



ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA COM AS ACOMPANHANTES DE UTI NEONATAL

PSYCHOLOGY PERFORMANCE WITH
NEONATAL NICU ACCOMPANENTS

DESEMPEÑO DE PSICOLOGÍA COM
ACOMPAÑANTES NEONATALES DE UCIN

Maria Luisa Pereira Fonseca¹
Marcelo Augusto Resende²

RESUMO: O presente artigo partiu de uma experiência de estágio num hospital geral situado na cidade de Belo Horizonte. Os objetivos deste artigo situam-se na compreensão do fazer da Psicologia no ambiente da UTI Neonatal, através da junção de uma revisão teórica com um estudo de caso. Através do estudo de caso trabalho pontos de atuação e compreensão essenciais no desenvolvimento da atividade da Psicologia no campo da UTI Neonatal. Tendo em vista que as acompanhantes de UTI Neonatal, muitas vezes, apresentam quadros de ansiedade, depressão e estresse, o desenvolvimento de uma atuação que contemple essa acompanhante de maneira integral é a proposta deste artigo. Para isso, recorro a uma visão que considere os fatores históricos, sociais e culturais que envolvem o ser mulher e ser mãe, de forma a desenvolver um olhar e atuação mais sensível, responsável e humanizada. Foi possível compreender que a atuação da Psicologia nesse ambiente vai e deve ir além do paciente neonatal, englobando a mulher-mãe acompanhante, o pai, a família e os outros membros da equipe de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: UTIN; Psicologia; Acompanhante.

ABSTRACT: Abstract: This article is derived from an internship in an hospital located in Belo Horizonte, Brazil. Its objectives are the comprehension of the labour of psychology in the neonatal intensive care unit, through a combination of theoretical review and case study. Through the case study I delve into essential points of action and comprehension in the development of the activity of Psychology in the field of the neonatal intensive care unit (NICU). The purpose of this article is the development of a practice that fully encompasses the family of the newborn, given the common framework of stress, anxiety and depression that often develops in said situations. To that effect, a social, historic and cultural view of womanhood and maternity will be employed in a way as to build a more accountable, sensitive and humanized approach. It was understood that the exercise of psychology in this environment does and should encompass the woman/mother, the father, the family and the medical staff that surrounds the neonatal patient, rather than the newborn alone.

KEYWORDS: NICU; Psychology; Family.

RESUMEN: Este artículo se deriva de una pasantía en un hospital ubicado en Belo Horizonte, Brasil. Sus objetivos son la comprensión de la labor de la psicología en la unidad de cuidados intensivos neonatales, mediante una combinación de revisión teórica y estudio de caso. A través del estudio de caso profundizó en puntos de acción y comprensión esenciales en el desarrollo de la actividad de la Psicología en el ámbito de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). El propósito de este artículo es el desarrollo de una práctica que abarque de manera integral a la familia del recién nacido, dado el marco común de estrés, ansiedad y depresión que muchas veces se desarrolla en dichas situaciones. A tal efecto, se utilizará una visión social, histórica y cultural de la mujer y la maternidad de manera que se construya un enfoque más responsable, sensible y humanizado. Se entendió que el ejercicio de la psicología en este entorno hace y debe abarcar a la mujer / madre, el padre, la familia y el personal médico que rodea al paciente neonatal, más que al recién nacido solo.

PALABRAS CLAVE: UCIN; Psicología; Familia.

¹ Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. psimalupereira@gmail.com

² Mestre e Doutor pela UFMG, Professor de Psicologia da PUC MINAS. psiresende@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é caracterizada como um serviço de alta complexidade, de cuidados intensivos e especializados, existente nos serviços de saúde. As internações nesse ambiente decorrem de toda sorte de malformações, porém, predominantemente, da prematuridade (FREITAS *et al.*, 2018). Denominamos prematuros nascimentos que ocorrem antes da 37ª semana de gestação, os quais, por sua vez, vêm sendo cada vez mais tratados como um problema de saúde pública (McCORMICK *et al.*, 2011). De acordo com uma pesquisa de 2014 intitulada “Nascer no Brasil”, realizada pela Fiocruz (2014), cerca de 11,3% de nascimentos são prematuros e o país é o décimo no *ranking* mundial, divulgado pela OMS em 2012, com os maiores números de nascimentos prematuros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O atendimento psicológico em uma UTIN é assegurado desde 1999 pela Portaria GM/MS n. 1.091, de 25 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999). O foco é a atuação por meio de uma equipe multiprofissional, com objetivo de promover a redução da separação entre mãe, pai e bebê, incentivando a criação e o fortalecimento dos laços afetivos. Para isso, a Portaria n. 693, de 5 de julho de 2000 (BRASIL, 2000), estabelece a implantação do Método Canguru que visa a uma atenção humanizada, contando com estratégias biopsicossociais de intervenção em todo território nacional.

A iniciativa que resultou neste artigo ocorreu devido ao estágio não-obrigatório que realizei em 2020 em um hospital geral de Belo Horizonte, onde fiquei responsável por atender e desenvolver atividades nos setores de Pediatria, Berçário, Saúde da mulher e UTIN. Ainda que os setores sejam distintos entre si, havia um ponto em comum que os ligava: a presença maciça de mulheres, mais especificamente de mães. Logo, o primeiro fator que julguei relevante foi o gênero. Com o passar dos dias, fui me dando conta de que os atendimentos solicitados pela equipe multiprofissional eram, em sua maioria, voltados para essas mulheres-mães e traziam como justificativas fatores como choro excessivo, dificuldade na amamentação, agressividade com os profissionais da saúde, sinais depressivos.

A partir desses dois pontos que se cruzavam e produziam similaridades, fui refletindo sobre como a Psicologia respondia a essa demanda, a fim de não provocar sofrimento e opressão. Como a Psicologia Hospitalar poderia ser mais efetiva para essas mulheres? Qual o olhar lançado pelos outros profissionais da saúde para a solicitação de atendimentos? Qual o lugar que elas ocupavam na instituição, para além de acompanhantes ou pacientes? Frente a esses

inúmeros questionamentos, surgiu este estudo sobre as possíveis contribuições da Psicologia no cenário de atendimento das acompanhantes-mães da UTI Neonatal.

Favaro, Peres e Santos (2012) sinalizam que a hospitalização do bebê prematuro pode levar a essa mãe, que também é a acompanhante na maioria das vezes, a desencadear transtornos como ansiedade e depressão. Pensando que, durante uma gestação, cria-se uma imagem sobre o bebê e suas características, quando ocorre o nascimento prematuro, toda essa construção é quebrada. Há, como apontado por Felipe, Souza e Carvalho (2014), uma interrupção no processo normal da maternidade e isso afeta as mães, visto que todo o período gravídico auxilia na sua preparação mental.

Logo, pensar sobre o lugar da Psicologia no atendimento e acolhimento dessas acompanhantes potencializa a ação da Psicologia nesse ambiente, auxilia na saúde mental das acompanhantes, podendo estabelecer um melhor vínculo entre a mãe-acompanhante e o prematuro. Brum e Schermann (2004) alertam que, sendo o período neonatal e pós-natal sensíveis para o desenvolvimento, intervenções nesse momento contribuem ativamente para a saúde psicológica e para um adequado desenvolvimento infantil, ainda que as intervenções tenham como foco a mãe e os familiares, pois estes são partes importantes do seu ambiente.

Sendo assim, desenvolvo este trabalho com o objetivo de compreender as formas pela qual a Psicologia pode atuar, e atua, no ambiente hospitalar, especificamente na UTI Neonatal. Procuro desenvolver uma prática com um novo olhar, escuta e posicionamento para com as acompanhantes, de forma a promover uma atenção à sua saúde mental.

2 A MATERNIDADE, O CUIDADO E O FEMININO

Acredito que um posicionamento plausível para a Psicologia frente às ideias de maternidade, cuidado e feminilidade é o da desnaturalização, partindo da compreensão de que, para nossa cultura, o gênero é um fator estruturante, ou seja, tornar-se pessoa é tornar-se homem ou mulher (ZANELLO, 2018). Cultura e sociedade atuam ativamente na construção da nossa subjetividade. Elas configuram traços, performances e afetos, tornando-os socialmente valorizados ou não (ZANELLO, 2018). Enquanto mulher, há certo modo de sentir, se expressar, performar e fazer (*script*).

A ideia de maternidade, próxima da forma como concebemos hoje, inaugurou-se a partir do século XVIII. “Após 1760 abundam publicações que naturalizam o ‘instinto’ materno ou o amor espontâneo da mãe pelo filho, glorificando esse sentimento. [...]” (ZANELLO, 2018, p. 126).

Quando concebemos a mulher com um desejo inquestionável de ter filhos, com uma capacidade inata de amar e cuidar, estamos associando seu corpo e sua capacidade de gerar com uma natureza animal. Quando uma mulher, que é também mãe, reclama ou aponta suas dificuldades em relação aos filhos, não é raro o discurso social de que a mulher escolheu livremente a maternidade; sendo assim, tem que lidar e aguentar as consequências.

Porém, sabe-se que a maternidade não é sempre uma escolha, ainda mais se tratando de uma sociedade onde não há aborto legalizado, mas sim o estupro normatizado (DONATH, 2017; SAFFIOTI, 2015). A realidade é que uma grande parcela dessas mulheres-mães, além de ser responsável pela maior parte do cuidado com os filhos, trabalha fora, executa o trabalho doméstico e, muitas vezes, é levada a cuidar de outros membros da família (ZANELLO, 2018). De maneira geral, há uma:

[...] naturalização da capacidade de cuidar (em geral) nas mulheres, decorrente justamente dessa mescla (razoavelmente recente, com o advento do capitalismo) entre a capacidade de procriação e a maternagem, bem como seus desdobramentos, como as tarefas dos trabalhos domésticos e a responsabilização pelo bom funcionamento da casa. Uma diferença física foi transformada em desigualdade social [...]. Se o cuidar é 'natural' seremos demandadas (e nós exigimos) a funcionar nesse dispositivo (ZANELLO, 2018, p. 149-150).

É importante entendermos que as mulheres que estão como acompanhantes hospitalares, seja na UTI Neonatal, na pediatria ou até mesmo em outros espaços, possuem, muitas vezes, uma sobrecarga de trabalhos. Ainda que não sejam considerados como trabalhos, por não serem remunerados e valorizados, as mulheres tendem a ter triplas jornadas de trabalho.

3 SAÚDE MENTAL DAS MULHERES E A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO NEONATAL

Ao abordarmos a saúde mental, é preciso levar em conta fatores biológicos, psicológicos e sociais. Segundo o Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001 – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (ONU), as mulheres apresentam uma maior possibilidade de desenvolver algo relacionado ao sofrimento mental. A face da construção social de gênero é bastante estruturante nessa questão, visto que desempenha várias funções simultaneamente. Essas funções acabam gerando grandes responsabilidades e uma pressão excessiva quanto ao ser e estar.

Além disso, “[...] elas enfrentam uma significativa discriminação sexual e as concomitantes pobreza, fome, desnutrição, excesso de trabalho e violência doméstica e sexual.”

(ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2001, p. 46).

É possível vermos uma tendência da Psicologia em dispor uma maior atenção ao que será provocado na criança, como é relatado a seguir:

A Psicologia também deu o seu quinhão na construção dessa maternidade, sobretudo através da ideia de higienização e do controle dos afetos, ao prescrever o que seria uma ‘boa mãe’ e os efeitos ‘nefastos’ de uma mãe má. [...] há uma patologização da infelicidade e insatisfação das mulheres no exercício da maternidade, parece não haver espaço para ouvir esse mal-estar. Quando se fala de maternidade, na Psicologia, a ênfase é quase sempre a preocupação com a criança e os efeitos da mesma sobre sua constituição (ZANELLO; PORTO, 2016, p. 115-116).

Logo, a abordagem realizada pela Psicologia, como elucidado por Arrais e Mourão (2013, p. 153), deve trazer para essas mulheres-mães que “[...] elas têm o direito de sentirem-se tristes, mesmo ao realizarem o sonho de quase toda mulher, o sonho de ser mãe”. Para isso, é necessário proporcionar a elas um espaço para que falem sobre o sofrimento e que estejamos aptas, como profissionais, a promover uma escuta adequada para tal. Assim, nossa postura enquanto psicólogas deve ser de “[...] desmistificar esta ideia, sinalizar que pode haver sofrimento, fazendo-as sentir menos a sensação de estranhamento e inadequação, e abrimos então espaço para escutar esse, sofrimento” (ARRAIS, MOURÃO, 2013, p. 156).

Toda doença, como trabalhado por Simonetti (2004), é atravessada por subjetividade. Uma vez que esta se constrói de acordo com a relação do sujeito com o seu ambiente, com as características sociais e culturais, chegamos ao ponto onde os “[...] aspectos psicológicos não existem soltos.” (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011, p. 215).

Na UTI Neonatal, a Psicologia vem possibilitar que a mãe, o pai ou a pessoa responsável pelo recém-nascido ali internado expressem demandas a fim de possibilitar que estes reconheçam a existência de um sofrimento. Visa também à aproximação entre os familiares e o bebê, criação de vínculo e a transmissão para a família que aquele bebê é também sujeito que possui emoções, que sente dor e que possui sua individualidade, que deve ser respeitada (ARRAIS; MOURÃO, 2013).

Sendo assim, nossa atenção e escuta, como anteriormente foi apontado, precisa incluir o todo, compreendendo processos de subjetivação, gendramento³, fatores sociais e culturais

³ Ao me referir a gendramento, quero mencionar o fato de aspectos serem tomados como “naturais” ao serem atribuídos a mulheres, como a maternidade, estabelecendo, assim, padrões de comportamento, de certo ou errado (BOEFF; CAMARGO, 2020).

como de formação. É preciso entender porque a culpa⁴ se faz tão presente, o que é e quais são os impactos do puerpério para a sua saúde mental, sua condição socioeconômica, a estrutura familiar, seus projetos, planos e trabalho. É preciso ter uma escuta sensível e ampla, que desnaturalize funções e seja integral.

3.1 O nascimento prematuro e a UTI

O anúncio da chegada de um novo membro é mobilizador, gera expectativas, dúvidas, desejos, certezas e também incertezas. Os pais pensam, planejam e representam esse ser que está por vir. Colocam traços comportamentais, de personalidade, características físicas e vão se tornando cada vez mais cuidadores desse ser. Até que isso é interrompido. Sem nenhum aviso prévio, antes do tempo determinado, esse bebê chega. A partir desse momento, inicia-se um novo processo. O bebê que nasce não é como o que planejaram e pensaram por meses. Nem o nascimento é assim.

O nascimento prematuro é aquele que, de acordo com Papalia e Feldman (2012), ocorre antes da 37ª semana de gravidez. O bebê que nasce está longe de ser o que se imaginou e planejou, ocorrendo assim uma morte simbólica. A morte simbólica difere da morte concreta, pois ela se caracteriza como uma morte em vida (ALVES, 2012). Todo nascimento convida a mãe e o pai ao luto do recém-nascido da fantasia para uma adaptação ao bebê real. É uma perda necessária de se atravessar para poder, de fato, acessar esse ser nascido (BALTAZAR; GOMES; SEGAL, 2014). Conforme Alves (2012), a constatação desse nascimento e o encontro com essa morte produz nos pais tristeza, frustração e medo em relação à vida desse filho.

O filho está lá! É outro, completamente diferente do que foi desejado, mas está lá, e o casal (muitas vezes somente a mãe) não tem autorização para chorar e ficar de luto pelo filho que morreu. As pessoas ao redor cobram ações e atitudes, indiferentes ao conflito de sentimentos dos pais (ALVES, 2012, p. 91).

As mães apresentam, muitas vezes, dificuldade em se apegar e passam a evitar esse bebê, temendo sua morte (RAAD; CRUZ; NASCIMENTO, 2006). Esse fato é mais presente em mães com bebês na categoria de muito baixo peso (inferior a 1.500 g) ou extremo baixo

⁴ Ao se depararem com o bebê real, com um nascimento inesperado, com a possibilidade da morte, as mães-acompanhantes de UTIN e puérperas, de um modo geral (ainda que o nascimento decorra em um bebê saudável), tendem a não se sentirem capazes, sentem-se inseguras. Quando o nascimento resulta na internação em uma UTIN, as mães-acompanhantes tendem a se sentir como responsáveis, sentem que colaboraram para que fosse assim (BEAGHETO; JACOB, 2011; VALANSI; MORSCH, 2004).

peso (inferior a 1.000 g), em que o risco de morte é maior devido à imaturidade dos órgãos internos e do funcionamento dos sistemas corporais (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012).

A supressão da resposta emocional da mulher-mãe frente à hospitalização do filho é constantemente assistida nesse cotidiano. É frequente a pressão colocada em cima das mães por parte da equipe multidisciplinar, assim como a censura de comportamentos de tristeza, raiva e negação. Ou seja, a mulher, ainda que em um momento de desconhecimento, desamparo e sofrimento, precisa performar certos comportamentos, como os trazidos por Lemos e Kind (2017, p. 842, *apud* NOVELINO, 1988, citado por STASEVSKAS, 1999, p. 6): “[...] a mãe deve ser alegre, feliz, tranquila, serena, ajustada, sem hostilidades, angústias ou conflitos – conscientes e inconscientes –, atenta às mínimas inquietações que a afligem, para saná-las imediatamente.”

Não é difícil imaginar que a vivência dos pais ali é inesperada e traumática. Mas nos enganamos ao pensar essa vivência como estressora apenas para a mãe, o pai e os familiares. Para o bebê também é uma vivência de grande estresse. Carvalho e Pereira (2017, p. 104) reproduzem excerto de documento esclarecedor do Ministério da Saúde,

[...] o bebê pode ser manipulado excessivamente pelos profissionais de saúde, podendo chegar ao número de 488 procedimentos/dia; há exposição constante à luz e à dor (aspirações e coleta de sangue para exames, por exemplo); o sono é interrompido por várias vezes ao longo do dia por conta da rotina que é imposta ao bebê; sentem cheiros como o do álcool utilizado antes da manipulação, entre outros.

Além disso, o bebê costuma ser afastado do colo da mãe e do pai; estes, por sua vez, acabam se sentindo limitados no seu fazer na parentalidade. Pensando nisso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) desenvolveu uma política nacional de saúde que implementa uma atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso batizada de “Método Canguru”. Esse procedimento busca a melhoria da qualidade do cuidado desse recém-nascido, reduz a separação entre a mãe e o neonato, favorece o vínculo entre ambos e ainda

[...] permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (BRASIL, 2017, p. 7).

Sabendo que aspectos psicoafetivos e comportamentais estão presentes na vivência da UTI Neonatal, somos convocadas como psicólogas a humanizar também nosso atendimento.

Com o método citado acima, passamos a atuar nesse ambiente a fim de identificar processos psicológicos e a formação de laços afetivos entre a mãe, o pai e o recém-nascido como forma de possibilitar uma atenção à saúde mental dos envolvidos para um melhor estabelecimento da parentalidade (BRASIL, 2017). Entendemos a parentalidade como o processo de desenvolvimento da maternidade e paternidade. Com a finalidade de um maior aprofundamento na discussão feita até aqui, seguiremos com um estudo de caso que será correlacionado a uma revisão teórica acerca do tema.

4 METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa, a vivência no estágio em Psicologia Hospitalar foi de grande relevância, visto que o estudo de caso que trabalharei decorreu de um dos meus acompanhamentos enquanto estagiária. A pesquisa realizada é de cunho qualitativa e meu objetivo foi a compreensão das possibilidades de ação da Psicologia com acompanhantes de UTI Neonatal. Com isso, os fenômenos sociais envolvidos são compreendidos a partir de uma perspectiva subjetiva, tanto minha como também dos autores dos quais utilizei artigos e livros (PERES; SANTOS, 2005).

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com levantamento de artigos, monografias, teses e livros a partir de plataformas *on-line*, como Google Scholar (Google Acadêmico), SciELO, SBPH (Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar). Os temas pesquisados, de maneira geral, levaram em consideração as palavras-chave: psicologia hospitalar, psicologia hospitalar na UTI Neonatal, a vivência UTI Neonatal, vivência do luto, além de aspectos como gênero, subjetividade, família, caracterização do nascimento pré-termo e do recém-nascido pré-termo, dificuldades relacionadas à vivência materna, os impactos do nascimento prematuro para a família e para o recém-nascido, possíveis intervenções da psicologia hospitalar na UTI Neonatal.

O estudo de caso, nesta pesquisa, surge com o intuito de fornecer uma maior compreensão acerca da vivência das acompanhantes de UTI neonatal e do fazer da psicologia. Contudo, como discutido por Peres e Santos (2005), faz-se necessário compreender que o estudo de caso deve ser entendido em sua singularidade, podendo ser visto por diferentes óticas. A função da utilização desse instrumento é auxiliar no processo de conhecimento (GIL, 2002) acerca das práticas de psicólogas no setor de UTI Neonatal.

5 CASO SANDRA

Sandra⁵ é professora de matemática e possui um filho de 7 anos do antigo casamento; do relacionamento atual, ela tem uma filha chamada Beatriz. Ela nasceu prematura extrema, com cerca de 23 semanas de gestação e um pouco mais de 500 gramas. Desde então, os dias de Sandra passaram a ser de profunda angústia, dúvidas, incertezas e medo. Beatriz passou por várias intercorrências, reanimações e cirurgias. Como prematura, seus órgãos internos ainda não haviam se desenvolvido completamente e isso fez com que ela ficasse internada por cerca de cinco meses na UTI Neonatal do Hospital Geral no qual fui estagiária.

Meu primeiro encontro com Sandra e Beatriz ocorreu na pediatria do hospital. Foi solicitada uma interconsulta em que falavam de uma mãe com labilidade emocional, comportamento desrespeitoso com outros profissionais de saúde e dificuldade de aceitação do quadro da filha. Beatriz havia retornado ao hospital por não conseguir ganhar peso e apresentar vômitos frequentes. Os médicos sugeriram uma cirurgia invasiva para o tratamento, mas a mãe não estava disposta a ceder.

Outra pessoa também esteve presente em todos os quatro encontros que tive com Sandra e Beatriz: a avó materna, Luzia. Quando entrei pela primeira vez no quarto, alocado na enfermaria pediátrica, fui recebida pela avó, que me mostrou entusiasmada sua neta, Beatriz. Falou sobre todas as lutas e vitórias da sua neta mais nova, mas também relatou seu cansaço. Luzia ficava com Beatriz quando a mãe não podia estar presente, mas ultimamente isso se tornara bastante frequente, visto que Sandra estava bastante estressada, com insônia e com o filho mais velho demandando atenção. Luzia, então, ficava com a neta, recebia todas as notícias e as “filtrava” para a filha, com o objetivo de não causar mais sofrimento. Luzia evitava que a filha sofresse a todo custo; por isso, prontificava-se sempre. Passou a relatar quadro ansioso, insônia e muito estresse. Logo veio o seu choro. Queria poder relaxar, viajar como tinha planejado, cuidar de sua casa, mas não sabia como dizer à filha. Não queria decepcioná-la. Fui informada que o pai comparecia quase todas as noites para passar com Beatriz, por isso não tive contato direto com ele.

No segundo encontro, conheci a mãe, Sandra. Havia uma nova interconsulta solicitada para ela. Quando adentrei no quarto, ainda na enfermaria, encontrei Sandra, Luzia e Beatriz. Sandra contou sobre as intercorrências com a filha, os vômitos e a dificuldade em achar um leite com que ela se adaptasse. Relatou sobre o desejo dos médicos de realizar uma cirurgia

⁵ Foram adotados nomes fictícios para todas as mulheres envolvidas neste estudo.

irreversível; como ela não admitia o procedimento de forma alguma, isso gerou desconfortos com os profissionais de saúde. Dizia se incomodar com a manipulação frequente da filha (da sonda nasogástrica colocada para novas tentativas de aumento do aporte calórico) e as constantes queixas e falta de compreensão da equipe médica em relação a Beatriz. Ela não aceitava muito bem a ideia de uma terapia; sua religião e crença, segundo ela, lhe bastavam. Sua mãe, Luzia, insistia para que ela fizesse terapia, mas Sandra sempre recusava.

Nosso terceiro encontro, ainda na pediatria, ocorreu devido a queixas da equipe por terem escutado Sandra falar que odiava a filha, que se ela não tivesse nascido nada disso teria acontecido, dentre outras coisas. Ao realizar o acolhimento, ela dizia estar cansada, sobrecarregada, constantemente preocupada e pressionada. Falou sobre a mudança de comportamento do filho mais velho, a dificuldade de conciliar sua vida com o hospital, a falta de vontade de comparecer ao hospital com receio de receber mais notícias ruins.

Nesse período, Beatriz teve uma piora e foi transferida, novamente, para a UTI Neonatal. Foi feita uma cirurgia com a qual a mãe concordava por não ser tão invasiva. Encontrei Sandra agora na UTI Neonatal e sempre estava estimulando a filha com diversos brinquedos (alguns faziam barulho e havia reclamação por parte da equipe da saúde, por ser um barulho frequente). Nesse dia, ela estava bastante angustiada pelo quadro da filha. Retomou todo o cenário de incertezas ao longo desses seis meses de vida e de internação. Estava esgotada. Atendi Sandra aos prantos no corredor da UTI Neonatal. As enfermeiras do andar se mostraram incomodadas com o choro e falaram diversas vezes para irmos para um lugar mais reservado. Sandra não quis e não insistiu.

Esse foi nosso último encontro, rodeado de incertezas, angústias e medo. Último encontro porque, em meio a pandemia de Covid-19, o acesso à UTI Neonatal ficou restrito, Sandra apresentou sintomas de gripe e eu, como estagiária, fui afastada como medida de precaução.

6 DISCUSSÃO

O estudo de caso vem nos possibilitar uma maior imersão e compreensão do tema que, até então, venho abordando. O caso Sandra, acompanhante-mãe, nos auxilia a pincelar categorias importantes e presentes na vivência de UTI das acompanhantes, das famílias e dos profissionais de saúde envolvidos. Com isso, dividirei a discussão atual nas seguintes categorias: família, saúde mental, equipe de saúde e, por fim, a Psicologia.

6.1 A família

A inclusão do bebê na dinâmica familiar, para além da rede de apoio, é uma prática muito associada à Psicologia. São trabalhados não só a inclusão, mas a compreensão do lugar desse bebê na família e os rearranjos necessários para melhor acolhê-lo (PEIXOTO *et al.*, 2012).

Quando um bebê nasce estão implicados, além dos cuidadores responsáveis, outros membros familiares. No caso de Sandra, temos a presença constante da avó Luzia. Hoje em dia, devido aos avanços em Neonatologia, sabemos da importância em se ter uma rede de apoio. E essa rede ganha destaque quando se fala em prematuridade. Um bebê prematuro extremo como Beatriz, ainda que apresente mais chances de sobreviver devido ao desenvolvimento da atenção neonatal e de tecnologias, gera preocupações não só pelo fato iminente da morte, mas pelas possíveis sequelas que poderão surgir. Essas sequelas estão comumente associadas ao desenvolvimento intelectual e neurológico (ANDREANI; CUSTÓDIO, CREPALDI, 2006), sendo que há evidências do impacto do ambiente familiar sobre esses aspectos.

Ao se fazer presente, ao filtrar informações para não sobrecarregar a filha, ao abrir mão dos seus afazeres, ao acompanhar sua neta hospitalizada, Luzia funcionava como rede de apoio, mas mostrava sua fragilidade, cansaço e limite. A vivência de internação é distante do que se é esperado. É gerador de um constante não saber e não controle.

O pai pouco aparece nesse contexto, aspecto que necessita muita atenção. Quase não há menção aos pais nas referências que utilizei; porém, é possível identificar outros pontos para essa realidade. Fatores como pensar esse lugar como materno; o lugar social do homem como provedor; o receio frente à fragilidade do bebê e a não paternidade são bastante presentes, acabando por afastar o homem-pai do contexto da UTIN (SOARES; BERNARDINO; ZANI, 2019). Ainda que o lugar da paternidade seja incentivado, ou orientado a ser incentivado no ambiente neonatal, permanece um local predominantemente feminino.

De acordo com Gallegos-Martinez, Reyes-Hernández e Scochi (2013, p. 1363),

[...] os progenitores do sexo masculino vivenciam distinção de gênero por parte da equipe de saúde, enquanto eles mesmos percebem a sua participação como pouco importante e a mãe como o centro exclusivo do cuidado do filho doente. Além disso, consideram-se a si mesmos como veículo de infecções [...]

Sendo assim, a pouca presença dos pais, ainda frente a mudanças da perspectiva hegemônica da masculinidade, é justificada por marcas culturais e sociais que acabam sendo

reproduzidas por eles e pela equipe de saúde. Outros fatores, como no caso de Sandra, é a presença desse homem em momentos específicos do dia devido ao fato de estarem trabalhando, ou responsáveis por outros filhos e a casa.

6.2 Saúde mental

Insônia, ansiedade, depressão e estresse são alguns dos fatores mais correlacionados quando o assunto é a vivência de uma internação em UTI Neonatal. Ela costuma ser fonte de bastante estresse para as mães-acompanhantes, mas a transição do ambiente hospitalar ao domiciliar também é (VIEIRA *et al.*, 2019).

Ao acompanhar Sandra e Luzia, ficou evidente que sintomas como ansiedade, insônia e estresse estavam presentes. Além disso, fatores como pressão excessiva, sobrecarga e cansaço são mencionados. Fato é que a situação demandava uma grande adaptação, não só por parte da mãe, mas de toda a família, como já foi discutido. Ansiedade, estresse e depressão são fatores que dificultam a criação de laços e a estimulação adequada do bebê (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012).

No caso de Sandra, a existência de um outro filho tornou tudo mais complicado, visto que os longos períodos no hospital, o estresse, o cansaço e a sobrecarga não passam quando ela volta para casa.

Enquanto psicólogas hospitalares, devemos incentivar e promover visitas dos irmãos ao hospital. Mudanças de comportamento, como mencionado no caso, são esperadas face à mudança na rotina da família e na atenção recebida pelos pais. Logo, as visitas supervisionadas auxiliam na compreensão dos irmãos sobre a internação, o que é feito e o que, de fato, está acontecendo. Reforça a sua participação familiar e seu lugar como integrante, tornando mais acessível essa vivência (VALANSI; MORSCH, 2004; ARRAIS; MOURÃO, 2013).

6.3 Equipe de saúde

A equipe de saúde é multidisciplinar no contexto da UTI Neonatal. Ali estão presentes médicas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogas, nutricionistas e psicólogas (BRASIL, 2007). Segundo um estudo realizado por Notaro e coautores (2019), a característica das profissionais que atuam em três unidades de UTI Neonatal em Belo Horizonte é ser composta de 91,8% de mulheres. Por isso, refiro-me no feminino ao tratar dessas profissionais.

É necessário que toda a equipe esteja apta a escutar, acolher e se comunicar com as mães-acompanhantes, visto que é uma convivência diária que se instalará. Uma boa relação entre os profissionais de saúde é estimulada pelas políticas de educação permanente e de humanização hospitalar; porém, ainda há um despreparo, principalmente no que tange à subjetividade dessas mulheres (ZANFOLIM; CERCHIARI; GANASSIN, 2018). No estudo dessas autoras, é possível identificar duas queixas gerais vindas de mães-acompanhantes direcionadas à equipe de saúde: “[...] i) comportamentos considerados ofensivos e j) falta de um cuidado empático com a mãe e o bebê” (ZANFOLIM; CERCHIARI; GANASSIN, 2018, p. 29).

Sandra expressava um desgaste em relação à equipe de saúde por não se sentir levada em consideração e realmente escutada, o que podemos enquadrar na categoria de “cuidado empático”.

No cenário da UTI Neonatal a mãe-acompanhante, o pai, a família, todos são prematuros. As profissionais de saúde, assim como a instituição hospitalar, devem investir em um cuidado humanizado, em escuta e em capacitações voltadas para essas ações. A equipe de saúde é responsável por orientar e informar a família, com isso a maneira com que se comunicam deve ser clara e objetiva, favorecendo o acesso à informação, bem como a diminuição da ansiedade e insegurança dos pais (SCHMIDT *et al.*, 2012).

É certo que o ambiente da UTI Neonatal demanda algumas posturas das profissionais para com os recém-nascidos, as mães e as famílias como um todo. Como já discutimos nesta subseção, a comunicação, a presença empática e um tratamento humanizado são fundamentais para que a mãe-acompanhante e as famílias estabeleçam uma relação mais segura, menos ansiosa e estressante tanto com as profissionais como também com seus filhos ali internados (CARVALHO; PEREIRA, 2017; SPIR *et al.*, 2011; ZANFOLIM; CERCHIARI; GANASSIN, 2018).

Porém, pensar em humanização sem ver cada profissional como humana é promover uma má comunicação, uma maior insegurança, angústia e sofrimento psíquico não só para as profissionais, mas para todos ali envolvidos (MACHADO; JORGE, 2005).

6.4 A Psicologia

Reservei esta subseção não só pelo fato do meu objetivo com este estudo ser o de apontar, trabalhar, construir possibilidades de atuação para a Psicologia, mas por nossa prática poder estar presente em todas as queixas, apontamentos e discussões que foram até aqui levantadas. No trabalho realizado por Arrais e Mourão (2013), fruto de uma experiência de es-

tágio acadêmico de pós-graduação em Psicologia Hospitalar, buscou-se sintetizar as atividades desenvolvidas pela psicóloga tanto na maternidade como na UTIN. São elas: 1) Ronda; 2) Atendimento de familiares e acompanhantes; 3) Atendimento aos bebês na UTIN; 4) Atendimento e acompanhamento das famílias com bebês na UTIN; 5) Atendimento psicológico de apoio a grupos, como os desenvolvidos por pais da UTIN; 6) Interconsultas; 7) Atendimento ao óbito perinatal (ARRAIS; MOURÃO, 2013).

Com o auxílio de outras pesquisas, podemos citar outra atuação, como desenvolver atividades educativas sistematizadas, visando à preparação dessa acompanhante-mãe para o cuidado especializado do filho recém-nascido prematuro (VIEIRA *et al.*, 2019). Podemos, ao atender os bebês, desenvolver interações que auxiliem essa mãe-acompanhante a perceber, interpretar, sensibilizar-se e responder ao seu comportamento, de forma a estabelecer um vínculo mais satisfatório e seguro (BRUM; SCHERMANN, 2005).

Há ainda outras atuações, como proporcionar um espaço de escuta e acolhimento individual para as mães-acompanhantes; estimular e desenvolver grupos com as famílias, grupos com as mães como forma de promover identificação, trocas de experiência e apoio (VALANSI; MORSCH, 2004; ARRAIS; MOURÃO, 2013). Além disso, auxiliar a mãe-acompanhante e os outros familiares a construírem um olhar e uma escuta afetiva que busque compreender o bebê, favorecer a presença de outros familiares como irmãos e avós para uma construção de vínculos família-bebê (VALANSI; MORSCH, 2004; BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010, v.13), além de estimular a presença do pai como cuidador ativo-afetivo.

Ao acompanhar Sandra, Beatriz e Luzia, ficou evidente a importância do espaço de escuta proporcionado pela Psicologia: um lugar para expressar medos, angústias, fraquezas e preocupações. Um lugar seguro para falar e sentir sem julgamento, onde há abertura para a escuta (ARRAIS; MOURÃO, 2013), ainda que esse lugar seja o corredor ou a beira do leito.

Humanizar é uma escuta não punitiva, uma escuta que contemple a subjetividade da mãe-acompanhante, que entenda como se dão as construções sociais a respeito do gênero e da maternidade e como isso influenciará o processo de acompanhamento. Permitir que se sintam tristes, que não se sintam realizadas, que entendam o porquê de se sentirem culpadas; auxiliar no empoderamento de suas capacidades como mulheres e mães é humanizar. Precisamos construir uma atuação que leve em consideração desigualdades e causas sociais, como mencionado por Medrado e Lima (2020).

Numa UTIN, não há como saber o que esperar. A cada dia serão novas mães-acompanhantes, famílias, bebês e demandas. Sempre uma nova oportunidade para construir.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre a atuação da Psicologia com as acompanhantes de UTIN é extensa. Com este estudo, busquei trazer pontos que devem ser considerados e que possuem grande relevância para a atuação nesse campo. O serviço da Psicologia em hospitais ainda é produto da construção diária entre nós, a equipe, as(os) pacientes e as famílias (acompanhantes).

Ainda há poucos estudos sobre o tema em questão. Existem lacunas a serem trabalhadas, discutidas e desveladas. Com este artigo, busquei demonstrar como a visão integral do sujeito acompanhante pode promover a humanização e a saúde mental. A compreensão social, política, econômica e de gênero não pode ser desconsiderada, tendo em vista que somos seres sociais e em sociedade.

O estudo em questão, devido à pandemia de Covid-19, sofreu com diversas limitações. O planejamento inicial consistia na realização quinzenal de grupos de apoio às acompanhantes de UTI neonatal; porém, devido à pandemia, antes de conseguir iniciar o projeto, fui afastada do hospital em questão. O acesso a essas acompanhantes de forma remota, ainda que facilitada pelas redes sociais, fica restrito à disponibilidade de tempo das mesmas. Acredito que, mesmo diante de tais limitações, os resultados obtidos são de grande relevância, como podemos verificar ao longo de todo trabalho e das considerações finais.

As acompanhantes são mulheres-mães. Oferecer um lugar de escuta, expressão, apoio, integração e identificação são alguns dos meios que dispomos para atendê-las. Ansiedade, depressão e estresse são denominadores comuns na vivência de muitas delas, seguido por incerteza, angústia e desamparo. Observamos também a ausência dos pais enquanto acompanhantes.

Como foi possível verificar ao longo do estudo, os pais costumam ser uma minoria nesses ambientes, às vezes em função do trabalho, mas também desestimulados pela equipe de saúde que coloca a mãe como a responsável pelos cuidados dos filhos internados. Nosso papel como psicólogas deve ser o de incluí-los na forma de cuidadores e sujeitos emocionalmente envolvidos, mesmo que tenham menos disponibilidade de tempo para estarem ali presentes.

Acredito que um ponto de continuidade e de atenção para futuros estudos é o posicionamento do pai frente à internação, ao nascimento prematuro e às mudanças em relação à estrutura familiar devido à prematuridade. Pouco é dito sobre sua presença, necessidade e sentimentos, ainda que possuam capacidade de serem também cuidadores como as mulheres-mães acompanhantes.

O nascimento prematuro e a vivência na UTIN são eventos inesperados, cercados de mitos, incertezas e medos, como verificamos ao longo do estudo. As acompanhantes mulheres-mães ficam profundamente envolvidas na rotina hospitalar, afastadas de sua realidade social e cercadas pelos olhares dos profissionais, da família, dos vizinhos, enfim, da sociedade. Ainda me lembro do que uma acompanhante me disse no primeiro dia de visitas ao seu filho internado na UTIN: “Eu saí no portão sem o meu bebê e meu vizinho viu e me perguntou se ele estava em casa. Como eu poderia dizer que ele estava no hospital?” A internação na UTIN não é esperada.

Sendo assim, oferecer um olhar e desenvolver uma atuação que englobe e compreenda as acompanhantes, os pais, a família, o recém-nascido e a equipe de saúde é o desafio que nós, psicólogas hospitalares no serviço de UTIN, enfrentamos. Para isso, é necessário construir, pesquisar e dialogar constantemente com todos os sujeitos envolvidos nas vivências de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

REFERÊNCIAS

- ANDREANI, Grace; CUSTÓDIO, Zaira Aparecida O.; CREPALDI, Maria Aparecida. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, Canoas, n. 24, p. 115-126, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2020.
- ALVES, Elaine Gomes dos Reis. A morte do filho idealizado. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 90-97, jan.-mar. 2012.
- ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. *Revista Psicologia e Saúde [online]*, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 152-164, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200011>. Acesso em: acesso em 15 maio 2021.
- BALTAZAR, Danielle Vargas; GOMES, Rafaela Ferreira de Souza; SEGAL, Viviane Lajter. Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 88-98, jun. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2020.
- BEAGHETO, Ana Cristina Magazoni; JACOB, Adriana Viela. Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: relato de experiência. *Saúde & Transformação Social/ Health & Social Change*, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 174-178, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n. 1.091 de 25 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de agosto de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 693, de 5 de julho de 2000. Dispõe sobre a orientação para a implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de julho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340p.

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva; GOMES, Rafaela Ferreira de Souza; CARDOSO, Talita Beja Dias. Atuação do psicólogo em unidade neonatal:: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 02-18, jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 maio 2021.

BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana Souza de. Gênero e diagnóstico em Saúde Mental: que relação é essa? **REVES - Revista Relações Sociais**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 50-55, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufv.br/reves/article/view/9520>>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRUM, Evanisa Helena Maio de; SCHERMANN, Lígia. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 457-467, abr.-jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2020..

CARVALHO, Larissa da Silva; PEREIRA, Conceição de Maria Contente. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 101-122, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2020.

DONATH, Orna. **Mães arrependidas**: uma outra visão da maternidade. Trad. Marina Vargas. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

FAVARO, Marina de Souza Filho; PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antônio dos. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, Itatiba, v. 17, n. 3, p. 457-465, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712012000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2020.

LEMONS, Renata Feldman Scheinkman; KIND, Luciana. Mulheres e maternidade: faces possíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 840-859, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2020.

FELIPE, Adriana Olimpia Barbosa; SOUZA, Juliana de Jesus; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 16-27, jul.-set. 2014.

FREITAS, Maria Cristina Nascimento de *et al.* Caracterização dos recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Id on Line - Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Paraíba, v. 12, n. 40, p. 228-242, 2018

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre o Parto**. 2014.

GALLEGOS-MARTINEZ, Josefina; REYES-HERNÁNDEZ, Jaime; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. O neonato prematuro hospitalizado: significado da participação na Unidade Neonatal para os pais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1360-1366, dez. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601360&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
MACHADO, Claudia Egypto; JORGE, Maria Salete Bessa. Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 197-204, jun. 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2020.

McCORMICK, Marie C. *et al.* Prematurity: An Overview and Public Health Implications. **Annu. Revue Public Health**, Boston, n. 32, p. 367-379, 2011.

MEDRADO, Ana Carolina Cerqueira; LIMA, Mônica. Saúde mental feminina e ciclo reprodutivo: uma revisão de literatura. **Nova Perspectiva Sistêmica**, São Paulo, v. 29, n. 67, p. 70-84, ago. 2020. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412020000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2020.

MOSIMANN, Laila T. Noletto Q.; LUSTOSA, Maria Alice. A Psicologia hospitalar e o hospital. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 200-232, jun. 2011. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2020.

NOTARO, Karine Antunes Marques *et al.* Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. 1-9, 2019. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100351&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ONU). **Saúde Mental, Nova Concepção, Nova Esperança. Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo** - 2001. Genebra: OMS, 2001.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 10. ed. Trad. Cláudia Bressan e Susana Termignoni. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

PEIXOTO, Elisa Alvarenga *et al.* Visita de avós em unidade de terapia intensiva neonatal: compreendendo a dinâmica familiar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 17-32, dez. 2012. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2020.

PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antônio dos. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. **Interações**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 109-126, dez. 2005. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072005000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2020.

RAAD, Alexandre José; CRUZ, Aline Maria Cardozo; NASCIMENTO, Marília Almeida. A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. **Psicologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 85-92, dez. 2006.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo, 2015.

SCHMIDT, Kayna Trombini *et al.* A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2020.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 201p.

SOARES, Natália Cristine; BERNARDINO, Maria Piassa Lourenço; ZANI, Adriana Valongo. Inserção do pai nos cuidados ao filho prematuro hospitalizado: percepção da equipe multiprofissional. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 283-290, jul.-set. 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822019000300283&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2020.

SPIR, Eliete Genovez *et al.* A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1048-1054, Oct. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Maio 2021.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500003>.

VALANSI, Luciana; MORSCH, Denise Streit. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 112-119, jun. 2004.

VIEIRA, Cláudia Silveira *et al.* O estresse em mães de prematuros: ensaio clínico sobre atividade educativa. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 19-35, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. 2012.

ZANFOLIM, Leidimara Cristina; CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; GANASSIN, Fabiane Melo Heinen. Dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em unidades neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 22-35, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2020.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.

ZANELLO, Valeska; PORTO, Madge. **Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016. 178p.