode ser percebido como auxiliando um melhor entendimento dessa hipótese: “[...] ao incluir as mães no processo de cuidado dos RN, os profissionais de saúde contribuem muito para que elas vivenciem experiências positivas e prazerosas, colaborando para que se sintam verdadeiramente mães de seus filhos [...]” (Santos et al., 2017, p.4/10). Desse modo, pode-se relacionar que a equipe, também pode representar um facilitador do vínculo afetivo entre mãe-bebe.

No trecho do recorte (M), Santos et al. (2017) ressaltam:

Outra coisa que acaba facilitando é minha força de vontade de vencer essas dificuldades e meus medos e de lutar (E3); e o que vai ajudando é aprender a ser mais calma e ir aprendendo com o que as enfermeiras vão explicando (E6); [...] e a questão da experiência vou ter para mim como meio que um exemplo de superação (E10). (p. 4/10)

Na análise desse recorte, com a ilustração das presentes falas, pode-se perceber a vontade que as mães têm de superar as dificuldades, os medos e a própria ansiedade. No estudo realizado por Schmidt et al. (2012), foi verificado mães que entenderam esse momento da hospitalização do filho em UTI Neonatal, como um período propício para a apropriação da maternidade, da experiência de amor e afeto, espaço para transmitir segurança e conforto ao filho. Pode-se pensar, assim, que essas mães podem estar

apresentando uma capacidade de resiliência maior, um apoio familiar melhor estruturado, levando-se em conta o histórico apresentando anteriormente na subcategoria, bem como na revisão de literatura, sobre depressão gravídico-puerperal. É possível se pensar, ainda, que essas mães possam apresentar um psiquismo mais saudável, da mesma forma supõem-se, também, que essa gestação tenha sido melhor organizada e com tempo para elaboração a respeito da interrupção prematura, o que conseqüentemente, gera melhor capacidade de lidar com a situação da hospitalização do filho, entre outros fatores.

Por fim, mas não menos importante, apresenta-se uma discussão da última subcategoria, ainda referente à mãe, aborda acerca da vivência de impotência/incapacidade. Essa subcategoria diz respeito a como as mães sentem-se em relação a não conseguir ser propriamente uma mãe, imediatamente, realizando-se uma integração das informações apresentadas até aqui, como forma de realizar um fechamento da discussão.

Com os recortes (N, O, P e R) é possível compreender, a impotência e a incapacidade que as mães sentem, mesmo que elas apresentem desejo de serem boas mães. Por exemplo, com o trecho do recorte (P) “Revelaram desejos de serem boas mães e exercer a maternagem, apesar de não se sentirem ainda como mães plenas, em tempo integral, devido à permanência de seus bebês na UTIN.” (Chvatal et al., 2017, p.433). Considerando que geralmente os bebês em hospitalização de UTI Neonatal ficam por um período considerável em internação, para Schmidt et al. (2012), esse período, somado à privação do ambiente, contribuem para o estresse dos pais, dificultando a formação da vinculação afetiva. Entendendo-se a impotência apresentada nos referidos recortes, pois ao falar-se em privação compreende-se não só o fato de não levar o bebê para casa, pós-parto, como idealizado, mas nesse caso, entende-se, também, a privação ao toque, pelo uso de toda a tecnologia utilizada, como mencionada por Schmidt et al. (2012), remetendo-se à incubadora, oxigênio, luvas, avental, máscara, entre outros utensílios. Desta forma, pode-se compreender os sentimentos de impotência dessas mães que, muitas vezes, não podem pegar os filhos no colo por longos períodos, ou mantendo contato apenas com todo o aparato hospitalar de controle para infecção.

Conforme Maldonado, Dicktein e Nahoum (em Thomaz, Lima, Tavares & Oliveira, 2005), quando o bebê está em risco de vida, por medo da perda, os pais apresentam medo de realizar um vínculo afetivo. Os recortes (Q, S e T) identificam uma vivência de impotência/incapacidade, principalmente perante o medo da perda do filho, a possibilidade da morte. Exemplifica-se com um trecho do recorte (S) “No entanto, a hospitalização do RN prematuro na UTIN ainda desperta sentimentos de medo, angústia e impotência nos

pais perante o risco de morte que o RN corre.” (Souza, Silva & Guimarães em Pontes & Cantillino, 2014, p.291). Compreende-se, assim, como pode ser difícil, para essas mães, a possibilidade de vinculação afetiva com esse bebê, frente a iminência de perda. Além disso, a dificuldade dessas mães em lidar com essa vivência de impotência e incapacidade, uma vez que, pode estar relacionado a uma culpa, em não ter conseguido gerar e levar a gestação até o final. Retoma-se Maldonado (1997), no que se refere à frustração e à quebra das expectativas, tanto em relação ao bebê idealizado, quanto de sua figura como mãe.

Portanto, entende-se ter discutido as categorias e subcategorias delineadas a partir dos recortes dos artigos, entrelaçando-as ao suporte teórico apresentado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo identificar possíveis repercussões na relação de apego entre mãe e bebê, em função da hospitalização na UTI Neonatal. Deste modo, foi essencial, inicialmente, abordar a constituição psíquica do apego, utilizando como linha norteadora a Psicanálise, mais precisamente a Teoria do Apego de John Bowlby, e complementando com demais autores, sobre gestação/puerpério, bem como, a caracterização do processo de hospitalização em UTI Neonatal.

A partir dos dados apresentados e discutidos, percebeu-se que, em relação à díade mãe-bebê, se a mãe estiver em um estado psíquico saudável, o apego inicia ainda no período gestacional. Com a ocorrência de um parto prematuro e internação do bebê em UTI Neonatal, pode-se compreender que a privação do afeto e da presença física da mãe no setor, podem comprometer a qualidade do vínculo materno, tendo em vista, o protocolo de cuidados específicos que cada bebê tem, principalmente a restrição ao toque, ou a utilização de material para controle de infecções, que restringem os gestos afetivos e de aproximação entre a díade. Entretanto, na medida em que é possibilitado, à mãe, a interação com o filho, e há a possibilidade de trocas e recompensas entre ambos, o apego é fortalecido.

Considerando-se, ainda, que no parto prematuro ocorre a ruptura das fantasias e expectativas da mãe, que são características consideradas normais para o período gestacional, e que conseqüentemente, nessa condição a gestante não tem tempo para a elaboração das mesmas, ocorre frustração. Nesse sentido, observou-se frustração em despedir-se do bebê ideal e vivenciar o bebê real, frustração na ruptura da gestação idealizada, frustração em dar-se conta da hospitalização do bebê, frustração em relação a sentimentos negativos em um período que a puérpera esperava que fosse diferente, e muitas vezes, frustração em visitar a UTI Neonatal, pelo estigma que o ambiente carrega. Muitas mães relacionam o parto prematuro como algo traumático, transferindo esse sentimento para o bebê. Desse modo compreendeu-se que ao que concerne à frustração e impotência, esses pontos contribuem para a dificuldade de apego entre a mãe e o bebê, em situação de hospitalização na UTI Neonatal.

A partir dessas percepções, considera-se a importância de um amparo para as mães de bebês em hospitalização no setor de UTI Neonatal, uma vez que os dados identificam, que integrar as mesmas nos cuidados, quando há essa possibilidade, evita-se sentimentos de luto e sustos, que são considerados sentimentos que dificultam a relação de apego mãe-bebê. Observou-se, também, que o acolhimento e amparo da equipe colaboram para tornar

o período de hospitalização menos traumático e doloroso para essas mães, auxiliando para que elas sintam-se vivenciando momentos prazerosos no ambiente, entendendo-se que isso pode facilitar a convivência mãe-bebê, propiciando um vínculo adequado.

Acerca das mães sentirem-se impotentes e incapazes, foi possível compreender que elas sentem desejo de serem boas mães, exercerem a maternagem, mas não conseguem ter a percepção de mães imediatamente após o parto. Desse modo, entendeu-se que esses sentimentos de impotência e incapacidade, aparecem quando as mães se dão conta da permanência do bebê em tempo integral no setor de UTI Neonatal, sem poder leva-lo para casa. Esses sentimentos estão relacionados ao fato de não poderem tocar, ou o uso de todas as tecnologias que é necessário para o tratamento do filho e ainda, a impotência e a incapacidade frente ao risco de vida que o filho corre. Considerando a impotência e a frustração, entende-se que essas mães, também, podem usar inconscientemente esses sentimentos, como modo de defesa, por medo da perda e do sofrimento, dificultando em alguns casos uma aproximação adequada.

Levando-se em consideração o material disponível e pesquisado, a construção do trabalho pode ser realizada baseada na discussão de cada categoria, explanando e articulando teoria e artigos utilizados como fonte de pesquisa. É importante salientar que a forma de análise se deu com base na linha teórica utilizada, havendo a possibilidade de outras interpretações, considerando tratar-se de um olhar subjetivo.

A pesquisa se torna pertinente, uma vez que através da mesma, ocorreu a possibilidade de atingir e contemplar conhecimentos acadêmicos acerca do tema abordado na pesquisa, e em prática de estágio clínico na área de UTI Neonatal. Sendo assim, foi possível observar e compreender a junção da teoria com a prática psicológica clínica hospitalar intensiva, dando maior compreensão e sentido a esta pesquisa, verificando-se, com convicção, de que esta pesquisa foi válida, reiterando a importância da temática, principalmente no contexto hospitalar e social, tendo em vista que pode-se abrir espaço para novas pesquisas, por exemplo, visando as consequências em relação ao apego materno-infantil. Ressalta-se que essa pesquisa serviu como base para a compreensão desta problemática, considera-se que o assunto é abrangente e abre a possibilidade de novas pesquisas.

Por fim, entende-se importante estimular que se realizem mais estudos relacionados a esta área de conhecimento, visto a importância deste assunto e subentendendo-se todas as possíveis consequências no ponto de vista psicológico. Logo, compreendendo-se a amplitude do conhecimento acerca dos assuntos abordados neste trabalho de conclusão de

curso e expressando a contribuição da psicologia, compreende-se ter atingido os objetivos desse processo.

REFERÊNCIAS

- Azevedo, K. R. & Arrais, A. R., (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 269-276.
- Brazelton, B. T., (1998). *O desenvolvimento d.o apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J., (2002). *Apego e perda: apego, a natureza do vínculo*. (5ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1907).
- Bowlby, J. (2015). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1982).
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, É., et al., (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento [Versão Eletrônica]. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 92-102.
- Cartaxo, L. da S., Torquato, J. A, Agra, G., Fernandes, M. A., Platel, I. C. dos S. & Freire, M. E. M. (2014). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem*, 22(4), 551-557. Acesso em 15 de Abril, 2019 de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27940>
- Chvatal, V. L. S., Vasconcellos, J. F. de J., Rivoredo, C. R. S. & Turato, E. R., (2017). Mecanismos de Defesa Utilizados por Adolescentes com Bebês Prematuros em UTI Neonatal1 [Versão Eletrônica]. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(1), 430-438.
- Esteves, C. M., Anton, M. C., & Piccinini, C. A., (2011). Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo [Versão Eletrônica]. *Psicologia Clínica*, 23(2), 75-99.
- Gil, A. C. (1989). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Lima, T. C. S. & Mioto, R. C. T., (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica [Versão Eletrônica]. *Katálysis*, 10, 37-45.

- Linhares, M. B. M., (2016). Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 587-599.
- Maldonado, M. T., (1997). *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Editora Saraiva
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., Neto, O. C., & Gomes, R., (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (21ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde, (2015). *Cadernos de atenção básica* (2ª ed.). Acesso em 03 de Setembro, 2018 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.
- Moura, M. M. D. de, Guimarães, M. B. L. & Luz, M., (2013). Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar [Versão Eletrônica]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 393-404.
- Oliveira, M. M. C., Barbosa, A. L., Galvão, M. T. G. & Cardoso, M. V. L. M. L., (2009). Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. [Versão Eletrônica]. *Revista Rene. Fortaleza*, 10(3), 44-52.
- Pontes, G. A. R. & Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 63(4):290-8.
- Ramires, V. R. R. & Schneider, M. S., (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento *versus* representação? [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 25-33.
- Richardson, R. J., (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Santos, L. F., Souza, I. A., Mutti, C. F., Santos, N. de S. S. & Oliveira, L. M. de A. C., (2017). Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(3), e1260016
- Schiavo, R. de A., Rodrigues, O. M. P. R. & Perosa, G. B., (2018). Variáveis Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas [Versão Eletrônica]. *Trends in Psychology*, 26(4), 2091-2104.
- Schmidt, K. T., Sassá, A. H., Veronez, M., Higarashi, I. H. & Marcon, S. S., (2012). A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais [Versão Eletrônica]. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(1), 73-81.
- Spitz, R. A. (1998). *O primeiro ano de vida* (E. M. B. da Rocha, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

