



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq
ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

Vol XXVI, número 2, jul-dez, 2021, pág. 226-247.

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

PSYCHOLOGIST INTERVENTIONS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS WITH PRE-TERMS BABIES AND THEIR FAMILIES

Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas
Denise Machado Duran Gutierrez

Resumo

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa de mestrado, realizada em uma maternidade pública de Manaus, com o objetivo de investigar as possibilidades de intervenção do psicólogo em UTIs neonatais com bebês pré-termos e seus familiares. A abordagem teórica da pesquisa foi a psicanalítica e o método utilizado foi o qualitativo/compreensivista. Foram observadas e entrevistadas seis mães, quatro familiares e dois psicólogos. Os dados obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas foram submetidos à análise de conteúdo, a partir da qual foram levantadas as seguintes categorias temáticas: 1) Importância da atuação do psicólogo para as mães; 2) Importância da atuação do psicólogo para os familiares e 3) Importância da atuação do psicólogo segundo os próprios profissionais. As técnicas de acolhimento psicológico e orientação apareceram como intervenções relevantes para os três grupos entrevistados. Foi percebido que, apesar de ser reconhecida a importância da presença do psicólogo no ambiente intensivista, ela não ocorreu de modo sistematizado. Outras possibilidades de intervenção foram sugeridas, a fim de incluir os pais, avós e irmãos e a própria equipe de Saúde.

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

Abstract

This paper presents the results of a master's research, carried out in a public maternity hospital in Manaus, with the objective of investigating the possibilities of psychologist intervention in neonatal ICUs with preterm babies and their families. The theoretical approach of the research was psychoanalytic and the method used was the qualitative / comprehensivist. Six mothers, four family members and two psychologists were observed and interviewed. The data obtained through semi-structured interviews were submitted to content analysis, from which the following thematic categories were raised: 1) Importance of the psychologist's performance for the mothers; 2) Importance of the psychologist's performance for family members and 3) Importance of the psychologist's performance according to the professionals themselves. The techniques of psychological reception and guidance appeared as relevant interventions for the three groups interviewed. It was noticed that, although the importance of the psychologist's presence in the intensive care environment is recognized, it did not occur in a systematic way. Other possibilities for intervention were suggested in order to include parents, grandparents and siblings and the Health team itself.

Key Words: premature; NICU; psychologist.



Introdução

Este artigo tem como objetivo apresentar um recorte dos resultados da pesquisa de campo realizada em uma maternidade pública de Manaus, no ano de 2012, que investigou as possibilidades de intervenção do psicólogo na interação entre a mãe, familiares e o bebê pré-termo, internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A escolha por investigar o trabalho do psicólogo decorreu deste ser este o profissional que, *a priori*, utiliza como instrumento básico de atuação a observação e a escuta clínica, o que lhe permite compreender questões difíceis e delicadas tanto para a mãe quanto para o bebê e seus familiares, estando apto a utilizar técnicas para ajudá-los a se aproximarem. Além disso, foi verificada a escassez de pesquisas, na área da Psicologia, com este propósito.

A maior parte dos trabalhos realizados, bem como o material bibliográfico encontrado nas bases de dados científicas, com enfoque psicanalítico, procura entender os sentimentos da mãe e como esta se relaciona, a princípio, com um filho que nasceu abruptamente, antes do término da gestação. Assim, a ênfase das pesquisas consiste na relação da figura materna com o bebê, sendo a figura paterna e a dos demais membros da família ampliada, bem como a do psicólogo pouco estudada.

Uma hipótese para a falta de estudos sistematizados sobre o papel do pai, do psicólogo ou dos familiares talvez seja o fato de que esses sujeitos foram por muito tempo excluídos dos cuidados com o recém-nascido pré-termo dentro das UTIs neonatais. Felizmente, essa realidade mudou e o psicólogo passou a integrar as equipes multiprofissionais das instituições de saúde. Quanto ao pai e os familiares, estudos (Brasil, 2009) apontam para a relação direta entre a presença paterna e da família ampliada no ambiente da UTI neonatal e o fortalecimento de vínculos afetivos entre mãe-bebê. Em razão desta constatação, criou-se um espaço para visitação da criança, além de



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

atividades que têm como objetivo acolher as angústias e dificuldades encontradas por essas pessoas na situação de prematuridade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde -WHO (2012), cerca de 15 milhões de neonatos pré-termos nascem no mundo todos os anos, ou seja, mais de um bebê em cada dez nasce antes do tempo normal de gestação, afetando diversas famílias, sendo que os índices estão crescendo em quase todos os países. No Brasil, cerca de 279.300 bebês nascem anualmente com idade gestacional menor que 37 semanas, consistindo em um importante problema de saúde pública. Para cada 100 bebês, 9,2% nascem antes da hora. O país ocupa a décima posição no ranking dos dez países com maior número de prematuros em 2010. Conforme dados do Ministério da Saúde (apud G1 Amazonas), a região Norte do país ocupa o primeiro lugar no Brasil no número de nascimentos prematuros, foram 169 mil em 2010, e a falta de um pré-natal de qualidade pode explicar esse fato. Além disso, de acordo com o guia de atenção à saúde do recém-nascido, do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) o crescimento da taxa de nascimentos prematuros também está relacionado ao aumento do número de cesarianas. De acordo com o programa "Rede Cegonha", que propõe organizar o cuidado às gestantes por meio de uma rede qualificada de atenção obstétrica e neonatal, apesar do intuito de mudar o modelo vigente de parto no Brasil, o país está longe de alcançar as taxas de cesáreas recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

Diante desse panorama significativo de nascimentos pré-termo, apostamos na relevância da atuação do psicólogo como facilitador na formação de laços afetivos entre mãe, familiares e bebê pré-termo, intervindo para que estes consigam superar possíveis dificuldades de interação. Conforme o paradigma epistemológico no qual estamos ancorados para fazer a leitura sobre esse tema, não falaremos sobre uma atuação intrusiva do psicólogo, com o intuito de determinar o modo correto como a mãe e os familiares devem interagir com o bebê pré-termo, apenas levantaremos possibilidades de



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

intervenção que possam auxiliá-los a vislumbrarem novos caminhos que possam fortalecer os laços afetivos entre eles.

1. O Trabalho de Intervenção do Psicólogo em UTI neonatal

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

O papel do psicólogo em uma UTI neonatal consiste em identificar, junto à família, os sentimentos vivenciados na situação de internação do bebê, que podem apresentar-se como culpa, ansiedade e medo (Filho, 2003). Além disso, busca ajudá-los a superar esse momento difícil, por meio de conversas que lhes propiciarão suporte psíquico necessário para desempenharem seu papel de cuidadores. Compreendendo a importância do (re)estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê, o psicólogo poderá intervir nesse momento de crise familiar com a intenção primordial de promover um espaço de interlocução entre o bebê e seus pais, entre o próprio casal, pais e equipe, pais e família ampliada, que possibilitará a construção de uma história relacional. Golse (2003) afirma que “[...] o bebê tem necessidade de uma história, e que não é só



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

uma história médica, genética ou biológica, mas também, e talvez, sobretudo, uma história relacional [...]” (p.101).

Para Battikha (2001), a intervenção precoce do psicólogo/psicanalista pode prevenir uma psicopatologia do vínculo mãe-bebê, na medida em que seja oferecido à mãe a possibilidade de falar sobre esse nascimento que ocorre sem celebrações e que muitas vezes permanece no indizível. “Assim, pensar em intervenção precoce é pensar em intervir no laço pais-criança, pois a falha no estabelecimento desses laços não possibilitará a existência de um sujeito pleno” (Lima, 2008, p. 135).

Grande parte dos pesquisadores refere-se à atuação do psicólogo direcionada principalmente aos pais e familiares, falando-se pouco sobre às possibilidades de intervenção ligadas diretamente ao bebê pré-termo. Para Schermann e Brum (2012), “o apoio aos pais, na verdade, permeia todas as ações de saúde destinadas aos pré-termos” (p.44). Zorning, Morsch e Braga (2004) concordam que o trabalho realizado com os bebês é indissociável do que é feito com as mães ou os pais,

As intervenções precoces se dirigem ao *enfans* em um momento de vida em que a dependência ao Outro materno é predominante, sendo impossível atender o bebê sem atender a mãe ou os pais. Isto não significa considerar o bebê uma lousa em branco, mas sim enfatizar a interdependência entre bebê-mãe (p. 138).

Wilheim (1997) comenta sobre como a psicanálise pode auxiliar os bebês, sejam eles pré-termos ou não. Na França, vários serviços de neonatologia contam com psicanalistas em suas equipes. Assim, é feito um trabalho de intervenção com a palavra falada, chamado pelos franceses de *palavra da verdade*, dirigida aos bebês, que sinalizam sofrimento, através de sintomas. Essa intervenção consiste em uma verbalização, semelhante a que se faz com o adulto.



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

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

Vale notar que não só os psicólogos e psicanalistas se dirigirem ao recém-nascido, como os demais profissionais da saúde também têm competência para isso. Segundo Wilhelm (1997), é importante falar com o recém-nascido antes ou durante qualquer procedimento, doloroso ou não, explicando-lhe o que será feito e os motivos, chamando-o sempre pelo seu nome, uma vez que “o bebê – desde o nascimento – é um ser humano destinado a falar e a que se fale com ele” (p. 88). De acordo a autora, essa tarefa não é nem difícil nem impossível e já se constatou que, com essa atitude profissional, os bebês se acalmam mais rápido, como se sentissem menos dor. Nesse sentido, Gandra (1998) afirma que o uso da linguagem verbal parece ter sobre o bebê um efeito terapêutico e tranquilizador, na medida em que explicita para este seu sofrimento, no nível da palavra.

2. Metodologia

O método escolhido para a realização da pesquisa foi o qualitativo/compreensivista, que visa colaborar para a compreensão de fenômenos sociais complexos. O estudo adotou uma postura psicanalítica para compreender o fenômeno da prematuridade, indo de encontro ao paradigma positivista que enfatiza a quantificação dos fatos. Apesar de González-Rey (2003) referir-se a essa teoria como uma abordagem fundamentada nos princípios positivistas da ciência, ela também pode ser utilizada numa concepção sistêmica, que vê os fenômenos em sua complexidade, sem tentar



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

reduzí-los, generalizá-los ou determiná-los. Para a psicóloga e psicanalista Lima (2008),

O endereçamento da psicanálise não consiste em responder, apaziguar angústias, propor soluções. Sua ordem de atuação consiste em possibilitar questionamentos, interrogações, favorecendo o deslizamento do discurso e a implicação do sujeito em sua subjetividade. No contexto neonatal, significa propor interrogações, à medicina e aos pais, quanto ao lugar que é dado ao sujeito. Significa permitir simbolizações, nomear o indizível, dar palavras à angústia e aos fantasmas, e também às esperanças e expectativas (p. 137).

A pesquisa de campo foi realizada nos *settings* da maternidade, que constituem o ambiente natural das pessoas investigadas, ou seja, em locais propícios para encontrar as informações válidas para o estudo. Os dados da pesquisa foram obtidos através da observação participante e das entrevistas semi-estruturadas ou semi-dirigidas com perguntas abertas, com o objetivo de compreender quais são as intervenções feitas pelos psicólogos que trabalham em UTI neonatal, com as mães e os familiares de bebês pré-termos e se estas realmente auxiliam na aproximação mãe-filho(a).

Participaram dessa pesquisa seis mães de bebê pré-termo que tenham ficado internados na UTI neonatal da maternidade, foram realizadas quatro entrevistas semi-dirigidas com familiares e dois psicólogos da instituição foram convidados a responder perguntas relativas ao seu trabalho de intervenção com bebês pré-termos internados em UTI neonatal. Um dos critérios utilizados para a escolha das mães e familiares que participaram da pesquisa é que o bebê já tivesse passado pela UTI neonatal, recebido alta e estivesse participando da segunda etapa do Método-Canguru, que ocorre na Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) ou no alojamento-conjunto (ALCON).

Acreditamos que entrevistar mães e familiares que já vivenciaram a situação da internação do bebê em UTI neonatal, mas que se encontravam em uma etapa posterior a essa, possibilitou aos entrevistados um maior distanciamento emocional para que conseguissem falar sobre esse momento tão delicado em suas vidas ao invés de ter entrevistado pessoas que ainda



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

estivessem sob o impacto do nascimento pré-termo. Além disso, para que os participantes da pesquisa pudessem responder às perguntas da entrevista com maior fidedignidade, era necessário que o trabalho do psicólogo tivesse sido concluído no período de internação do bebê na UTI neonatal.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora nos dias e horários combinados com os participantes da pesquisa, a fim de não comprometer nenhuma atividade da sua rotina diária e as observações aconteceram sem a determinação de dias específicos na semana. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes. Logo após, foram transcritas literalmente. Depois disso, passaram pelo que Maciel e Melo (2011, p. 179) chamam de “conferência de fidedignidade”, que é quando são ouvidas as gravações, tendo já feito a transcrição destas, a fim de corrigir os possíveis erros, antes da fase de análise. Para realizar a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011).

3. Resultados e análise

3.1 Observações sobre a atuação do psicólogo na UTI neonatal

Apesar de existir um profissional da Psicologia responsável pela UTI neonatal, ele não atuava exclusivamente com a clientela e a demanda dessa unidade. Portanto, só foi possível observar o trabalho de intervenção do psicólogo dentro da UTI neonatal com as mães dos bebês pré-termos em poucos momentos do período de observação da pesquisa, que durou aproximadamente três meses. Os psicólogos atendiam a vários tipos de demanda e programas institucionais, bem como realizavam atendimentos nos leitos das enfermarias de pré-parto, gravidez de risco, ALCON, albergue, mulheres em situação de abortamento, UTI/UCI, entre outros.

Apesar da importância do trabalho do psicólogo ser reconhecida pela equipe de saúde, pelas mães e familiares do bebê pré-termo, devido à variedade



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

de demandas que este profissional tem que atender na instituição, a sua participação efetiva perante essas pessoas mostrou-se discreta, e até mesmo, insatisfatória, o que ficou evidente tanto nas observações como nas entrevistas realizadas. Das seis mães entrevistadas, apenas duas relataram ter recebido suporte psicológico durante o período de internação do filho na UTI neonatal. Nenhum dos quatro familiares entrevistados participou de atividades ou recebeu apoio emocional durante o processo de hospitalização da criança naquela unidade.

Outra questão que dificultava o trabalho do psicólogo com os familiares do bebê pré-termo é que as visitas destinadas aos avós e irmãos ocorriam no período vespertino, horário em que a psicóloga responsável pela UTI neonatal não estava mais na maternidade. Então, quando havia alguma emergência na unidade, o psicólogo que trabalhava no turno vespertino atendia pontualmente àquela situação específica, porém, sem possuir um vínculo afetivo pré-estabelecido com o paciente, seja ele o pai, a mãe, o avô ou avó do bebê. Além disso, não havia flexibilidade no dia e horário da visita dos avós. Os tios e demais familiares ou mesmo outras pessoas que fazem parte da rede social dos pais do bebê não podiam visitar o recém-nascido na UTI/UCI, diferentemente da realidade de outras instituições no Brasil.

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

No entanto, observou-se que, apesar da precariedade da rede de suporte dos profissionais e familiares oferecidas às mães no contexto hospitalar, existia uma rede de suporte espontânea, construída pelas próprias



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

mães albergadas. O contato diário entre elas favorecia a constituição dessa "rede interna". Essa proximidade estendia-se para outras atividades rotineiras, como ir juntas ao lactário para a coleta do leite materno ou para o refeitório.

3.2 Entrevistas (O nome de todos os participantes dessa pesquisa é fictício, a fim de garantir e preservar o anonimato prometido no termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE).

Nas entrevistas com as mães a categoria levantada foi: **Importância da atuação do psicólogo**, cujas subcategorias foram:

a) **Acolhimento psicológico**

Segundo Ribeiro e Leal (2010), o acolhimento psicológico é uma das técnicas que pode ser utilizada pelo psicólogo durante o processo de hospitalização do bebê pré-termo na UTI neonatal/UCI, pois permite que se abra um espaço de escuta, possibilitando a expressão de sentimentos, angústias, limitações e fantasias, que interferem negativamente na formação dos laços afetivos entre mãe e filho(a). Podemos observar a função dessa técnica através da fala de duas mães entrevistadas:

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

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

O suporte psíquico oferecido às mães possibilita que venha à tona a qualidade de sujeito que elas possuem, mas que muitas vezes, nesses ambientes de urgência fisiológica e tecnologia superespecializada, é excluída. Com o resgate da sua posição de sujeito, dono de sua própria história e seus próprios desejos, torna-se mais fácil para as mães desempenharem a maternagem de modo satisfatório. Agman, Druon e Frichet (1999, p. 29) apontam que a



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

empatia do profissional *psy* com a situação de prematuridade exerce uma “função metabólica” no bombardeamento emocional ao qual as mães são submetidas.

b) Orientação

A orientação também é uma das técnicas que pode ser utilizada pelo psicólogo (Ribeiro & Leal, 2010). Não é raro a mãe permanecer com dúvidas em relação ao estado de saúde do filho após ter conversado com o médico da unidade, devido ao excesso de informações e termos técnicos que são utilizados. O psicólogo cumpre o papel de mediador nessa relação, traduzindo para as mães, em uma linguagem mais acessível, o que foi dito, permitindo que elas esclareçam suas dúvidas, sendo possível o estabelecimento de um verdadeiro diálogo. Vale notar que a orientação oferecida pelo psicólogo não é no sentido "instrutivo", de dizer para a mãe como ela deve agir, mas visa criar um espaço de disponibilidade para ouvir o que ela precisa expressar e clarificar possíveis falhas de comunicação que possam surgir na relação com a equipe de saúde. A fala, a seguir, de duas mães que participaram da pesquisa expressa as dificuldades que elas têm para compreender o que lhes é comunicado pela equipe de saúde e o quanto o psicólogo pode ajudá-las neste aspecto:

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

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



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

Na entrevista com os familiares, a categoria levantada foi:

Importância da atuação do psicólogo, cujas subcategorias foram:

a) Acolhimento psicológico

Di Biaggi (2002) aponta que, quando o sujeito se encontra na UTI, o psicólogo deve buscar fazer acompanhamento psicológico com os familiares, para que eles possam expressar suas dúvidas, falsos conceitos em relação à doença e à necessidade do paciente permanecer nessa unidade. Assim, o psicólogo proporcionará à família espaço para a sustentação de seu sofrimento, que, de acordo com Tardivo (2008), constitui a tarefa psicológica mais importante de todas.

Segundo Lima (2008) esse tipo de intervenção favorece o investimento libidinal dos familiares na criança, (re)colocando o bebê num lugar para além dos horrores do real, do traumático, da desilusão, do fracasso e da culpa. Apesar de nenhum dos familiares dessa pesquisa ter conversado com um psicólogo durante o período de internação do bebê na UTI neonatal, foi verificado que eles valorizam essa técnica, que proporciona uma sensação de alívio e conforto, através da expressão de sentimentos que muitas vezes são reprimidos na situação de prematuridade. A valorização do acolhimento psicológico deve-se, portanto, ou a experiências anteriores dos sujeitos ou à ideia que eles têm a respeito do papel desse profissional diante de uma situação adversa. Os familiares verbalizaram da seguinte forma o que eles pensam a respeito do acolhimento psicológico oferecido pelos psicólogos:

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

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



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

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

b) Orientação

Nas entrevistas com os familiares também se percebeu a importância da técnica de orientação usada pelo psicólogo, com os seguintes depoimentos:

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

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

Isso nos leva a refletir sobre como a abordagem com o familiar do paciente internado na UTI/UCI merece receber especial atenção pelos profissionais da área da saúde. Há diversos estudos que apontam para a verticalização na relação médico-paciente, o que dificulta a eficiência na comunicação, a adesão ao tratamento, entre outros. Segundo Tardivo (2008), saber entender a doença e o tratamento facilita a participação nesse processo, na condição de sujeito e não de objeto, que deseja, pensa e sofre.

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

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



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

Por fim, a categoria levantada na entrevista com os profissionais da área da Psicologia foi: **Importância da atuação do psicólogo segundo os psicólogos**, cujas subcategorias foram:

a) **Acolhimento psicológico oferecido às mães/escuta psicanalítica;**

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

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

Nos atendimentos em grupo, a psicóloga desempenha o papel de facilitadora, captando a fala da mãe e abrindo espaço de participação para as demais, questionando como cada uma sente-se frente à determinada situação que era colocada. Comumente, a identificação das mães com as angústias verbalizadas acontece prontamente e a partir daí o grupo abre-se para uma troca de experiências. O objetivo é disponibilizar suporte para as mães com a mesma categoria de necessidades, nesse caso, mães de bebês internados na UTI neonatal/UCI. Os dois psicólogos entrevistados falaram sobre a importância de suas atuações profissionais no ambiente intensivista:

Magnólia: (...) *eu acho que como profissionais, como psicólogos, a gente ajuda nisso, a gente tenta entendê-las nesse momento, tentar compreendê-las e elas percebem que a gente tem uma compreensão diferenciada, né, elas percebem que o nosso olhar não demonstra julgamento, que a gente não tá criticando, né, que a gente tá colocando assim, a gente explica pra ela a necessidade dela tá entrando, dela tá vendo o bebê, mas a*



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

gente deixa o espaço aberto pra que ela coloque essas dúvidas, pra ela demonstre que ela não tá assim se sentindo tão à vontade de entrar, né, que ela não tá de repente assim tão vinculada a esse bebê, de certa forma ela se sente mais tranquila, mais a vontade de tá colocando esses sentimentos não tão positivos, que as pessoas vêm como não tão positivos, né, da questão da maternidade.

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

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

b) Acolhimento psicológico oferecido aos familiares;

O trabalho realizado com os familiares é fundamental, pois estes podem oferecer suporte emocional para a mãe do bebê pré-termo e estabelecer laços afetivos com a criança, inserindo-a no contexto familiar. Quando questionados sobre como é feito esse trabalho com os familiares, os psicólogos responderam:

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

Crisântemo branco: *Em algumas situações, eu converso com o familiar antes, pra fazer uma espécie de preparação, pra sondar como é que está a família, pra daí sim fazer algum tipo de intervenção junto com o familiar. Então, se em algumas situações eu atuo junto com o médico, em*



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

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

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

b) Orientação

A relevância da orientação foi observada em todos os grupos: mães, familiares e psicólogos. Vale registrar que nesse tipo de intervenção o psicólogo pode não apenas ajudar a esclarecer as falhas na comunicação, como também elucidar os entraves emocionais que podem estar dificultando essa relação. Como esse profissional tem acesso à história psicossocial da mãe e às peculiaridades do seu funcionamento psíquico, cabe a ele compreender e trabalhar com ela determinadas reações que possam parecer inadequadas para a equipe.

Quanto às questões emocionais envolvidas na comunicação mãe-família-equipe, é importante que os profissionais de saúde compreendam que quando as pessoas estão sob forte impacto emocional, não registram as



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

informações, sendo necessário repetir tudo em outro momento de menor tensão (Maldonado & Canella, 2009). Por isso, no auge do estresse, devem informar apenas o indispensável e ouvir a pessoa no que ela quer dizer, com ou sem palavras. Além disso, o psicólogo deve ressaltar aos demais profissionais da equipe que

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

Assim, só poderemos evitar que haja um descompasso no relacionamento entre a equipe de saúde e pacientes, na medida em que os fatores psicossociais envolvidos na situação de prematuridade forem considerados. Dimenstein (2000) ressalta que os técnicos se baseiam em teorias etnocêntricas, que não contemplam as diferenças. No entanto, cada pessoa tem a sua visão de mundo, crenças e valores que merecem ser ouvidos e respeitados. Caso contrário, todo o arsenal teórico-prático dos profissionais permanecerá inquestionável, porém inadequado e ineficaz à população do serviço público de saúde. A fala de uma psicóloga entrevistada demonstra essa dificuldade apontada por Dimenstein que alguns profissionais da saúde têm para se comunicar com a mãe, quando não aceitam a singularidade e a subjetividade de cada mulher.

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



4. Considerações Finais

A partir dos resultados obtidos na pesquisa, através da análise do discurso dos participantes e das observações feitas no ambiente da UTI neonatal da maternidade, tem-se que, embora a atuação do psicólogo tenha se mostrado pouco expressiva para as mães, familiares e para a própria equipe de saúde, que ao longo do trabalho teceu comentários que evidenciaram a falta desse profissional na unidade, todos os entrevistados reconheceram a importância do seu papel no processo de hospitalização do bebê pré-termo.

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

- Sistematizar o trabalho do psicólogo nas UTIs neonatais e UCIs, para que todas as mães e as famílias dos bebês pré-termos possam receber suporte psicológico durante o processo de internação dos mesmos nessas unidades e a equipe de Saúde possa também sentir-se amparada por esse profissional nos momentos de dificuldade;
- Criar um grupo de pais, a fim de valorizar a figura paterna no contexto da saúde e para que estes possam falar de questões psíquicas ou problemas de comunicação com a equipe, dificuldades em lidar com as regras e rotinas da UTI neonatal, a angústia da separação com o bebê e familiares, etc;
- Garantir às mães, albergadas ou as que estão no ALCON, acesso a oficinas de trabalhos manuais e de atividades, que favorecem a criação das redes internas, possibilitando as trocas de experiência durante a internação dos bebês, amenizando a ansiedade vivenciada nesse período;
- Flexibilizar os dias de visita dos avós, reconhecendo a importância da presença constante da família ampliada no hospital. Além disso, permitir a entrada de outros familiares no ambiente da UTI neonatal/UCI, bem como estimular as visitas dos irmãos dos bebês pré-termos, para que possa ser



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

construído o vínculo fraterno e o recém-nascido seja incluído o mais precocemente no contexto familiar;

- Incentivar as mães a colocarem os bebês na Posição Canguru, que faz parte do Método Canguru. Esse contato pele-a-pele da mãe e do pai com o filho, ainda na UTI neonatal, fortalece o vínculo mãe-filho, bem como auxilia no desenvolvimento fisiológico do recém-nascido pré-termo;

- Oportunizar momentos de diálogo entre os profissionais da área de Psicologia, para que possam trabalhar de fato em equipe, trocando informações relevantes sobre os bebês, seus pais e familiares, bem como em relação à equipe de Saúde, com o objetivo de planejar estratégias eficazes de intervenção que facilitem o vínculo afetivo entre eles;

- Realizar encontros semanais entre o psicólogo e a equipe (médicos, residentes, enfermeiros, técnicos de Enfermagem), para discutir temas como a morte na UTI neonatal, comunicação do diagnóstico e evolução do bebê, a escuta dos pais, o estresse no ambiente de trabalho, dentre outros assuntos;

- Conscientizar, frequentemente, a equipe de Saúde em relação ao estresse causado pelos ruídos que são produzidos no contexto intensivista, para que esta possa tomar mais cuidado com as conversas e os procedimentos que são adotados nesse local. Apesar dos profissionais participarem anualmente de cursos de humanização e terem conhecimento teórico acerca dessa questão, a práxis diária nas Unidades de UTI neonatal/UCI, revela a necessidade de uma atenção maior em relação a esse aspecto;

- Mostrar à equipe a importância de chamar as mães e os bebês pelos nomes, a fim de que as relações humanas nesse ambiente, com elevado nível de estresse e rotatividade, tornem-se menos impessoal;

- Orientar a equipe a falar com o bebê antes de qualquer procedimento doloroso ou não, bem como na realização dos cuidados de rotina, verificando se ele está apto a ser estimulado naquele momento, assim como oferecer-lhe conforto após o término do manuseio, ajudando-o a retornar ao seu



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

estado de equilíbrio. Assim como a equipe o psicólogo também deve falar com o bebê, como enfatiza Wilhelm (1997);

Algumas limitações foram detectadas, como o fato de ter apenas convivido com o grupo investigado, durante o breve período de três meses, e não terem sido realizadas entrevistas com a equipe de médicos e/ou de Enfermagem, para conhecer mais profundamente qual a importância que eles atribuem às intervenções feitas pelo psicólogo, no contexto intensivista. Novas pesquisas que envolvam esses atores sociais devem ser incentivadas para o aprofundamento dessa temática. Apontar caminhos e possibilidades de intervenção do psicólogo, sob a luz da psicanálise, perante a mãe, o bebê pré-termo e sua família, embora não garanta a resolução de possíveis conflitos que possam surgir na interação pais-filhos, facilita a construção de laços afetivos entre eles, indispensáveis para a constituição do psiquismo infantil.

5. Referências Bibliográficas

Agman, M., Druon, C. & Frichet, A. (1999). Intervenções Psicológicas em Neonatologia. In Wanderley, D. B. (org.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Salvador: Ágalma.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

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

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Canguru*. 2ª edição. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. (2. ed.) Brasília: Autor. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf



Revista AMAzônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

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

Di Biaggi, T. M. *A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva*. Recuperado em 20 jun. 2012: <<http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos/textoutietc.doc.2002>>.

Dimenstein, M. (2000). Representações da prematuridade por mulheres usuárias do serviço público de saúde. *Psicologia em Estudo*, 5 (2), 33-47.

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

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

Gandra, M. I. S. (1998). A Psicologia na Unidade de Neonatologia. In Angerami-Camon, V. A. (org.), *Urgências psicológicas no hospital* (pp. 81-99). São Paulo: Pioneira.

Golse, B. *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

Gonzalez-Rey, F. L. (2003). *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

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

Maciel, S. C. & Melo, J. R. F. (2011). O recurso da entrevista e da análise de conteúdo em pesquisas qualitativas. In Coutinho, M. P. L & Saraiva, E. R. A. (orgs), *Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 175-204). João Pessoa: UFPB.



Revista AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq

ISSN 1983-3415 (versão impressa) - eISSN 2558 – 1441 (Versão digital)

Maldonado, M. T. & Canella, P. (2009). *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. São Paulo: Novo Conceito.

Ribeiro, I. D. F. & Leal, S. F. (2010). A atuação do psicólogo junto do paciente crítico, seus familiares e equipe de saúde. In Filgueiras, M. S. T., Rodrigues, F. D. & Benfica, T. M. S. (orgs), *Psicologia hospitalar e da saúde: consolidando práticas e saberes da Residência* (pp. 79-93). Petrópolis, RJ: Vozes.

Schermann, L. B. & Brum, E. H. M. (2012). Parentalidade no contexto do nascimento pré-termo: a importância das intervenções pais-bebê. In Piccinini, C. A.; Alvarenga, P. (orgs.), *Maternidade e Paternidade: a parentalidade em diferentes contextos* (pp. 35-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.

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

World Health Organization - WHO. (2012). *Born too soon: The Global Report on Preterm Birth*.

Wilheim, J. (1997). O prematuro na UTI Neonatal. In: _____. *O que é psicologia pré-natal?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zorning, S. A. J; Morsch, D. S.; Braga, N. A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, ano VII (4), 135-143, dez.

Recebido: 20/1/2021. Aceito: 20/3/2021.

Autores:

Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas - Universidade Federal do Amazonas

E-mail: leao.freitas@uol.com.br

Denise Machado Duran Gutierrez, Professora Doutora, Universidade Federal do Amazonas

E-mail: ddgutie@ufam.edu.br