

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRUCTO SENSU*  
ENSINO EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL

**Leidimara Cristina Zanfolim**

**SENTIMENTOS E DIFICULDADES VIVENCIADOS PELAS MÃES DE BEBÊS  
HOSPITALIZADOS: MECANISMOS DE SUPERAÇÃO NA PERSPECTIVA  
MATERNA.**

**Dourados/MS**

**2017**



**Leidimara Cristina Zanfolim**

**SENTIMENTOS E DIFICULDADES VIVENCIADOS PELAS MÃES DE BEBÊS  
HOSPITALIZADOS: MECANISMOS DE SUPERAÇÃO NA PERSPECTIVA  
MATERNA.**

Produto final apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, como exigência final para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiar  
Coorientadora: Profa. Dra. Fabiane Melo Heinen Ganassin  
Linha de Pesquisa: Práticas Educativas em Saúde.

**Dourados/MS**

**2017**

Z33s Zanfolim, Leidimara Cristina

Sentimentos e dificuldades vivenciados pelas mães de bebês hospitalizados: mecanismos de superação na perspectiva materna/  
Leidimara Cristina Zanfolim. Dourados, MS: UEMS, 2017.  
201p.; 30cm.

Produto final (Mestrado) – Mestrado Profissional Ensino em Saúde – Universidade Estadual De Mato Grosso do Sul, 2017.

Orientadora: Prof. Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari  
Coorientadora: Prof. Dra. Fabiane M. Heinen Ganassin

1. Neonatologia 2. Recém-nascido 3. Família 4. Psicologia  
I.Título.

CDD 23.ed. 618.9201





## **DEDICATÓRIA**

A todas as mães que se dedicam  
aos cuidados com seus filhos





## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela vida, pela saúde física, psicológica e espiritual e pelos anjos que colocou no meu caminho, possibilitando esta caminhada de pesquisas e estudos.

Dentre estes anjos está minha Mãe, Florinda, mãe no verdadeiro sentido poético da palavra, de maternagem, amor e dedicação; Obrigada mãe por sempre me incentivar aos estudos, pela paciência comigo, principalmente em momentos em que eu me encontrava mais cansada devido ao número de atividades, obrigada por ouvir minhas angústias, por me acalmar, por possibilitar um ambiente tranquilo, para que eu pudesse me dedicar inteiramente ao meu trabalho e minha pesquisa, você é um exemplo de mulher e de Mãe.

Meu outro anjo é meu Pai, Antônio, que desde cedo me transmitiu o gosto por estudar, aprender e ir além na caminhada acadêmica. Pai, admiro sua garra e sua perseverança em tudo que você faz, tenho em você um exemplo de dedicação. Obrigada por me apoiar e incentivar nesta caminhada e ser um Pai tão dedicado à sua família.

As minhas irmãs, Leila e Laís e sobrinhas, Marina e Larissa, sempre presentes em minha vida e sempre me apoiam e me incentivam em minhas escolhas.

Ao anjo que Deus colocou em minha vida no meio desta caminhada de pesquisa, meu noivo, Denys. Obrigada por estar ao meu lado, pelos momentos de descanso e descontração, por aguentar minha ausência, principalmente em fins de semana e feriados, para que eu pudesse concluir essa jornada.

Agradeço aos anjos, que essa pesquisa me permitiu conhecer, minha orientadora, Ednéia, sempre presente. Obrigada por sua dedicação, pelas orientações que me acalmavam e me possibilitavam caminhos a seguir, por dividir seu conhecimento comigo e com esse estudo, por abrir as portas de sua casa e de sua família. Agradeço toda sua contribuição que foram fundamentais no resultado desse trabalho. Você é um exemplo de profissional. Agradeço também minha coorientadora, Fabiane, por seu olhar e suas contribuições, enriquecendo ainda mais esse estudo.

Agradeço, com o mais sincero carinho, e enorme admiração, às mães que participaram da pesquisa, mulheres de garra, que em meio às dificuldades e sofrimentos que vivenciavam, aceitaram doar seu tempo e sua história na realização dessa pesquisa. Mães, aprendi muito com vocês e levarei esse exemplo de humanidade, amor e superação para minha vida.

Por último, mas não menos importante, agradeço, ao Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), por permitir a realização da pesquisa em seu espaço e a Universidade Estadual de Mato grosso do Sul (UEMS), principalmente a

coordenação, professores, secretária, enfim, todos os envolvidos no programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde, pela dedicação, idealização e concretização dessa proposta de ensino, muito relevante na qualificação de profissionais de saúde e conseqüentemente de seus serviços, cumprindo seu papel social.

Obrigada a todos!!!

## EPÍGRAFE

### Um anjo chamado Mãe

Uma criança pronta para nascer perguntou a Deus:  
Dizem que estarei sendo enviado à Terra amanhã...  
Como eu vou viver lá, sendo assim tão pequeno e indefeso?

DEUS: Entre muitos anjos, eu escolhi um especial para você. Estará lá te esperando e tomará conta de você.

CRIANÇA: Mas diga-me: Aqui no céu eu não faço nada a não ser cantar e sorrir, o que é suficiente para que eu seja feliz. Serei feliz lá?

DEUS: Seu anjo cantará e sorrirá para você e, a cada dia, a cada instante, você sentirá o amor do seu anjo e será feliz.

CRIANÇA: Como poderei entender quando falarem comigo se eu não conheço a língua que as pessoas falam?

DEUS: Com muita paciência e carinho, seu anjo lhe ensinará a falar.

CRIANÇA: E o que farei quando quiser te falar?

DEUS: Seu anjo juntará suas mãos e lhe ensinará a rezar.

CRIANÇA: Eu ouvi dizer que na Terra há homens maus. Quem me protegerá?

DEUS: Seu anjo lhe defenderá, mesmo que isto signifique arriscar a própria vida.

CRIANÇA: Mas eu serei sempre triste porque não te verei mais.

DEUS: Seu anjo sempre lhe falará sobre mim e lhe ensinará a maneira de vir a mim e eu estarei sempre dentro de você.

Nesse momento havia muita paz no céu, mas as vozes da Terra já podiam ser ouvidas.

A criança apressada pediu suavemente: Deus, se eu estiver a ponto de ir agora, diga-me por favor o nome do meu anjo.

DEUS: Você chamará seu anjo de MÃE.

(Rita Elisa Seda)



ZANFOLIM, L. C. **Sentimentos e dificuldades vivenciados pelas mães de bebês hospitalizados: Mecanismos de superação na perspectiva materna.** 2017. 201 f.. Produto final do curso (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2017.

## RESUMO

O nascimento de um filho é um momento de mudanças na vida de uma mulher. Quando acompanhado do nascimento de um bebê que necessita ser hospitalizado, torna-se crítico para a mãe e sua família. Portanto, com a hipótese de que as mães, que acompanham seus bebês no hospital, vivenciam um período de dificuldades, e que seu protagonismo é fundamental na qualidade da internação deles, este estudo tem por objetivo descrever os sentimentos, as dificuldades e os mecanismos de superação que lhes têm sido úteis, assim como sugestões de melhoria na vivência da hospitalização de seus filhos, utilizando uma abordagem qualitativa, com uma proposta de pesquisa-ação. O cenário desse estudo foi o setor de Neonatologia de um Hospital Escola, na cidade de Dourados, MS. A coleta de dados se deu no período de 22 de fevereiro a 11 de maio de 2016, com término por saturação dos conteúdos coletados, os quais foram obtidos através da realização de 12 encontros de mães gravados por voz, na modalidade de Grupo Operativo, segundo ideologia proposta por Pichón-Riviére, e anotações em diários de campo. As participantes da pesquisa foram as mães dos bebês que estiveram hospitalizados nas Unidades Neonatais, no período de coleta de dados, e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão da amostra, totalizando 52 mães, cuja caracterização se deu por meio de um questionário com alguns dados demográficos e clínicos. Os grupos obedeceram à frequência de um encontro semanal, com duração de noventa minutos cada. Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Os resultados, confirmaram a hipótese inicial, em vista de as mães terem levantado dificuldades referentes aos sentimentos com o bebê e sua internação, em relação à instituição hospitalar, equipe, família, assim como elas contribuíram com soluções para o enfrentamento desse momento, tal como as relações empáticas entre as mães e dessas com a equipe do setor, a espiritualidade e a aceitação do processo de hospitalização, o sentimento de amor e responsabilidade da mãe para com seu bebê, o apoio dos familiares, a *internet* e as redes sociais. Com os dados fornecidos pelas mães, foram elaborados quatro artigos e um Guia Prático de Acolhimento, destinado aos profissionais de saúde. Assim, pretendeu-se dialogar sobre a vivência e os significados presentes para as mães no período de internação do bebê, incentivando-lhes a participação ativa nesse processo, de forma a promover a qualidade da hospitalização e a melhoria dos serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

**PALAVRAS-CHAVE:** Neonatologia. Humanização. Recém-nascido. Família. Psicologia



ZANFOLIM, L. C. **Feelings and difficulties experienced by hospitalized babies' mothers: mechanisms of overcoming in the maternal perspective.** 2007. 201 f. Final course product (Masters) - Post-Graduate Course in Health Education, State University of Mato Grosso do Sul, 2017.

### **ABSTRACT**

The birth of a child is a time of change in a woman's life. When this moment is accompanied by the birth of a baby who needs to be hospitalized, it becomes critical to the mother and her family. Therefore, in the hypothesis that the mothers who accompany their babies in the hospital experience a period of difficulties and that their protagonism is fundamental in the quality of their hospitalization, this study aims to describe the feelings, difficulties and overcoming strategies that have been helpful, as well as suggestions for improvement in the hospitalization experience of their children, using a qualitative approach, with an action research proposal. The study setting was the Neonatology sector of a School Hospital, in Dourados city, MS. Data collection was fulfilled from February 22 to May 11, 2016, with collected contents saturation, which were obtained through 12 mothers meetings performed by voice recording in Operative Group modality, according Pichón-Riviére proposed ideology and by field diary notes. The study participants were 52 mothers who had babies hospitalized in the Neonatal Units in collect data period and who have filled the sample criteria of inclusion and exclusion and whose characterization was through a questionnaire with some clinical and demographic data. The groups have been submitted of a weekly meeting frequency, lasting one hour and thirty minutes. The Content Analysis propused by Bardin was used to analyze the data. The results confirmed the hypothesis, since the mothers raised difficulties regarding the feelings with the baby and their hospitalization, to the hospital as institution, team, family, as well as they contributed with solutions to the confrontation of that moment; the empathic relationship between the mothers and the hospital team, spirituality and acceptance of the hospitalization process, the mother's sense of love and responsibility for her baby, family support, the *internet* and social networks. From the data provided, was prepared for health professionals a Guide to host these individuals. Thus, it was intended to discuss the experience and meanings present for the mothers during the hospitalization period of the baby, encouraging them to participate actively in this process, in order to promote the quality of hospitalization and the improvement of the SUS Health services.

**KEY WORDS:** Neonatology. Humanization. Newborn. Family. Psychology.





## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EP – Educação Permanente

GO – Grupo Operativo

HU-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

MS – Mato Grosso do Sul

PES – Práticas Educativas em Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários

UEMS – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

UFGD - Universidade Federal da Grande Dourados

UI – Unidade Intermediária

UTI – Unidade de Terapia Intensivo

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b>  | 19  |
| 1.1. As famílias nas Unidades Neonatais   | 22  |
| 1.2. Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério   | 24  |
| 1.3. Acolhimento  | 26  |
| 1.4. Práticas Educativas em Saúde   | 28  |
| 1.5. Grupo Operativo  | 29  |
| <b>2. ARTIGO 1</b>  |     |
| Unidades de neonatologia de um Hospital Universitário: Quem são os bebês e suas mães?                               | 34  |
| <b>3. ARTIGO 2</b>  |     |
| Sentimentos e dificuldades vivenciados pelas mães na hospitalização de seus bebês em Neonatologia                   | 50  |
| <b>4. ARTIGO 3</b>  |     |
| A relação mãe-bebê no processo de hospitalização em neonatologia: Sentimentos e dificuldades na perspectiva materna | 78  |
| <b>5. ARTIGO 4</b>  |     |
| Grupo Operativo com mães de bebês hospitalizados: Espaço de partilha de vivências e superação das dificuldades      | 107 |
| <b>6. GUIA PRÁTICO DE ACOLHIMENTO</b>   | 137 |
| <b>CONCLUSÕES GERAIS</b>  | 160 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>  | 163 |
| <b>APÊNDICES</b>  | 166 |
| <b>APÊNDICE A</b>   |     |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)   | 166 |
| <b>APÊNDICE B</b>   |     |
| Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)  | 168 |
| <b>APÊNDICE C</b>   |     |
| Questionário de dados Clínicos e Demográficos   | 171 |
| <b>APÊNDICE D</b>   |     |
| Roteiro dos grupos  | 172 |
| <b>ANEXOS</b>   | 173 |
| <b>ANEXO A</b>  |     |

Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa e Extensão do HU-UFGD \_\_\_\_\_ 173

**ANEXO B**

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da  
Universidade federal da Grande Dourados (UFGD) \_\_\_\_\_ 177

**ANEXO C**

Instruções para autores da Revista Caderno de Saúde Pública \_\_\_\_\_ 183

**ANEXO D**

Instruções para autores da Revista Psicologia, Ciência e Profissão \_\_\_\_\_ 188

**ANEXO E**

Instruções para autores da Revista Temas em Psicologia \_\_\_\_\_ 192

**ANEXO F**

Instruções para autores da Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa \_\_\_\_\_ 198

## 1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um dos acontecimentos mais marcantes do ciclo de vida de um indivíduo; esse evento interfere na dinâmica de toda a família e é acompanhado de diversas emoções, principalmente por parte dos pais (ZAVASCHI; COSTA; BRUNSTEIN; BERGMANN, 2013).

Quando acontece do bebê nascer com alguma enfermidade e precisar ser hospitalizado em Unidades de Neonatologia, exige-se subjetivamente de seus pais, os quais sentem a perda do bebê saudável, idealizado e imaginado, e à necessidade de estabelecer uma ligação afetiva com o bebê real, doente (DONELLI, 2011).

O ambiente hospitalar, como da Neonatologia, normalmente é desconhecido para os pais, nele encontram-se equipamentos de alta tecnologia e equipe especializada (HOPWOOD, 210). Essas características causam estranhamento aos pais e à família, os quais se deparam com um ambiente desconhecido, repleto de estigmas, levando a vários sentimentos como de medo e impotência.

Logo, no estudo em questão, tem-se como cenário a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal do Hospital Unitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), o qual é referência na assistência à saúde de gestantes de alto risco de Dourados e dos 35 municípios da região, com uma cobertura 100% do Sistema Único de Saúde (SUS).

Juntamente com os bebês internados nessas Unidades Neonatais (UTI e UCI), encontram-se mães de diversos municípios, que acompanham seus filhos. Por mães adotaremos aqui a responsável legal pelo bebê (biológica ou não) que realiza e/ou irá realizar a maternagem dele, ou seja, que dispensará os cuidados físicos e, principalmente, emocional na constituição do sujeito, por meio de uma relação de afeto e dedicação.

As mães que acompanham os bebês permanecem no hospital, a fim de cuidarem deles e alimentá-los, oferecendo o seio materno ou ordenhando o leite que é ofertado pela sonda ou copinho, dependendo do estado clínico e peso do recém-nascido, a maioria permanece alojada no próprio hospital, permanecendo distantes de casa, da família e de sua rotina, em locais improvisados, não adequados às suas necessidades, visto que são superlotados, cheios de camas e colchões que dificultam a higienização, com deficiência de matérias de cama e banho, dentre outros.

Deste modo, a escolha em pesquisar essa temática partiu da inquietude da pesquisadora, pois a mesma faz parte da equipe de saúde do hospital em questão, atuando como psicóloga

hospitalar nas Unidades Neonatais. Em sua prática profissional pôde constatar os sofrimentos e dificuldades das mães dos bebês internados, durante a vivência desse processo e o papel fundamental delas na qualidade da hospitalização de seus filhos. Com isso, partindo da hipótese dessas dificuldades e igualmente do potencial das mães em encontrar mecanismos de superação os quais lhes permitam permanecer no hospital acompanhando seus bebês, o objetivo principal deste estudo foi realizar o levantamento dessas dificuldades, das soluções que as participantes se apropriam e ouvir as suas sugestões, a fim de, junto com um trabalho em equipe, qualificar a assistência a esse público, diminuindo sofrimentos, investindo no vínculo e saúde mãe-bebê.

Corroborando essa ideia, são desenvolvidos pela pesquisadora, na UTI e UCI Neonatais do HU-UFGD desde o ano de 2012, grupos de mães dos bebês hospitalizados. Desse modo, pensando na qualidade e fortalecimento desse espaço grupal, levando em conta os sentimentos envolvidos na forma como cada mãe significa a hospitalização de seu filho, este estudo se propôs a uma intervenção em pesquisa-ação, por meio de grupos, na perspectiva das Práticas Educativas em Saúde, tendo como suporte teórico os estudos do psicanalista Henrique Pichon-Riviére sobre Grupo Operativo.

Os sentimentos vivenciados pelas mães durante a gestação e após o nascimento de um filho influenciam significativamente na saúde mental da criança, necessitando uma intervenção precoce. Portanto esta proposta se justifica, na medida em que leva em conta a integralidade do atendimento ao recém-nascido, possibilitando por meio dos grupos a ressignificação dos sentimentos e dificuldades maternas advinda desse processo (SAITO et al, 2010).

Com a finalidade de alcançar esse objetivo principal, foram traçados como objetivos específicos: 1. Descrever algumas características clínicas e demográficas das mães e de seus bebês hospitalizados; 2. Descrever os sentimentos e dificuldades enfrentadas pelas mães durante a hospitalização do seu bebê, 3. Levantar as possíveis soluções e sugestões das mães na superação de suas dificuldades; 4. Elaborar um Guia Prático de Acolhimento com a finalidade de subsidiar ações de humanização do ponto de vista materno para a equipe de saúde.

Deste modo, os resultados da pesquisa serão apresentados em formato de artigos; quatro artigos foram elaborados seguindo as normas das revistas escolhidas para serem submetidos à publicação, essas normas estão expostas nos anexos C, D, E e F, respectivamente para os artigos 1, 2, 3 e 4; os critérios de escolha das revistas foram pela classificação delas, ou seja, a qualidade da revista (QUALIS), e pela temática que aborda, condizente com o conteúdo dos artigos.

Com isso, este estudo traz inicialmente uma revisão da literatura, de acordo com temas pertinentes à pesquisa, como: 1.1. A família nas Unidades Neonatais; 1.2.

Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério; 1.3. Acolhimento; 1.4. Práticas Educativas em Saúde e 1.5. Grupo Operativo.

No capítulo 2, encontra-se o primeiro artigo, que consiste em um estudo quantitativo e aborda algumas características clínicas e demográficas das mães e de seus bebês, de acordo com questionário a que elas responderam, em entrevista individual. Este artigo visa caracterizar as participantes e, responde ao primeiro objetivo específico, nele foram destacadas, no referencial teórico, as Práticas Educativas em Saúde.

O segundo e terceiro artigos, ambos na modalidade qualitativa, presentes no capítulo 3 e 4 respectivamente, buscaram responder ao segundo objetivo específico, ou seja, descrever os sentimentos e dificuldades vivenciados pelas mães na hospitalização do recém-nascido. O segundo artigo traz alguns aspectos da ideologia do Grupo Operativo, proposta por Pichón-Riviére, e sobre o Acolhimento, dentro da perspectiva da Política Nacional de Humanização (PNH). Nele foram levantados aspectos a respeito dos sentimentos e dificuldades relatadas pelas mães, no que tange à instituição hospitalar, equipe de saúde e família. O terceiro artigo destaca os aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério, os sentimentos e dificuldades abordados centram na relação mãe-bebê hospitalizado.

No capítulo 5, está o quarto artigo, com estudo qualitativo, e que responde parcialmente ao terceiro objetivo específico, visto que traz as soluções de superação encontradas pelas mães participantes. No referencial teórico, também foi abordada a temática do Grupo Operativo. O tema nascimento, hospitalização de um bebê enfermo e seu impacto na família, é encontrado nos quatro artigos.

O último capítulo deste estudo (capítulo 6) traz um material educativo, um Guia Prático de Acolhimento, que foi elaborado pelas pesquisadoras, contendo as informações trazidas pelas mães durante a coleta de dados, tendo como público-alvo os profissionais de saúde dos setores de Neonatologia.

A finalidade desse Guia é abordar os sentimentos, dificuldades, soluções e as sugestões de superação desse momento da vida das mães e de sua família, do ponto de vista materno, com o intuito de nortear o trabalho das equipes, visando à qualidade do atendimento integral aos recém-nascidos hospitalizados; a prevenção de agravos à saúde de todos os envolvidos no processo; a implantação de ações de humanização, assim como o protagonismo dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O conteúdo do Guia Prático de Acolhimento responde ao segundo, terceiro e quarto objetivos específicos.

Por fim, têm-se as conclusões gerais do estudo e as referências alusivas ao capítulo 1, visto que em cada artigo, bem como no Guia Prático de Acolhimento, constam suas considerações finais e suas referências específicas.

Desse modo, espera-se com este estudo qualificar os cuidados com o bebê e sua família, dando visibilidade a essa população, assim como investir no trabalho de grupo, construindo ações de melhorias da assistência, adequando-as às necessidades e benefícios dos usuários.

### **1.1 A família nas Unidades Neonatais**

As Unidades Neonatais, principalmente as UTIs, caracterizam-se por um local com alto nível de tecnologia, equipamentos modernos, como incubadora, respiradores, monitores cardíacos e de oxigenação, entre outros. Contam com equipe especializada, suporte de laboratório e exames, funcionando 24 horas, as quais são marcadas pelas urgências e precisões das ações. Essas unidades são frequentemente ruidosas, com barulhos de alarmes, permanência de luzes acesas, monitores e respiradores ligados. Nelas são admitidos recém-nascidos de zero a 25 dias, em sua maioria pré-maturos, ou seja, bebês nascidos com menos de 37 semanas de gestação, e também os que apresentaram insuficiência respiratória ao nascerem, má-formações, dentre outros. Esses pacientes, devido à gravidade de seu quadro clínico, são submetidos a vários procedimentos, sendo muito deles invasivos, visando à manutenção da vida, prevenção de sequelas e promoção da saúde (HOPWOOD, 2010).

A linguagem que os profissionais utilizam é técnica, ou seja, relativa a um conhecimento científico específico. Os pais permanecem longe da maior parte dos cuidados, sendo estes realizados pela equipe de saúde, por serem especializados. Devido as características citadas dos setores de Neonatologia, eles são vistos como estranho para os pais, os quais não entendem a complexidade dos aparelhos e dos procedimentos, considerando o ambiente assustador (HOPWOOD, 2010). Em estudo realizado por Costa, Arantes e Brito (2010), as mães, até mesmo as com permanência de um mês de internação, desconheciam os principais aparelhos e nomeiam alguns como “mangueirinha” e “canudinho”.

Além de estranharem o ambiente, muitas vezes estranham o paciente, o qual normalmente está ligado a aparelhos, cheio de fios, muito pequeno, inchado, tem alguma deformidade, dentre outros. Esses bebês não correspondem ao do imaginário dos pais. Como nos diz Donelli (2011, p. 235)

o nascimento do bebê com alterações orgânicas exige um reposicionamento subjetivo materno, especialmente em função da perda do bebê idealizado e perfeito gestado pela sua imaginação, e



a necessidade de ligação afetiva com um bebê muito diferente daquele sonhado e que, como complicador, ameaça não sobreviver.

Com isso, a hospitalização do recém-nascido tem grande impacto na relação pais-bebê, devido ao sentimento de luto pelo filho idealizado, medo da morte, tristeza, raiva, ansiedade, depressão, racionalização, frustração, impotência, dentre outros (COSTA, ARANTES e BRITO, 2010).

As manifestações emocionais de todo o processo de hospitalização de um ente querido, são influenciadas pela personalidade dos membros e da configuração da família. No entanto, mesmo os pais psicologicamente ajustados, antes da internação, apresentam dificuldades de (re)ajuste em situação de hospitalização em Unidades Intensivas e Semi-Intensivas, visto que vivenciam um momento crítico devido ao risco da perda de seu filho (BALDINI; KREBS, 2010).

Costa, Arantes e Brito (2010) revelaram em seu estudo que os pais veem o ambiente Neonatal hospitalar como ambíguo: ao mesmo tempo em que é um espaço de esperança, preparado para atender as necessidades críticas do paciente em busca da saúde e manutenção da vida; é também um espaço de medo, pois nele se encontram pacientes em estado grave e com iminência de morte.

Apesar de o ambiente hospitalar e de Unidades Neonatais serem desconhecidos para a maioria da população, a família necessita se adaptar a normas, rotinas e limitações que esse setor impõe. Assim, é imprescindível que a equipe centre os cuidados não só no recém-nascido, mas também na família, estabelecendo ações de humanização, que acolham, fortaleçam-lhe os recursos internos e que favoreçam e estimulem o vínculo entre estes e seus bebês. A esse respeito Centa, Moreira e Pinto (2004, p. 445) afirmam que

o distanciamento dos pais pode aumentar o nível de estresse do bebê, juntamente com o cortisol, o que pode danificar o metabolismo, a imunidade e o próprio cérebro do bebê. Se a criança internada em UTIN precisa dos pais, estes precisam ser cuidados para enfrentar a experiência de ter um filho internado nessa unidade, pois além de todos os fatores que interferem em seu equilíbrio emocional, causado pela doença do filho, ainda existe a falta de conhecimento relacionado à UTIN e aos cuidados ali prestados.

Assim, reconhece-se a importância de um espaço promovido pelos profissionais, que possibilite a escuta e troca de experiências, favorecendo a diminuição da ansiedade e do sofrimento causado pela hospitalização do recém-nascido e facilitando a construção de uma rede de apoio entre as famílias que vivenciam a mesma situação e destas com a equipe de saúde, além de oferecer ações educativas, atendendo aos princípios da integralidade e humanização na saúde (DUART et al., 2013; HOPWOOD, 2010).

## 1.2. Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério

Segundo Erikson (1998), existem alguns momentos da vida humana que são marcados por transições e mudanças, e que provocam uma instabilidade no equilíbrio anterior do indivíduo, fazendo com que se revivam situações mal resolvidas. Esses momentos de vida podem ser chamados de crise normal do desenvolvimento humano, como a puberdade, casamento, gravidez e menopausa. Portanto o ciclo gravídico-puerperal é concebido como um momento de crise normal, principalmente para a mulher, a qual vivencia transformações emocionais, físicas e sociais (MALDONADO, 2002).

Desse modo, uma das características da gravidez são as mudanças e desconfortos físicos. No primeiro trimestre, aparecem sintomas como sonolência ou insônia, enjoos e vômitos, diarreia ou constipação, aumento do apetite, desejos de comer determinados alimentos, até mesmo os que não comiam anteriormente à gravidez, dentre outros. Esses sintomas físicos, quando aparecem acima do esperado para o período, normalmente associam-se a questões de ordem emocional e devem ser elaborados, a fim de um prosseguimento saudável da gestação (SOIFER 1992; MALDONADO, 2002).

A relação sexual entre a gestante e o parceiro também está sujeita a modificações, há mulheres que veem sua libido aumentada, outras, diminuída. No final da gravidez, até mesmo pelo aumento do peso e protuberância da barriga, normalmente há dificuldades de posições e até mesmo o medo de que o ato sexual machuque o bebê ou antecipe o trabalho de parto. Os companheiros podem ter dificuldades de relacionamento íntimo, também, por associar a gestante a uma visão materna, “pura”, cindindo a mulher sexuada, da mulher mãe (SZEJER; STEWART, 1997; MALDONADO, 2002).

Outras características desse período são as alterações hormonais e as manifestações emocionais. Dentre essas manifestações, é comum choros frequentes, mudanças de humor e ambivalência, querendo e não querendo, desejando e não desejando. Durante a gravidez, a mulher retoma subjetivamente toda sua história de vida, principalmente a sua infância e a relação com seus pais. Traumas e situações mal elaboradas podem ser revividos (SOIFER, 1992; BORSA, 2007).

Em relação ao papel social, uma mudança significativa ocorre, na medida em que esta passa de filha para mãe, exigindo-lhe um amadurecimento emocional para viver esse novo papel. Mesmo mulheres com mais filhos passam por mudanças em que ser mãe de um é diferente de ser mãe de dois ou três filhos; cada membro incluído na família modifica seu sistema (SZEJER; STEWART, 1997).

Nesse período, estão também presentes medos, fantasias e expectativas em relação ao parto e ao bebê. O medo da dor do parto, medo de ver sua vagina alargada, medo de complicações, de ter um bebê doente ou mal formado, acompanham as mães nessa fase, de forma consciente e/ou inconsciente (SZEJER; STEWART, 1997).

Além do medo de que algo aconteça com o bebê, durante a gestação os pais vão formando uma imagem do filho que chamamos de bebê imaginário; essa imagem vai se constituindo pelo desejo deles, com os ultrassons, a descoberta do sexo, a forma do bebê mexer e se comunicar, dentre outros (BRASIL, 2011). Com o parto, quebra-se essa imagem idealizada, e os pais se deparam com o bebê real, normalmente diferente do bebê que sonhavam o que desperta vários sentimentos, como o estranhamento do recém-nascido, levando até mesmo a rejeição e culpa por esse sentimento.

Portanto pode-se dizer que o parto é um momento que desperta medos, ansiedades, expectativas e põe à prova a competência de “ser mulher”. A experiência de parto pode contribuir ou prejudicar a disponibilidade emocional da mãe com seu bebê no momento pós-parto, visto que a vivência desse acontecimento é algo significativo, a passagem de um para dois, de um estágio para outro, no qual o bebê torna-se um ser independente da mãe, recebendo carinho que antes era dispensado apenas a ela (CORREIA; SERENO, 2012).

Muitas emoções permeiam o momento do nascimento; a mulher pode sentir-se sensível e, ao mesmo tempo excitada, a sensação de esvaziamento, como uma amputação, normalmente está presente. Por toda singularidade e característica desse período, defende-se a necessidade da preparação para o parto e apoio emocional à parturiente, visando à saúde emocional dela e a formação do vínculo mãe-bebê (SOIFER, 1992; BORSA, 2007).

Logo após o parto e até por volta dos três meses a mulher passa por um período denominado puerpério; esse período, assim como a gestação e o parto, é carregado de emoções. A mulher igualmente revive toda a sua história e reatualiza situações traumáticas, ela se recupera do cansaço e emoções do parto, alterna momentos de euforia com tristezas e a ambivalência prevalece (MALDONADO, 2002; GIARETTA; FAGUNDES, 2015).

Na gestação, a mulher tem que se adaptar à condição de grávida, de estar gerando um bebê em seu ventre; após o parto, ela necessita retornar à condição de não grávida, fato que lhe exige uma readaptação subjetiva. Além disso, um novo membro irá integrar a família, mudando seu papel social. Portanto essa readaptação, necessária à saúde da mulher, provoca-lhe desequilíbrio emocional, acompanhado de ansiedades a mudanças. Tais ansiedades são de perda, que consiste na perda de suas referências internas, sua forma de viver, de ser e estar no mundo, o que remete a outra ansiedade denominada de medo do ataque, pois, diante da perda

de suas referências, o indivíduo sente-se vulnerável e desprotegido diante do novo, do desconhecido (MALDONADO, 2002; PICHÓN-RIVIÉRE, 2012).

Devido às mudanças e readaptações presentes no nascimento, há um estado de regressão comum nessa fase, no qual a puérpera revive inconscientemente o bebê que foi, para se comunicar com o bebê que gerou, funcionando com aspectos adultos e infantis ao mesmo tempo. Ela se torna mais sensível e emotiva, sentindo maior necessidade de atenção e carinho, a menor palavra tem para ela uma proporção colossal (SZERJER; STEWART, 1997; OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012). Logo, a irritabilidade, tristeza, ansiedade e carência são algumas das manifestações emocionais presentes no puerpério.

Portanto, nota-se que o nascimento de um filho não é nenhum paraíso como diz a lenda, mas, sim, um momento carregado de emoções, confusões, estranhamentos, dentre outros sentimentos. A mulher não é mais a mesma, seu corpo não é mais o mesmo, ela agora tem um bebê que chora, que é totalmente dependente e que ela tem que cuidar (MALDONADO, 2002). Como cada mulher atravessará esse período, vai depender de diversos fatores, como: sua personalidade, história de vida, fatores sociais, o apoio da família, de amigos, da equipe de saúde, dentre outros.

### **1.3. Acolhimento**

Em se tratando de serviços na área da saúde, o termo acolhimento, abordado aqui, obedecerá aos preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH). Assim, de acordo com essa política, acolhimento é o ato de acolher, aproximar-se, aceitar, estar com e dar ouvidos. O acolhimento requer uma postura ética e reconhecimento do usuário como protagonista do processo de saúde. Acolher não requer local específico nem se restringe a uma determinada técnica, destinada a um determinado setor ou a um profissional específico, mas, sim, faz parte de todo o processo de saúde e doença, com foco no usuário (BRASIL, 2010).

A esse respeito Nascimento, Tesser e Neto (2008) referem-se ao acolhimento como uma tecnologia para a reorganização dos serviços de saúde, que visa à universalidade, resolubilidade, descentralização, do médico a toda a equipe de saúde, e à humanização por meio da escuta ao usuário na busca de soluções para suas demandas, adequando os serviços às necessidades dele, respeitando seu ambiente, sua cultura e sua individualidade. Portanto o acolhimento é tratado como um vínculo entre o usuário e o serviço de saúde.

O acolhimento, apesar de todos seus aspectos positivos, pode ser também negativo, como quando são associados a ações pontuais de determinados funcionários “bondosos”, ou

seja, pessoas que escutam, dialogam, procurando ser resolutiva com os usuários, dentre outras ações. No entanto o acolhimento não deve se restringir a ações individuais, visto que se caracteriza como uma política, pensada, discutida e organizada, tendo sua ideologia a respeito do funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Tradicionalmente o acolhimento é entendido por duas maneiras: pelo ato de recepcionar o usuário, numa dimensão espacial, levando em conta um ambiente confortável; e também como uma triagem administrativa, proporcionando melhores encaminhamentos. Apesar de essas ações serem muito importantes, para a proposta em questão, será adotada uma dimensão mais abrangente de acolhimento, pautado na ideologia da PNH (BRASIL, 2010).

Assim, segundo tal ideologia, o acolhimento atinge uma dimensão da relação com o outro, da alteridade e altruísmo, envolvendo a escuta e o respeito aos conhecimentos e singularidades de cada um. Nesse processo de humanização e construção de saúde, constroem-se também subjetividades (GUERRERO et al., 2013).

A esse respeito, segundo a Cartilha da PNH do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o acolhimento envolve três aspectos: o ético, ou seja, conceber o outro com suas diferenças, singularidades, seus sentimentos e em sua maneira de ser e estar no mundo; o estético, o qual se refere à vivência do dia a dia, com estratégias de qualidade de vida e humanização; e por fim o político, incentivando-se a autonomia e o pensamento crítico. Portanto o acolhimento propõe uma mudança na relação entre os usuários e profissionais de saúde, superando as práticas tradicionais, reconhecendo os primeiros como ativos em todo o processo de saúde e doença.

Destarte, o acolhimento é intrínseco às relações da população e dos serviços, várias são as ações estruturadas que podem ser realizadas na atenção à saúde. O trabalho com grupos é uma das ações realizadas tanto na atenção básica, como na especializada.

Em se tratando do acolhimento realizado com familiares, cujo ente querido encontra-se hospitalizado em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), tanto Adulta, Pediátrica ou Neonatal, Oliveira et al. (2010) apontam que

Não obstante, o acolhimento aos usuários da instituição, incluindo a família dos pacientes, é parte indispensável do processo de humanização da assistência e requer dos profissionais de saúde disponibilidade para identificar e atender suas necessidades.

Segundo esses mesmos autores, o trabalho de grupo com famílias é uma estratégia eficaz, na medida em que esse espaço permite a troca de experiências entre os participantes e a ressignificação da vivência da hospitalização de um ente querido, ajudando na aquisição de atitudes mais saudáveis na superação de seus medos e dificuldades.

Por conseguinte Oliveira et al (2010) recomendam o uso desses grupos, na medida em que estes humanizam e acolhem, promovendo o respeito ao usuário e sua família, assim como superando as ações tradicionais centradas no paciente e em sua doença.

#### **1.4. Práticas Educativas em Saúde**

No início do século XX, com o paradigma cartesiano e da medicina científica, a responsabilidade da educação e saúde foi fragmentada. A saúde ficou a preocupação com o diagnóstico e tratamento, e à educação as ações pedagógicas. As Práticas Educativas voltadas para a área da saúde não eram prioridades e sua aplicação visava à transmissão do conteúdo como uma forma de imposição, não levando em conta o saber prévio e as necessidades da população (ALVES; AERTS, 2011).

A esse respeito, Carvalho (2009) ressalta que as políticas públicas da área da saúde, apesar de em sua prática ainda preservarem esse modelo anterior, buscam outras formas de atuação que privilegiem a prevenção de doenças, a promoção de saúde, uma maior interação entre a equipe e a comunidade, objetivando a formação de consciências críticas.

Hoje o que se entende e se pretende com as Práticas Educativas em Saúde (PES) é o diálogo, ou seja, o ouvir o outro levando em conta seus conhecimentos anteriores, privilegiando a troca de experiências entre o conhecimento técnico e popular, orientando-se pela busca da interdisciplinaridade, ou seja, da interação entre diversos saberes científicos, da legitimação da cidadania e autonomia do usuário. Essa proposta de prática dialogada com enfoque crítico entende o usuário como sujeito, e não, mero receptor de informações (ACIOLI, 2008).

Desse modo entende-se que as Práticas Educativas em Saúde devem buscar a construção de um saber mútuo criado em um espaço de confiança e valorização dos saberes de cada pessoa participante. As PES pensadas e vivenciadas dessa forma vão muito além da transferência de informações. Por isso, o facilitador desse processo busca entender e valorizar o conhecimento que o indivíduo já possui e promover a participação ativa da pessoa na (re)construção do próprio conhecimento (BACKES et al, 2008).

Como afirmam Renovato e Bagnato (2010, p. 555), as Práticas Educativas em Saúde

envolvem intencionalidades educativas, não se restringindo às informações, orientações e ações com ênfase somente na técnica, mas são processos que ocorrem no encontro entre pessoas com diferentes culturas e realidades sociais e econômicas, com representações diversas sobre a saúde, e as formas de ser e estar saudável.

As PES não são realizadas apenas no campo da atenção básica, como comumente se entende, elas podem ocorrer em diferentes espaços, com diferentes sujeitos e diversos saberes. Com isso, seus conteúdos devem considerar o sujeito e seu lugar no mundo, levando em conta as necessidades e os interesses dos usuários. A equipe também pode sugerir assuntos a serem abordados, desde que sejam discutidos em conjunto e incorporados pela população (ACIOLI, 2008).

O trabalho educativo hoje em qualquer área como saúde, educação, tem como pilar os aspectos subjetivos da relação com o outro. A real vontade de transformação, a importância ao que se pretende, a valorização das pessoas envolvidas no processo educativo, o pensamento na mudança e transformação, e não apenas no cumprimento de um trabalho; esses aspectos são essenciais na construção de pensamentos críticos e nas reais mudanças no cotidiano da população.

Com esse pensamento, defende-se que, na área da saúde, as PES devem ser praticadas em todos os níveis de atenção, transformando um ambiente considerado estranho e técnico como de um hospital, por exemplo, em um local mais humano e mais compreensível (ROSA, et al. 2012).

### **1.5. Grupo Operativo**

De acordo com Busnello (1986), unir-se em grupo é característica inerente aos seres humanos. Pensando nisso, têm-se na literatura, segundo Zanella e Pereira (2001), vários conceitos de grupos com múltiplos enfoques teóricos. No entanto a origem do campo do estudo da dinâmica de grupos data da década de 1930, como tendência das ciências sociais. Sua origem está ligada ao psicólogo Kurt Lewin, o qual entende que o grupo é composto por uma interdependência de seus membros, ou seja, o grupo é uma totalidade, possui uma realidade própria e transcende a soma dos participantes (BUSNELLO, 1986).

Em relação à modalidade de Grupo Operativo, esta foi idealizada e introduzida pelo psiquiatra e psicanalista Henrique Pichón-Rivière, em 1957, o qual nasceu na Suíça, mas passou sua vida na Argentina, onde desenvolveu seu legado profissional e teórico. Essa teoria surgiu em um contexto de mudanças no cenário psiquiátrico argentino, onde a doença mental deixou de ser considerada puramente biológica, reconhecendo os fatores psicológicos e sociais relacionados. Foi nesse contexto de transformação que Pichón (2012) elaborou uma teoria rica e original de se conceber e atuar em grupos, tendo como pilares teóricos a influência da psicanálise e psicologia

social, entendendo o homem como um ser social, construído historicamente na relação com o outro (PEREIRA, 2013; ESTEBAN, 2016).

O termo operativo que caracteriza o grupo, diz respeito ao movimento dialético dos indivíduos, ou seja, à interação através do diálogo, como um modo de refletir a respeito das contradições da realidade, por meio da construção de um pensamento crítico, em torno de um objetivo comum, que é definido como tarefa. Um grupo operante possibilita a mudança criativa e adaptação ativa dos sujeitos a sua realidade, adaptação não no sentido de passividade, mas de ação orientada para transformação social (PEREIRA, 2013; KONDER, 2008).

Portanto o pensamento de Pichón-Riviére (2012) a respeito do Grupo Operativo (GO) contém uma ideologia política, na medida em que concebe o ser humano como capaz de ser ativo diante da realidade, podendo mudá-la e transformá-la. Nesse contexto, o grupo tem como propósito instrumentalizar os sujeitos para essa transformação (PEREIRA, 2013).

Assim, Pichón (2012) define o GO como “[...] conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua *mútua representação interna*, que se propõem, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que se constitui sua finalidade” (p. 242). A realização da tarefa pode ser entendida como a operatividade do grupo, a qual irá organizar os processos de pensamento, de comunicação e de ação que se dará entre os membros (BERSTEIN, 1986).

Dentre os integrantes do grupo, existe a figura do coordenador, o qual tem o objetivo de auxiliar a realização da tarefa, não no sentido de fazer por eles, mas sim de facilitar a comunicação, realizar interpretações (esclarecimentos), explicitando o que está implícito, visto que tais conteúdos implícitos, ou seja, os que estão fora da compreensão consciente do sujeito, são os que possuem maior influência sobre a conduta dos seres humanos e igualmente menos controláveis por eles (PICHÓN-RIVIÉRE, 2007).

Pichón propôs o GO com uma finalidade de aprendizagem, no entanto pode-se considerá-lo igualmente terapêutico, na medida em que compreende o aprender como uma leitura crítica e indagativa da realidade, o qual possibilita uma postura ativa e de mudanças, pois, de acordo com Berstein (1986, p. 120), “Poderíamos dizer que toda aprendizagem é terapêutica, sem temor de nos equivocarmos”. Assim, o aprender traz conhecimento, o conhecimento traz uma visão diferenciada de si e do mundo e conseqüentemente, muda-se a forma como cada um interage consigo mesmo e com os outros, o resultado é a transformação.

Na medida em que aprendemos, surgem inquietações, ansiedades e medos, o que Pichón (2012) denominou de resistência à mudança, ou seja, tendência de manter o mesmo pensamento e comportamento, permanecendo em sua zona de conforto, evitando a aprendizagem. Tal postura



passiva diante do mundo é uma forma de alienação do homem, visto que pensar e aprender significa tolerar as ansiedades de perda, que consiste na perda de suas referências internas, sua forma de viver, defender-se, de ser e estar no mundo, o que remete a outra ansiedade denominada de medo do ataque, pois, diante da perda de sua referência e defesas internas, o indivíduo sente-se vulnerável e desprotegido diante do novo, do desconhecido (PICHÓN-RIVIÉRE, 2012; BLEGER, 2011). Esse momento de predomínio das ansiedades e resistência a mudanças é denominado de pré-tarefa.

Desse modo, para avançar na aprendizagem, é necessária a elaboração desses medos básicos de perda e ataque, pois, segundo Bleger (2011), “[...] pensar equivale a abandonar um marco de segurança e ver-se lançado numa corrente de possibilidades” (p. 74). Assim, elaborando, o grupo vai avançando na tarefa, segundo o que Pichón (2012) denominou de espiral dialética, ou seja, a cada situação existe o emergente, algo que ocorre, que é trazido pelo grupo, esse emergente é elaborado e superado surgindo um novo emergente. Sendo assim, cada situação abrange a anterior e a supera em um movimento em espiral.

A fim de uma maior compreensão do movimento em espiral dialética e dos processos de mudanças no GO, Pichón (2012), de forma pedagógica, realizou uma representação gráfica em formato de um cone invertido, o qual contém seis vetores que permitem a avaliação da interação entre o grupo, indo da menor para uma maior interação grupal, começando com a afiliação á tele. Ele é invertido, pois a parte de baixo representa o latente, o implícito, e a parte de cima, o manifesto, explícito. A figura 1 a seguir permite a visualização e melhor entendimento do esquema do cone invertido (PICHÓN-RIVIÉRE, 2012; BERSTEIN, 1986).



Figura 1: Esquema do Cone invertido proposto por Enrique Pichón-Riviére.

Fonte: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342002000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100010)

Seguindo os vetores do cone, temos: a *afiliação*, que diz respeito ao grau de envolvimento, momento em que os indivíduos não se envolvem muito com o grupo, mantendo-se afastados;

*pertença*, há uma maior integração e aproximação com o grupo; *comunicação*, ferramenta importante no grupo, na qual se verifica a mensagem trazida pelos membros, as formas de comunicação são verbal e não verbal; *cooperação*, que é a contribuição com o grupo na realização da tarefa, por meio de desempenhos de papéis; *pertinência*, momento em que o grupo está realmente centrado na tarefa, elaborando as ansiedades básicas e rompendo com a resistência a mudanças; a *aprendizagem*, já abordada nesse estudo, significa a mudança ocorrida no grupo, sua transformação e a adaptação ativa dos membros a realidade, por meio de um pensamento crítico e reflexivo; e *tele*, termo do Psicodrama criado pelo pensador Moreno, é uma predisposição latente de aproximação ou afastamento, ou seja, uma predisposição positiva ou negativa com o grupo respectivamente (BERSTEIN, 1986; GAYOTTO, 2001).

Portanto o cone invertido e seus vetores permitem a avaliação dos diferentes momentos em que o grupo se encontra, sendo que seu objetivo é alcançar a mudança e a adaptação ativa à realidade.

No GO há o desempenho de papéis pelos seus membros, o conhecimento desses papéis é importante na condução desse processo rumo aos objetivos ao qual o grupo se propõe (PICHÓN-RIVIÉRE, 2012). Os principais papéis que os membros podem desempenhar durante o processo grupal são: porta-voz, líder, bode expiatório e sabotador.

O porta-voz é fundamental ao avanço do grupo na aprendizagem, visto que é através dele que o emergente é revelado, pois ele é o membro que tem a sensibilidade de captar a horizontalidade grupal, ou seja, o que se passa no aqui e agora do grupo e é compartilhado por todos. Através de sua verticalidade (sua história pessoal), anuncia o que se passa nesse momento com o grupo, permitindo o surgimento do conteúdo horizontal que será trabalhado pelos integrantes junto com a facilitação do coordenador (PICHÓN-RIVIÉRE, 2012; ESTEBAN, 2016).

O líder é aquele que é depositário dos aspectos positivos do grupo, ele propõe soluções para os problemas e dificuldades e é ouvido e seguido. O bode expiatório, ao contrário do líder, é depositário dos aspectos negativos do grupo, das ansiedades e medos (PICHÓN-RIVIÉRE, 2012). Segundo Pichón (2012), o papel de líder e o de bode expiatório estão relacionados na medida em que “[...] o papel de bode expiatório surge como preservação da liderança, através de um processo de dissociação ou *splitting*, necessário ao grupo em sua tarefa de discriminação” (p.180). Sendo assim, há uma divisão do grupo entre “bem” e “mal”, positivo e negativo, na figura do líder e bode expiatório respectivamente.

Por fim, tem-se o sabotador, o qual representa a resistência à mudança, visto que desvia o grupo da tarefa para questões menos importantes ao crescimento e mudanças. O sabotador pode ser um membro, como o próprio grupo. Isso ocorre quando este último desconsidera e não

reconhece o conteúdo trazido pelo porta-voz, levando a um obstáculo a tarefa (PICHÓN-RIVIÉRE, 2012).

Todavia, através da interação e da comunicação dos membros, é que estes têm a possibilidade de falar de suas vivências e seus sentimentos, permitindo a reflexão sobre as estereotípias e certezas, problematizando e buscando soluções, o que se configura como uma ação de promoção de saúde (BLEGER, 2011). Para Pichón (2012), não existe saúde mental sem a interação com o outro, interação que faça sentido na vida de cada um e que possibilite aos indivíduos ver o mundo de forma diferente, buscando novas possibilidades.

Portanto pode-se conjecturar que a teoria do GO valoriza os indivíduos e sua capacidade de mudança e adaptação, assim como possibilita um espaço saudável de comunicação e elaboração. Por conseguinte a forma de pensar operativa pode ser aplicada em diversos grupos, em escolas, na saúde, na assistência social, na clínica, dentre outros, pois, segundo Portarrieu e Tubert-Oklander (1986, p. 139), “*Os grupos operativos não são uma técnica, mas uma ideologia*, no sentido de um marco referencial teórico e valorativo que organiza a percepção, o pensamento e a ação do coordenador de grupos” (grifo do autor).

O pensamento que supõe o coordenador de um grupo como o membro saudável e que irá trazer saúde aos outros membros é totalmente contrário à ideologia do Grupo Operativo. Neste, o coordenador tem o papel de ajudar na tarefa interna, por meio da interpretação, tornando explícitos os fatores implícitos que surgem no grupo, permitindo aos membros tornarem-se conscientes e poderem racionalmente solucionar seus problemas e resolver os obstáculos relacionados à tarefa externa.

## 2. ARTIGO 1

### **Unidade de Neonatologia de um Hospital Universitário: Quem são os Bebês e suas Mães?**

### **Neonatal Unit of a University Hospital: Who are the Babies and their Mothers?**

Leidimara Cristina Zanfolim

Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Fabiane Melo Heinen Ganassin

#### **Resumo**

Este é um estudo quantitativo que descreve as características das mães e de seus bebês hospitalizados em uma Unidade de Neonatologia no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), na cidade de Dourados MS. O levantamento dos dados se deu através da aplicação de um questionário, ao qual as mães dos bebês responderam entre os dias 22 de fevereiro e 11 de maio de 2016. A amostra foi composta de 52 mães e 59 bebês. O resultado mostrou predomínio de “mães prematuras”, com baixo nível de escolaridade, donas de casa, vivendo com o pai do bebê. A maioria das mães permaneceu 24 horas por dia no hospital, vivenciando o puerpério com toda sensibilidade física e emocional desse período. Predominou o parto cesariana e a gravidez não planejada. A presença da crença em Deus foi constatada em todas as mães, estando associado à superação de dificuldades. Desse modo, o objetivo deste estudo foi levantar o perfil desse público, reforçando a importância de conhecer as participantes na realização de Práticas Educativas em Saúde, respeitando sua singularidade. O que se pretende com essas Práticas Educativas junto às instituições de saúde é o respeito às características dos usuários, planejando ações que os privilegiem e que venham ao encontro de suas reais necessidades.

**Palavras-chave:** neonatologia, educação em saúde, recém-nascido, hospitalização.

#### **Abstract**

This is a quantitative study which describe characteristics mothers and their babies hospitalized at the Neonatology Unit of the University Hospital of Federal University of Grand Dourados

(HU/UFGD), in the Dourados city, MS. For the survey data the mothers answered a questionnaire between days at February 22 and May 11, 2016. Sample consisted of 52 mothers and 59 babies. The predominant results were of “premature mothers”, low scholarship level, homemakers, living with the baby’s father. Most mothers remained 24 hours a day at hospital, experiencing the postpartum with all physical and emotional sensibility of this period. The Cesarean birth and unplanned pregnancy were predominant. The presence of belief in God was observed in all mothers, being associated with overcoming difficulties. Thereby, the objective of this research was set up the profile of this audience, reinforcing the importance of these participants and respecting their peculiarity in Health Education actions. The intent in Educational Practices at the health institutions is the respect to the characteristics of its users, seeking to plan actions that privilege them and comply with their needs.

**Key Words:** humanization, health education, newborn, hospitalization.

### Introdução

O bebê humano ao nascer, necessita de outra figura humana que exerça uma função materna de cuidados físicos e afetivos. Esses laços de cuidado e afeto vão constituindo o ser humano enquanto sujeito com corpo e mente integrados, diferenciando a si do mundo<sup>1</sup>. Desse modo, a figura materna e a função que esta desenvolve com o bebê são de fundamental importância na saúde física e mental dele. Em se tratando da mãe biológica, esse afeto pode ser iniciado durante a gestação e se intensificar após o parto, sendo construído na relação da mãe com seu bebê<sup>2</sup>.

Quando um bebê nasce com algum problema de saúde e necessita ser hospitalizado, o desenvolvimento da relação da mãe com seu bebê terá a patologia do recém-nascido, com todo sentimento ligado a ela e uma instituição hospitalar, normalmente estranha, com rotina própria, equipamentos e linguagem desconhecidos, influenciando o desenvolvimento dessa relação. Esses fatores favorecem o surgimento de vários sentimentos, como ansiedade, medo da perda do bebê, estranhamento do local, estranhamento do bebê, o qual normalmente não se parece com o imaginado pela mãe, ou seja, saudável, visto que se apresenta muitas vezes pequeno, mal formado, inchado e/ou ligados a aparelhos<sup>3</sup>.

Assim, a internação de um filho recém-nascido exige dessa figura materna um reposicionamento subjetivo para vivenciar esse momento e estabelecer uma ligação afetiva com o bebê real. Ela necessita desenvolver mecanismos de adaptação para enfrentar esse novo momento de sua vida, o qual é carregado de emoções e fantasias<sup>3</sup>.

Com isso, entende-se que a presença da figura materna durante toda a internação do recém-nascido, que se dá nas Unidades de Neonatologia Hospitalares, é essencial e insubstituível. Reconhecendo a importância do afeto familiar ao bebê, Baldini e Krebs<sup>4</sup> defendem a inclusão dos pais nos cuidados em neonatologia, como elemento vital na atenção integral à criança.

Corroborando essa ideia, tem-se que os sentimentos vivenciados pelas mães durante a gestação e após o nascimento de um filho influenciam significativamente na saúde mental da criança, necessitando de uma intervenção precoce. Com isso entende-se a importância de encorajar e apoiar a permanência do familiar que exercerá as funções de cuidado com esse bebê, desenvolvendo ações de humanização voltadas para esse público, levando em conta suas características e necessidades<sup>5</sup>.

A importância e a garantia do acompanhamento à criança pode ser vista também nas questões legais como no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA)<sup>6</sup>, o qual assegura, em seu art. 12, à criança e ao adolescente o direito a acompanhante e imprime à instituição de saúde o dever de proporcionar condições de permanência integral do responsável durante o período que durar a internação.

Segundo Elias<sup>7</sup>, em seus comentários sobre o ECA, há dois papéis principais do acompanhante da criança no período de hospitalização: o primeiro diz respeito aos aspectos psicológicos, que se referem ao apoio emocional para com a criança, fato que contribui na recuperação da saúde da mesma; o segundo é sobre aspectos fiscalizadores, o que consiste em acompanhar e exigir o tratamento adequado ao paciente. Para esse autor, além do apoio afetivo, o acompanhante tem o compromisso com a fiscalização da saúde de seu ente querido.

Desse modo, em se tratando de bebês hospitalizados, tem-se a permanência da figura materna junto a eles nesse período, a qual vivencia o ambiente hospitalar e os sentimentos ligados à internação de um filho em Unidades de Neonatologia, necessitando de apoio para lidar com as emoções decorrentes do processo de hospitalização, além de empoderamento para participar dos processos de cuidado.

Com isso, pode-se conjecturar que a hospitalização de um recém-nascido tem grande impacto na relação mãe-bebê. O contato físico da mãe com seu filho no ambiente do seu lar, com a presença de familiares e amigos, facilita a aproximação e trocas afetivas, o que é dificultado em um hospital, onde a mãe, normalmente sente-se impotente por não ter os conhecimentos especializados e nem poder curar seu bebê; ela não pode cuidar a seu modo, muitas vezes o contato com o mesmo é apenas nas visitas, com isso pode sentir-se distante dele e de seu processo de cuidados. Baldini e Krebs<sup>4</sup>, nos seus escritos sobre a reação da família à

hospitalização da criança, relatam sentimentos intensos de medo, tristeza, raiva, dentre outros, sendo a ansiedade muito presente nesse momento da vida dos pais.

As autoras acima afirmam que o aumento da ansiedade pode levar a uma descompensação do comportamento dos pais, visto que dificulta a elaboração do momento de sofrimento, o que prejudica a relação afetiva com o bebê e o entendimento e acompanhamento do estado clínico deste. Assim, defende-se a implantação de ações de apoio e acolhimento aos pais, na diminuição de ansiedade e elaboração da vivência da hospitalização de um filho.

Deste modo, reconhece-se a importância de um espaço que proporcione acolhimento, promova a escuta e a troca de experiência entre seus participantes, favorecendo a diminuição da ansiedade e do sofrimento causado pela hospitalização do recém-nascido e também facilitando a construção de uma rede de apoio entre as mães que vivenciam a mesma situação. Além disso, é fundamental oferecer ações Educativas em Saúde, atendendo aos princípios da integralidade e humanização do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3,8</sup>.

Legitimando o pensamento sobre a importância da participação das mães no processo de hospitalização do bebê, no setor de Neonatologia (UTI - Unidade de Terapia Intensiva e UCI- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), município de Dourados, Mato Grosso do Sul (MS), desde o ano de 2012, são desenvolvidos grupos de mães dos bebês internados nessas unidades. No entanto, almejando qualificar e fortalecer esse espaço grupal, esse estudo tem por objetivo descrever as características das mães e dos bebês internados nesse setor.

As Unidades Neonatais se caracterizam como um local com alto nível de tecnologia e equipamentos modernos. Nestas, encontram-se recém-nascidos doentes, com idade de zero a 25 dias. Esses pacientes, devido à gravidade de seu quadro clínico, são submetidos a vários procedimentos, muitos dos quais invasivos, visando à manutenção da vida, à prevenção de sequelas e à promoção da saúde<sup>8,9</sup>.

Deste modo, o que se espera das atividades educativas junto às instituições de saúde é o respeito às características dos usuários, planejando ações que os privilegiem e que venham ao encontro de suas reais necessidades.

Historicamente no início do século XX, as Práticas Educativas voltadas para a área da saúde não eram prioridades, e sua aplicação visava à transmissão do conteúdo de um saber científico, que era imposto ao usuário como certo. O saber popular, suas reais necessidades e possibilidades não eram considerados<sup>10</sup>.

Atualmente as políticas públicas da área da saúde, apesar de ainda preservarem em sua prática esse modelo anterior, buscam outras formas de atuação que privilegiem a prevenção de

doenças, a promoção de saúde, uma maior interação entre a equipe e a comunidade e a humanização dos serviços, objetivando a formação de consciência crítica e um comportamento ativo diante da realidade<sup>11</sup>.

O que se defende nas Práticas Educativas em Saúde (PES) é o diálogo, o respeito ao saber do usuário, suas condições socioculturais, ouvindo e privilegiando a troca de experiências entre o conhecimento técnico e popular, orientando-se pela busca da interdisciplinaridade, da legitimação da cidadania e autonomia do usuário. Portanto as Práticas Educativas em Saúde são a construção de um saber mútuo criado em um espaço de confiança e valorização dos saberes de cada pessoa participante. Essa proposta de prática dialogada com enfoque crítico entende o usuário como sujeito ativo em todo processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tanto de si, como de seus familiares e comunidade<sup>12</sup>.

Como afirmam Renovato e Bagnato<sup>13</sup>, as Práticas Educativas em Saúde “... são processos que ocorrem no encontro entre pessoas com diferentes culturas e realidades sociais e econômicas, com representações diversas sobre a saúde, e as formas de ser e estar saudável” (p. 555).

As PES não são realizadas apenas no campo da atenção básica, como comumente se entende, podem ocorrer em diferentes espaços, com diferentes sujeitos e diversos saberes. Com isso, os conteúdos das práticas devem considerar o sujeito e seu lugar no mundo, levando em conta as necessidades e os interesses dos usuários<sup>12</sup>.

Com esse pensamento, as PES devem ser exercidas em todos os níveis de atenção, transformando um ambiente considerado estranho e técnico como de um hospital, por exemplo, em um local mais humano e mais compreensível<sup>14</sup>. As Práticas Educativas em Saúde pensada e vivenciada dessa forma vai muito além da transferência de informações. Por isso, o facilitador desse processo busca entender e valorizar o conhecimento que o indivíduo já possui e promover a participação ativa da pessoa na (re)construção do próprio conhecimento<sup>15</sup>.

Esse pensamento atual sobre o fazer Educação em Saúde corrobora a relevância de ações educativas em um espaço de cuidado junto às mães de bebês internados em Unidades Neonatais. Assim, conhecer a elas e seus bebês são fundamentais na implantação de ações nessa área, respeitando o saber e o sentir de cada participante.

### **Método**

O conteúdo apresentado neste manuscrito faz parte de uma pesquisa realizada, intitulada “Sentimentos e Dificuldades vivenciados pelas mães de bebês hospitalizados: Mecanismos de superação na perspectiva materna”, critério para aprovação no Mestrado Profissional em Ensino



em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Os dados levantados em tal pesquisa foram discutidos em artigos elaborados pelas autoras. Assim, nesse estudo o enfoque foi dado à descrição das características das mães e de seus bebês hospitalizados.

Portanto trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa. Os dados foram obtidos por meio de um questionário elaborado pelas pesquisadoras, o qual foi previamente explicado e respondido com informações fornecidas pelas mães em entrevista individual.

O questionário continha perguntas objetivas sobre alguns dados clínicos e demográficos das mães e seus bebês. Os dados clínicos envolviam: número de gestações da mãe, sobre morte de algum filho, aborto espontâneo ou induzido; a respeito da gestação do bebê hospitalizado: gravidez planejada ou não, gestação de alto risco, realização de pré-natal, tipo de parto, complicações no parto, idade gestacional no nascimento, o setor onde estava internado o recém-nascido no momento do preenchimento do questionário (UTI ou UCI Neonatais), peso do bebê ao nascimento, sexo do bebê e diagnóstico clínico provável. As variáveis demográficas foram: idade da mãe, estado civil, relacionamento que mantém com o pai do bebê internado, ocupação, grau de escolaridade, município de origem, religião e se está alojada no hospital.

A coleta de dados foi realizada entre os dias 22 de fevereiro ao dia 11 de maio de 2016, a população do estudo foi das mães e de seus recém-nascidos internados no setor de Neonatologia (UTI e UCI Neonatais) do Hospital Universitário da UFGD nesse período, os participantes abrangeram a população que atenderam ao critério de inclusão da amostra, ou seja: para a mãe, (a) ser mãe ou responsável legal pelo bebê que esteve internado na UTI ou UCI Neonatais do HU-UFGD, no período em que durou a coleta de dados, (b) ter compreensão e falar a língua portuguesa, (c) mediante convite, aceitar participar do estudo; e os critérios de exclusão que foram (a) ser indígena (b) menor de idade, sem consentimento do responsável legal. Para o bebê: inclusão (a) bebês hospitalizados na UTI e UCI Neonatais (b) ser filho (biológico ou não) das mães participantes da pesquisa; exclusão (b) não estar internado no setor (b) falecido.

A pesquisa foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa e Extensão do HU-UFGD, sendo aprovada no dia 24 de setembro de 2015 e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFGD, via Plataforma Brasil, respeitando-se à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 CNS/MS sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sua aprovação se deu com o Parecer Consubstanciado de número 1.402.557. Somente após apreciação e aprovação, a coleta de dados foi iniciada. As mães participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); as menores de 18 anos assinaram o Termo de

Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), com a assinatura do consentimento de seus responsáveis.

O HU-UFGD, cenário do estudo, é caracterizado como referência na assistência à saúde em média complexidade, atende toda a macrorregião com uma cobertura 100% SUS; sendo espaço de ensino, pesquisa e extensão, agrega alunos de graduação da UFGD, da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS) e de outras instituições de ensino superior. Espaço para formação de profissionais de ensino técnico e das Residências Médicas (clínica médica, cirurgia geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia) e Multiprofissional (enfermagem, nutrição e psicologia). Lugar de convívio para produção de saúde e de tecnologias de cuidado.

Tratando-se da linha materno-perinatal, o Hospital Universitário possui um Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, UTI Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal, sendo referência para gestantes de alto risco do município de Dourados e dos 35 da região.

Nos setores da UTI e UCI Neonatais, encontram-se bebês hospitalizados. Na UTI Neonatal do HU-UFGD, constam 10 leitos credenciados e, na UCI Neonatal, 15 leitos credenciados pelo Ministério da Saúde, publicados na portaria 1197 de 24 de outubro de 2012. Entretanto, por ser o único hospital público de referência em gestação de alto risco de Dourados e região, normalmente os setores operam com internações acima de sua capacidade, que pode chegar ao máximo de 14 leitos na UTI Neonatal e 26 na UCI.

Na UTI Neonatal, os recém-nascidos normalmente estão clinicamente mais graves comparados com os da UCI. No primeiro setor, as mães são visitantes dos bebês, não permanecendo com eles; já no segundo, elas acompanham os cuidados com o filho 24 horas.

Na realidade do setor em questão, um elevado número de mães permanecem alojadas no hospital em locais improvisados, ou seja, em salas pertencentes a outros setores, com falta de materiais de cama e banho, sem privacidade, com barulhos, com muitas camas, o que dificulta a higiene do local, um banheiro por sala que é dividido com 10 a 14 mães, dentre outras características. Os alojamentos normalmente estão lotados, por isso são prioritários para mães de outros municípios para que possam permanecer com seus filhos e alimentá-los, pela amamentação ao seio ou ordenha do leite que é administrado ao bebê pelo copinho ou sonda, dependendo do estado clínico e do peso dele. As mães da cidade de Dourados passam o dia no hospital e dormem em suas casas à noite.

Desse modo, o acesso às mães é facilitado, mas a suas famílias não, devido a questões geográficas (de outros municípios e bairros distantes) e sociais, não se encontram presentes com

frequência para participação na pesquisa. Assim, optou-se apenas pelas mães, visto que acompanham a hospitalização, permanecem no hospital vivenciando todo o processo, longe de casa, da família e de sua rotina.

Neste estudo, entende-se por mãe, a acompanhante do bebê, sendo ela biológica ou não, responsável legal pelo mesmo e que exerce e exercerá a função de cuidados maternos no hospital e após a alta. A amostra foi composta por 52 mães, oito tiveram gestação de gêmeos, no entanto uma delas teve um dos filhos natimorto, assim o número de bebês das mães participantes da pesquisa, nascidos vivos, somaram 59.

Logo, dos questionários aplicados nessa amostra foram examinadas variáveis clínicas e demográficas. O levantamento dos dados foi descritivo e serão apresentados e discutido a seguir.

### **Resultados e discussões**

Em se tratando das características informadas na pesquisa pelas respectivas mães dos 59 bebês, 59% deles encontravam-se internados na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal e 41%, na UTI Neonatal, na data do preenchimento do questionário. No entanto, no período da coleta de dados, houve bebês da UTI que receberam alta para UCI, e também bebês deste último setor que retornaram à UTI, lembrando que ambos compõem a Unidade Neonatal do hospital e, de acordo com o estado clínico do recém-nascido, ele ficará no setor que melhor atender suas necessidades, pensando na recuperação de sua saúde e prevenção de possíveis sequelas.

Dos bebês em questão, prevaleceu o sexo masculino, com 66%. Em relação ao peso no nascimento, predominaram recém-nascidos de baixo peso com 70% (47% com até 1,500 kg, 23% com 1,501 kg a 2,500 kg), 19% acima de 2,500 kg e 2% das mães não souberam responder. Segundo a Organização Mundial de Saúde, são considerados bebês de baixo peso os nascidos com peso igual ou inferior a 2.500 kg e, os prematuros são todas as crianças nascidas antes de 37 semanas<sup>17</sup>. Esses bebês se constituem em um grupo vulnerável a doenças agudas, estando relacionados ao aumento da mortalidade fetal e neonatal, assim como ao desenvolvimento de várias formas de sequelas e doenças crônicas<sup>18</sup>. Por essas razões, os recém-nascidos de baixo peso necessitam de cuidados não só hospitalares, como também após a alta, cuidados esses que serão dispensados por suas mães e familiares.

Segundo estudos realizados, os sentimentos de insegurança e medo, estão presentes na maioria das mães quanto aos cuidados domiciliares com o bebê que foi hospitalizado,

apontando a necessidade da equipe no melhor preparo dessas mães no pós-alta, além do apoio emocional<sup>19</sup>.

Dos diagnósticos declarados nos questionários, predominou a prematuridade com 74% dos casos, seguido da cardiopatia com 7%, aspiração de mecônio com 5%, sífilis congênita e insuficiência respiratória com 3% e má-formação, transfusão exosanguínea, crises convulsivas e toxoplasmose congênita com 2% dos casos.

Percebe-se que a prematuridade tem uma predominância maior em relação às outras patologias. Corroborando com esses dados, tem-se o predomínio de idades gestacionais prematuras, ou seja, bebês que nasceram antes das 37 semanas, que somaram 85% (do intervalo de 31 a 36 semanas com 50% dos casos, 24 a 30 semanas com 35% dos casos), com 37 a 42 semanas são 15% dos casos. A diferença de 74% com diagnóstico de prematuridade e 85% dos partos antes do termo se deu devido aos outros diagnósticos informados terem predominado em alguns prematuros.

Das acompanhantes dos bebês, 100% eram mães biológicas, estando no período puerperal, com toda sua peculiaridade física e emocional. O puerpério é física e emocionalmente um período muito sensível para uma mulher, no qual a ansiedade e a depressão reativa são comuns, além do sentimento de perda da gravidez e ganho do bebê, de confusões, de fantasias e realidade<sup>20</sup>.

Esses dados tornam-se relevantes à medida que, tendo em vista o predomínio da prematuridade e de mães biológicas, permite-se conhecer o perfil das participantes, também prematuras, visto não terem vivenciado todo processo emocional de uma gestação, a qual foi “interrompida” precocemente.

Refletindo a respeito do estado psíquico dessas “mães prematuras” e no vínculo delas com seus bebês prematuros, o médico e psicanalista Donald Winnicott<sup>21</sup>, em seus estudos sobre a preocupação materna primária, a conceitua como um estado de retraimento, uma fuga, uma dissociação de uma parte do psiquismo da mãe, que a permite regredir ao nível do bebê, como uma “doença normal”, que a capacita a uma adaptação sensível às necessidades do bebê em seus primeiros momentos de vida. Para esse autor, durante e principalmente no final da gestação, no oitavo e nono mês, que corresponde a mais ou menos o intervalo de 32 a 42 semanas de gestação, a mãe emocionalmente ajustada pode entrar nesse estado de preocupação materna primária, que irá possibilitar o vínculo sadio com seu bebê.

Portanto é importante que os cuidados sejam dispensados também às mães e não apenas ao bebê, estabelecendo práticas que propiciem a diminuição da ansiedade e o fortalecimento de recursos internos das primeiras.

Em se tratando da idade das mães, a maioria abrangeu o intervalo de 18 a 25 anos com 46%, as mães entre 26 e 29 anos somaram 21%, de 30 a 35 anos foram 17%, de 36 a 40, 10%, as menores de 18 anos com 4% e, acima de 40 anos, 2%.

A respeito do estado civil das mães e seu relacionamento com o pai biológico do recém-nascido, 87 % declararam-se solteiras, dessas 73% são “amigadas”, utilizando a expressão delas mesmas, ou seja, dividem a mesma casa com o pai do bebê em um relacionamento amoroso, 10% não mantêm nenhuma relação amorosa com o pai do bebê, e 4% namoram o pai do bebê. Os pais casados somaram 13%. Desse modo, pais que convivem em um relacionamento amoroso predominaram.

Considerando-se que a mãe tem que se desligar de qualquer preocupação material, financeira e das questões externas e concentrar-se nos cuidados e na ligação com seu bebê, o apoio do pai nesse momento é de fundamental importância, protegendo a díade (mãe-bebê) dando suporte para que a mãe possa exercer sua função nesses primeiros meses de vida do filho<sup>22</sup>. Esse apoio do pai permite que a mãe fique mais tranquila, o que contribuirá na vivência do período de internação de seu filho, diminuindo a ansiedade e preocupações.

O nível de escolaridade se apresentou baixo, qual seja 38% com ensino fundamental completo, 33% com ensino fundamental incompleto, 25% com ensino médio completo e 4% ensino superior completo. A respeito da ocupação das mães, 62% são donas de casa, 21% possuem trabalho informal, 15% trabalho formal e 2% são estudantes. Sabe-se que, no trabalho formal, a puérpera tem licença maternidade garantida por lei, sem prejuízo de seu salário. Como a maior parte das mães não trabalham fora e não possuem uma atividade laboral que garanta essa licença maternidade, tem-se como hipótese o apoio financeiro vindo dos pais ou das famílias, como também deve-se considerar possíveis dificuldades sociais.

A religião que predominou foi a evangélica, com 38% das mães, católicas com 33%, 27% não participam de nenhuma religião, 2% são espíritas; no entanto 100% das mães, mesmo sem que sigam especificamente uma religião, afirmaram ser cristãs. De acordo com estudos, constatam-se que a fé em Deus está presente como suporte na superação da hospitalização do bebê, contribuindo na aceitação, diminuição da angústia e sofrimento<sup>23,24</sup>. Deus é associado pelas mães a conforto e esperança, sendo importante nesse momento de suas vidas como suporte emocional.

O setor materno infantil do HU-UFGD é porta aberta e referência de gestação de alto risco para Dourados e região. Sendo assim, constatou-se, nos dados dos questionários, que 73% das mães participantes da pesquisa são de outros municípios da região da grande Dourados, e 27% são da cidade de Dourados. Na tabela 1, são apresentados os municípios de origem das

mães participantes do estudo, suas respectivas porcentagens e a distância da cidade de Dourados, onde se encontra o hospital.

Tabela 1

**Municípios da região de Dourados MS, com os respectivos números de mães, em porcentagem (%) e a distância que possuem da cidade polo. Dourados MS, 2016.**

| <b>Municípios de origem (km)</b> | <b>número de mães (%)</b> | <b>Distância</b> |
|----------------------------------|---------------------------|------------------|
| <b>Dourados</b>                  | <b>27 %</b>               | <b>0 km</b>      |
| <b>Ponta Porã</b>                | <b>13 %</b>               | <b>122 km</b>    |
| <b>Rio Brillhante</b>            | <b>8%</b>                 | <b>68,7 km</b>   |
| <b>Naviraí</b>                   | <b>8%</b>                 | <b>138 km</b>    |
| <b>Nova Andradina</b>            | <b>6%</b>                 | <b>178 km</b>    |
| <b>Eldorado</b>                  | <b>6%</b>                 | <b>220 km</b>    |
| <b>Coronel Sapucaia</b>          | <b>4%</b>                 | <b>169 km</b>    |
| <b>Sete quedas</b>               | <b>4%</b>                 | <b>246 km</b>    |
| <b>Amambai</b>                   | <b>2%</b>                 | <b>130 km</b>    |
| <b>Mundo Novo</b>                | <b>2%</b>                 | <b>247 km</b>    |
| <b>Paranhos</b>                  | <b>2%</b>                 | <b>243 km</b>    |
| <b>Anaurilândia</b>              | <b>2%</b>                 | <b>245 km</b>    |
| <b>Taquarussu</b>                | <b>2%</b>                 | <b>203 km</b>    |
| <b>Jateí</b>                     | <b>2%</b>                 | <b>73,3 km</b>   |
| <b>Fátima do Sul</b>             | <b>2%</b>                 | <b>72,2 km</b>   |
| <b>Itaporã</b>                   | <b>2%</b>                 | <b>16,7 km</b>   |
| <b>Caarapó</b>                   | <b>2%</b>                 | <b>52,2 km</b>   |
| <b>Aral Moreira</b>              | <b>2%</b>                 | <b>150 km</b>    |
| <b>Novo Horizonte do Sul</b>     | <b>2%</b>                 | <b>131 km</b>    |
| <b>Batayporã</b>                 | <b>2%</b>                 | <b>186 km</b>    |

Fonte: Questionário de dados clínicos e demográficos.

Nota: Distâncias segundo *google maps*

Das mães de outros municípios, 73% estavam alojadas no hospital, ou seja, permaneciam 24 horas na instituição acompanhando a internação dos bebês, 27% que eram do município de Dourados não ficavam alojadas, no entanto permaneciam no hospital acompanhando os bebês durante todo o dia, dormindo em suas casas e/ou na UCI, no caso de mães que estão amamentando ao seio.

O alojamento de mães são importantes, pois possibilitam a permanência delas com seus bebês e a aproximação de ambos. Tendo um local dentro do hospital onde possam ficar, facilita-lhes a presença durante todo o período da internação dos recém-nascidos. Entretanto, por outro lado, as mães permanecem em um ambiente hospitalar, longe de casa, do convívio com suas

famílias, tendo que se submeterem a uma rotina hospitalar muitas vezes estressante, devido à seus horários rígidos de alimentação, visitas e cuidados com o bebê <sup>25</sup>.

A respeito do número de gestação das participantes da pesquisa, 62% tiveram mais de uma gestação, as primigestas (primeira gestação) somaram 38%. Destas, 8% tiveram gravidez de gemelares, estando com ambos os filhos hospitalizados, exceto uma das mães em que um dos bebês já estava morto durante a gestação. Das mães participantes, as que tiveram algum tipo de aborto foram 33% (31% aborto espontâneo e 2% induzido), 10% tiveram filhos que morreram. Esses dados são significativos e devem ser considerados, pois podem influenciar a vivência desse momento, visto que encontram-se com seus filhos internados em estado crítico de saúde.

Sobre o planejamento familiar, ou seja, a preparação e desenho consciente da mãe e/ou dos pais sobre terem filho(s), temos que 65% não planejaram a gestação, não decidiram e não se prepararam para esse momento. O parto predominante foi a cesariana com 60%, e 69% das mães não tiveram complicações no momento do parto. As gestações que entraram no critério de alto risco somaram 50%; como causas do alto risco foi relatada a hipertensão com 25%, síndrome da transfusão feto fetal 6%, diabetes, descolamento de placenta e sangramentos 4% cada um, gravidez gemelar e anemia 2%; dessas mães, 6% não souberam informar a causa da gestação de alto risco. O pré-natal foi realizado por 96% das entrevistadas.

Alto risco é definido por Costa et al<sup>26</sup> como uma vulnerabilidade no período gestacional, no parto e na criança durante os primeiros anos de vida. O alto risco obedece também a um protocolo médico e de exames diferenciados, muitas vezes exige-se da gestante, limite de esforços físicos e atividades sociais.

A história gestacional e o momento do parto, como foram vivenciados e sentidos pelas gestantes, são fatores que influenciam no período puerperal e no desenvolvimento da relação mãe-bebê<sup>22</sup>. O olhar para esses dados, sobre o planejamento da gravidez, o cuidado com esse período, recorrendo à realização de um pré-natal, permite conhecer alguns aspectos da história dessa concepção qualificando as intervenções com esse público.

Logo, este estudo permitiu conhecer algumas características das mães participantes da pesquisa e de seus bebês, reforçando a importância de conhecer esses participantes na realização de ações de Práticas Educativas em Saúde, respeitando sua singularidade. Com a discussão dos dados, também se pode perceber a importância do desenvolvimento de ações de apoio emocional e incentivo à autonomia para essa população.

Várias são as ações estruturadas que podem ser realizadas na atenção à saúde, dentre elas as práticas educativas. Quando se tem a internação de um ente querido, o trabalho com a

família é de extrema relevância no atendimento integral ao paciente e na humanização da assistência. Entretanto as intervenções no campo das Práticas Educativas em Saúde requerem do profissional o conhecimento do perfil e das necessidades da população envolvida<sup>27</sup>.

Entende-se que as Práticas Educativas em Saúde se propõe à construção de um saber mútuo, criado em um espaço de confiança e valorização dos saberes e das características de cada pessoa participante. Ações de acolhimento, com uma proposta ativa, dialogada e que respeitem a singularidade do usuário são favoráveis às mães frente aos temores da hospitalização e para a manutenção das funções maternas, pois propiciam o desenvolvimento de recursos de superação na vivência da hospitalização de um filho<sup>28</sup>. Portanto o conhecimento das características dessa população permite o planejamento de ações em saúde que as beneficiará e colaborará com suas reais necessidades.

Assim, uma abordagem humanizada, com ações educativas que considerem e respeitem as características tão peculiares dessa clientela, é fundamental, na medida em que proporciona espaço para que essas mães consigam lidar adequadamente com a internação de seus filhos nas Unidades Neonatais, transformando esse momento em uma oportunidade de aprendizagem e fortalecimento emocional.

### **Conclusão**

A apresentação e discussão dos dados permitiu conhecer o perfil das participantes da pesquisa, o qual consistiu no predomínio de “mães prematuras”, com baixo nível de escolaridade, trabalhando em casa ou em empregos informais, vivendo com o pai do bebê, que normalmente é o provedor da família. A maior parte das mães permanecem 24 horas por dia no hospital, abandonaram seus afazeres, casas, famílias e sua rotina em prol de acompanhar seus bebês durante a internação. Elas vivenciam o puerpério com toda sensibilidade física e emocional desse período, além de muitas delas estarem se recuperando de uma cesariana.

Essas mães permanecem na instituição hospitalar, acompanhando seu(s) bebê(s), não planejado para a maioria delas. A presença de abortos e mortes de outros filhos, apesar de não estar presente na maioria, é um dado relevante nas questões emocionais das mães, visto que a má elaboração desses momentos de suas vidas podem influenciar na vivência da hospitalização dos bebês em questão, assim como a constituição de um vínculo afetivo com eles.

A presença da crença em Deus é constatada em todas as mães, sendo considerada como algo positivo, o qual possibilita a diminuição do sofrimento. Não se pode negar que essas mães dispõem de recursos de soluções internos para vivenciar esse momento, visto que permanecem no hospital com seus bebês. No entanto, em meio a tantos sentimentos e sofrimentos, é de



fundamental importância o olhar da instituição e das equipes para esse público e tudo que vivenciam na internação de seus bebês, além da necessidade que os recém-nascidos têm de uma figura materna que contribua em sua recuperação e na constituição deles como sujeitos no mundo.

Assim, o estudo em questão abordou algumas características das mães e seus bebês hospitalizados, dando consistência e direcionamento às ações educativas em saúde para essa população, adequando-as às necessidades e benefícios dos usuários, pois acredita-se que as práticas educativas enriquecem essas ações, na medida em que privilegiam o diálogo, o respeito aos múltiplos saberes e o pensamento crítico-reflexivo. As ações educativas em saúde na modalidade grupal permitem o empoderamento dessas mães, favorecendo a qualidade da vivência da hospitalização de seus filhos, com a (re) significação de sentimentos e apoio emocional.

Deu-se também visibilidade a esse público e aos setores de neonatologia, sensibilizando para que novos estudos sejam realizados e ações de humanização sejam implantadas e/ou otimizadas junto aos familiares dos pacientes, entendendo a importância deles nesse processo, assim como promoveu as ações de Práticas Educativas em saúde, as quais respeitam os usuários e lhes proporcionam acolhimento, abordando suas reais necessidades.

### **Agradecimentos**

Agradecemos principalmente às mães participantes da pesquisa, que contribuíram para o estudo; ao Hospital Universitário da UFGD, por disponibilizar espaço de pesquisa; e ao programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS, pelo apoio.

### **Referências**

<sup>1</sup>Winnicott D. O ambiente e os processos de maturação, 1º ed. Porto Alegre: ArtMed; 1983. 268 p.

<sup>2</sup>Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J Perinat Educ.* 2009;18(3):23-9.

<sup>3</sup>Donelli T M. Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. *Rev Interinst Psic.* 2011;2(4):228-41.

- <sup>4</sup>Baldini SM, Krebs VL. Humanização em UTI pediátrica e neonatal: Estratégia de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe. 1º ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2010. 142 p.
- <sup>5</sup>Saito T, Goto A, Yokokawa h, Sato Y, Yasumura S. Association between maternal feeling about pregnancy and child's lifestyle. *Fukushima J Med Sci.* 2010; 56(1):80-89.
- <sup>6</sup>Brasil. Estatuto da criança e adolescente ECA. 9º ed. Brasília: Câmara dos deputados, 2010. 207 p.
- <sup>7</sup>Elias RJ. Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente. 4º ed. São Paulo: Saraiva; 2010. 310 p.
- <sup>8</sup>Hopwood R. The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. *Online Infant* [internet]. 2010 [citado 2016 jun 24];6(2): 54-8. Disponível em: [http://www.infantgrapevine.co.uk/journal\\_article.html?RecordNumber=6035](http://www.infantgrapevine.co.uk/journal_article.html?RecordNumber=6035).
- <sup>9</sup>Costa MC, Arantes MQ, Brito MD. A UTI neonatal sob a ótica das mães. *Online Rev Eletro Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2015 Ago 25];12(4): 698-704. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf)
- <sup>10</sup>Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. *Ciências saúde coletiva.* 2011;16(1): 319-25.
- <sup>11</sup>Carvalho PM. Práticas Educativas em Saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. [Teresina]: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí; 2009. 83 p.
- <sup>12</sup>Acioli S. A prática educativa com expressão do cuidado em saúde pública. *Ver. bras. Enferm.* 2008; 61(1):117-21.
- <sup>13</sup>Renovato RD, Bagnato MH. Práticas Educativas em Saúde e a constituição de sujeitos ativos. *Texto contexto-enfermagem* [internet]. 2010 [citado 2016 jun 28];19(3): 554-62. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a18v19n3](http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a18v19n3).
- <sup>14</sup>Rosa J, Faccin C, Dalegrave D, Argenta C, Franciscatto L. Ações educativas de assistência em enfermagem em ambiente hospitalar: a atenção a pais e familiares de neonatos em fototerapia. *Revista de enfermagem* [internet]. 2012 [citado 2016 jun 24];8(8): 154-65. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/483>.
- <sup>15</sup>Backes VM, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev. Bras. Enferm* [internet]. 2008 [citado 2016 jun 27];61(6): 858-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a11v61n6>.
- <sup>16</sup>Bagnato MH, Renovato RD. Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: Rodrigues R. M.; Deitos R. A, organizadores. *Estado, desenvolvimento, democracia e políticas sociais.* Cascavel (PR): UNIOESTE/GPPS; 2006.
- <sup>17</sup>Brasil. Programa de Saúde Materno-infantil. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

- <sup>18</sup>Martins EL, Padoin SM, Rodrigues AP, Zuge SS, Paula CC, Trojahn TC, et al. Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(1):155-163.
- <sup>19</sup>Souza N, Fernandes A, Costa I, Enders B, Carvalho J, Silva M. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Revista de Salud pública [internet]*. 2010 [citado 2016 jun 25];12(03): 356-67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000300002>.
- <sup>20</sup>Soifer R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 6º ed. Porto Alegre: Artes médicas; 1992. 124 p.
- <sup>21</sup>Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. 1º ed. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 455 p.
- <sup>22</sup>Gutman L. *A maternidade e o encontro com a própria sombra*. 6º ed. Rio de Janeiro: Editora BestSeller; 2014. 319 p.
- <sup>23</sup> Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DA. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Online Esc Anna Nery [internet]*. 2013 [citado 2016 jun 27];17(1): 46-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>.
- <sup>24</sup>Paiva GJ. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estud. Psicol.* 2007; 24(1): 99-104.
- <sup>25</sup>Souza NL, Araújo AC, Costa IC, Carvalho JB, Silva ML. Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm [internet]*. 2009 [citado 2016 jun 26]; 62(5): 729-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/13.pdf>.
- <sup>26</sup>Costa MC, Bezerra filho JG, Andrade MG, Veríssimo MI, Carvalho RM, Silva AR. Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. *Enfermería global: Revista eletrônica cuatrimestral de enfermagem [internet]*. 2010 [citado 2016 jun 28];(20): 1-11. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/110841/10520>.
- <sup>27</sup>Oliveira LM, Medeiros M, Barbosa MA, Siqueira KM, Oliveira PM, Munari DB. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP [internet]*. 2010 [citado 2016 jul 03]; 44(2): 429-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>.
- <sup>28</sup>Bragheto AC, Jacob AV. Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: relato de experiência. *Ver Sal e Transf Soc.* 2011;1(3):174-8.

### **3. ARTIGO 2**

**Sentimentos e dificuldades vivenciados pelas mães na hospitalização de seus bebês em Neonatologia.**

**Feelings and difficulties experienced by mothers in the hospitalization of their babies in Neonatology.**

**Sentimientos y dificultades experimentadas por las madres en la hospitalización de sus hijos en Neonatología.**

Leidimara Cristina Zanfolim

Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Fabiane Melo Heinen Ganassin

#### **Resumo**

A hospitalização de um bebê altera o equilíbrio familiar, que necessita se reorganizar em torno da recuperação do recém-nascido. A mãe normalmente é o membro da família que acompanha o bebê no hospital. Desse modo, este estudo se propôs a descrever os sentimentos e dificuldades que as mães vivenciam durante a hospitalização dos seus filhos, por meio de um estudo qualitativo, com abordagem de pesquisa-ação, tendo como cenário o setor de Neonatologia do Hospital Universitário da UFGD, na cidade de Dourados MS. Para coleta de dados, foram realizadas anotações em diário de campo e 12 encontros de mães na modalidade de Grupo Operativo, idealizado pelo psicanalista Pichón-Riviére. O período da coleta foi entre 22 de fevereiro a 11 de maio de 2016, o encerramento ocorreu por saturação dos dados

coletados e realizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin. A amostra foi constituída por 52 mães. Os resultados foram divididos em três categorias: i) instituição hospitalar; ii) profissionais de saúde e; iii) família. Portanto é importante entender que o sofrimento das mães vai além de questões relacionadas às patologias dos bebês, sendo necessário investir em estrutura física e em organização adequada para permanência delas, em capacitações das equipes, assim como centrar os cuidados nas famílias e não só nos pacientes.

*Palavras-Chave:* família, acolhimento, hospital, equipe.

### **Abstract**

The hospitalization of a baby changes the familiar equilibrium which needs to reorganize around the newborn recuperation. Usually the mother is the family member who accompanies the baby in the hospital. Thereby, thinking in the newborn integral care, this study aims to describe the feelings and difficulties that mothers experienced in the baby hospitalization period, through a qualitative study, with an action research approach, taking as the research scenario the neonatology sector at University Hospital of UFGD in Dourados, MS. Data were collected in field diaries notes and 12 mothers' meetings in Operative Group modality, idealized by the psychoanalyst Pichon-Riviére. Data collection was fulfilled from February 22 to May 11, 2016, the conclusion occurred by the collected data saturation. For the data analysis, the content analysis proposed by Bardin was used. The sample consisted of 52 mothers. The results were divided into three categories: i) hospital institution; ii) health professionals; iii) family. Therefore, it is important to understand that the mothers suffering goes beyond questions related to the pathology of the baby, it is necessary to invest in physical structure and the adequate organization to keep them, in the health teams training, as well as to focus on care to the families and not only in patients.

*Key Words:* Family; Reception; Hospital; Team.

## Resumen

La hospitalización de un bebé cambia el equilibrio de la familia, es necesario reorganizar alrededor de recuperación del recién nacido. La madre suele ser el miembro de la familia que acompaña al bebé en el hospital. Por lo tanto, pensando en la atención integral al recién nacido, este estudio fue describir los sentimientos y dificultades que las madres experimenta durante la hospitalización de su hijo a través de un estudio cualitativo con enfoque de investigación-acción, en el contexto el departamento de Neonatología del hospital de la Universidad de UFGD en la ciudad de Dourados MS. Para la recolección de datos fueron realizadas notas en un diario de campo y 12 reuniones de madres en forma de Grupo Operativo, diseñado por el psicoanalista Pichón-Riviere. El período de recolección fue entre 22 de febrero a la 11 de mayo de 2016, el cierre se produjo la saturación de los datos recogidos. Para el análisis se llevó a cabo el análisis de contenido propuesto por Bardin. La muestra estuvo constituida por 52 madres. Los resultados se dividieron en tres categorías: i) el hospital; ii) profesionales de la salud; iii) la familia. Por lo tanto, es importante entender que el sufrimiento de las madres va más allá de las cuestiones relacionadas con el estado del bebé, es necesario invertir en la infraestructura física y la organización apropiada para permanência de la misma, formación de los equipos, así como centrar la atención en las familias y no sólo en los pacientes.

Palabras-clave: família, recepción, hospital, equipo.

## Introdução

O período que envolve o nascimento de um bebê é marcado por mudanças psicológicas e sociais, para a mãe e também para a família, por ser esta um sistema, uma vez que o que acontece com um dos integrantes repercute nos outros. Portanto a chegada de um

novo membro modifica o equilíbrio de todo sistema familiar (Maldonado, 2002; Ocampo, 2013).

Dessa forma, quando ocorre algum imprevisto durante a gestação e o parto, que culmina com o nascimento de um bebê enfermo, o qual necessita ser hospitalizado, a família sofre, tanto pelo medo e insegurança em relação à recuperação do bebê, como devido a mudanças de rotina que a vivência da hospitalização e o acompanhamento ao recém-nascido impõem (Ocampo, 2013; Cartoxo, Torquato, Agra, Fernandes, Plate, & Freire, 2014).

Normalmente, tem-se a permanência das mães como acompanhantes dos bebês no hospital, fato esse que se deve pelas normas de muitas instituições, por aspectos culturais, e também devido à importância do aleitamento materno, o qual pode ser ordenado, quando o bebê não tem condições físicas de sugar, ou oferecido diretamente pelo seio. Desse modo, a mãe para permanecer no hospital acompanhando e alimentando o seu filho, deixa o convívio social e familiar em prol do bebê doente (Souza, Araújo, Costa, Carvalho, & Silva, 2009; Duarte, Dittz, Silva, & Rocha, 2013).

Com isso, tanto a mãe tem que se adaptar às normas e rotinas do ambiente hospitalar, como a família também precisa se reorganizar, para apoiá-la nesse momento crítico, tendo normalmente que modificar sua rotina devido à ausência dela em sua casa (Oliveira, Veronez, Higarashi, & Corrêa, 2013; Dantas, Araújo, Revorêdo, Pereira, & Maia, 2015). Quando há a presença de outros filhos, a situação fica ainda mais crítica, pois será necessário transferir os cuidados a outra pessoa, o que acarreta modificações de papéis e desempenho de novas funções, a fim de manter o equilíbrio familiar (Souza et al., 2009; Santos, Oliveira, Santana, Oliveira, & Goes, 2013).

O funcionamento de um hospital, muitas vezes impõe limitações às mães, que, além de terem que se adaptar a ele, também necessitam de uma reorganização para lidar com um ambiente estranho, cheio de aparelhos, pessoas desconhecidas, luzes, barulhos, assim como

com uma rotina de procedimentos dolorosos e invasivos a que os recém-nascidos estão expostos diariamente (Souza et al., 2009; Dantas et al. 2015).

Pode-se, pois, conjecturar que a vivência da hospitalização de um filho desperta vários sentimentos como ansiedade, medo, tristeza, saudade, dentre outros (Cartaxo, Torquato, Agra, Fernandes, Plate, & Freire, 2014). Por essa razão, defende-se a implantação de estratégias pelos serviços de saúde, as quais promovam ações de acolhimento, auxiliando na reorganização, adaptação e diminuição do sofrimento dos envolvidos (Obeidat, Bond, & Callister, 2009; Santos et al., 2013).

Entende-se que o acolhimento vai muito além do ato de recepcionar o usuário, tendo uma concepção mais abrangente, de aproximação e empatia. Desse modo, atinge uma dimensão da relação com o outro, da alteridade e altruísmo, envolvendo a escuta e o respeito aos conhecimentos e singularidades de cada um. Nesse processo de humanização e construção de saúde, constroem-se também subjetividades (Guerrero, Mello, Andrade, & Erdmann, 2013).

A esse respeito, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento envolve três aspectos: i) o ético, ou seja, conceber o outro com suas diferenças, suas singularidades, seus sentimentos, sua maneira de ser e estar no mundo; ii) o estético, o qual se refere à vivência do dia a dia, com estratégias de qualidade de vida e humanização; e por fim iii) o político, incentivando-se a autonomia e o pensamento crítico. Portanto propõe uma mudança na relação entre os usuários e profissionais de saúde, superando as práticas tradicionais e reconhecendo os primeiros como sujeitos ativos em todo o processo de saúde e doença (Brasil, 2010).

Como vimos, o acolhimento é intrínseco às relações da população e dos serviços, várias são as ações estruturadas que podem ser realizadas na atenção à saúde. O trabalho com grupos é uma dessas ações, sendo utilizado por profissionais de várias especialidades, tanto na



atenção básica como na especializada, tendo como integrantes, populações variadas, como gestantes, puérperas, hipertensos, usuários de drogas, dentre outros.

Corroborando esse pensamento, é desenvolvido no setor de Neonatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), desde o ano de 2012, grupo de mães dos bebês internados nessas Unidades. Desse modo, pensando na qualidade e fortalecimento desse espaço grupal, este estudo utilizou a abordagem do Grupo Operativo, idealizada pelo psicanalista Enrique Pichón-Riviére, como estratégia de acolhimento.

Partindo do pressuposto de que as mães vivenciam dificuldades no período de internação de seu filho e que seu protagonismo é fundamental na humanização desse espaço e prevenção de agravos a saúde do bebê, esta proposta tem como objetivo principal descrever os sentimentos e as dificuldades que as mães vivenciam durante a hospitalização dos seus filhos no Setor de Neonatologia do HU-UFGD. Esses sentimentos e dificuldades foram levantados durante a realização do Grupo Operativo e anotações em diário de campo, no período de coleta de dados.

A modalidade de Grupo Operativo (GO) introduzida pelo psicanalista Henrique Pichón-Riviére, em 1957, consiste em um “conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua *mútua representação interna*, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que se constitui sua finalidade” (Pichón-Riviére, 2012, p. 242). Tal tarefa irá organizar os processos de pensamento, de comunicação e de ação que se dará entre os membros do grupo (Berstein, 1986).

Para Pichón-Riviere (2012), o grupo tem o propósito de operar mudanças, sendo um instrumento de transformação da realidade. O estabelecimento de um vínculo fundamental entre os membros, ou seja, a passagem do “eu” para o “nós”, que se dá por meio da relação entre o grupo e seus participantes em torno de um objetivo comum (a tarefa), permite que o

pensamento desses participantes esteja voltado à resolução das dificuldades manifestadas nesse campo grupal.

Entretanto, para Pichón-Rivière (2012), frente a uma situação de transformação surge a resistência à mudança, por meio do que ele denomina de medos básicos (medo do saber), que seriam o medo da perda e o medo do ataque. O medo da perda significa a ansiedade de perder seus instrumentos internos, suas defesas, sua forma de se adaptar, de ser e estar no mundo e, com isso, surge o medo do ataque, na medida em que, sem seus instrumentos e sua forma de ser, sente-se vulnerável, desprotegido diante do novo, do desconhecido. Esses medos, segundo o autor, são paralisantes. Por conseguinte, no GO, busca-se o fortalecimento psicológico dos envolvidos, por meio da elaboração desses medos básicos, para assim poderem avançar no conhecimento, pois, de acordo com Berstein (1986), “Poderíamos dizer que toda aprendizagem é terapêutica, sem temor de nos equivocarmos” (p. 120).

Assim, ao aprender algo novo, ao operarmos mudanças, enfrentamos os medos, pois temos que nos despir da forma como víamos o mundo para vê-lo de uma nova maneira. Ao aprender, necessariamente não somos mais os mesmos.

Com a finalidade de aprendizagem, a proposta de Pichón-Rivière (2012) é romper com situações dilemáticas, de “sim” e “não”, que não possibilitam soluções, para buscar, através da dialética, ou seja, da interação pelo diálogo, com o objetivo de reflexão e construção de um pensamento crítico, o manejo do problema e/ou entrave a aprendizagem. Com isso, no GO “A tarefa consiste em resolver as situações estereotipadas e dilemáticas que surgem da intensificação dessas ansiedades na situação de aprendizagem...” (Pichón-Rivière, 2012, p. 276, grifo do autor).

Pode-se afirmar, então, que no GO tem-se a tarefa explícita, que é delimitada e estabelecida pelos objetivos conscientes, e a tarefa implícita, que consiste na elaboração da ansiedade advinda dos medos básicos (Berstein, 1986).

À medida que os medos são enfrentados, o grupo avança na tarefa e se torna mais consciente, crítico e criativo. Desse modo, vai seguindo o que Pichón-Rivière (2012) chamou de uma “espiral dialética”, em que, evoluindo na tarefa, apresentam-se novas situações, vão surgindo novas interpretações e novas formas de resolvê-las, sem deixar de ser revisto o que já foi estruturado. Cada situação abrange a anterior e a supera (Afonso, Silva, & Ababe, 2009). Por conseguinte os sujeitos são modificados pelo meio (grupo) e transformam-se em agente de mudanças.

A forma de pensar operativa pode ser aplicada em diversos grupos, em escolas, na saúde, assistência social, na clínica, dentre outros, pois, segundo Portarrieu e Tubert-Oklander (1986, p. 139), “*Os grupos operativos não são uma técnica, mas uma ideologia, no sentido de um marco referencial teórico e valorativo que organiza a percepção, o pensamento e a ação do coordenador de grupos.*” (grifo do autor).

Em relação ao coordenador de um GO, seu papel consiste em ajudar na tarefa interna por meio da interpretação, a fim de que fatores implícitos que surgem no grupo tornem-se explícitos, permitindo aos membros tornarem-se conscientes e poderem racionalmente solucionar seus problemas e resolver os obstáculos relacionados à tarefa externa (Pichón-Rivière, 2007).

Assim, no que diz respeito ao Grupo Operativo de mães com bebês hospitalizados, este se propõe a disponibilizar um espaço de trocas de sentimentos e dificuldades entre as participantes, a fim de ressignificar e elaborar a vivência da hospitalização de um ente querido. A experiência grupal entre as pessoas que vivenciam dificuldades semelhantes, favorece a identificação e a relação de ajuda e de apoio (Ramalho, Kochla, Nascimento, & Peterline, 2010; Oliveira, Medeiros, Barbosa, Siqueira, Oliveira, & Munari, 2010).

### **Percurso Metodológico**

O conteúdo apresentado neste estudo faz parte de uma pesquisa realizada, intitulada “Sentimentos e Dificuldades vivenciados pelas mães de bebês hospitalizados: Mecanismos de

superação na perspectiva materna”, critério para aprovação no Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Neste estudo, o enfoque será dado aos sentimentos e nas dificuldades enfrentados pelas mães na vivência da hospitalização dos seus bebês recém-nascidos.

O estudo em questão tem abordagem qualitativa, com uma proposta de pesquisa-ação, visto que é participativa e busca unir o conhecimento à ação na prática. A população se constituiu por mães e responsáveis legal pelos recém-nascidos que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal do HU – UFGD, no município de Dourados, Mato Grosso do Sul (MS), cenário do estudo, no período da coleta de dados.

O recrutamento da amostra obedeceu aos critérios de inclusão, que foram (a) ser mãe ou responsável legal pelo bebê que esteve internado na UTI ou UCI Neonatais do HU - UFGD, no período em que durou a coleta de dados, (b) ter compreensão e falar a língua portuguesa, (c) aceitar participar do estudo mediante convite; e, quanto aos critérios de exclusão (a), ser indígena; (b) menor de idade, sem consentimento do responsável legal.

Em se tratando da linha materno-perinatal, o Hospital Universitário conta com Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, UTI Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal, sendo referência para gestantes de alto risco de Dourados e 35 municípios da região.

Nos setores de Neonatologia, encontram-se recém-nascidos hospitalizados. Na UTI e UCI Neonatais, constam credenciados pelo Ministério da Saúde, publicado na portaria nº 1197 de 24 de outubro de 2012, 10 e 15 leitos respectivamente. No entanto, por ser o único hospital público de referência em gestação de alto risco de Dourados e região, normalmente os setores operam com internações acima de sua capacidade.

Na UTI Neonatal, os casos clínicos são de maior gravidade comparados aos da UCI. No primeiro setor, as mães são visitantes dos bebês, não permanecendo com eles; já no segundo, as mães têm acesso 24 horas, sendo-lhes incentivada a presença no local.

Pensando na permanência dessas mães, que acompanham seus bebês, o hospital conta com dois alojamento permitindo-lhes que possam permanecer acompanhando seus filhos, alimentando-os através do seio ou da ordenha do leite, o qual é administrado aos mesmos pelo copinho ou sonda, dependendo do estado clínico e do peso em que se encontram.

A escolha somente pelas mães como participantes, em detrimento à família, deu-se devido à permanência diária delas no hospital, a maioria permanece alojada, vivenciando todo processo de internação do bebê, o que possibilitou o contato com elas. Já o acesso aos seus familiares foi restrito, devido a questões geográficas (morarem em outros municípios e bairros distantes) e sociais. Assim, optou-se em realizar a pesquisa apenas com as mães. Desse modo, para os fins deste estudo, tratar-se-á, como mãe, a acompanhante do bebê, responsável legal pelo mesmo, seja ela mãe biológica ou não, a qual acompanhou o recém-nascido durante a internação e que exercerá a função dos cuidados maternos após a alta.

Em relação à coleta de dados, esta ocorreu no período entre 22 de fevereiro a 11 de maio de 2016. O estudo foi realizado por meio de grupo de mães dos bebês hospitalizados no setor de Neonatologia. O referencial teórico utilizado foi sobre Grupo Operativo idealizado pelo pensador Enrique Pichón Riviére. Foram realizados 12 encontros, os quais ocorreram semanalmente, com duração de noventa minutos cada, no espaço do auditório do HU – UFGD, tendo a coordenação da primeira pesquisadora.

As mães que cumpriram com os critérios de inclusão e exclusão da amostra foram convidadas a participar do estudo. Durante todo período da coleta de dados, as mães cujos bebês davam entrada no hospital, segundo o critério para amostra, eram convidadas, totalizando 52 mães participantes. Desse modo, em cada encontro, foi permitida a presença

de novos membros, assim como algumas mães (participantes da pesquisa) foram recebendo alta do hospital, ou não puderam participar de alguns grupos, devido a cuidados que realizavam com o bebê. Assim, em cada grupo teve-se uma quantidade mínima de 6 mães e máxima de 13.

Para caracterização das participantes, foi aplicado um questionário, o qual continha alguns dados clínicos e demográficos a respeito da mãe e de seu(s) bebê(s). A abordagem para o preenchimento do questionário foi individual.

Para a obtenção dos conteúdos dos grupos, foi realizada gravação por voz e posterior transcrição, além das observações e registros em diário de campo. O término da coleta se deu por saturação dos dados coletados segundo Fontanela et al. (2011), ou seja, quando não foi mais constatado elementos novos para subsidiar o estudo. Para análise, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que consistiu na criação de categorias, as quais obedeceram ao aparecimento de recorrência de conteúdos nas falas e sua intensidade, o que as tornaram relevantes, ou seja, o núcleo de sentidos que compôs uma comunicação.

A pesquisa foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa e Extensão do HU-UFGD, com aprovação no dia 24 de setembro de 2015, e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFGD, via Plataforma Brasil, respeitando-se à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 CNS/MS sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado no dia 03 de fevereiro de 2016, com o número de parecer consubstanciado 1.402.557. Somente após apreciação e aprovação, a coleta de dados foi iniciada. As participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mães menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), com a assinatura do consentimento pelos responsáveis.

## Resultados e Discussões

### Caracterização das participantes

A fim de uma maior compreensão da realidade dessas mães, faz-se necessária a apresentação de alguns aspectos clínicos e demográficos das participantes da pesquisa e de seus bebês internados. Em relação ao nível de escolaridade, i) 38% das mães tinham ensino fundamental completo, ii) 33% ensino fundamental incompleto, iii) 25% ensino médio completo e iv) 4% ensino superior completo. Prevaleceram mães que trabalhavam em i) casa, 62% e em ii) empregos informais, 21%. Predominaram mães que viviam com o pai do bebê, 86%. A maioria das mães permaneceram 24 horas por dia no hospital, 73%; as demais passavam o dia no hospital, indo dormir em suas casas. Dos dados clínicos, têm-se 100% mães biológicas dos bebês internados, ou seja, vivenciaram a gravidez, o parto e o puerpério com toda sensibilidade física e emocional desse período, além de que muitas delas, 60 %, estavam se recuperando de uma cesariana.

O diagnóstico predominante dos bebês foi a prematuridade, 85%, podendo-se concluir que se tratava também de “mães prematuras”, as quais não vivenciaram todo processo de gestação, tendo a gravidez interrompida precocemente. As gestações não planejadas foram 65%.

Dos resultados levantados, pôde-se identificar três categorias a respeito dos sentimentos e dificuldades maternos na vivência da hospitalização do seu filho: i) instituição hospitalar, ii) profissionais de saúde e iii) família.

A discussão das categorias serão representadas com falas das mães participantes da pesquisa, utilizando-se para identificá-las a letra M de mãe, seguida de numeração arábica, que vai até 52, obedecendo ao número de mães participantes da pesquisa; os números foram escolhidos de acordo com a ordem de adesão à pesquisa, M1, M2...M52.

## I Instituição hospitalar

Os resultados apresentados trouxeram aspectos relacionados à instituição hospitalar, os quais foram considerados pelas mães como dificuldade e sofrimento na vivência da hospitalização dos bebês. Essas mães, devido à internação de seus filhos recém-nascidos, necessitavam frequentar e até mesmo permanecer no hospital, acompanhando seus bebês.

Nesse acompanhamento, depararam-se com uma rotina institucional própria, com regras e obrigações, à qual necessitavam se adaptar em prol dos bebês (Duart et al., 2013; Dantas et al., 2015). Um aspecto destacado nas falas das mães, sobre a rotina hospitalar, foi sua característica monótona e repetitiva, como representado nas seguintes falas: *“Todos os dias é a mesma coisa, você levanta é a mesma coisa, de tarde a mesma coisa, a gente come muito, vou voltar pra casa parecendo um balão”* (M20).

*É uma coisa que a gente já se acostumou, a gente já sabe que é assim, a cabeça da gente já está programada pra tudo que a gente vai fazer, agora eu sei que eu vou ter que sair daqui, almoçar e ter que dar mamã correndo pra minha filha que ela vai tar com fome, espera um pouquinho e daqui a pouco tem que dar mamã de novo, é assim, é desse jeito* (M41).

Essa monotonia em permanecer no hospital, segundo as mães é ainda pior nos finais de semana: *“Domingo aqui é o terror”* (M37).

*Porque quando a gente está na sua casa, no sábado e domingo a gente não vê a hora de chegar sábado e domingo, porque aí você vai na casa de algum parente, você sai em algum lugar, você almoça fora, vai jantar fora, agora aqui, aqui você não vê ninguém, aqui some todo mundo, você não vê quase nem enfermeira aqui dentro desse hospital* (M30).

De acordo com as falas das mães a respeito da maior monotonia no hospital aos finais de semana, sabe-se que aos sábados e domingos há uma diminuição significativa no número de profissionais, permanecendo apenas os serviços essenciais, por ser a instituição em questão um Hospital Escola, praticamente não há presença de acadêmicos e professores, o que torna o



ambiente mais vazio e silencioso. Este estado de silêncio e poucas pessoas, segundo as participantes, intensificam o sentimento de monotonia e a saudade de casa.

As mães também abordaram a respeito da falta de atividades disponíveis na instituição que amenizem a monotonia e rotina: *“Aqui o que faz falta é uma atividade pra gente fazer, pra entreter, né!”* (M37).

No estudo de Spir et al. (2011), a falta de atividades lúdicas foram abordadas como negativas, e sua realização foi sugerida pelas participantes. Já nos estudos de Duart et al. (2013), são utilizadas atividades lúdicas, de lazer, educativas e grupos de apoio como estratégias para aliviar as dificuldades vivenciadas pelas mães em um hospital de Belo Horizonte em Minas Gerais.

A rotina hospitalar, quando é vivenciada como algo negativo, leva ao sentimento de falta de sua própria casa e de sua própria rotina (Szejer, & Stewart, 1997). Para as mães deste estudo, a rotina foi sentida como dificuldade e a saudade de suas atividades rotineiras foi evidenciada: *“Você quer saber, ontem eu tava falando pro marido dessa (se referindo a uma mãe do grupo) e pras meninas, eu sinto falta de levantar cedo e lavar roupa, limpar a casa... eu sinto falta”* (M8).

Além da rotina, há a falta de organização e estrutura física para abrigar essa população. As mães relataram sentirem-se presas, comparando o hospital a um presídio. Este sentimento relaciona-se a necessidade e responsabilidade em terem que permanecer no hospital para cuidar de seus filhos, somados a uma estrutura física inadequada as necessidades das mães: *“Eu me sinto presa, e quando eu saio na portinha e o guarda não me deixa sair!”* (M8); *“Só não saímos pela janela porque a janela tem tela”* (M7); *“Parece um cárcere praticamente”* (M31); *“Dá impressão que o mundo tá girando lá fora, e a gente... tem que ficar trancada... A impressão que dá é que a gente está presa”* (M16).

*È! Às vezes a gente chora, a gente xinga as amigas, às vezes as amigas xinga a gente e assim vai indo...é porque imagina... Somos em dez em um quarto, somos dez! Tá igual presídio, tomar banho em um banheiro só, se olha no varal tá cheio de roupa, você não pode estender, você vai lavar, tá cheio de gente lavando, a fila tá grande a gente tem que esperar. A gente vai tomar banho, não tô, falando só de mim, modo geral pra todas as 10, não só eu... Eu tenho que esperar, ela tem que esperar, todo mundo tem que esperar, uma vai no banheiro, uma sai não limpa, você não sabe quem não limpou... É difícil, é um verdadeiro presídio (M8).*

Outro fator que causou sofrimento e a sensação de aprisionamento foi o descontentamento com a postura de um guarda, que faz a segurança do hospital, ao abrir a porta do alojamento, que dá acesso ao solário, pela manhã. Para ilustrar esse fato temos as falas: *“fora o guarda que abre a porta 06h00min da manhã e arreganha na nossa cara...Você viu ele falando M6: ‘Vamos acordar as mãezinhas!?’ . Horário de abrir é às 07h00min horas, não é 06h00min da manhã “(M4); “Ele tinha que bater na porta, bater na porta primeiro e entrar” (M39); “No quarto só tem mulher, ele é o único homem” (M8); “Parece que tem prazer de ver abrir a porta e aí todo mundo acordando...” (M4); “Bom, vamos fazer uma rebelião! (Risos)” (M8).*

Na percepção das participantes, há uma postura abusiva do profissional para com elas, reforçando a sensação de estarem em um presídio, visto que nos é informado pela mídia com frequência, sobre rebeliões de detentos nos presídios, por diversos motivos, dentre eles, reivindicações de direitos e contra abusos. Assim, pode-se conjecturar que as mães compararam a postura do guarda com a de um carcereiro, por virem, no comportamento dele, um ato proposital.

No Hospital em questão, não há um local apropriado somente para as mães, elas dormem em alojamentos improvisados, em espaço de outras clínicas. Esse fato gerou

problemas para elas e para esses outros setores, pois há falta de materiais específicos para os alojamentos, e frequentemente falta de materiais no hospital, levando a conflitos e sofrimentos. Deste modo, têm-se as falas: *“E outra questão também... É as toalhas e as roupas de cama que eles não estão deixando a gente pegar”* (M7); *“Eles estão trancando a porta, né!?”* (M2); *“A enfermeira falou que, as mãezinhas, ela não é obrigada a ficar cedendo as coisas lá da UT ... pediatria, as mãezinhas que estão ali, as mães não é problema dela...”* (M7).

*A enfermeira da pediatria... Aí eu falei assim pra ela, falei “Olha, então, você tem que falar com a assistente social, porque eu vou pegar, porque tá na hora de tomar banho, e eu tenho que pegar meu filho, então, eu vou pegar, porque a assistente social, foi o local que ela me apresentou, pra mim pegar roupa de cama, foi esse aqui, então, vocês têm que conversar com ela, eu não, não comigo, eu tenho a minha necessidade, falei pra ela, então, eu tô levando, é com ela que vocês têm que conversar...”*(M8).

Nota-se, assim, que a situação precária de abrigo das mães e a falta de materiais levam a situações constrangedoras. A lotação dos alojamentos também é algo constante, revelando desconforto, além de levar ao medo de não ter onde ficar para poder acompanhar o bebê enfermo. Esse medo é expresso na fala de M40: *“pensando na minha filha lá doente precisando de mim (outra filha que está em casa) e o medo de sair daqui e perder a cama entendeu?”*.

Em estudos realizados, a falta de estrutura física adequada, a falta de privacidade e de atividades também foram levantadas como fatores que dificultam a vivência da hospitalização, além de sentirem o hospital como prisão (Souza, Araújo, Consta, Medeiros, & Accioly, 2010; Spir, Soares, Wei, Aragaki, & Kurcgant, 2011).

## **II Profissionais de Saúde**

No período de internação do bebê, as mães que os acompanhavam, conviviam diariamente com os profissionais de saúde, os quais estavam mais próximos delas, do que a própria família e amigos. Assim, a relação das mães com os profissionais foi tema do discurso das primeiras.

Sabe-se, de acordo com estudos, que a interação positiva e empática entre as mães e equipe de saúde se constituem como algo fortalecedor, diminuindo dúvidas, ansiedades e sofrimentos dessas mulheres (Oliveira et al. 2013; Santos et al., 2013; Cartaxo et al., 2014). No entanto, apesar da existência de Políticas como a Política Nacional de Humanização (PNH) e de Educação Permanente (EP), ainda vemos um despreparo das equipes de saúde, no que diz respeito aos aspectos subjetivos dos usuários e aos cuidados que englobem a família, e não apenas o paciente (Reis, Silva, Waterkemper, Lorenzini, & Cecchetto, 2013).

Das falas das participantes emergiram, pois, sentimentos sobre a relação destas com os profissionais da equipe de saúde que foram: i) comportamentos considerados ofensivos e ii) falta de um cuidado empático com a mãe e o bebê.

Dos comportamentos da equipe considerados ofensivos pelas mães, temos como exemplo:

*O menino nasceu, eu lembro, porque eu escutei o choro dele, eu fiquei nervosa... Daí a doutora chegou lá, “Já fala pra essa mãe assim, assim, assim... que ela é culpada. Como que ela tem coragem de fazer isso?!” Então você já sai dali...A pessoa te crítica ali... Isso daí me marcou (M2).*

*Ela foi muito mal educada! Não me deu oportunidade nem de se defender, ela falou assim: “Primordial aqui são os bebês, mães!” Dava de dedo na minha cara, foi ou não foi? Quem tava lá dentro viu... É muita falta de educação! (M8).*

*O primeiro dia que eu fui pra eu ver, que eu vim me arrastando lá da maternidade, louca pra saber do meu filho que tinha nascido... Aí eu fui lá perguntar pra ela como o bebê*

*estava, ela tava no computador, ela nem olhou pra minha cara, acho que ela nem sabia quem eu era... Aí eu perguntei pra ela “Como que meu bebê tá?”, “Tá estável”, e continua digitando os troços (M30).*

Apesar do comportamento de alguns membros da equipe serem percebidos pelas mães como não adequados, os sentimentos ambivalentes em relação a esses profissionais estão presentes, ou seja, sofrem com as ofensas e, ao mesmo tempo, sentem-se agradecidas, por eles estarem cuidando e salvando a vida de seus filhos. As falas a seguir ilustram essa ambivalência: *“Ela não tem que falar no meio dos outros, mas o negócio dela é dá as patadas dela. A gente também tem que entender; imagina a cabeça daquela mulher, as crianças passa tudo por ela” (M8); “Pensei assim, ele tá vivo com a graça de Deus, porque Deus permitiu primeiramente. Ela foi arrogante e tudo, mas também ela fez tudo os primeiros socorrinho dele ali, cuidou bem dele...” (M2); “A gente tá aqui ainda, porque Deus usou ela, porque senão a gente poderia ter ido embora sozinha, quem quer ir embora sem o filho? Eu não quero!” (M8).*

Em estudos realizados por Spir et al. (2011), Oliveira et al. (2012) e Ocampo, (2013), com a mesma população, foram levantados aspectos negativos na relação com a equipe, como falta de atenção, descaso e desprezo, além do sentimento de invisibilidade, ou seja, as mães não eram comunicadas da evolução e procedimentos dos filhos, não participando do processo de hospitalização. Em relação aos cuidados da equipe com os bebês, a análise revelou comportamentos de alguns profissionais, tais como: *“Tem outras também, tem muitas boas, tem uma lá que eu gosto que a gente gosta, mas tem umas horríveis, elas não estão preparadas para trabalhar ali” (M45).*

*Eu me revoltei, ela pegou minha filha, limpou lá o lugar de pesar, passou um álcool e jogou minha filha ali, não esperou nem o álcool secar, minha filha peladinha e minha filha ficou*

*gritando, que o álcool gelado pega nas costinha dela... Então isso me doeu muito, eu achei que não precisava fazer isso aí (M35).*

*Tem umas enfermeiras ali que particularmente parece... que cuida do bebê da gente como se tivessem cuidando do próprio filho dela, entendeu? Você vê a dedicação e carinho... Agora tem umas ali que, quando pega... que quando pega, os bichinhos chega a ficar assim, com o pescoço pra lá, assim, pescoço pra cá, parecendo uma galinha, assim no pescoço, assim no pescoço, sabe? (M48).*

Outro aspecto levantado pelas mães, como dificuldade na vivência da internação do bebê, foi a respeito da falta de empatia e da pressão que sentem por parte da equipe, em um momento em que se encontram mais sensíveis física e emocionalmente, no pós-parto.

*Igual à minha (se referindo a outra filha, que está em casa). Cheguei em casa 10:00 horas da noite, de repente ela começou a passar mal, tive que levar pro UPA (Pronto Atendimento), ela tava com vômito e diarreia. À hora que eu cheguei aqui de manhã: “Nossa! Mais você demorou hein mãe!” (M31).*

*Mas tem pessoas que parecem que não entendem sabe!?! Fica aquela cobrança, aquela cobrança. Ontem ela tava chorando lá fora (apontando pra uma mãe do grupo), de tanta pressão, de tanta cobrança. Gente grossa, enfermeira grossa, tá!? Porque a gente também tá debilitada, não é só os bebês (M30).*

*Tem bastante bebê, né! A mãe, ela sabe que tem que tá ali, mas, se eles não atender também a mãe, acontece dela passá mal, a mãe tem que ter um cuidado, não total, né!? Mas pelo menos perguntar, né!? Tá dormindo bem? (M32).*

Nas falas, percebe-se a pressão que as mães sentem, normalmente por toda vivência da hospitalização e do puerpério, intensificada pela percepção da falta de empatia e cuidado da equipe para com elas. Assim, nota-se a necessidade de cuidados em neonatologia que

contemplem não apenas os recém-nascidos, mas as mães e as famílias, levando em conta sua individualidade e subjetividade (Costa, Arantes, & Brito, 2010; Cartaxo et al., 2014).

No decorrer da realização dos Grupos Operativos, com o propósito de elaboração das angústias e medos, visando a um comportamento crítico e ativo das mães, o pensamento que trouxe um obstáculo a mudança e avanço na tarefa, em relação aos aspectos negativos levantados nessa categoria, foi o medo de retaliação por parte da equipe, expresso nas falas, como ilustrado:” Eu *tenho medo, assim, que elas ver que a gente está olhando e vai reclamar, e elas descontarem no filho da gente*” (M35); “*Melhor você ouvir humilhação, ouvir ela gritar, ouvir ela falar os seus problemas publicamente, do que você deixar seu filho lá tão fragilzinho, que não tem culpa de nada, sem sua presença...*” (M8).

Portanto pode-se conjecturar, segundo dados apresentados, o despreparo na assistência à saúde no que concerne à humanização e cuidados que atenda às necessidades dos pacientes e suas famílias.

### **III Família**

Com o nascimento do bebê doente e a necessidade da mãe em permanecer no hospital, acompanhando-o, a dinâmica familiar é alterada, tendo como foco o recém-nascido hospitalizado. Assim, as rotinas e os afazeres do dia a dia de cada membro são reorganizados, priorizando o acompanhamento da mãe no hospital, o que leva a um desequilíbrio temporário do sistema familiar (Oliveira et al., 2013; Santos et al., 2013).

As análises evidenciaram as mudanças na reorganização familiar, que geraram sofrimento para toda a família. As falas a seguir ilustram esse fato: “*Ele (se referindo ao marido) também tem que se virar, lavar roupa, cozinhar, tudo! Então lá em casa ele tá sozinho, só ele, o gato e o cachorro, (risos) aí ele tem que se virar*” (M1)

*é totalmente diferente depois que o neném nasceu, ele (se referindo ao marido) tenta suprir o que eu não posso fazer né?! O tempo todo, essa é a parte boa, e agora também estou com meu pai lá operado, teve que amputar o dedo, e ele não faz nada se eu não tiver junto, eu tava em falta aqui por causa dele, hoje eu falei pra ele: “O senhor vai ter que ir sozinho fazer os curativos porque não vou hoje”. Não, ué! o neném precisa mais, né?! Mas é ruim, né?! Porque eu deixei ele sozinho (M12).*

Quando há outros filhos, a situação fica ainda mais difícil, pois, além da saudade, a mãe fica privada dos cuidados diários e da participação em momentos importantes da vida deles.

*que nem a minha pequenininha, começou as aulas dela, eu não pude ir no primeiro dia de aula dela, ontem mesmo ela falou: “Mãe, você tem que ir ver a minha dança”. Falei que ia, mas é justo no horário que eu tenho que estar aqui (M12).*

*Igual a minha outra filha, ela teve problema quando ela nasceu... fraqueza no osso... Ela passa pelo monte de exame, eu queria estar lá presente, né! Mas eu não vou poder estar presente com ela (mãe começou a chorar) (M40).*

*O meu filho mesmo, de 12 anos, ele me ligou: “Eu quero comer um feijão, não sei cozinhar feijão, a Tata não sabe cozinhar feijão, e nós quer comer feijão, não quero mais comer arroz com carne e salada!” Quase meia noite... você vai fazer o quê da vida? Chorar... (M8).*

O acompanhamento da mãe ao recém-nascido enfermo afasta-a do convívio familiar e dos outros filhos, o que leva a preocupação, sofrimento e até mesmo ao sentimento de negligenciar o filho que está em casa para cuidar do bebê hospitalizado (Spir et al., 2011; Souza et al., 2009). O sofrimento e sentimento de negligência podem ser percebidos nas falas das mães as quais priorizam os bebês internados, devido ao estado delicado de saúde destes.

Com a ausência das mães do convívio com os outros filhos, estes podem apresentar reações como o apego à figura cuidadora se “esquecendo” da mãe, comportamento mais



comum em crianças pequenas, como também alterações de saúde, no sono, de micção, de aprendizagem, dentre outros (Soifer, 1992).

Assim, no que diz respeito ao comportamento dos outros filhos, diante da ausência da mãe, os resultados mostraram as seguintes reações: *“tá doente porque tá querendo eu, me pede todo dia, meu marido fala “Nossa! Ela pede de você todo dia, toda hora ela te chama”* (M40); *“O meu, cheguei em casa chamei, falei, falei, falei com ele... Ficou me olhando, ficou me encarando lá, falei: ‘Você não conhece a sua mãe mais não!?’”* (M7).

*Tem vez que você volta pra casa e as crianças nem querem mas você lá, já acostumou ficar sem... Também porque é outra pessoa que tá cuidando, e ele vê que a mãe não chega, não chega, a pessoa dá mais atenção né?! Aí você vai ter que conquistar o espaço novamente, é complicado!* (M12).

Nas falas acima, nota-se como os filhos sofrem com a ausência da mãe e se defendem desse sentimento de acordo com os recursos emocionais que possuem, devido à idade (fase do desenvolvimento) e personalidade dos mesmos. Portanto este estudo evidencia como a família é afetada com a hospitalização do bebê, necessitando se readaptar a esse momento difícil.

Passar dias e até mesmo meses em um ambiente hospitalar, não é algo fácil para essas mulheres, que, no dia a dia, vivem a angústia da busca pela cura do bebê, o isolamento social e familiar. Nesse cenário que as mães se encontram, a tristeza, a solidão e a saudade dos entes queridos estão presentes (Santos et al., 2013). A falta da presença da família como apoio afetivo foi apontado pelas mães neste estudo, representado pelas falas a seguir:

*você fica sozinha não tem uma pessoa da família que você é apegada pra te ajudar a superar isso... Acho que é mais ruim porque é ele e você, só tem ele, você e Deus... e as colegas; mas as colegas tudo é bom, mas sempre é bom ter alguém da família, eu acho... Eu sinto falta de alguém aqui pra me ajudar, da força, pelo menos conversar, distrair, isso aí... Fica apertado aqui dentro...* (M19).

*me deu aquele desespero assim, me deu um desespero, porque eu estou longe de casa, a minha mãe não mora aqui (começou a chorar). Então, assim, não tem ninguém pra me apoiar, eu fico muito sozinha aqui, eu não sou amiga de ninguém, então, eu não tenho ninguém pra desabafar, eu só ponho meu joelho no chão e oro a Deus todos os dias: “Me dá força porque não é fácil!” (M41)*

Nesses discursos, fica evidente a necessidade da presença da família como apoio emocional às mães, diminuindo o sofrimento desse momento, possibilitando-lhes estar mais disponível psicologicamente e afetivamente a seu bebê.

### **Conclusão**

Este estudo se propôs a apresentar os sentimentos e dificuldades das mães na vivência do período de hospitalização de seus filhos, sob a ótica das próprias mães. A abordagem de coleta de dados por meio da realização de Grupos na modalidade Operativa teve o intuito de proporcionar espaço, no qual as participantes pudessem expressar suas dificuldades, para que fosse possível se conhecerem, trabalhar em grupo, assim como buscar estratégias humanizadas para amenizar e/ou resolver efetivamente os sofrimentos vividos.

Os conteúdos trazidos pelas mães possibilitou agrupá-los em três categorias: a instituição, os profissionais de saúde e a família. Com relação à instituição, evidenciou-se que esta necessita de adequação, no que concerne a estrutura física, materiais e organização, visto que as mães permanecem em locais não adequados as suas necessidades, sentindo-se prisioneiras, desrespeitadas, passando por constrangimentos e pela falta de materiais. A inadequação soma-se com a ausência de atividades, tornando esse momento, que já é singular na vida dessas mulheres, ainda mais difícil.

Sabe-se que a relação empática e humanizada entre as mães e a equipe é extremamente benéfica para essas mães. O contrário também é verdadeiro, como foi apontado pelas

participantes neste estudo, trazendo a relação não empática de alguns membros da equipe de saúde para com elas e seus bebês, sendo apontados como causador de sofrimento.

Dessa forma, nota-se o despreparo de alguns membros das equipes no que diz respeito a lidar com questões subjetivas e sociais dos pacientes, predominando o atendimento técnico e pouco humanizado, o foco ainda está no paciente e não no atendimento integral à família.

Esse fato nos leva a refletir sobre a necessidade de as instituições e os Sistemas de Saúde atentarem-se mais aos trabalhadores, investindo em capacitações e na saúde mental destes, a fim de melhorarem suas satisfações, o que determinam a qualidade da assistência prestada nos aspectos técnicos, subjetivos e sociais.

Em relação à família, este estudo evidenciou as mudanças ocorridas em seu sistema, com a internação do bebê e ausência da mãe em casa. O sofrimento de todos é evidenciado, e a falta da presença e afeto dos entes queridos é sentida pelas mães como desprazer e tristeza. Portanto pode-se conjecturar que a presença da família no hospital como apoio à mãe e ao bebê e o investimento em ações que a contemplem é fundamental na vivência humanizada e na saúde mental dos familiares, repercutindo na saúde física e mental dos recém-nascidos.

Apesar dos aspectos negativos relatados pelas mães, a reação da maioria, diante das dificuldades apresentadas, foi de: passividade, ou seja, reclamam, mas não agem para mudar e transformar sua realidade; de ambivalência e medo de retaliação, ou seja, medo de serem punidas e de sofrerem consequências negativas diante de algum ato de mudança, de reivindicação de direitos e de melhores condições de tratamento para si e seus filhos.

Com isso, é fundamental o investimento em ações que contribuam para a autonomia, visão crítica e elaboração de estereótipos e mitos que provocam passividade e medo. A realização dos Grupos Operativos, seguindo o modelo e ideologia pichoniana, é uma sugestão de ação que propõe tais mudanças. No entanto outras ações podem ser pensadas, promovendo autonomia aos usuários, como ações de orientação, lúdicas, dentre outras.

A educação continuada e implantação da PNH, com ações de acolhimento, são estratégias de saúde integral à criança. Melhorar as relações, sendo essas mais empáticas, respeitando os sentimentos e a individualidade das mães, assim como entender que o sofrimento delas vai além de questões referentes à patologia do bebê e que o investimento na família, em uma permanência confortável para elas, e nas relações dentro do hospital é igualmente investimento em saúde e no futuro do bebê.

### Referências

- Afonso, M. L., Silva, M. V., & Abade, F.L. (2009, outubro/dezembro). O processo grupal e a educação de jovens e adultos. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 707-15. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000400011>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Berstein, M. (1986). Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In L. C. Osório (Org.). *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2º ed. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Cartaxo, L.S., Torquato, J.A., Agra, G., Fernandes, M.A., Plate, I.C., & Freire, ME. (2014, julho/agosto). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de enfermagem UERJ*, 22(4):551-7.
- Costa, M. C., Arantes, M. Q., & Brito, M. D. C. (2010). A UTI neonatal sob a ótica das mães. *Revista eletrônica de enfermagem*, 12(4), 698-704. Recuperado de [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf)
- Dantas, M. M., Araújo, P. C., Revorêdo, L. S., Pereira, H. G., & Maia, E.M. (2015, julho/dezembro). Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: Avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. *Acta Colombiana de Psicologia*, 18(2):129-38.

- Duart, E. D., Dittz, E. S., Silva, B. C., & Rocha, L. L. (2013). Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. *Revista Rene, 14*(3), 630-38. Recuperado de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1397>
- Fontanella, B. J., Luchesi, B. M., Saidel, M. G., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011, fevereiro). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Caderno de Saúde Pública, 27*(2), 389-394.
- Guerrero, P., Mello, A. L., Andrade, S. R., & Erdmann, A. L. (2013, janeiro/março). O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto e Contexto – Enfermagem, 22*(1), 132-40. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério* (16º ed.). São Paulo, SP: Saraiva.
- Obeidat, H.M., Bond, E.A., & Callister, L.C. (2009, July). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education, 18*(3), 23-9. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/44641198>
- Ocampo, M.P. (2013, janeiro/Abril). El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichán, 13*(1), 69-80. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a07.pdf>
- Oliveira, J.F., Quirino, G.S., & Rodrigues, D.P. (2012). Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Revista Rene, 13*(1), 74-84.
- Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I., & Corrêa, D. (2013, janeiro/março). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery, 17*(1), 46-53. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>
- Oliveira, L. M., Medeiros, M. M., Barbosa, M. A., Siqueira, K. M., Oliveira, P. M., & Munari, D. B. (2010, junho). Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de

familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 429-36. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>.

Pichón-Rivière, E. (2012). *O processo grupal* (8º ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Pichón-Rivière, E. (2007). *Teoria do Vínculo* (7º ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Portarriau, M.L., & Tubert-Oklander, J. (1986). Grupos operativos. In L. C. Osório (Org.). *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ramalho, M. A., Kochla, K. R., Nascimento, M. E., & Peterline, O. (2010, julho). A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 10(1), 7-14.

Reis, L. S., Silva, E. F., Waterkemper, R., Lorenzini, E., & Cecchetto, F. H. (2013, junho). Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 34(2), 118-24. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a15.pdf>

Santos, L. M., Oliveira, I. L., Santana, R.C., Oliveira, V. M., & Goes, E.S. (2013, dezembro). Vivências de mães de recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 13(2), 73-81.

Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6º ed.) Porto Alegre, RS: Artes médicas.

Souza, N. L., Araújo, A. C., Costa, I. C., Carvalho, J. B., & Silva, M. L. (2009, setembro/outubro). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de enfermagem*, 62(5), 729-33. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S003471672009000500013>

Souza, N.L., Araújo, A. C., Consta, I. C., Medeiros, A., & Accioly, H. (2010, abril/junho). Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado.

*Revista Mineira de enfermagem*, 14(2), 159-65. Recuperado de  
file:///D:/user/Downloads/v14n2a03.pdf

Spir, E.G., Soares, A. V., Wei, C. Y., Aragaki, I. M., & Kurcgant, P. (2011, outubro). A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1048-54. Recuperado de  
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a03.pdf>

Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

#### **4. ARTIGO 3**

**A relação mãe-bebê no processo de hospitalização em neonatologia: Sentimentos e dificuldades na perspectiva materna.**

**The mother-baby relationship in neonatology hospitalization process: Feelings and difficulties in the maternal perspective.**

**La relación entre madre e hijo en el proceso de hospitalización en neonatología: Los sentimientos y las dificultades en la perspectiva materna.**

Leidimara Cristina Zanfolim

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Fabiane Melo Heinen Ganassin

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

#### **Resumo**

O período gravídico-puerperal é marcado por mudanças e emoções. Quando há o nascimento de um bebê enfermo, torna-se crítico para a mulher. Portanto, este estudo objetivou levantar os sentimentos e dificuldades maternos em relação ao bebê e a vivência da



maternagem no período de internação do recém-nascido, por meio de uma abordagem qualitativa, com uma proposta de pesquisa-ação. O cenário da pesquisa foi o setor de Neonatologia de um Hospital Escola da cidade de Dourados MS. A coleta de dados foi realizada entre 22 de fevereiro a 11 de maio de 2016, com 12 encontros na modalidade de Grupo Operativo, segundo a ideologia de Pichón-Riviére e anotações em diário de campo. O encerramento ocorreu por saturação de dados. A amostra constituiu-se por 52 mães e para a análise dos dados, utilizou-se à análise de conteúdo de Bardin. Dos resultados, obteve-se: o impacto diante do nascimento e hospitalização do bebê enfermo; os sentimentos ambivalentes e sobre a maternagem. Trazer a perspectiva das mães a respeito das questões emocionais presentes na internação de um filho, teve como intuito sensibilizar familiares e equipe de saúde no acolhimento e desenvolvimento de ações de humanização que contribuam de forma efetiva na saúde integral materno-infantil.

*Palavras-chave:* gravidez, puerpério; nascimento; humanização.

### **Abstract**

The pregnancy-puerperal cycle is marked by changes and emotions. When this moment is followed by the birth of a sick baby, it becomes even critical for the woman. Therefore, this study aimed to highlight the maternal feelings and difficulties with the baby and the maternal experience in the period of hospitalization of the newborn, through a qualitative approach, with a proposal of action research. The research scenario was the School Hospital Neonatology sector in Dourados, MS. Data collection was fulfilled from February 22 to May 11, 2016, through 12 meetings in the Operational Group modality, according to the Pichón-Riviére's ideology and in field diary notes. The conclusion occurred by the data saturation. The sample consisted of 52 mothers and for data analysis was used the Bardin's Content Analysis. From the results: the birth impact and the baby hospitalization; the ambivalent

feelings and about mothering. Introducing the perspective of the mothers about the emotional issues present in the son's hospitalization aims to sensitize the family and health team in the reception and development of humanization actions that contribute effectively to maternal and child health.

*Key words:* pregnancy; puerperium; birth; humanization.

### **Resumen**

El período de embarazo puerperales se caracteriza por cambios y emociones, cuando nacido un bebé enfermo, se convierte en crítico para las mujeres. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo elevar los sentimientos y dificultades maternas en relación al bebé y la experiencias de la maternidad el período de hospitalización del recién nacido, a través de un enfoque cualitativo con una propuesta de investigación-acción. El local de la investigación fue el departamento de neonatología de un hospital universitario en la ciudad de Dourados MS. La recolección de datos se llevó a cabo del 22 de febrero al 11 de mayo de, 2016, con 12 reuniones en forma de Grupo Operativo, de acuerdo con la ideología de Pichón-Riviere y notas en un diario de campo. El cierre se produjo la saturación de datos. La muestra estuvo constituida por 52 madres y análisis de datos, se utilizó el análisis de contenido de Bardin. A partir de los resultados, se obtuvo: el impacto sobre el nacimiento y la hospitalización del bebé enfermo; los sentimientos ambivalentes y sobre la maternidad. Con lo que el punto de vista de las madres acerca de los problemas emocionales presentes en la hospitalización de un hijo, usted tiene la intención de sensibilizar a las familias y al personal de salud en la recepción y desarrollo de acciones de humanización que contribuyan de manera efectiva en la atención integral de salud materno-infantil.

*Palabras-Clave:* embarazo, puerperio; nacimiento; humanización.

## Introdução

O nascimento de um filho, bem como todo período da gestação ao puerpério é marcado por grandes transformações, físicas, psicológicas e do papel social de uma mulher. Mesmo em boas condições de saúde e com o planejamento da gravidez, a mulher vivencia nessa fase um momento de desequilíbrio e intensas emoções (Soifer, 1992).

Gerar e conceber um filho é, pois, um período singular na vida de uma mulher, sendo compreendido como um momento de crise normal do desenvolvimento humano (Szejer & Stewart, 1997; Erikson, 1998). Quando esse momento é acompanhado de intercorrências, como complicações da gestação e/ou do parto, nascimento do bebê com alguma patologia, necessitando da internação em Unidades Neonatais, torna-se um período ainda mais crítico e problemático para a puérpera e sua família.

Devido à instabilidade do quadro clínico e incertezas quanto ao futuro do recém-nascido, vários sentimentos surgem nesse momento, podendo acarretar desajustes e danos à saúde física e mental da mãe e do bebê (Barroso, Pontes, & Rolim, 2015).

Assim, esse estudo parte do pressuposto de que as mães de bebês hospitalizados vivenciam dificuldades em relação aos sentimentos com o bebê e a vivência da maternagem, pois a figura materna e o desenvolvimento do afeto entre mãe-bebê, principalmente nos primeiros dias de vida, tem importância para a constituição do recém-nascido como sujeito no mundo e para seu desenvolvimento saudável (Winnicott, 1983).

Por maternagem entende-se o contato mãe-bebê no sentido não apenas dos cuidados físicos, mas emocionais, acompanhados de afeto, no qual a mãe atende as necessidades do bebê de higiene, alimentação, temperatura e principalmente amor. Na maternagem, a figura materna cuida e se importa com o bebê, com seu bem estar e desenvolvimento, com isso o vínculo entre ambos acontece (WINNICOTT, 2000).

Por esse fato é imprescindível conhecer os aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério e os sentimentos das puérperas com filhos hospitalizados, a fim de que os serviços de saúde possam dar suporte a essas mulheres, investindo no apoio a formação do vínculo entre elas e seus bebês (Iungano, 2009; Barroso, Pontes, & Rolim, 2015).

Assim, entendendo a importância das mães no processo de internação do recém-nascido, são desenvolvidos no setor de Neonatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU – UFGD), na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul (MS), grupos de mães de bebês hospitalizados. Entendendo a importância do apoio emocional às mães e do investimento em um espaço de escuta que permita a ressignificação e adaptação a essa fase e momento de vida, este estudo se propôs a qualificar o espaço grupal existente, utilizando a abordagem do Grupo Operativo, idealizada pelo psicanalista Enrique Pichón-Riviére.

O Grupo Operativo caracteriza-se pela interação de seus membros através do diálogo, como um modo de refletir a respeito das contradições da realidade, por meio da construção de um pensamento crítico, em torno de um objetivo comum, que é definido como tarefa. Essa modalidade grupal se propõe a uma mudança criativa e adaptação ativa dos sujeitos a sua realidade, adaptação não no sentido de passividade, mas de ação orientada para a transformação (Pereira, 2013).

Desse modo, o grupo teve como tarefa explícita a discussão dos sentimentos, dificuldades e a busca de soluções saudáveis na vivência do período de hospitalização do recém-nascido. Todavia este estudo faz parte de uma pesquisa intitulada “Sentimentos e Dificuldades vivenciados pelas mães de bebês hospitalizados: Mecanismos de superação na perspectiva materna”, requisito para aprovação no Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), e cujos dados levantados foram divididos e discutidos em artigos elaborados pelas autoras. Portanto, neste estudo, serão

abordados os sentimentos e dificuldades levantados pelas mães em relação ao bebê e a vivência da maternagem no período de internação do recém-nascido.

### **O mito da maternidade**

Na cultura ocidental atual, a maternidade é entendida como um amor incondicional e inato de uma mulher para com seu filho, associada a momentos de alegria e bem-estar.

Maldonado (2002), procurando aprofundar o conhecimento sobre essa temática, realizou estudos históricos bibliográficos e concluiu que a maternidade não é inata e, sim, uma construção, um processo que sofre influência do momento histórico e cultural.

Os estudos de Maldonado (2002) revelam que, no século XVI, na Europa, o bebê quando nascia era encaminhado a uma ama de leite, a qual era responsável por amamentar e cuidar da criança, até por volta de um ano de vida, quando era devolvida à mãe e sua família de origem. No século XVII, o abandono de bebês era comum, o infanticídio era praticado com muita frequência, disfarçado de acidente, visto que já se constituía como crime.

Assim, nota-se que, até o século XVIII, o comportamento materno era de indiferença em relação à criança e, a partir desse século, que o papel da mãe foi modificando e atingindo a conotação de instinto materno e amor incondicional. A religião e os estudos psicanalíticos foram fatores que contribuíram para a concepção idealizada da maternidade, visto que atribuíam à figura materna a responsabilidade pelo desenvolvimento saudável e a educação moral da criança (Maldonado, 2002).

Portanto para fins deste estudo, defende-se a importância da figura materna (que chamaremos aqui de mãe), e do vínculo entre esta e seu bebê no desenvolvimento saudável da criança. No entanto acredita-se, igualmente, que a mãe não é a única responsável por esse desenvolvimento saudável, visto que a formação subjetiva do ser humano é algo complexo e que depende de vários fatores, como as características dele, dos pais, do

ambiente, da história da concepção, do lugar que essa criança vem ocupar na família, dentre outros. Por conseguinte, a formação da relação mãe- bebê é uma construção, a qual sofre influências tanto de fatores internos, como de aspectos emocionais da mãe e do bebê, quanto externos, como o apoio da família e amigos, questões sociais, hospitalização, dentre outros (Maldonado, 2002).

### **Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério**

Segundo Erikson (1998), existem alguns momentos da vida humana que são marcados por transições e mudanças, que provocam uma instabilidade no equilíbrio anterior do sujeito, fazendo com que se revivam situações mal resolvidas. Esses momentos de vida podem ser chamados de crise normal do desenvolvimento humano, tais como a puberdade, o casamento, a gravidez e a menopausa. Portanto, o ciclo gravídico-puerperal é concebido como um momento de crise normal, principalmente para a mulher, a qual vivencia transformações emocionais, físicas e sociais (Maldonado, 2002).

Desse modo, umas das características da gravidez são mudanças e desconfortos físicos. No primeiro trimestre, aparecem sintomas como sonolência ou insônia, enjoos e vômitos, diarreias ou constipação, aumento do apetite, desejos de comer determinados alimentos e até mesmo os que não comiam anteriormente à gravidez, dentre outros. Esses sintomas físicos, quando aparecem acima do esperado para o período, podem associar-se a questões de ordem emocional, que devem ser elaboradas, a fim de um prosseguimento saudável da gestação (Soifer 1992; Maldonado, 2002).

A relação sexual entre a gestante e o parceiro também está sujeita a modificações, há mulheres que veem sua libido aumentada, outras diminuída. No final da gravidez, até mesmo pelo aumento do peso e protuberância da barriga, normalmente há dificuldades de posições e até mesmo o medo de que o ato sexual machuque o bebê ou antecipe o trabalho

de parto. Os companheiros podem ter dificuldades de relacionamento íntimo, também, por associar a gestante a uma visão materna, “pura”, cindindo a mulher sexuada, da mulher mãe (Szejer & Stewart, 1997; Maldonado, 2002).

Outras características desse período são as alterações hormonais e as manifestações emocionais. Dentre essas manifestações, é comum os choros frequentes, as mudanças de humor e a ambivalência, querendo e não querendo, desejando e não desejando. Durante a gravidez, a mulher retoma subjetivamente toda sua história de vida, principalmente a sua infância e a relação com seus pais. Traumas e situações mal elaboradas podem ser revividos (Soifer, 1992; Borsa, 2007).

Em relação ao papel social, uma mudança significativa ocorre, pois esta passa de filha para mãe, exigindo-lhe um amadurecimento emocional para viver esse novo papel. Mesmo mulheres com mais filhos, também passam por mudanças, pois ser mãe de um é diferente de ser mãe de dois ou três filhos, cada membro incluído na família modifica seu sistema (Szejer & Stewart, 1997).

Nesse período, estão também presentes medos, fantasias e expectativas em relação ao parto e ao bebê. O medo da dor do parto, medo de ver sua vagina alargada, medo de complicações, de ter um bebê doente ou mal formado, acompanham as mães nessa fase de forma consciente e/ou inconsciente (Szejer & Stewart, 1997).

Além do medo de que algo aconteça com o bebê, durante a gestação os pais vão formando em seu pensamento uma imagem do filho, que chamamos de bebê imaginário. Essa imagem vai se constituindo pelo desejo deles, com os ultrassons, a descoberta do sexo, a forma do bebê mexer e se comunicar, dentre outros (Brasil, 2011). Com o parto, quebra-se essa imagem idealizada, e os pais se deparam com o bebê real.

Pode-se, pois, dizer que o parto é um momento que desperta medos, ansiedades, expectativas e põe à prova a competência de “ser mulher”. A experiência do

parto pode contribuir ou prejudicar a disponibilidade emocional da mãe com seu bebê no momento pós-parto, visto que a vivência desse acontecimento é algo significativo, em que à passagem de um para dois, de um estágio para outro, no qual o bebê torna-se um ser independente da mãe, recebendo carinho que antes era dispensado apenas a ela (Correia & Sereno, 2012).

Muitas emoções permeiam o momento do nascimento, a mulher pode se sentir sensível e, ao mesmo tempo, excitada; a sensação de esvaziamento, como uma amputação, pode estar presente. Por toda singularidade e característica desse período, defende-se a necessidade da preparação para o parto e apoio emocional à parturiente, visando à saúde emocional dela e a formação do vínculo mãe-bebê (Soifer, 1992; Borsa, 2007).

Logo após o parto e até por volta dos três meses, a mulher passa por um período denominado puerpério, período esse que, assim como a gestação e o parto, é carregado de emoções, a mulher igualmente revive toda a sua história e reatualiza situações traumáticas, ela se recupera do cansaço e emoções do parto, alterna momentos de euforia com tristezas e a ambivalência prevalece (Maldonado, 2002; Giaretta, & Fagundes, 2015).

Na gestação, a mulher tem que se adaptar a condição de grávida, de estar gerando um bebê em seu ventre; já após o parto, ela necessita retornar à condição de não grávida, fato que exige-lhe uma readaptação subjetiva. Além disso, um novo membro irá integrar a família, mudando seu papel social. Portanto, essa readaptação, necessária à saúde da mulher, provoca-lhe desequilíbrio emocional, acompanhado de ansiedades a mudança. Tais ansiedades são de perda, que consistem na perda de suas referências internas, sua forma de viver, de ser e estar no mundo, o que remete a outra ansiedade denominada de medo do ataque, pois, diante da perda de suas referências, o indivíduo sente-se vulnerável e desprotegido diante do novo, do desconhecido (Maldonado, 2002; Pichón-Riviére, 2012).



Devido às mudanças e readaptações presentes no nascimento, há um estado de regressão comum nessa fase, no qual a mulher revive inconscientemente o bebê que foi, para comunicar-se com o bebê que gerou, funcionando com aspectos adultos e infantis ao mesmo tempo. Assim, a puérpera se torna mais sensível e emotiva, sentindo maior necessidade de atenção e carinho (Soifer, 1992; Oliveira, Quirino & Rodrigues, 2012).

### **A puérpera diante da hospitalização do bebê**

Sendo a fase gravídico-puerperal um período de crise normal do desenvolvimento, mesmo em uma gestação desejada, apoiada pela família e sem intercorrências, quando ocorre alguma complicação na gestação e/ou no parto que resulta no nascimento de um bebê com alguma patologia, a situação de crise acentua-se, visto que, soma-se a esse período uma crise externa, decorrente da internação de um filho (Maldonado, 2002).

Com essa internação a mãe é separada de seu bebê, não podendo pegar, beijar e cuidar, o sentimento de vazio e tristeza se intensificam, levando a um estado emocional fragilizado, de sofrimento, medo da perda e incerteza quanto ao futuro do recém-nascido (Oliveira, Veronez, Higarashi, & Corrêa, 2013; Cartaxo et al, 2014).

Desse modo, a mãe fica impossibilitada por um tempo de exercer a maternagem como deseja; muitas mulheres, sentem-se impotente por não poderem realizar cuidados que a equipe de saúde realiza. Por esse fato, normalmente as mães consideram o bebê, no período de internação, mais pertencentes ao hospital e aos profissionais, do que a elas e suas famílias (Borsa, 2009; Obeidat, Bond, Callister, 2009; Ocampo, 2013).

A ambivalência, que consiste no vínculo com um objeto total, coexistindo sentimentos de amorosidade e hostilidade para com esse objeto, comum nas relações humanas, quando do nascimento de um bebê enfermo, o qual normalmente se distancia do

bebê do imaginário dos pais e os remetem a suas imperfeições, interfere no vínculo entre ambos, visto que realça os aspectos hostis da ambivalência, despertando normalmente o sentimento de culpa (Soifer, 1992; Pichón- Rivière, 2007; Obeidat, et al. 2009).

No entanto a formação do vínculo afetivo entre mãe e bebê é muito importante para a saúde mental e física do último, pois as relações futuras do recém-nascido sofrem influências da relação estabelecida com a figura materna. A falta desse vínculo materno leva a um estresse no recém-nascido, que provoca um aumento dos níveis de cortisol, hormônio que auxilia no controle do estresse, podendo causar danos no funcionamento do sistema imune, nos níveis de açúcar do sangue e na pressão arterial (Brasil, 2011).

Segundo Szejer e Stewart (1997) o ambiente exerce influência na relação da mãe com seu bebê. Um ambiente agitado e crítico leva a um aumento de ansiedade na mãe e estresse no bebê, já um ambiente tranquilo e acolhedor, contribui para uma maior disponibilidade da mãe em cuidar e dar afeto a seu filho. Portanto, faz-se importante o conhecimento pela equipe de saúde desses aspectos para o investimento em um ambiente que acolha e atenda às necessidades das mães, contribuindo na formação do vínculo e na saúde de ambos.

### **Percurso metodológico**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com uma proposta de pesquisa-ação, que consiste em uma pesquisa participativa, na qual há uma relação entre pesquisador e participante, com a proposta de intervir e modificar a realidade durante todo processo (Peruzo, 2016).

O estudo teve como cenário os setores da UTI e UCI Neonatais do Hospital Universitário da UFGD, na cidade de Dourados MS, esses setores constam respectivamente com 10 e 15 leitos credenciados pelo Ministério da Saúde. Entretanto, por ser o único hospital público de referência em gestação de alto risco de Dourados e região (35 municípios),

normalmente os setores operam acima de sua capacidade. Na UTI Neonatal, as mães são visitantes dos bebês, não permanecendo com eles; já na UCI, as mães têm acesso 24 horas, sendo-lhes incentivada a presença no local.

Assim, o Hospital Universitário da UFGD, caracteriza-se por ser de média complexidade, seu funcionamento é 100% do Sistema Único de Saúde (SUS). Em se tratando da linha materno-perinatal é porta aberta para gestante de alto risco. Nos setores de Neonatologia, encontram-se recém-nascidos hospitalizados, os quais têm como critério de internação a idade de até 25 dias de vida, no entanto os bebês que já se encontram internados permanecem no setor, até mesmo por meses, visto que há predomínio de prematuros e de baixo peso.

### ***Participantes***

A população desta pesquisa constituiu-se de mães ou as responsáveis legais dos recém-nascidos que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal do HU – UFGD, no período da coleta de dados. Ressalta-se que, para fins deste estudo, foi adotado o conceito de mãe como a acompanhante do bebê, seja ela biológica ou a responsável legal, que exerce e exercerá a função dos cuidados maternos no hospital e após a alta.

A escolha das mães como participantes da pesquisa se deu devido à permanência delas no hospital, estando a maioria presentes durante todo período de internação, já o acesso aos pais e familiares foi dificultado por questões geográficas (morarem em outros municípios e bairros distantes) e sociais.

Para a obtenção da amostra, seguiram-se os seguintes critérios de inclusão, que foram: (a) ser mãe ou responsável legal do bebê que esteve internado na UTI ou UCI Neonatais do HU - UFGD, (b) ter compreensão e falar a língua portuguesa, (c) mediante

convite, ter aceitado participar do estudo; e como critérios de exclusão:(a) ser indígena (b) menor de idade, sem consentimento do responsável legal.

Assim, a amostra se constituiu por 52 mães, as quais preencheram ao critério de inclusão e exclusão amostral; para a caracterização foi aplicado um questionário, elaborado pelas autoras, contendo alguns dados clínicos e demográficos. As mães responderam individualmente ao questionário, os quais continham perguntas sobre elas e seus bebês.

Desse modo, os resultados da caracterização das participantes em relação a alguns dados demográfico foram: nível de escolaridade, 38% das mães tinham ensino fundamental completo, 33% não terminaram o ensino fundamental, 25% tinham ensino médio completo e 4% ensino superior completo

Em relação à atividade laboral, a maior parte trabalhavam em casa, 62%, e em empregos informais, com 21%; os empregos formais foram 12%, e estudantes, 2%. Em se tratando da relação com o pai do bebê, predominaram mães que com eles viviam, 86%. A maioria das mães, com 73%, permaneciam 24 horas por dia no hospital, e as restantes passavam todo o dia, indo apenas dormir em suas casas.

Dos dados clínicos, obteve-se: 100% das mães eram mães biológicas dos bebês internados, ou seja, vivenciaram toda a gravidez, o parto e o puerpério com toda sensibilidade física e emocional desse período, além de que muitas delas estavam se recuperando de uma cesariana, que predominou em relação ao parto normal, com 60% das mães.

O diagnóstico predominante dos bebês foi a prematuridade, 85%. Assim, pôde-se concluir que se tratava também de “mães prematuras”, as quais não vivenciaram todo o processo de gestação, tendo a gravidez interrompida precocemente. As gestações não planejadas somaram 65%.

### ***Instrumentos***

Os instrumentos utilizados foram um questionário de dados clínicos e demográficos, elaborado pelas pesquisadoras, visando à caracterização das participantes, a teoria dos Grupos Operativos idealizada e sistematizada pelo psicanalista Henrique Pichón-Riviére, na realização de encontros de mães e anotações em diário de campo.

### ***Procedimentos de coleta de dados***

A coleta de dados ocorreu no período entre 22 de fevereiro a 11 de maio de 2016, por meio de 12 encontros com as mães participantes, na modalidade de Grupo Operativo, e também por anotações em diário de campo. Esses grupos ocorreram semanalmente, com duração em torno de uma hora e trinta minutos.

As mães que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão da amostra foram convidadas a participar do estudo. Durante todo período da coleta de dados, ou seja, enquanto durou a coleta, as mães dos bebês que foram sendo hospitalizados, segundo critério para amostra, eram convidadas. Assim, em cada grupo realizado, foi permitida a presença de novos membros, como também algumas mães foram recebendo alta do hospital, ou não puderam participar de alguns grupos, devido aos cuidados que realizavam com o bebê no momento do encontro. Consequentemente, em cada grupo obteve-se uma quantidade mínima de seis e máxima de 13 mães e tiveram a primeira pesquisadora como coordenadora.

Para obtenção dos conteúdos dos grupos, foi realizado gravação por voz e posterior transcrição. O término da coleta se deu por saturação dos dados coletados, segundo Fontanela et al. (2011), ou seja, nos últimos quatro grupos não obteve-se conteúdos novos.

### ***Procedimentos de análise de dados***

A discussão dos resultados foi feita com o referencial psicanalítico, e a análise utilizou, como técnica, a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), que consistiu na

criação de categorias, as quais obedeceram ao aparecimento de recorrência de conteúdos nas falas e sua intensidade, o que as tornaram relevantes, ou seja, o núcleo de sentidos que compôs uma comunicação. Segundo Bardin (2011), a Análise de Conteúdo consiste em um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p.44). A esse respeito, Campos (2004) contribui afirmando que o conteúdo presente na fala humana é diverso, possibilitando ao pesquisador várias interpretações.

### ***Procedimentos éticos***

A pesquisa foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa e Extensão do HU-UFGD com aprovação no dia 24 de Setembro de 2015, e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFGD, via Plataforma Brasil, respeitando-se à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 CNS/MS sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada no dia 03 de fevereiro de 2016, com o número de parecer consubstanciado 1.402.557. Somente após apreciação e aprovação, a coleta de dados foi iniciada. As participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mães menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), com a assinatura do consentimento de seus responsáveis.

### **Resultados e discussões**

Dos resultados levantados, pôde-se identificar três categorias a respeito dos sentimentos e dificuldades maternos em relação a hospitalização do recém-nascido, que foram: impacto do nascimento e da hospitalização de um bebê enfermo; ambivalência materna em relação ao bebê enfermo e, a maternagem.

A discussão das categorias serão fundamentadas com falas das mães participantes da pesquisa, utilizando-se para identificá-las a letra M de mãe, seguida de numeração arábica, que vai até 52, obedecendo ao número de mães participantes da pesquisa; os números foram escolhidos de acordo com a ordem de adesão à pesquisa, exemplo, M1, M2...M52.

### **Impacto do nascimento e da hospitalização de um bebê enfermo**

Estudos mostram que, normalmente durante a gravidez, mesmo que não planejada, a mulher deseja que seu filho nasça saudável; mas, quando isso não ocorre e o bebê necessita ser hospitalizado, muitos sentimentos são despertados e intensificados diante dessa nova realidade, que se soma com a separação decorrente do parto e de toda peculiaridade do período puerperal em que os sujeitos se encontram (Cruz, Oliveira, Cardoso, & Lúcio, 2010; Cartaxo et al., 2014).

Portanto o nascimento de um bebê enfermo frustra as expectativas das mães, que se veem impedidas de sair do hospital carregando seu filho saudável. Esse sentimento pode ser evidenciado na fala a seguir

*Deus, foi o meu sonho é que ele nascesse de nove meses na sala de parto, que dessem meu filho no meu colo. Ficar um dia aqui, dois dias e mandar eu embora, era o meu sonho né! Só que...(M45).*

Diante do nascimento de um bebê doente e da frustração do desejo da mãe, as falas demonstram a não aceitação, através da inconformidade, da necessidade de compreender o ocorrido e do sentimento de ser injustiçada, principalmente se a puérpera realizou pré-natal e tomou todos os cuidados para ter uma gestação e um filho saudável.

*Eu tomei esse remédio, passou seis dias minha bolsa rompeu, e eu me cuidei, eu fiz o que eu tinha que fazer; agora a gente vê que tem tanta gente no mundo que não se cuida, que faz um monte de coisa errada e mesmo assim o bebê nasce saudável (M41.).*

*Minha vizinha mesmo, minha não, amiga da minha irmã lá ó... fumava cigarro, bebia, ela dançava funk até o chão com aquele barrigão. Nove meses nasceu com saúde, saudável. Eu não, eu parei na minha gravidez, eu ficava de repouso, tomava cerveja e meu marido não deixava, acho que eu tomei uma garrafinha na minha gravidez, nessa parte eu fui tranquila e o neném dela nasceu de boa e o meu de 6 meses (M45).*

Além da vivência do impacto e frustração do nascimento de um filho enfermo, a mãe se depara com o “bebê hospitalizado”, diferente do bebê sonhado e imaginado, visto que pode apresentar-se bem pequeno, mal formado, inchado, estando em um lugar estranho, ligados a fios e aparelhos desconhecidos para as mães (Brasil, 2011; Donelli, 2011). Esse estranhamento pode ser conferido na fala de M3 a seguir:

*Depois que nasceu que eu fiquei desesperada de ver ela naquela incubadora né! nunca vi aquilo, ali tudo cheio de cano, soro né! neném tão pequenininha, nunca tinha visto um neném daquele tamanho... “Meu Deus! será que resiste!” Eu falava todo dia...*

Ao estranhamento em ver seu bebê internado em Unidades de Neonatologia hospitalares, soma-se a constatação dos procedimentos dolorosos e invasivos que o bebê sofre diariamente no processo de internação, sentindo dor, longe da família, sendo cuidado pela equipe de saúde, e não pela mãe. Esse fato pode ser ilustrado nas seguintes falas:

*Agora nunca imaginei que o meu ia nascer e ficar sofrendo, levando agulhada... ontem ela viu, eu não aguentei ver ele todo sangrando, aquilo é muito ruim gente! ... Mexe muito com o psicológico da gente”. (M44).*

*Só de você ver ele todo furado, todo roxinho, toda hora tem que ficar furando sabe? Furando...ele chora, fica suando de tanta dor, é ruim demais... ser mãe é maravilhoso, mas você ver o seu filho sofrendo não é bom, a gente quer sofrer no lugar deles né! (M32).*



*A gente não tem o poder, a gente não tem esse poder de fazer meu filho ressuscitar, de curar ele, de tirar ele dali e levar pra casa, você tem vontade de pegar ele, roubar, levar pra casa e não voltar mais (M33).*

Nessas falas também se pode evidenciar o sofrimento, culpa e impotência das mães diante do processo de hospitalização do bebê, na medida em que não podem curá-lo nem mesmo viver esse momento por eles.

A culpa constatada de forma implícita nas falas pode estar associada ao fato de a mãe sentir-se responsável, de certa forma, de ter gerado um filho “com defeito” (Obeidat et al., 2009). Em estudos realizados com esse público, a culpa decorrente por sentir-se responsável pelo sofrimento do bebê também foi evidenciada (Sa, 2011; Santos, Oliveira, Santana, Oliveira & Goes, 2013).

Outro aspecto recorrente nas falas das mães como dificuldade na vivência da hospitalização do bebê, foi o fato de o parir e depois não poder pegá-lo, tocá-lo, cuidar dele, devido a seu estado clínico, que, muitas vezes, não possibilita a aproximação da mãe nos cuidados. Assim tem-se “*você fica ali querendo pegar no colo e não pode, daí, vixe! Isso aí é mais... é o sonho da gente...*” (M43).

*Aqui a gente aprende muita coisa né! A gente aprende a deixar pra mais tarde aquele abraço, aquele aperto, aquela pele gostosa, aquele cheiro, que as outras mães quando o filho nasce é a primeira coisa que faz, e a gente aprende a esperar. (M16).*

Desta forma, a mãe que não pode pegar e cuidar de seu bebê sofre e, em alguns casos, sente-se distante do filho, como se ele não pertencesse a ela, mas ao hospital e à equipe de saúde, a qual, por ser especializada, realiza procedimentos nele, podendo pegá-lo, cuidá-lo, estando muitas vezes, principalmente na UTI Neonatal, mais próxima do recém-nascido do que a própria mãe (Silva, Valença, & Germano, 2010; Brasil, 2011; Ocampo, 2013).

Para essas mães: “*É uma coisa só pra você ver, você não pode ir metendo a mão de qualquer jeito.*” (M6); “*de certa forma aquela criança que não é nossa, de certa forma aquela criança que ainda ela não é nossa, ela só nasceu da gente* (M16); “*parece que não é nosso né!?*” (M45)

*O papel da gente aqui é esse, a gente não pode fazer muito, porque igual eu costume dizer, o filho que tá lá parece que ele é mais delas do que da gente, mas só que eles precisam mais dela do que da gente, da gente eles só precisam da presença ali* (M16).

Nessas falas, pode-se perceber o sentimento de impotência e até mesmo de “inutilidade”, por considerarem-se menos importante para o bebê em relação à equipe, visto que esta detém o conhecimento dos procedimentos técnicos de que o bebê precisa no momento.

Evidencia-se também no discurso das mães, de forma implícita e explícita, em relação a hospitalização do bebê, o medo de perdê-lo, medo de sua morte: “*Acho que o medo é o que a gente mais tem, acho que é o sentimento que a gente mais tem* (M19); “*hoje em dia, hoje o medo é maior de agora perder ele também né! morro de medo...*” (M16).

*E igual falei, eu tentei não me apegar, mas agora já é tarde, ele já é meu, eu procurei evitar, eu procurei não ter aquela coisa sabe? Eu me apeguei, então...eu tenho medo de perder o V. (bebê hospitalizado), vixi!* (M16).

Diante da enfermidade e internação dos recém-nascidos, o medo da morte é algo presente para as mães devido à incerteza quanto ao futuro dos bebês (Cartaxo, et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Ramalho, Kochla, Nascimento, & Peterline, 2010). Perante o risco de perdê-los, cada mãe reage de acordo com seus recursos psicológicos, tanto em um movimento de aproximação afetiva com o bebê, quanto de afastamento, buscando evitar a dor, como se pôde verificar nas falas acima.

Com a instabilidade do quadro clínico do recém-nascido e das intercorrências que normalmente ocorrem durante o período de internação, esse medo é intensificado.

*Quando a S. (bebê hospitalizado) passou mal, fiquei morrendo de medo, medo né! Porque tantas coisas que a gente vê, que passa na cabeça né?! (M3); “O meu tava espumando na boca, eu entrei em pânico, ‘Ta vomitando!’” (M35).*

*Igual a minha aquele dia, passou mal... Ela chegou ir até no HOOD, fiquei desesperada nunca vi minha filhinha naquele negócio de caixinha de HOOD não! Eu fiquei desesperada, não sabia o que fazer, você viu né?! (M5).*

As mães relataram, neste estudo, que sentem diariamente medo de receber uma má notícia, tanto da piora do estado clínico, quanto da morte; este medo leva ao aumento da ansiedade, angústia e sofrimento: “A gente fica o tempo todo sob tensão. Toda hora fica esperando que alguém vai vir falar alguma coisa pra gente” (M7).

*No dia seguinte me falaram “Tem alguém atrás de você”. Tinha alguém atrás de mim, era a menina da faxina... então já fico com receio, acho que o sentimento maior que predomina, maior que a esperança, maior que tudo é o medo (M16).*

*Tinha deitado, bem mais ou menos uma hora dessas, antes de ir na visita... de repente ela (membro da equipe de neonatologia) chegou e falou “M47” (chamou a mãe pelo nome). Menina! Meu coração foi na boca, fiquei com medo já, chegou lá era pra mim pegar ele... (M47).*

Se a hospitalização causa impacto, normalmente negativo, deve-se acreditar que a alta do bebê é algo desejado e esperado? Nem sempre é assim, pois a hospitalização e a doença aproximam-se à ideia da fragilidade humana, da morte, da perda. Ao mesmo tempo em que desejam a alta, as mães sentem-se inseguras na realização dos cuidados em casa, levando ao medo de não conseguir atender as necessidades desses bebês, podendo perdê-los.

*Mas eu tenho medo, muito medo, eu tenho medo de levar ele pra casa porque lá é difícil... Caso, Deus me livre guarde! cai a saturação, tem que vim correndo pra cá, é muito longe...eu sinto medo de levar ele pra casa, eu sei que eu preciso ir embora por causa do outro né?! De mim também, mas aí eu tenho medo (mãe chora durante a fala) (M17). Imagina se dá esse negócio nele e ele esquece de respirar? Imagina em casa? aqui já não, ou... sei lá né!... eu sei que vou ter que ir com ele pra casa... eu não vou ter o que fazer se der alguma coisa né! Imagina! Por isso que eu acho que aqui é mais fácil por enquanto, porque quando ele sair, vai estar na minha responsabilidade... (M45).*

Em outros estudos realizados com esse público, esse medo e insegurança também foram evidenciados (Sneath, 2009; Cruz et al., 2010; Barroso, Pontes, & Rolim, 2015). No entanto, apesar da permanência no hospital ser algo difícil, pode-se notar nas falas que esse ambiente dá segurança as mães, por conter equipamentos e equipe especializada para atender as necessidades de saúde e possíveis intercorrências com os recém-nascidos.

### **Ambivalência materna em relação ao bebê enfermo**

Sabe-se que a ambivalência é inerente às relações humanas, inclusive na relação entre mãe e filho; entretanto o lado hostil de tal ambivalência pode culminar com o sentimento de culpa, devido a questões morais (Soifer, 1992; Iungano, 2009). Como uma mãe pode sentir hostilidade por um filho doente e hospitalizado?

A esse respeito, Maldonado (2002) afirma que a ambivalência está presente na relação entre mãe-bebê, mas que normalmente é reprimida “numa sociedade que teme a livre expressão verbal da raiva e do ressentimento, por não reconhecê-los como sentimentos legitimamente humanos” (p. 101).

No entanto o sentimento ambivalente para com o bebê pôde ser observado no discurso das mães de forma implícita e também devido à participação delas nos Grupos Operativos,

que visavam tornar explícito o implícito, sentimentos hostis puderam ser verbalizados e elaborados. Entretanto a culpa pela hostilidade a um ser amado encontra-se presente, como representado nas falas a seguir: “*Eu mesmo, eu to...olha eu to na ponta pra não abandonar o M. (bebê hospitalizado), porque o M., todas as mães que chegou depois de mim já foi embora e eu continuo ali...*”(M16).

*A única vontade que eu tive assim, quando eu vi que meu filho não sugava, não sugava, assim, vontade de chacoalhar ele e falar “Meu filho, suga esse mamadeira!” mas eu não posso fazer isso com ele, porque tem que ser no tempo dele né!? Aí o que eu fiz, coloquei ele no bercinho e falei com a menina, tem que passar na sonda, fui lá no quarto e chorei, chorei, chorei, chorei um monte, eu não posso chacoalhar ele... (M1).*

*Dá vontade de deixar até o bebê, falar a verdade, dá vontade de chegar lá e dizer “Oh, se você não quer melhorar, então fica aí que eu vou seguir a minha vida!” Da vontade, mas daí depois aquele coração de mãe fala “Não, não”, eu vou continuar mais um pouquinho que ele vai conseguir, e a gente vai embora (M20).*

Assim, constatou-se que a ambivalência permeou a relação da mãe com o bebê internado, e esse fato foi verificado também nos registros em diário de campo. Sentimentos amorosos foram facilmente aceitos e declarados pelas mães, até mesmo como suporte na permanência delas no hospital. Já os sentimentos hostis, ainda em sua maioria, apresentaram-se de forma implícita e revelaram-se como causa de sofrimento das mães, principalmente pelo sentimento de culpa que os acompanham.

## **Maternagem**

O nascimento de um filho provoca mudança no papel social da mulher, que passa de filha para mãe, de mãe de uma criança, para mãe de duas, três, ou mais. Nesse período, há uma modificação da identidade, essa mulher terá, de agora em diante, um bebê que depende

dela e do qual necessitará cuidar, tendo obrigações e responsabilidades para com ele, mesmo que esteja hospitalizado.

Tornar-se mãe exige amadurecimento, deixar de ser a menininha e assumir o papel de mulher, responsável por uma vida, que, nesse momento, é inteiramente dependente (Maldonado, 2002; Brasil, 2011).

Essa constatação da responsabilidade materna foi compreendida pelas mães, podendo ser exemplificado nas falas: *“chega uma hora que a gente é obrigada a ter força onde não tem, a crescer, e ser a mulher forte que tem que estar aqui pra passar força pra eles, sabe!?”* (M16); *“a enfermeira não tem obrigação de trocar, a obrigação delas ali é medicar, conferir a temperatura...não é verdade? A obrigação é de nós mães, estamos ali para amamentar, trocar e dar banho.* (M1) e *“em casa vai ser a gente...vai ficar em casa com a gente... o filho é da gente, querendo ou não, o filho que tá ali é da gente!* (M37).

Assim, nota-se que “crescer” e cuidar não é algo fácil e exige subjetivamente das mães em um momento de fragilidade emocional, pois ser mãe vai muito além de parir um bebê; ser mãe exige maturidade e responsabilidade; para tanto é necessária a construção de uma relação afetiva, a qual é defendida por alguns autores como um processo, que pode ser desenvolvido no ato do cuidado e nas diversas interações entre mãe-bebê (Mathelin, 1999; Maldonado, 2002; Sá, 2011).

No estudo em questão, o pensamento de que a proximidade e contato físico favorecem a maternagem foi verificado nos discursos das mães e ilustrado na seguinte fala:

*Quando vai pra UI, você tem todo o afeto pelo seu filho, você fica mais perto dele, você sente o calor dele no seu corpo, então aí, você se apega mais, eu não quero dizer que quem tá com filho lá (na UTI) não é mãe, é mãe, só que...* (M46).

Como na UCI, mais conhecida pelas mães como UI, elas têm livre acesso e realizam os cuidados com o bebê, o apego fica facilitado, diferente da UTI Neonatal em que os pais são visitantes.

O processo de maternagem também sofre influência, segundo Szejer e Stewart (1997), das figuras maternas e paternas que tiveram, as quais são considerados referências. A forma como cada um foi cuidado e educado servirá de modelo a ser seguido, ou de modelo a não ser seguido, de acordo com a representação positiva ou negativa que as mães tiveram de seus cuidadores, respectivamente.

No discurso das participantes, o cuidado que receberam de suas mães serviram de apoio emocional e de modelo para o cuidado que devem dispensar a seus filhos: *“A minha mãe é uma mulher muito boa pra mim, tudo que a gente precisa ela tá ali, a gente tá com uma dor ela dá remédio, a gente começa a chorar ela vem perguntando por que...”* (M21).

*É que nem eu, eu fiquei 11 dias internada né! A minha mãe tava do meu lado fazendo o papel dela de mãe, agora ela foi embora, porque eu recebi alta, agora eu que tô fazendo o papel de mãe, eu tô cuidando do meu filho* (M19).

*A minha mãe fica comigo, ela fica lá fora mas fica mais tempo sozinha do que comigo, porque ela fica lá fora, mas a partir da semana que vem ela já vai partir, e eu acho... eu entendo o lado dela, só que eu também entendo que agora é só a gente e os bebês, entendeu?* (M16).

Em muitos momentos nos grupos, houve lembranças boas dos cuidados recebidos pelas mães em questão. Nesses momentos, algumas participantes se calaram e, quando questionadas, disseram não terem boas lembranças, mas se recusavam a falar delas, demonstrando dificuldade em abordar esse assunto, esse fato pode levar a formação de algumas hipóteses, como por exemplo, uma relação mal elaborada com os cuidadores.

A maternagem é, pois, um momento carregado de sensibilidade e dificuldades, as quais interferem na relação mãe e filho. Daí a importância deste estudo na discussão dessa temática, a fim de que familiares e profissionais de saúde possam contribuir com esse público na formação de uma relação afetiva saudável.

### **Considerações finais**

Este estudo permitiu a abordagem de alguns aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério de uma mulher e da puérpera diante da vivência da hospitalização de um filho recém-nascido. Através de ação grupal, com uma modalidade operativa, abriu-se espaço de comunicação, expressão, reflexão e elaboração dos sentimentos despertados nas mães nesse momento de suas vidas.

Acreditando na importância da figura materna para o desenvolvimento saudável do bebê, na medida em que, como afirma Winnicott (1983), uma criança privada de afeto, nos primeiros anos de vida, está vulnerável a desenvolver distúrbios emocionais; é fundamental o investimento nessas mães, não perdendo de vista que se tratam de seres humanos, com sua personalidade, questões sociais e conflitos emocionais, necessitando ser ouvidas, compreendidas e acolhidas, principalmente em um momento tão singular de suas vidas.

Para cuidar, é preciso ser cuidado; para amar, é preciso saber o que é amor. Portanto, a fim de que essas mulheres tornem-se mães e desenvolvam afeto por seus bebês, elas também necessitam ser cuidadas. Com a permanência no hospital acompanhando o filho internado, esse papel não se limita apenas a família e amigos, mas se estende à equipe de saúde, que normalmente está mais próxima dessas mães do que a própria família.

Corroborando tais pensamentos, este estudo preocupou-se com os sentimentos e as dificuldades vivenciadas pelas mães em relação aos bebês internados e seus processos de hospitalização. O levantamento e discussão dos dados permitiu conhecer algumas temáticas,



que podem servir de norte para a implantação e/ou melhoria do acolhimento às puérperas e no incentivo e facilitação na formação do vínculo entre elas e seus bebês.

É, pois, importante ressaltar que a formação de uma relação afetiva é complexa e sofre influência de vários fatores, como personalidade da mãe, fatores internos do bebê, questões sociais, ambientais, rede de apoio, dentre outros. O que se pretende é que, nos serviços de neonatologia, sejam proporcionados espaços de troca e comunicação dos sentimentos e dificuldades das mães, assim como facilitada a presença delas junto aos bebês, incentivando a interação entre ambos, ou seja, proporcionando um ambiente acolhedor e incentivador à formação do apego.

O estímulo a uma maior interação entre mãe-bebê, além de se favorecer o vínculo, orienta a aprendizagem quanto aos cuidados em casa, após a alta, diminuindo a ansiedade e insegurança dessas mães, assim como os riscos aos bebês.

Desse modo, trazer a perspectiva das mães a respeito das questões emocionais presentes na internação com um filho, logo após seu nascimento, intencionou sensibilizar familiares e equipe de saúde, para que compreendam e acolham essas puérperas, de forma humanizada, contribuindo com a saúde integral materno-infantil.

### Referências

- Bardin, L. (1977/2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Barroso, M. L., Pontes, A. L., & Rolim, K. M. (2015). Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. *Revista RENE*, 16(2), 168-75. Recuperado de: <file:///D:/user/Downloads/2699-4923-1-SM.pdf>
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Contemporânea – Psicanálise e transdisciplinaridade*, (2): 310-321. Recuperado de: <http://www.revistacontemporanea.org.br/site/wp-content/artigos/artigo89.pdf>

- Brasil. (2011). *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru* (2ª ed). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Campos, C. J. G.(2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5):611-614.  
Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>
- Cartaxo, L.S., Torquato, J.A., Agra, G., Fernandes, M.A., Plate, I.C., & Freire, ME. (2014, julho/agosto). Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de enfermagem UERJ*, 22(4):551-7. Recuperado de:  
<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf>
- Correia, M.J., & Sereno, S. (2012). Gravidez e transição para a maternidade: investigação e intervenção In M. J. Correia (coord.), *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, Práticas e Contextos numa Maternidade* (p. 13-21). Lisboa: Placebo, 2012.
- Cruz, A. R., Oliveira, M. M., Cardoso, M. V., & Lúcio, I. M. (2010). Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1):133-139. Recuperado de:  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>
- Donelli, T. M. (2011). Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(4), 228-241.
- Erikson, E. H.(1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Fontanella, B. J., Luchesi, B. M., Saidel, M. G., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011, fevereiro). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Caderno de Saúde Pública*, 27(2), 389-394.

Giaretta, D., & Fagundes, F. (2015). Aspectos psicológicos de puerpério: Uma revisão.

*Psicologia: O portal dos psicólogos*, 1-8. Recuperado de:

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>

Iungano, E. M. (2009). A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal.

*Pediatria Moderna*, 45(1), 26-30. Recuperado de:

[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3974](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3974)

Maldonado, M. T. (1973/2002). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério* (16º ed.). São Paulo, SP: Saraiva.

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

Obeidat, H.M., Bond, E.A., & Callister, L.C. (2009, July). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-9. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/44641198>

Ocampo, M.P. (2013, janeiro/Abril). El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichán*, 13(1), 69-80. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a07.pdf>

Oliveira, J.F., Quirino, G.S., & Rodrigues, D.P. (2012). Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Revista Rene*, 13(1), 74-84.

Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I., & Corrêa, D. (2013, janeiro/março). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery*, 17(1), 46-53. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>

Pereira, T. T. (2013). Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Revista SPAGESP*, 14(1). 21-29. Recuperado de:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702013000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000100004)

- Peruzzo, C. (2016, junho). Epistemologia e método da pesquisa-ação. Uma aproximação aos movimentos sociais e à comunicação. *XXV Encontro Anual da Compós*, (p. 22). Goiânia, GO: Universidade Federal de Goiás.
- Pichón-Rivière, E. (1983/2012). *O processo grupal* (8º ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Pichón-Rivière, E. (1992/2007). *Teoria do Vínculo* (7º ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Ramalho, M. A., Kochla, K. R., Nascimento, M. E., & Peterline, O. (2010, julho). A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 10(1), 7-14.
- Sá, F. B. (2011). *A relação mãe-bebê prematuro intermediada pelo método canguru vista à luz da teoria de Winnicott*. Dissertação de Mestrado. Instituto de ciências humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Santos, L. M., Oliveira, I. L., Santana, R.C., Oliveira, V. M., & Goes, E.S. (2013, dezembro). Vivências de mães de recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 13(2), 73-81.
- Silva, P.S., Valença, N.C., & Germano, M.R. (2010, março/abril). Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. *Revista Brasileira de enfermagem*, 63(2), 238-42. Recuperado de:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200011)
- Sneath, N. (2009). Discharge teaching in the NICU: are parents prepared? An integrative review of parents' perceptions. *Neonatal Netw* 28(4), 237-46.
- Soifer, R. (1977/1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6º ed.) Porto Alegre, RS: Artes médicas.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, RS: ArtMed.

## 5. ARTIGO 4

**Grupo Operativo com mães de bebês hospitalizados: Espaço de partilha de vivências e superação das dificuldades.**

**Operational group with hospitalized baby mothers: Sharing experiences space and dealing with difficulties.**

Leidimara Cristina Zanfolim

Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Fabiane Melo Heinen Ganassin

### **Resumo**

O objetivo do estudo é descrever os mecanismos de superação das mães de bebês internados no setor de neonatologia do HU-UFGD, na cidade de Dourados MS. A coleta de dados realizou-se com 12 grupos na modalidade operativa, segundo a ideologia de Pichón-Riviére, e anotações em diário de campo, no período entre 22 de fevereiro a 11 de maio de 2016, com encerramento por saturação dos dados. Participaram da pesquisa 52 mães. Método de análise utilizado: Análise de Conteúdo de Bardin. Resultados obtidos: a importância das relações estabelecidas dentro do hospital e das estratégias que as facilitam; a fé e aceitação do processo de hospitalização; o sentimento de amor e responsabilidade para com bebê; o apoio dos familiares e a *internet* e redes sociais.

*Palavras-chave:* neonatologia, recém-nascido, vínculo, educação em saúde.

### **Abstract**

This study aims to describe coping strategies of mothers who have babies hospitalized in the neonatology sector of HU-UFGD, in Dourados, MS. Data collection was fulfilled through 12 groups in the Operational Group modality, according to the Pichón-Riviére's ideology and also in field diary notes at February 22 to May 11, 2016, and conclusion occurred by the collected data saturation. The sample consisted of 52 mothers. Analysis method: Bardin's Analysis Content. Results: the important relationships settled in the hospital and the coping strategies that improve them; faith and acceptance of the hospitalization process; maternal love and responsibility with the baby; familiar support and the internet e social networks.

*Key words:* Neonatology; Newborn Health Services; Bond; Health Education.

### **Introdução**

Com o desenvolvimento tecnológico, nota-se, em relação ao setor saúde, principalmente nas unidades de cuidados intensivos hospitalares, a presença de equipamentos sofisticados para dar suporte constante aos pacientes, equipe especializada, apoio de exames, funcionando 24 horas por dia (Sá, 2011). Essa complexidade tecnológica se estende às Unidades de Neonatologia, as quais permitem a sobrevivência de muitos bebês que nascem com doenças, sendo possível a recuperação da saúde e a prevenção de sequelas.

Quando se trata da hospitalização de recém-nascidos, têm-se, junto com eles, suas mães, as quais vivenciam todo o processo de internação, permanecendo no ambiente hospitalar. Nesse momento, essas mães necessitam da ajuda da equipe, para compreender esse período e buscar soluções de superação que possibilitem uma vivência saudável e o

estabelecimento de uma ligação afetiva com o seu bebê (Lopes, Dittz, Madeira, & Bonazzi, 2010; Duart, Dittz, Silva, & Rocha, 2013).

Tendo em vista o cuidado integral à criança hospitalizada, são desenvolvidos grupos de mães nas Unidades Neonatais do Hospital Universitário da cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul (MS) desde o ano de 2012. Com o pensamento de qualificar e fortalecer esse espaço grupal, este estudo utilizou a abordagem do Grupo Operativo, idealizada pelo psicanalista Enrique Pichón-Riviére, como suporte para as mães na busca de soluções saudáveis na vivência do período de hospitalização dos recém-nascidos.

Assim, partindo do pressuposto de que as mães experimentam uma gama de sentimentos e dificuldades na vivência da internação dos recém-nascidos e que seu protagonismo é fundamental na humanização desse espaço e qualidade da internação dos bebês, este estudo tem como objetivo descrever os mecanismos de superação utilizados pelas mães diante dessas dificuldades.

### **As mães diante da hospitalização de seus bebês**

O nascimento de um bebê constitui-se um período singular na vida de uma mulher e de sua família. Quando esse nascimento é acompanhado de intercorrências, como parto prematuro, patologias do bebê, dentre outras complicações, necessitando da internação do recém-nascido em Unidades Neonatais, torna-se um período ainda mais vulnerável, devido ao sofrimento causado pela incerteza em relação ao futuro do bebê, o medo da perda, podendo acarretar reações de desajustes (Donelli, 2011).

Desse modo, a hospitalização de um filho pode ocasionar danos emocionais à mãe, o que repercute na saúde da criança, visto que a importância das primeiras relações é consensual dentre as teorias psicológicas e consideradas protótipos das relações futuras. Portanto faz-se

de fundamental importância o apoio à adaptação das mães na vivência da hospitalização dos recém-nascidos e o investimento na relação entre ambos (Iungano, 2009).

Por questões de vínculo e incentivo à amamentação, devido a inúmeros benefícios físicos e emocionais à criança, a mãe acaba sendo a integrante da família que acompanha continuamente o bebê, necessitando frequentar o hospital, adaptar-se a sua rotina, à complexidade do ambiente e tecnologias das Unidades Neonatais, estando expostas a fatores estressantes e a diversos sentimentos, como ansiedade, tristeza, medo, solidão, dentre outros (Cruz, Oliveira, Cardoso, & Lúcio, 2010). Além disso, ao permanecer no hospital, ela deixa de estar em seu lar, convivendo com seus familiares e amigos, em prol do filho hospitalizado.

Apesar de toda a dificuldade que atravessa nesse momento, a qualidade da internação, da relação com seu bebê e do vínculo estabelecido entre eles, exige da mãe uma adaptação e um reposicionamento subjetivo para vivenciar esse período (Donelli, 2011).

A adaptação das mães sofre influência de questões internas das mesmas, quanto também externas. A assistência de qualidade e humanizada dispensada pela equipe de saúde em todo processo de hospitalização, com empatia e acolhimento, contribui de forma significativa no processo de adaptação dessas mulheres (Souza, Araújo, Costa, Carvalho, & Silva, 2009).

Com isso, percebe-se a importância da equipe de saúde em centrar os cuidados não só nos bebês como também em suas mães, elaborando estratégias de apoio, que reforcem as soluções de adaptações saudáveis que elas possuem, de modo a contribuírem na elaboração e construção conjuntas de novos mecanismos de superação, para que elas possam lidar com os desafios diários do processo de internação de seus filhos (Oliveira, Veronez, Higarashi, & Corrêa, 2013).

Um ambiente acolhedor, um espaço de escuta, onde as mães possam se expressar, desabafar, compartilhar sentimentos e experiências, é importante na medida em que funciona



como suporte emocional e apoio para que se fortaleçam e possam ocupar-se de seus bebês, entendendo que o afeto da mãe influencia positivamente o desenvolvimento do recém-nascido (Oliveira et al., 2013; Carvalho, Reis, Dias, Monteiro, & Pinheiro, 2007).

Portanto acredita-se que a escuta e o diálogo se constituem ferramentas de cuidado, na medida em que, no intercâmbio com o outro, promovem o entendimento das angústias, ansiedades e medos, possibilitando o surgimento de mecanismos de superação das dificuldades presentes na hospitalização do bebê (Iungano, 2009; Ramalho, Kochla, Nascimento, & Peterline, 2010).

### **O Grupo Operativo**

A teoria do Grupo Operativo (GO) foi idealizada e sistematizada pelo psiquiatra e psicanalista Enrique Pichón-Riviere (2012), o qual nasceu na Suíça, mas passou sua vida na Argentina, onde desenvolveu seu legado profissional e teórico. Essa teoria surgiu em um contexto de mudanças no cenário psiquiátrico argentino, no qual a doença mental deixa de ser considerada puramente biológica, reconhecendo os fatores psicológicos e sociais relacionados. Foi nesse contexto de transformação que Pichón (2012) elaborou uma teoria rica e original de se conceber e atuar em grupos, tendo como pilares teóricos a influência da psicanálise e psicologia social, entendendo o homem como um ser social, construído historicamente na relação com o outro (Pereira, 2013; Esteban, 2016).

O termo operativo que caracteriza o grupo, diz respeito ao movimento dialético dos indivíduos, ou seja, à interação através do diálogo, como um modo de refletir a respeito das contradições da realidade, por meio da construção de um pensamento crítico, em torno de um objetivo comum, que é definido como tarefa. Um grupo operante possibilita a mudança criativa e adaptação ativa dos sujeitos a sua realidade, adaptação não no sentido de passividade, mas de ação orientada para transformação social (Pereira, 2013; Konder, 2008).

Portanto o pensamento de Pichón-Riviére (2012) a respeito do GO contém uma ideologia política, na medida em que concebe o ser humano como capaz de ser ativo diante da realidade, podendo mudá-la e transformá-la. Nesse contexto, o grupo tem como propósito instrumentalizar os sujeitos para essa transformação da realidade (Pereira, 2013).

Assim, Pichón (2012) define o GO como “conjunto restritos de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua *mútua representação interna*, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que se constitui sua finalidade” (p. 242). A realização da tarefa pode ser entendida como a operatividade do grupo, a qual irá organizar os processos de pensamento, de comunicação e de ação que se dará entre os membros (Berstein, 1986).

Dentre os integrantes do grupo, existe a figura do coordenador, o qual tem o objetivo de auxiliar a realização da tarefa, não no sentido de fazer por eles, mas sim de facilitar a comunicação, realizar interpretações (esclarecimentos), explicitando o que está implícito, visto que os conteúdos implícitos, ou seja, os que estão fora da compreensão consciente do sujeito, são os que possuem maior influência sobre a conduta dos seres humanos e igualmente menos controláveis por eles (Pichón-Riviére, 2007).

Apesar do GO ter a finalidade de aprendizagem, ele pode ser também considerado terapêutico, na medida em que compreende o aprender como uma leitura crítica e indagativa da realidade, a qual possibilita uma postura ativa e de mudanças. Nesse processo de aprendizagem, conteúdos implícitos são explicitados, e as ansiedades provenientes dos medos básicos, que se configuram como obstáculo a mudança, ou seja, a aprendizagem, são elaboradas, promovendo transformações na personalidade dos sujeitos, conseqüentemente na forma de virem e agirem no mundo (Pichón-Riviére, 2012; Becerra, 2015).

Na medida em que aprendemos, surgem inquietações, ansiedades e medos, o que Pichón (2012) denominou de resistência à mudança, ou seja, tendência de manter o mesmo

pensamento e comportamento, permanecendo em sua zona de conforto, evitando a aprendizagem. Tal postura passiva diante do mundo é uma forma de alienação do homem, visto que pensar e aprender significam tolerar as ansiedades de perda, que consiste na perda de suas referências internas, sua forma de viver, defender-se, de ser e estar no mundo, o que remete a outra ansiedade denominada de medo do ataque, pois, diante da perda de sua referência e defesas internas, o indivíduo sente-se vulnerável e desprotegido diante do novo, do desconhecido (Pichón-Riviére, 2012; Bleger, 2011). Esse momento de predomínio das ansiedades e resistência a mudanças é denominado de pré-tarefa.

Desse modo, para avançar na aprendizagem, é necessária a elaboração desses medos básicos de perda e ataque, pois, segundo Bleger (2011), “pensar equivale a abandonar um marco de segurança e ver-se lançado numa corrente de possibilidades” (p. 74). Assim, o grupo vai avançando na tarefa, segundo o que Pichón (2012) denominou de espiral dialética, ou seja, a cada situação existe o emergente, algo que ocorre, que é trazido pelo grupo, esse emergente é elaborado e superado surgindo um novo emergente, sendo assim, cada situação abrange a anterior e a supera em um movimento em espiral.

A fim de uma maior compreensão do movimento em espiral dialética e dos processos de mudanças no GO, Pichón (2012), de forma pedagógica, realizou uma representação gráfica em formato de um cone invertido, o qual contém seis vetores que permitem a avaliação da interação entre o grupo. Ele é invertido, pois a parte de baixo representa o latente, o implícito, e a parte de cima, o manifesto, explícito. A figura 1 a seguir permite a visualização e melhor entendimento do esquema do cone invertido (Pichón-Riviére, 2012; Berstein, 1986).



Figura 1: Esquema do Cone invertido proposto por Enrique Pichón-Riviére.

Seguindo os vetores do cone, temos: a *afiliação*, que diz respeito ao grau de envolvimento, momento em que os indivíduos não se envolvem muito com o grupo, mantendo-se afastados; *pertença*, há uma maior integração e aproximação com o grupo; *comunicação*, ferramenta importante no grupo, na qual se verifica a mensagem trazida pelos membros, as formas de comunicação são verbal e não verbal; *cooperação*, que é a contribuição com o grupo na realização da tarefa, por meio de desempenhos de papéis; *pertinência*, momento em que o grupo está realmente centrado na tarefa, elaborando as ansiedades básicas e rompendo com a resistência a mudança; a *aprendizagem*, já abordada nesse estudo, significa a mudança ocorrida no grupo, sua transformação e a adaptação ativa dos membros a realidade, por meio de um pensamento crítico e reflexivo; e *tele*, termo do Psicodrama criado pelo pensador Moreno, é uma predisposição latente de aproximação ou afastamento, ou seja, uma predisposição positiva ou negativa com o grupo respectivamente (Berstein, 1986; Gayotto, 2001).

Deste modo, o cone invertido e seus vetores permitem a avaliação dos diferentes momentos em que o grupo se encontra, sendo que seu objetivo é alcançar a mudança e a adaptação ativa à realidade.

No GO há o desempenho de papéis pelos seus membros, o conhecimento desses papéis é importante na condução desse processo rumo aos objetivos ao qual o grupo se propõe

(Pichón-Riviére, 2012). Os principais papéis que podem ser desempenhados durante o processo grupal são: porta-voz, líder, bode expiatório e sabotador.

O porta-voz é fundamental ao avanço do grupo na aprendizagem, visto que é através dele que o emergente é revelado, pois ele é o membro que tem a sensibilidade de captar a horizontalidade grupal, ou seja, o que se passa no aqui e agora do grupo e é compartilhado por todos. Através de sua verticalidade (sua história pessoal), anuncia o que se passa nesse momento com o grupo, permitindo o surgimento do conteúdo horizontal que será trabalhado pelos integrantes junto com a facilitação do coordenador (Pichón-Riviére, 2012; Esteban, 2016).

O líder é aquele que é depositário dos aspectos positivos do grupo, ele propõe soluções para os problemas e dificuldades e é ouvido e seguido. O bode expiatório, ao contrário do líder, é depositário dos aspectos negativos do grupo, das ansiedades e medos (Pichón-Riviére, 2012). Segundo Pichón (2012), o papel de líder e de bode expiatório estão relacionados na medida em que “o papel de bode expiatório surge como preservação da liderança, através de um processo de dissociação ou *splitting*, necessário ao grupo em sua tarefa de discriminação” (p.180). Sendo assim, há uma divisão do grupo entre “bem” e “mal”, positivo e negativo, na figura do líder e bode expiatório respectivamente.

Por fim, tem-se o sabotador, o qual representa a resistência à mudança, visto que desvia o grupo da tarefa para questões menos importantes ao crescimento e mudanças. O sabotador pode ser um membro, como o próprio grupo. Isso ocorre quando este último desconsidera e não reconhece o conteúdo trazido pelo porta-voz, levando a um obstáculo a tarefa (Pichón-Riviére, 2012).

Todavia, através da interação e da comunicação dos membros, é que estes têm a possibilidade de falar de suas vivências e seus sentimentos, permitindo a reflexão sobre as estereotípias e certezas, problematizando e buscando soluções, o que se configura como uma

ação de promoção de saúde (Bleger, 2011). Para Pichón (2012), não existe saúde mental sem a interação com o outro, interação que faça sentido na vida de cada um e que possibilite aos indivíduos ver o mundo de forma diferente, buscando novas possibilidades.

Portanto pode-se conjecturar que a teoria do GO valoriza os indivíduos e sua capacidade de mudança e adaptação, assim como possibilita um espaço saudável de comunicação e elaboração. Logo, essa organização e ideologia grupal se revelam como uma ação eficaz no campo da saúde, podendo ser utilizada em diversos cenários, como em setores de Neonatologia Hospitalares.

### **Percurso Metodológico**

O conteúdo apresentado neste estudo faz parte de uma pesquisa realizada, intitulada “Sentimentos e Dificuldades vivenciados pelas mães de bebês hospitalizados: Mecanismos de superação na perspectiva materna”, critério para aprovação no Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Os dados levantados em tal pesquisa foram discutidos em artigos elaborados pelas autoras. Assim, neste estudo o enfoque foi dado às soluções de superação apresentadas pelas participantes.

Logo, este estudo tem abordagem qualitativa, com uma proposta de pesquisa-ação, visto que é participativa e busca unir o conhecimento à ação na prática, “É, portanto, uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que também se é uma pessoa da prática e se deseja melhorar a compreensão desta” (Engel, 2000, p. 182).

A população se constituiu por mães e/ou responsáveis legais dos recém-nascidos que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal do HU – UFGD, no período da coleta de dados. O recrutamento da amostra obedeceu aos critérios de inclusão, que foram, (a) ser mãe ou responsável legal pelo bebê que esteve internado na UTI ou UCI Neonatais do HU - UFGD,

no período em que durou a coleta de dados, (b) ter compreensão e falar a língua portuguesa, (c) aceitar participar do estudo mediante convite; e, quanto aos critérios de exclusão (a) ser indígena; (b) menor de idade, sem consentimento do responsável legal.

O cenário do estudo foi o setor de Neonatologia (UTI e UCI Neonatal) do HU - UFGD da cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul (MS). Em se tratando da linha materno-perinatal, o Hospital Universitário conta com Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, UTI Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal, sendo referência à gestantes de alto risco para Dourados e 35 municípios da região.

Nos setores de Neonatologia, encontram-se recém-nascidos hospitalizados. Na UTI e UCI Neonatais, constam credenciados pelo Ministério da Saúde, publicado na portaria nº 1197 de 24 de outubro de 2012, 10 e 15 leitos respectivamente. Entretanto, por ser o único hospital público de referência em gestação de alto risco de Dourados e região, normalmente os setores operam com internações acima de sua capacidade. Na UTI Neonatal, os casos clínicos são de gravidade maior comparados com os da UCI. No primeiro setor, as mães são visitantes dos bebês, não permanecendo com eles; já no segundo, as mães têm acesso 24 horas, sendo incentivada a presença delas no local.

Pensando na permanência dessas mães, o hospital conta com um alojamento, permitindo-lhes que possam ficar acompanhando seus filhos, alimentando-os através do seio ou da ordenha do leite, o qual é administrado ao bebê pelo copinho ou sonda, dependendo do estado clínico e do peso dele.

A presença das mães no hospital possibilitou o contato com elas; já o acesso aos seus familiares foi restrito, devido a questões geográficas (morarem em outros municípios e bairros distantes) e sociais. Assim, optou-se em realizar o estudo apenas com as mães que acompanhavam seus bebês, visto que permaneceram no hospital, cuidando e vivenciando todo o processo de internação, longe de casa, da família e de sua rotina. Desse modo, para os fins

deste estudo, nomearemos mãe, a acompanhante e responsável legal pelo bebê, podendo ser mãe biológica ou não, que exerce e exercerá a função dos cuidados maternos no hospital e após a alta.

A coleta de dados ocorreu no período entre 22 de fevereiro a 11 de maio de 2016. O estudo foi realizado por meio de grupo de mães dos bebês hospitalizados no setor de Neonatologia. O referencial teórico utilizado na realização dos grupos foram os estudos do pensador Enrique Pichón Riviére sobre Grupo Operativo. Foram realizados 12 grupos, os quais ocorreram semanalmente, com duração aproximada de uma hora e trinta minutos.

As mães que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão da amostra foram convidadas a participar do estudo. Durante todo período da coleta de dados, as mães dos bebês que foram sendo hospitalizados, segundo o critério para amostra, eram convidadas, assim totalizando 52 mães participantes. Desta maneira, em cada grupo realizado, foi permitida a presença de novos membros, assim como algumas mães (participantes da pesquisa) foram recebendo alta do hospital, ou não puderam participar de alguns grupos, devido a cuidados que realizavam com o bebê. Por isso os grupos tiveram um número mínimo de seis mães e máximo de 13 e foram coordenados pela primeira pesquisadora.

Para caracterização das participantes, foi aplicado um questionário contendo dados clínicos e demográfico, elaborado pelas autoras. Esse questionário foi respondido individualmente pelas mães e continha perguntas sobre elas e seus bebês. Para obtenção dos conteúdos dos grupos, foi realizada gravação por voz e posterior transcrição, além das observações e registros em diário de campo. O término da coleta se deu por saturação dos dados coletados segundo Fontanela et al. (2011), ou seja, quando não foi mais constatado nos Grupos Operativos elementos novos para subsidiar o estudo. Assim, os quatro últimos grupos não revelaram conteúdos novos e a coleta foi finalizada. Para análise, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), que consistiu na criação de categorias, as



quais obedeceu ao aparecimento de recorrência de conteúdos nas falas e sua intensidade, o que as tornaram relevantes, ou seja, o núcleo de sentidos que compôs uma comunicação

A pesquisa foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa e Extensão do HU-UFGD, com aprovação no dia 24 de setembro de 2015, e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFGD, via Plataforma Brasil, respeitando-se à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 CNS/MS sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado com o número de parecer consubstanciado 1.402.557. Somente após apreciação e aprovação, a coleta de dados foi iniciada. As participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mães menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), com a assinatura do consentimento de seus responsáveis.

### **Resultados e Discussões**

De acordo com os dados dos questionários respondidos pelas mães individualmente, pôde-se caracterizar o perfil delas. Assim, constatou-se o predomínio de “mães prematuras”, visto que 85% dos nascimentos ocorreram com menos de 37 semanas. O nível de escolaridade constatado foi baixo, 38% com ensino fundamental completo, 33% com ensino fundamental incompleto, 25% com ensino médio completo e 4% ensino superior completo. A maior parte trabalhava em casa, 62%, e, em empregos informais, 21%, os empregos formais foram 12%, e estudantes, 2%. Predominaram mães que viviam com o pai do bebê, 86%. A maioria das mães permaneceu 24 horas por dia no hospital, 73%, e as demais passavam todo o dia, indo apenas dormir em suas casas. Elas vivenciaram o puerpério com toda sensibilidade física e emocional desse período, visto que 100% eram mães biológicas, além de muitas delas, 60%, estarem se recuperando de uma cesariana.

Essas mães permaneceram na instituição hospitalar, acompanhando seu(s) bebê(s), não planejado para a maioria delas, 65%. A presença da crença em Deus foi constatada em todas as mães. Não se pode negar que essas mulheres dispunham de recursos internos para vivenciarem esse momento. Assim, os mecanismos saudáveis que foram abordados durante os grupos operativos realizados, os quais possibilitaram às mães superarem e/ou diminuir as dificuldades vivenciadas na hospitalização de seus filhos, serão discutidos nas seguintes categorias: a importância das relações estabelecidas dentro do hospital e das estratégias que as facilitam; a fé e aceitação do processo de hospitalização; o sentimento de amor e responsabilidade para com bebê; o apoio dos familiares e a internet e redes sociais.

Para fins deste estudo, as mães foram identificadas pela letra M maiúscula de mãe, seguida de numeração arábica, que vai até 52, obedecendo ao quantitativo de mães participantes, os números foram escolhidos obedecendo à ordem de adesão à pesquisa, exemplo, M1, M2...M52.

### **A importância das relações estabelecidas dentro do hospital e das estratégias que as facilitam.**

Essa categoria foi dividida em duas subcategorias: A importância dos relacionamentos positivos entre as mães e entre estas e a equipe do setor; O Grupo Operativo como estratégia de vinculação e cooperação.

#### ***A importância dos relacionamentos positivos entre as mães e entre estas e a equipe do setor.***

O relacionamento positivo entre as mães, ou seja, os novos vínculos de amizade que elas estabeleceram no convívio no hospital foram abordados por elas, em oito dos doze grupos, como benéfico na vivência do processo de hospitalização dos bebês. Essas mães permaneciam no ambiente hospitalar e vivenciavam situações muito semelhantes, o que

favoreceu a empatia e o apoio entre elas, fato que pode ser verificado nas seguintes falas: “*E uma mãe apoiar outra... isso é o que não me deixa ficar muito triste*” (M7); “*Uma dá força pra outra, uma compartilha o problema da outra*” (M35).

*quando eu cheguei aqui, quando eu olhei aqui, um monte de gente, um hospital imenso, eu entrei num desespero, falei “Meu Deus! como vai ser o atendimento, como eu vou ficar nesse alojamento, não conheço ninguém, como que vai ser?”. Nossa! Mas no outro dia, eu tinha feito amizade com todas elas, tanto amizade com as meninas da faxina, quanto com as mães que estavam no quarto né! E isso foi muito importante, então você vê assim que não é o fim, é o começo, é algo diferente que você passa a viver* (M1).

A formação de vínculos de amizades permitiu que passassem o tempo no hospital tendo com quem desabafar, chorar e sorrir; o bom humor entre elas e o companheirismo possibilitaram o alívio da dor, amenizaram as ansiedades e os medos (más notícias, morte do bebê, dentre outros) que acompanharam as mães naquele período. Esses benefícios podem ser confirmados nas falas: “*as meninas me ajudam, eu converso com todo mundo, essa daqui é minha companheira agora (apontando para M29)*” (M35); “*Distraí nas conversas da ordenha, não tem quem não se divirta*” (M45). “*Ri dos problemas, assim tenta aliviar o problema da outra*” (M31); “*Daí a gente começa a fazer piada das histórias, alivia aquele momento, naquela uma hora do dia, que a gente sempre faz isso*” (M30).

*Acho que o conforto, quem dá é quando a gente tá lá fora mesmo, a gente conversa, a gente dá risada, esquece um pouco sabe? a gente senta lá fora, a gente conversa, a gente ri, a gente vai contando as coisas uma pra outra e aí a gente vai, pelo menos tem uma hora do dia, que a gente se reúne, e aí a gente conversa, e aí a gente fica...* (M30).

As relações de amizades entre as mães, o diálogo e apoio entre elas, também são apontados em estudos com essa população, como mecanismo de superação das dificuldades

na vivência da hospitalização de seus bebês (Silva, Barroso, Abreu, & Oliveira, 2009; Monteiro, Pinheiro, & Souza, 2007; Roque & Carraro, 2015).

Os primeiros dias no hospital são vividos pelas mães, neste estudo e na literatura, como os mais difíceis, visto que estão sensíveis devido ao pós-parto e vivenciam o impacto da hospitalização, estranham o ambiente e o paciente, tendo que se adaptar à rotina do hospital (Donelli, 2011; Silva et al., 2009).

Corroborando esse pensamento, foi apontado pelas participantes como mecanismos de superação, o acolhimento das mães mais antigas às que chegavam ao hospital. Esse comportamento foi benéfico para as que receberam esse apoio no momento de maior estranhamento e fragilidade, quanto para as que acolheram, sentindo-se felizes e úteis em colaborar com as mães novas. *“As mais velhas ajudam as mais novas”* (M26); *“A gente fica tanto tempo aí, as outras que não sabem, que vão chegando agora, aí a gente começa a passar o plantão também pra elas e vai explicando”* (M26).

Pôde-se constatar implicitamente nos grupos com as participantes da pesquisa, o contentamento e satisfação quando ajudavam e acolhiam mães que acabavam de chegar.

Portanto, para essas mulheres que se encontravam longe de seus familiares em um momento de sensibilidade e medo, estabelecer novos laços, tendo uma rede de apoio dentro do hospital, foi apontado como fundamental para a saúde mental delas e para sua permanência no hospital, pois, além de terem companhia e ocuparem-se durante os dias, tinham apoio nos momentos difíceis do processo (Monteiro, Pinheiro, & Souza, 2007).

É importante receber apoio não só de outras mães, mas também de toda a equipe do setor, sendo apontado como fortalecimento emocional para elas.

*que nem eu essa semana, tive uma notícia ruim com meu filho e aí eu choro, choro, choro; daí vem a médica conversa, abraça, manda eu me acalmar e fica do meu lado até eu me acalmar, fica me abraçando. Outro dia recebe outra, aí vem outra médica, vem a fono me*

*abraça, me acalma, a psicóloga... daí você sente que tá acolhida sim, uma família, a família vem e te abraça né!? Ali também, abraça (M19).*

Outro aspecto do apoio da equipe, apontado no estudo como fator que permitiu às mães superarem o processo de hospitalização de seus filhos, foi a empatia e o carinho dos profissionais de saúde com elas e seus filhos, momento em que se sentiram compreendidas, cuidadas, permitindo-lhes a diminuição do cansaço físico e mental, fortalecendo-as nesse processo.

*você vê que elas têm um amor pelas crianças, que elas estão cuidando ali, é muito gostoso você ver assim, nossa! Como ela trata eu e meu filho “Ou, você vai descansar, você passou a noite sentada numa cadeira, pode deixar que eu dou o mamá do meio-dia” (M1).*

No andamento dessa fala, o grupo se emocionou e silenciou, pôde-se, assim, perceber a importância para as mães de serem compreendidas e cuidadas, e o papel fundamental que o profissional de saúde exerce nesse momento singular da vida dessas mulheres. Nota-se que pequenos gestos de compreensão e carinho fazem a diferença, contribuindo na saúde da díade mãe-bebê. Essa importância e carinho podem ser identificados na fala:

*Aqui no momento a minha família é a equipe, mães, médico, enfermeiras e psicóloga, todos, todos no momento pra mim é a minha família, por isso que eu falo, vou levar com carinho, com grande amor, não só na mente, como no meu coração (M1).*

Ainda se tratando do acolhimento dos profissionais de saúde, foi destacado, nos grupos e em registros em diário de campo, a importância do acompanhamento do serviço de psicologia para essas mães. Como a primeira pesquisadora é também psicóloga do setor, durante a coleta de dados, foram direcionadas a ela falas espontâneas que transmitiram *feedback* positivo sobre o trabalho individual e em grupo realizado pelo serviço de psicologia, lembrando que a pesquisa se propôs a levantar e discutir soluções saudáveis de superação das dificuldades da hospitalização, sem direcionar para nenhuma solução prévia. Dessas falas

temos: *“Quando eu não tô bem, eu gosto de conversar com a P (psicóloga), ela não fala pra mim “Fica calma! Vai passar! É normal”, ela me faz pensar, ela me faz perguntas e eu fico pensando, é diferente”* (M16).

*A partir do momento que você encontra uma pessoa que você sempre conversa, nossa! a sua vida muda, que nem assim, a partir do momento que eu sentei e conversei com ela (se referindo a psicóloga) minha vida dali...hoje minha vida é outra, eu pensava assim, nossa! Sabe quando você olha assim, você vai ouvindo um comentário diferente, um comentário aqui outro ali, uma coisa assim, que na minha cabeça ficou trabalhando, né* (M1).

Pode-se, pois, conjecturar que as relações positivas estabelecidas na vivência da hospitalização de um filho constituem uma estratégia de superação, diante do sofrimento e dificuldades desse processo.

### ***O Grupo Operativo como estratégia de vinculação e cooperação.***

Um dos objetivos do Grupo Operativo é a formação de vínculos e cooperação entre seus membros. Sendo assim, o GO foi apontado pelas mães como uma estratégia de superação na vivência da internação de um filho, por proporcionar momentos de interação entre elas, as quais encontraram um espaço acolhedor, em que puderam ser ouvidas, falando de seus sentimentos, desabafando e trocando experiências, aliviando a ansiedade e o sofrimento presentes nesse período. Esses benefícios podem ser visualizados nas falas a seguir:

*“Mas também é bom, a gente poder, né! Ficar conversando sobre esses assuntos, alivia também a gente”* (M15); *“Descarrega um pouco... o peso que está na gente, a gente dá uma descarregada, põe pra fora, a gente fica aliviada”* (M46); *“eu acho que tem que ser como o que tá tendo hoje, todo mundo podendo se expressar, já muda bastante!”* (M12). *“A gente sente até o leite descer”* (M26).

Estudos corroboram com esses pensamentos, ao considerarem a estratégia de grupo como ação que favorece discussões e estímulos a relações saudáveis entre seus membros, assim como o fortalecimento emocional e adaptação ativa a esse momento de vida (Ramalho et al., 2010; Duarte et al., 2013).

A realização dos grupos pode ser entendida como estratégia de humanização e cuidado, possibilitado às mães pela equipe, devendo ser estimulado. Estudos ressaltam a importância de ações de grupo para esse público, promovidas pelos profissionais de saúde, como espaço de acolimento e empoderamento dessas mulheres, beneficiando-lhes a relação com seus filhos (Ramalho et al., 2010; Duarte et al., 2013; Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006).

Desse modo, o Grupo Operativo foi considerado importante para as mães, devido aos benefícios no processo de acompanhamento dos bebês. Assim têm-se as falas:

*Eu gosto de vir aqui porque a gente desabafa, a gente ouve opiniões, sabe assim “Mãe eu faço isso, porque você não faz também?” Aí a gente se ajuda, é muito bom, eu gosto, eu nem vinha, tinha que resolver uma coisa, mas eu vim pra reunião e falei depois eu resolvo, liguei pra minha sobrinha e falei: “Não, vamos deixar pra sexta, que hoje tem uma reunião muito importante” (M35).*

É fundamental esse olhar sobre os grupos na perspectiva dos usuários no que tange aos profissionais, pois reafirma a importância de investir em ações no âmbito da saúde que proporcionem benefícios reais a seu público, assim como ressalta a validade do trabalho em grupo.

### **A fé e aceitação do processo de hospitalização**

Foi frequente na fala das mães, como superação, principalmente nos momentos mais difíceis e mais tristes desse processo, a fé em Deus e as orações. Notou-se que Deus é visto

como o “Ser” poderoso e onipotente, ele pode salvar o bebê, ele pode consolar as mães e até mesmo dar um sentido para esse momento que, muitas vezes, não é compreendido por elas.

Pode-se verificar nos depoimentos, a seguir, que Deus é visto como aquele que dá forças, consolo e esperança. *“Deus que nos mantém aqui né?! porque só Ele!”* (M16); *“Daí então, não se desespere, você tem que falar pra Deus ‘Está nas suas mãos’, entendeu? Porque não adianta se desesperar”* (M1); *“tenho fé em Deus, e Nossa Senhora Aparecida vai me permitir que já já eu vou levar eles pra casa”* (M40).

*Deus nunca dá um fardo que nós não podemos carregar, Deus te deu ela, ele vai te dar a capacidade, com certeza de cuidar dela... “Deus falou que você não é uma boa mãe? se ele te deu o prazer de ser mãe, você é uma mãe perfeita pro seu filho”* (M1).

Tais aspectos trazidos por essas mães também já foram encontrados em outros estudos com essa população, ou seja, Deus e a espiritualidade atuando como mecanismo de superação, para suportar o dia a dia da hospitalização e os medos, dando sentido para esse momento de sofrimento (Oliveira et al., 2013, Silva et al., 2009, Ramalho et al., 2010).

Na vivência de dificuldades, muitas mães refletem e buscam um significado divino para esse acontecimento, que normalmente é associado a algo positivo e de crescimento, contribuindo na aceitação desse processo:

*Deus, acho que manda outro filho pra gente aprender a ser do jeito que a gente não foi com os outros... O que Deus colocou na minha família, também decerto falou “Agora você vai ver o mundo de um jeito diferente e eu vou te ensinar de novo de um jeito diferente* (M16).

Aceitar ter um filho doente, hospitalizado, que na maioria dos casos corre risco de morte, não é um processo fácil. A espiritualidade foi observada como um dos recursos de aceitação, no entanto, independente da forma utilizada, percebeu-se nas falas das mães, como na observação delas, que a aceitação da condição do bebê, da necessidade de hospitalização e



de sua impotência em curá-lo, modificou o modo de encarar esse momento, diminuiu o sofrimento e proporcionou fortalecimento emocional.

*“Parece que depois que eu aprendi a aceitar passou tão rápido, hoje eu olho... gente três meses! não acredito que já tou tudo isso aqui já!” (M3); “A gente que é a mãe tem que aceitar, não adianta querer ir se não pode, eles precisam do leite” (M17); “a gente tem que olhar não só pra nossa agonia, não só nosso eu, e olhar a situação da criança que tá lá, porque, se ela tá lá, é porque ela precisa, precisa tanto daqueles aparelhos” (M18).*

*Verdade... e aceitar o que é né!?!... Tem gente que reclama, reclama, reclama, não vai adiantar nada ficar reclamando, os bebês precisam daquele monte de gente que tem ali... eles precisam... A gente sabe comer e andar sozinha... só que a gente também não sabe, igual a M1 falou, a gente não sabe pegar e curar eles, a gente fazer exames e tudo...eles precisam... (M16).*

A espiritualidade e aceitação funcionam como suporte para essa população, devendo ser incentivadas pelas instituições de saúde. Temos como exemplo no hospital em questão o funcionamento de um serviço de capelania, que consiste na visitação ao hospital de pessoas de diversas religiões cristãs, que realizam orações, leituras bíblicas e momentos de diálogos e reflexões aos pacientes e seus acompanhantes, funcionando como espaço onde as mães podem falar de espiritualidade e aceitar suas limitações.

### **O sentimento de amor e responsabilidade para com o bebê**

O amor materno não é um sentimento inato, mas sim construído no contato da mãe com seu filho, na relação com o bebê imaginado e, posteriormente, com o bebê real (Maldonado, 1997). Quando o vínculo se forma, mesmo em uma situação de hospitalização, favorece o amor materno, sendo fundamental na saúde mental da mãe e do recém-nascido,

assim como possibilita a superação da hospitalização do bebê, pois esse amor é visto como algo que fortalece e dá esperança. Esse fato pode ser observado na conversa das mães:

*“E aí igual eu falei, quanto mais demora, mais gostoso é quando você pega a primeira vez... porque daí você já tem aquele amor só de admirar, você não precisa cheirar, você não precisa” (M16); “A gente sabe que é da gente né!?” (M37); “Não tem coisa melhor, a gente até esquece o tanto de tempo que a gente demorou pra pegar” (M16); “O amor a gente pode ir construindo né!?” (M45).*

A presença das mães no hospital está vinculada aos filhos doentes; o sentimento de amor construído por elas durante a gestação e após o nascimento fica evidente nas falas delas como uma forma de solução para as dificuldades na hospitalização, visto que, diante do desejo de recuperação dos filhos, as mães enfrentam esse processo, tendo o amor como suporte emocional.

*É... a gente se mantém em pé por eles... você faz tudo por eles... hoje mesmo eu saí da sala, sentei ali no banco e comecei a pensar que não ia aguentar sabe? depois eu voltei, cheguei lá ele tava com o olhinho aberto e começa olhar, parece que as forças da gente devolve tudo, que nem um momento você pensou em desistir... eu fico o tempo que tiver, se eu tiver que ficar aí o tempo que for eu fico, porque a força da gente vem deles, a gente pode procurar a força em qualquer outra coisa, mas a força se a gente parar pra ver, vem deles, eles mesmos dão força pra gente (M23).*

*e que nem ela falou, a criança também dá força pra gente, porque, se não fosse por eles, a gente jogava tudo isso pro ar e ia embora, mas ele está aqui, precisa dos médicos, e a gente precisa deles, então a gente fica aqui o tempo que for... lógico, a vontade de estar em casa é enorme, mas, como ele tá precisando de mim... primeiro eu tenho que ficar aqui o tempo que for preciso, por causa dele... (M19).*

A responsabilidade e o amadurecimento que, muitas vezes, a maternidade traz, se fortalecem, pois existe um bebê que precisa de sua mãe e, por compromisso e amor a eles, tem-se que deixar a menina de lado e ser a mulher, a mãe.

*eu também entendo que agora é só a gente e os bebês, entendeu? Só, a gente é obrigada... chega uma hora que a gente é obrigada a ter força onde não tem, a crescer, e ser a mulher forte que tem que estar aqui pra passar força pra eles, sabe!?* (M16).

Portanto deve ser estimulado o contato das mães com seus bebês, a fim de facilitar o vínculo entre eles, promovendo saúde mental à díade.

### **O apoio dos familiares**

Outra fonte de suporte na superação das dificuldades desse momento são as famílias, tanto no apoio emocional dado às mães, como no auxílio externo ao hospital, cuidando de outros filhos, da casa, do financeiro, dentre outros. O suporte emocional pode ser representado nas seguintes falas: *“A família da gente é fundamental pra quem tá aqui”* (M32).

*Isso pra mim já é uma vantagem, porque meu marido e minha sogra estão 24 horas aqui (risos), toda hora da visita meu marido tá aqui, a assistente social autorizou a minha sogra a ficar nos intervalos dos dias pra mim descansar um pouco, então pra mim já é uma vantagem, até eu falo, se de fato... por mais que eu seja forte, se eles não tivessem aqui, eu acho que eu não tava resistindo, eu não tinha força pra...pra ficar aqui* (M46).

O apoio em casa, principalmente com outros filhos, é bem evidente e muito importante para que as mães possam permanecer no hospital: *“minha sogra falou ‘Eu vou fazer de tudo aqui pra você, pra mim te ajudar’. A minha sogra, ela tá ajudando, cuida dos meus filhos bem... a gente fica preocupada”* (M40).

Neste contexto, estudos corroboram que o apoio prestado pelas famílias, nas questões práticas e nas emocionais, pelo vínculo afetivo que possuem com as mães, são fundamentais,

permitindo que elas possam permanecer no hospital, ocupando-se dos filhos doentes (Silva et al., 2009; Carvalho et al., 2007).

### **A internet e as redes sociais.**

Essa é uma modalidade de superação, pouco falada, sendo apontada, de forma tímida, em 2 dos doze grupos, mas amplamente observada no dia a dia do hospital. Apesar do uso de celulares serem proibidos dentro dos setores, devido ao controle de infecção hospitalar, o uso pelos corredores do hospital, alojamento, pátio, dentre outros são vistos a todo o momento.

O hospital, cenário deste estudo, possui rede *wi-fi* liberada, e muitas mães utilizam seus celulares para se distraírem na internet, vendo vídeos, acessando as redes sociais, bate-papos, como uma forma de distração, entrando em contato com o mundo externo, vendo notícia, falando com amigos e familiares.

Nos grupos, houve as seguintes falas quando levantada a discussão sobre os mecanismos de superação utilizados pelas mães: “*Wi-fi (risos)*” (M45); “*Grupos do WhatsApp*” (M1).

É pertinente à instituição e aos profissionais de saúde pensarem em estratégias de auxílio a essas mães, também utilizando as ferramentas como a *internet*, visto que são fontes de distração e prazer dentro do hospital.

Assim, as soluções apresentadas nessa discussão, levantadas pelas mães nos grupos operativos e observadas em diário de campo, advindas de fontes diferentes, são fundamentais para a permanência saudável desse público, permitindo cuidarem e acompanharem seus bebês, evitando traumas que poderiam advir desse período de sofrimento, contando com recursos existentes e a elaboração de novos recursos.

## Conclusão

Devido ao conhecimento empírico da pesquisadora e aos achados da literatura, neste estudo supôs-se que a vivência da hospitalização de um filho é um momento de sofrimento e dificuldades para as mães, somados ao período do pós-parto em que se encontram.

Acreditando no potencial humano de superação de momentos difíceis, utilizou-se do Grupo Operativo proposto por Pichón-Riviére, como estratégia, a fim de possibilitar o fortalecimento dos recursos existente e a elaboração de novos recursos na solução e diminuição das dificuldades enfrentadas pelas mães nessa situação.

Neste estudo, constatou-se a hipótese levantada da existência de dificuldades e do potencial das mães em encontrar mecanismos que as permitiram suportar a vivência em um hospital acompanhando seus bebês doentes. Portanto a pesquisa trouxe alguns mecanismos de superação, mas muitos outros podem ser utilizados por mães que atravessam momentos semelhantes, sendo sugeridas novas pesquisas nessa área.

Assim, no estudo em questão, notou-se, através dos conteúdos verbais e não verbais trazidos pelas mães porta-vozes, que os gestos simples de acolhimento, amorosidade, empatia, representados por um olhar e um sorriso de um bebê, pela disponibilidade da técnica de enfermagem em dar o “mamá” ao recém-nascido reconhecendo o cansaço e esforço da mãe, por um abraço, uma piada, uma conversa, a presença da família, enfim, gestos humanos foram levantados como as principais fontes de solução, de alívio da dor e da ansiedade vivenciadas pelas mães em um momento tão importante e difícil de suas vidas.

Até mesmo a utilização de meios mais modernos como a *internet*, estavam igualmente relacionados ao contato pessoal, com pessoas distantes, externas ao hospital. O bom humor entre as mães e o entretenimento foram também colocados como importantes nesse processo, visto que a distração e o riso aliviam e desviam o foco da dor e do medo da perda, os quais atormentam as mães a todo o momento.

A figura de Deus apareceu em muitos discursos. No momento de impotência, fragilidade e incompreensão, esse “Pai” onipotente, que pode tudo e sabe tudo, proporcionou sentido, esperança e conforto, permitindo que esse período pudesse ser encarado como um tempo de reflexão e amadurecimento, pensamento que promove crescimento e evita traumas.

Pretendeu-se, pois, com este estudo: voltar a atenção do leitor às potencialidades do ser humano em obter mecanismos de superação em momentos difíceis, valorizando tais potencialidades; às mães que atravessam momentos semelhantes em suas vidas, que acreditem e valorizem os aspectos saudáveis de sua personalidade e sua capacidade de vivenciar momentos difíceis, buscando mecanismos de fortalecimento; às equipes de saúde, para que se sensibilizem com o momento difícil que essas mulheres vivenciam, promovendo ações de humanização e percebendo que pequenos gestos de empatia e acolhimento podem resultar em grandes efeitos de fortalecimento, bem-estar, influenciando diretamente na saúde física e mental dos bebês.

Este estudo também permitiu perceber os benefícios das estratégias grupais como espaço de expressão, discussão e elaboração, possibilitando adaptação ativa de seus membros à realidade que vivenciam, podendo ser implantados em setores Neonatais, assim como em outros espaços da saúde.

Pôde-se destacar igualmente, nos conteúdos trazidos pelas mães, a validade da atuação do serviço de psicologia como suporte, valorizando a prática desse profissional dentro do ambiente hospitalar. Assim, defende-se a necessidade da humanização no atendimento e do trabalho em equipe, reconhecendo a importância de cada profissional e do ser humano em toda sua complexidade física, subjetiva, social e espiritual.

### **Referências**

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

- Becerra, G. (2015). Enrique Pichon-Rivière: los orígenes de la psicología social argentina. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 5 (1).  
Recuperado de <http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecs05n01a04>
- Berstein, M. (1986). Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In L. C. Osório (Org), *Grupoterapia hoje* (p. 108-132). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bleger, J. (2011). *Temas de psicologia: entrevista e grupos* (4º ed.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes.
- Buarque, V., Lima, M. C., Scott, R. P., & Vasconcelos, M. G. (2006). O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *Jornal de Pediatria*, 82(4), 295-301. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000500012>
- Carvalho, A. L., Reis, A. C., Dias, F. R., Monteiro, M. A., & Pinheiro, A. K. (2007, janeiro/abril). Sentimentos de puérperas com bebês hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista RENE*, 8(1), 26-31.
- Cruz, A. R., Oliveira, M. M., Cardoso, M. V., & Lúcio, I. M. (2010). Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1):133-139. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>
- Donelli, T. M. (2011). Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(4), 228-241.
- Duart, E. D., Dittz, E. S., Silva, B. C., & Rocha, L. L. (2013). Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. *Revista RENE*, 14(3), 630-638.  
Recuperado de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1397>

- Engel, G. I. Pesquisa-ação. *Educar*, (16):181-191. Recuperado de:  
[http://www.educaremrevista.ufpr.br/arquivos\\_16/irineu\\_engel.pdf](http://www.educaremrevista.ufpr.br/arquivos_16/irineu_engel.pdf)
- Esteban, R. G. (2016, abril). Concepción Operativa de Grupo y Psicoterapia Grupal Psicoanalítica Operativa. *Psicología Grupal, Análisis Institucional – Escuela Pichón-Riviére*. Recuperado de <http://documents.mx/documents/gomez-esteban-concepcion-operativa-de-grupo-y-psicoterapia-grupal-psicoanalitica.html#>
- Fontanella, B. J., Luchesi, B. M., Saidel, M. G., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011, fevereiro). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Caderno de Saúde Pública*, 27(2), 389-394.
- Gayotto M L, (Org.). (2001). *Trabalho em grupo: ferramentas para mudanças* (2º ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Iungano, E. M. (2009). A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. *Pediatria Moderna*, 45(1), 26-30.
- Konder, L. (2008). *O que é dialética* (Coleção primeiros passos, 25º ed.). São Paulo, SP: Brasiliense.
- Lopes, A. F., Dittz, E. S., Madeira, L. M., & Bonazzi, V. C. (2010). Humanization of childbirth care: the history of Hospital Sofia Feldmanl. *Revista Tempus Actas de Saúde*, 4(4), 201-208. Recuperado de  
<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/847>
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério* (14º ed.). São Paulo, SP: Saraiva.
- Monteiro, M. A., Pinheiro, A. K., & Souza, A. M. (2007). Vivência de puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados. *Escola Anna Nery*, 11(2), 276-282. Recuperado de  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000200014>



- Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I., & Corrêa, D. (2013, janeiro/março). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery*, 17(1), 46-53. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>
- Oliveira, L. M., Medeiros, M., Barbosa, M. A., Siqueira, K. M., Oliveira, P. M., & Munari, D. B. (2010). Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 429-436. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>
- Pereira, T. T. (2013). Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Revista SPAGESP*, 14(1). 21-29. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702013000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000100004).
- Pichón-Rivière, E. (2012). *O processo grupal* (8º ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Pichón-Rivière, E. (2007). *Teoria do Vínculo* (7º ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Ramalho, M. A., Kochla, K. R., Nascimento, M. E., & Peterline, O. (2010, julho). A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 10(1), 7-14.
- Roque, A. T., & Carraro, T. E. Narrativas sobre a experiência de ser puérpera de alto risco. (2015, abril/junho). *Escola Anna Nery*, 19(2), 272-278. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0272.pdf>
- Sá, F. B. (2011). *A relação mãe-bebê prematuro intermediada pelo método canguru vista à luz da teoria de Winnicott*. Dissertação de mestrado. Instituto de ciências humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Silva, M. A., Barroso, M. G., Abreu, M. S., & Oliveira, S. H. (2009, dezembro). Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. *Revista Referência*, (11), 37-46.

Souza, N. L., Araújo, A. C., Costa, I. C., Carvalho, J. B., & Silva, M. L. (2009, setembro/outubro). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de enfermagem*, 62(5), 729-733. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/13.pdf>

## 6. GUIA PRÁTICO DE ACOLHIMENTO

### GUIA PRÁTICO DE ACOLHIMENTO PARA PROFISSIONAIS DE NEONATOLOGIA

### ORGANIZADORAS



Leidimara Cristina Zanfolim

Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Fabiane Melo Heinen Ganassin

**DOURADOS**

**2017**

## ORGANIZADORAS

### **Leidimara Cristina Zanforlim**

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM/ Maringá - PR). Especialista em Avaliação Psicológica pela Faculdade do Vale do Itajaí-Mirim e em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, pelo Hospital Sírio-Libanês. Mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS/ Dourados - MS). Psicóloga na área hospitalar e preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU – UFGD/ Dourados - MS)

Ficha catalográfica

### **Ednéia Albino Nunes Cerchiari**

Graduada em Psicologia (FUCMT/ Campo Grande - MS). Especialista em Psicologia Clínica e Psicanálise (CESULON/ Londrina - PR). Mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica (ISPA/ Lisboa - Portugal). Doutora em Ciências Médicas - Área: Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/ Campinas - SP). Psicanalista pela Sociedade Psicanalítica de Mato Grosso do Sul. Docente no curso de Medicina e no Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual

de Mato Grosso do Sul (UEMS/ Dourados - MS).

**Fabiane Melo Heinen Ganassin**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM/ Maringá - PR). Mestre em Saúde Coletiva (UFMS/Campo Grande - MS), Doutora em Educação (UNICAMP/ Campinas - SP). Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS/ Dourados - MS).

**AGRADECIMENTOS**

Agradecemos em especial às mães participantes da pesquisa, que apesar de vivenciarem um momento singular de suas vidas, aceitaram doar seu tempo e sua história, na realização desse estudo. Agradecemos também ao Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU- UFGD), por permitir a realização dessa pesquisa em seu espaço; a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), principalmente ao Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde, pela idealização e concretização dessa proposta de ensino, relevante na qualificação de profissionais de saúde e conseqüentemente de seus serviços, cumprindo seu papel social.

## SUMÁRIO

### **I APRESENTAÇÃO..... XX**

### **II PERGUNTAS E RESPOSTAS .....XX**

1. O que é o puerpério?.....xx
  - 1.1 Quais aspectos emocionais estão presentes no puerpério?.....xx
  - 1.2 O que acontece no puerpério de uma mulher que tem um bebê doente e hospitalizado?.....xx
  - 1.3 Qual a importância da equipe de Neonatologia nesse momento?.....xx
2. Qual a primeira reação da mãe diante de um bebê enfermo? .....xx
  - 2.1 Como a equipe de saúde pode ajudar as mães nesse momento?.....xx
3. Que lugar é esse que o bebê está?.....xx
  - 3.1 Como a equipe de saúde pode ajudar nesse momento? .....xx
4. O que é acolhimento?.....xx
  - 4.1 Por que acolher as mães?.....xx
5. O que as mães sentem quando estão com seus bebês internados?.....xx
  - 5.1 Sentimento de frustração.....xx
    - 5.1.1 O que pode ser feito para ajuda-las a superar essa frustração?.....xx
  - 5.2 Sentimento de culpa.....xx
    - 5.2.1 Como a equipe de saúde pode ajudar essas mães?.....xx
  - 5.3 Sentimento de impotência .....xx
    - 5.3.1 Como a equipe de saúde pode ajudar?.....xx
  - 5.4 Medo da morte .....xx

- 5.4.1 O que pode ajudar a diminuir esse sofrimento das mães?.....xx
- 5.5 Saudade de casa e da família .....xx
  - 5.5.1 Como a equipe de saúde pode ajuda-las nesse momento? .....xx
6. Qual a importância do vínculo mãe-bebê?.....xx
  - 6.1 Como o vínculo entre mãe-bebê acontece? .....xx
  - 6.2 Como a equipe de saúde pode ajudar na construção desse vínculo? .....xx
7. Qual a importância da equipe de saúde?.....xx
  - 7.1 Como a equipe pode contribuir na saúde mental da mãe e do bebê? .....xx
8. O que pensam as mães sobre a Unidade de Cuidados intermediários? .....xx
  - 8.1 Como a equipe de saúde pode ajudar? .....xx
9. Qual o papel da mãe na Unidade de Cuidados Intermediários?.....xx
  - 9.1 Como a equipe de saúde pode contribuir? .....xx
10. Qual a importância da família? .....xx
  - 10.1 Como a família reage a ausência da mãe em casa? .....xx
  - 10.2 Como a equipe de saúde pode contribuir com as mães e suas famílias?.....xx
11. Qual a importância do relacionamento entre as mães? .....xx
  - 11.1 Como a equipe de saúde pode estimulá-las? .....xx

|   |  |
|---|--|
| 12 A estrutura e organização hospitalar interferem na saúde mental das mães?.....xx |  |
| 12.1 Como a equipe de saúde pode contribuir? .....xx                                |  |
| 13 A rotina hospitalar interfere na saúde mental das mães? .....xx                  |  |
| 13.1 Como a equipe de saúde pode ajudar? .....xx                                    |  |
| 14 O bebê está de alta, e agora? .....xx  |  |
| 14.1 Como a equipe de saúde pode ajudar na alta? .....xx                            |  |
| <b>III CONSIDERAÇÕES FINAIS .....XX</b>   |  |
| <b>IV REFERÊNCIAS.....XX</b>  |  |

## APRESENTAÇÃO

Este Guia de Acolhimento é direcionado a todos os profissionais de saúde dos setores hospitalares de Neonatologia, com a finalidade de dar voz às mães que acompanham seus bebês no hospital, no que se refere aos sentimentos e às dificuldades que elas vivenciam no período da hospitalização de seus filhos; às soluções que elas próprias encontraram para amenizar essas dificuldades e as sugestões de melhoria da permanência delas no hospital.

Portanto esse Guia traz o olhar das usuárias dos serviços de saúde, para que, na perspectiva delas, a instituição e os profissionais dos setores possam direcionar ações de humanização efetivas para essa população, levando em conta o atendimento integral ao recém-nascido.

O conteúdo presente neste Guia Prático foi fruto de uma pesquisa de mestrado do Programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), intitulada “Sentimentos e Dificuldades vivenciados pelas mães de bebês hospitalizados: Mecanismos de superação na perspectiva materna”.

Os dados para a construção do Guia foram obtidos por meio da realização de 12 encontros com as mães participantes da

pesquisa, na modalidade de Grupo Operativo, que consiste em uma ideologia de trabalho grupal, proposta pelo psicanalista Henrique Pichón-Riviére.

Esse material foi elaborado pela pesquisadora Leidimara Cristina Zanfolim, sob a orientação da Professora Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari e Co-orientação da professora Dra. Fabiane Melo Heinen Ganassin.

Tal pesquisa cumpriu com todos os preceitos éticos. Foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), local da pesquisa, ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFGD, sendo aprovada no dia 03 de fevereiro de 2016 com o número de parecer consubstanciado 1.402.557.

O conteúdo deste Guia foram trazidos pelas mães, participantes da pesquisa, e serão apresentados em forma de perguntas, com a presença de ilustrações, a fim de tornar mais didático e de melhor compreensão, servindo como um material educativo para a capacitação das equipes em neonatologia, promovendo a qualificação integral dos cuidados mãe-bebê.

## PERGUNTAS E RESPOSTAS

### 1. O que é o puerpério?

Período vivenciado por uma mulher, que ocorre logo após o nascimento de seu bebê e vai até por volta dos três meses. Nesse período, há a recuperação física e emocional do parto, carregado de intensas mudanças psicológicas e do papel social da puérpera (GIARETTA; FAGUNDES, 2015).

#### 1.1 Quais aspectos emocionais estão presentes no puerpério?

Inúmeras são as reações emocionais que acompanham o puerpério, visto que é um momento de fragilidade psicológica da mulher. Nesse período, ela revive emocionalmente toda sua história, sua infância, as relações com seus cuidadores, assim como revive situações traumáticas e mal resolvidas. Todas essas lembranças e sentimentos vêm à tona nesse momento (MALDONADO, 2002).

Portanto o que acontece à mulher após o parto é um momento carregado de emoções, confusões, estranhamentos, dentre outros sentimentos. A mulher não é mais a mesma, seu corpo não é mais o mesmo, ela agora tem um bebê que chora, que é totalmente dependente e que ela tem que cuidar. Esse cuidado despende-lhe uma



energia muito grande, e ela já se encontra fragilizada (MALDONADO, 2002).

Devido às mudanças presentes com o nascimento do bebê, a puérpera regride, ou seja, ela passa a reviver inconscientemente o bebê que foi, para poder entender o bebê que gerou, funcionando de forma adulta e infantil ao mesmo tempo. Com isso, ela se torna mais sensível e emotiva, sentindo maior necessidade de atenção e cuidado (SOIFER, 1992, OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012). Logo, irritabilidade, choro frequente, tristeza, carência são algumas das manifestações emocionais presentes no puerpério.

## **1.2 O que acontece no puerpério de uma mulher que tem um bebê doente e hospitalizado?**

Como vimos, o puerpério é um período presente na vida de todas as mulheres que tiveram filho, independente do desejo, do planejamento e/ou do apoio que possuem, sendo considerada uma fase de crise da vida humana. No entanto, quando esse período é acompanhado de uma crise externa, ou seja, quando possui intercorrências, como complicações durante a gestação e/ou parto, nascimento do bebê com alguma patologia, necessitando da internação em Unidades Neonatais, torna-se ainda mais crítico e problemático para a

puérpera e também para sua família (SZEJER; STEWART, 1997, ERIKSON, 1998).

Devido ao risco de morte, instabilidade do quadro clínico e incertezas quanto ao futuro do recém-nascido, vários sentimentos e dificuldade surgem nesse momento, resultando em desajustes e danos à saúde física e mental da mãe e, conseqüentemente, de seu bebê (BARROSO; PONTES; ROLIM, 2015). Assim, toda a crise do período puerperal é intensificada, exigindo muito da mãe, que se torna ainda mais frágil.

Como cada mulher enfrentará esse período, vai depender de diversos fatores, como a personalidade dela, sua história de vida, fatores sociais, apoio da família, dos amigos e da equipe de saúde, dentre outros.

## **1.3 Qual a importância da equipe de Neonatologia nesse momento?**

A equipe de Neonatologia, conhecendo as características desse período da vida de uma mulher que acompanha seu bebê internado, e dos sentimentos e comportamentos que predominam nesse momento, tem um papel de extrema importância de apoio e empatia, o que pode resultar na diminuição do sofrimento delas, interferindo no aumento de sua autoconfiança em ser mãe, permitindo, assim, que a puérpera possa exercer melhor

sua função materna, contribuindo com a saúde do bebê.

## **2. Qual a primeira reação da mãe diante de um bebê enfermo?**

Durante toda a gestação, e até mesmo anteriormente a ela, a mãe normalmente junto com a família imagina como seu filho será, o rostinho, o pezinho, o temperamento, dentre outros. Diante da enfermidade e hospitalização do bebê, o primeiro impacto é o estranhamento, visto que o bebê real normalmente é diferente do bebê sonhado e imaginado, pois pode ser bem pequeno, mal formado, inchado, está em um lugar estranho, cheio de fios e aparelhos. Esse primeiro impacto causa sofrimento e poderá interferir na relação da mãe e de seu bebê (BRASIL, 2011, DONELLI, 2011).

Um comportamento comum diante desse sentimento é a dificuldade de contato com o bebê e, até mesmo, certa resistência em estar presente na unidade acompanhando-o. Essa resistência também pode vir somada ao medo da morte do recém-nascido.

### **2.1 Como a equipe de saúde pode ajudar as mães nesse momento?**

As mães necessitam de apoio e compreensão, uma vez que o estranhamento

do bebê é algo natural, até mesmo em casos de recém-nascidos que nascem saudáveis, o imaginado normalmente difere do real.

O diálogo, a aceitação e o estímulo ao contato mãe-bebê, respeitando o estado emocional dela, podem ajudar a mãe a superar esse estranhamento e aprender a se relacionar com o “novo” bebê, o real.

## **3. Que lugar é esse em que o bebê está?**

O hospital e principalmente as Unidades de Neonatologia são estranhos para a grande maioria das mães, as quais não conhecem seu funcionamento e os equipamentos, definindo-os como “negocinho”, “mangueirinha”, por exemplo. Elas também não entendem a linguagem dos profissionais, que é especializada.

Por conseguinte, cada alarme, cada aparelho novo que veem em seu bebê são motivos de desespero e medo. Assim, o ambiente de uma Unidade de Neonatologia é visto como estranho e assustador para as mães, levando a comportamentos de desajustes e aumento da ansiedade. Esses sentimentos e comportamentos, diante do ambiente hospitalar neonatal, interferem na saúde mental da mãe, em sua produção de leite e na relação que ela estabelece com seu bebê.

### **3.1 Como a equipe de saúde pode ajudar nesse momento?**

Acolhendo, ouvindo as principais dúvidas e angústias das mães e de suas famílias, orientando sobre o setor, seus principais aparelhos e seu funcionamento, assim como abordando os pais a cada procedimento e aparelhos novos que o bebê terá que realizar e utilizar. É importante não se esquecer de que, expressões e rotinas comuns à equipe, visto que estão presentes no seu dia a dia, não são conhecidas da mãe, por isso a linguagem não deve ser técnica e, sim, acessível a cada família, respeitando sua cultura e nível de conhecimento.

Dessa forma, a mãe poderá expressar suas dúvidas, conhecer e desmistificar o ambiente, diminuindo o nível de ansiedade e estresse, podendo, assim, ocupar-se do carinho e cuidados com seu bebê.

## **4. O que é acolhimento?**

Seguindo a Política Nacional de Humanização (PNH), acolhimento é o ato de acolher, aproximar-se, aceitar, estar com e dar ouvidos. O acolhimento requer uma postura ética e reconhecimento do usuário como protagonista do processo de saúde. Acolher não requer local específico nem se restringe a uma determinada técnica, destinada a um determinado setor ou a um

profissional específico, mas, sim, faz parte de todo o processo de saúde e doença, com foco no usuário (BRASIL, 2010).

Assim, acolher é ouvir, relacionar-se com o usuário, com empatia, colocando-se no lugar do outro, respeitando os conhecimentos e singularidades de cada um (GUERRERO et al. 2013).

## **4.1 Por que acolher as mães?**

O acolhimento é muito importante para as mães. Quando os profissionais se aproximam, escutam-nas com empatia, dialogam, orientam sobre as características do setor e dos procedimentos, as mães sentem-se cuidadas, entendem onde estão, porque seu bebê está ali, qual seu papel dentro desse ambiente.

Portanto o ato de acolher é extremamente benéfico à saúde mental da mãe e do bebê, pois diminui ansiedades e estresses, assim como o sofrimento e o estranhamento do momento em que estão vivendo, proporcionando um relacionamento positivo e de respeito entre a equipe e as mães.

## **5. O que as mães sentem quando estão com seus bebês internados?**

### **5.1 Sentimento de frustração**

O sentimento de frustração, normalmente, vem logo após a constatação de que está gerando ou que gerou um bebê com alguma patologia e que não poderá ir com ele para casa, pois ele permanecerá internado no hospital, em busca da recuperação da saúde.

Um bebê que nasce enfermo, fora do desejo e expectativa da mãe, que não pode ser levado e cuidado em sua casa e apresentado a sua família e amigos, frustra a expectativa de sua mãe. Essa frustração é vivida de várias maneiras e normalmente a puérpera pode apresentar-se triste, muito chorosa, agitada e até mesmo irritadiça. Muitas querem um porquê, um sentido para esse acontecimento, com isso, podem apresentar dificuldade de aceitação e revolta. No entanto todas essas reações expressam o sofrimento dessas mulheres, na medida em que veem frustrado o sonho da maternidade “perfeita” e de gerar filhos saudáveis.

Quando as mães realizaram todos os cuidados na gestação, e seu bebê nasce necessitando de hospitalização, a frustração e inconformidade ficam mais acentuadas, visto que se sentem injustiçadas pela vida.

### **5.1.1 O que pode ser feito para ajudá-las a superar essa frustração?**

Brigar com a vida e se desesperar não irá mudar o que ocorreu; portanto a

aceitação da realidade é a melhor solução para as mães. Estar presente com o bebê, cuidando-o juntamente com a equipe, ajuda a aceitar, assim como a espiritualidade, tanto como consolo, quanto como uma maneira de encontrar um sentido e uma compreensão mais nobre, como por exemplo, um ensinamento e/ou propósito de Deus. Como a espiritualidade traz conforto, podendo ser entendida como mecanismo de superação, essa prática pode ser estimulada pela instituição hospitalar, por meio de serviços de capelania, por exemplo.

## **5.2 Sentimento de culpa**

A culpa é um sentimento presente em praticamente todas as mães com filhos hospitalizados. Elas se sentem responsáveis pelo estado de saúde da criança, mesmo que tenha realizado todos os cuidados durante a gestação, pois entendem que a responsabilidade de gerar é delas e, se algo aconteceu nesse processo, é sua culpa e de seu corpo que não o gerou saudável (OBEIDAT et al., 2009).

Portanto a culpa não está associada necessariamente com algo real que a mãe possa ter feito ou deixado de fazer nos cuidados com a gravidez, estando mais presente, de acordo com a personalidade de cada mulher.

Outro aspecto da culpa está relacionado com a ambivalência, ou seja,

sentir amor e hostilidade para com a mesma pessoa. Esses sentimentos são comuns em todas as relações humanas, até mesmo entre mães e filhos; no entanto nossa sociedade, por questões morais, reprime a expressão dos sentimentos hostis, mas eles não deixam de existir e apenas são negados e/ou não revelados.

Assim, quando a mãe tem algum sentimento hostil com seu bebê, como por exemplo, “Mama logo!”, “Respira sozinho!”, “Larga esse tubo!”, “Melhora logo pra irmos pra casa!”, “Perdeu peso de novo!”, normalmente é acometida por muita culpa, devido a tais questões morais (SOIFER, 1992, IUNGANO, 2009). Ela se questiona: Como posso sentir hostilidade por um filho doente e hospitalizado?

### **5.2.1 Como a equipe de saúde pode ajudar essas mães?**

Primeiramente a equipe deve entender que a hostilidade é parte da natureza humana e que isso não faz da mãe uma pessoa ruim, para que assim os profissionais possam aceitar os sentimentos delas e ajudá-las a compreender e aceitá-los também, dando espaço para a expressão verbal, sem julgamentos.

### **5.3 Sentimento de impotência**

A impotência é outro sentimento presente no dia a dia de uma mãe que acompanha seu bebê internado. Esse sentimento surge pelo fato de a mãe presenciar seu bebê em um hospital, recebendo procedimentos invasivos, como punção, aspiração, dentre outros; vê-lo muitas vezes passar por alguma intercorrência, sentir dor, fome, quando em dieta zero para algum procedimento, e não poder livrá-lo de passar por esses momentos, assim como não ter poder de curá-lo e, até mesmo, não ter conhecimento técnico para realizar procedimentos que ele necessita nesse momento.

Outro fato que desperta a impotência é não poder cuidar de seu filho a sua maneira, mas, sim, ter que se submeter às regras do hospital, do que podem fazer, como e quando, não podendo exercer livremente sua maternagem. Assim, as mães sofrem e, em alguns casos, sentem-se distantes dos filhos, como se eles não pertencessem a elas, mas ao hospital e à equipe de saúde, a qual, por ser especializada, realiza procedimentos neles, podendo pegá-los, cuidá-los, estando muitas vezes, principalmente na UTI Neonatal, mais próximas dos recém-nascidos do que as próprias mães (BRASIL, 2011, OCAMPO, 2013, SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010).

No entanto esse sentimento afasta a mãe de seu bebê, pois ela se considera,

nesse momento, menos importante para ele em relação à equipe, interferindo na construção do vínculo entre ambos.

### **5.3.1 Como a equipe de saúde pode ajudar?**

Apesar de as mães não terem conhecimento e não poderem realizar os procedimentos técnicos, muito podem fazer para seu bebê. Estimular a presença delas e das famílias, assim como a participação mais ativa nos cuidados, diminui a impotência e o sentimento de considerar-se menos importante para seu filho em relação à equipe.

O estímulo ao contato e participação da mãe é necessário desde o começo da internação, permitindo aos pais livre acesso às unidades e, não, serem apenas visitantes.

Portanto esses pais necessitam ser incluídos, participando, pois são os responsáveis pelo recém-nascido e vão continuar com os cuidados em casa. Essa inclusão deve envolver a família e a equipe. A importância do envolvimento das mães está no estímulo à construção do vínculo de amor entre ela e o bebê, contribuindo para o empoderamento e confiança nos cuidados com o mesmo, o que repercute na saúde do recém-nascido e na diminuição das reinternações.

## **5.4 Medo da morte do bebê**

O medo de perder seu bebê, medo da morte dele, acompanha as mães durante todo processo de internação e até mesmo após a alta. Ele existe devido à enfermidade, acompanhada da internação do recém-nascido e da incerteza quanto ao seu futuro. Diante de alguma intercorrência, por menor que seja, esse medo é intensificado.

Podemos dizer que esse sentimento é um dos que mais causam sofrimento às mães e que mais as deixam tristes e sensíveis. Ele está presente em todo momento, assim como o temor diário de receber uma má notícia, tanto da piora do estado clínico, quanto da morte.

O medo da morte leva a um estado de tensão, ao aumento da ansiedade, da angústia, da perda ou excesso de sono, da perda do apetite, dentre outros.

### **5.4.1 O que pode ajudar a diminuir esse sofrimento das mães?**

Nesse período, elas necessitam de acolhimento, cuidado e compreensão. Falar sobre seu medo, tanto individualmente, como em grupo, ajuda a aliviar a dor; elas podem expressar seus sentimentos, seus medos, desabafando e realizando trocas com as outras mães que vivenciam situação semelhante. A espiritualidade também foi apontada como solução para o medo presente, assim como a presença da família e de entes queridos.

Portanto a equipe pode contribuir acolhendo e proporcionando espaços de encontros e expressão dos sentimentos, como em grupos de apoio, terapêuticos, dentre outros; assim como facilitando o acesso das famílias ao hospital e às Unidades.

### **5.5 Saudade de casa e da família**

Em hospitais de referência regionais, normalmente encontram-se mães alojadas, longe de suas casas e de suas famílias; até mesmo as mães do município permanecem na instituição, pois necessitam alimentar e cuidar de seus bebês.

Assim, essas mulheres tem a necessidade de frequentarem as Unidades Neonatais, até mesmo por meses, longe de sua família, vivendo sob a rotina de uma instituição hospitalar. Devido a esse isolamento familiar e social que vivenciam, a tristeza e saudade de sua casa, de sua rotina e de sua família é grande, causando solidão.

Quando há a presença de outros filhos, a saudade e tristeza se intensificam e somam-se à preocupação e até mesmo ao sentimento de negligência, ou seja, cuidando do bebê hospitalizado, negligencia o filho que está em casa. Mesmo sabendo da necessidade de sua presença, acompanhando o bebê doente;

esses sentimentos prevalecem, sendo causa de sofrimento para as mães.

#### **5.5.1 Como a equipe de saúde pode ajudá-las nesse momento?**

Reconhecendo a importância da família, incentivando e facilitando sua presença e participação nas Unidades. Permitir a presença constante do pai, assim como avaliar os casos de mães com outros filhos em casa, realizando um planejamento para que elas possam também estar presentes com esses outros filhos. Essas ações contribuem na diminuição da ansiedade e tristeza das mães, no aumento da produção de leite e na disponibilidade emocional delas com seus bebês.

### **6. Qual a importância do vínculo mãe-bebê?**

Os seres humanos não nascem prontos, eles necessitam de outra figura humana, que atenda a suas necessidades físicas e de afeto, para que possa se desenvolver e se tornar uma pessoa saudável. Com o toque, a fala, o amor, o bebê vai se desenvolvendo psicologicamente, entendendo que ele não é o mundo, e, sim, que faz parte do mundo; ele vai descobrindo seu corpo, vai aprendendo o que é certo, errado, enfim, vai

tornando-se um indivíduo independente (WINNICOTT, 1983).

Os primeiros dias de vida e as primeiras relações (do bebê com a figura materna) são importantes para o desenvolvimento mental e psicológico saudável da criança, que repercute na saúde física. Segundo a psicanálise, a raiz de muitas doenças psiquiátricas está na vivência de situação traumática nos primeiros anos de vida (FREUD, 1896).

Logo, a mãe, através do cuidado e vínculo de amor com seu filho, contribui na recuperação do estado clínico e no desenvolvimento saudável dele. Portanto, em neonatologia, não podemos falar de saúde do bebê, sem incluirmos a mãe e a família.

### **6.1 Como o vínculo entre mãe-bebê acontece?**

O vínculo de amor da mãe com seu bebê não é algo inato, mas sim construído na relação e contato entre ambos. Para o desenvolvimento dessa relação de afeto entre mãe e filho, eles devem estar próximos, interagindo de forma tranquila e constante (MALDONADO, 2002).

Em setores de neonatologia, a mãe normalmente passa por momentos de estresse, devido ao ambiente ser agitado, não poder pegar seu filho, não poder tocá-lo, visto que o toque vem acompanhado do

perigo de transmissão de infecção, alguns cuidados que a mãe pode realizar são feitos seguindo normas e horários do hospital, além de que a possibilidade da morte do bebê está sempre presente. Esses fatores interferem na espontaneidade mãe-bebê e podem prejudicar a construção de um vínculo afetivo.

### **6.2 Como a equipe de saúde pode ajudar na construção desse vínculo?**

Primeiramente é importante a equipe conhecer e entender a importância do vínculo afetivo da mãe com seu bebê para a saúde dele, tanto na recuperação de seu estado clínico atual, quanto para seu futuro, assim como compreender que este é um processo e deve ser construído.

Desse modo, a equipe pode contribuir muito nesse momento: Acolhendo e encorajando a mãe no toque e nos cuidados com o recém-nascido, reforçando a importância dela nesse processo com empatia, permitindo e incentivando sua presença e participação junto ao bebê em todo processo de internação, estimulando a utilização da posição canguru, assim que o bebê estiver clinicamente apto. Esses comportamentos contribuem com a construção da relação afetiva entre ambos (BRASIL, 2011).

Portanto é de suma importância que a equipe sirva de suporte à mãe que possui



dificuldades de se vincular a seu filho; uma atitude de acolhimento e apoio a essas mulheres nesse momento contribuirá significativamente para a saúde e desenvolvimento do bebê, colaborando com a promoção da saúde mental e ampliando as possibilidades da construção de um adulto saudável.

## **7. Qual a importância da equipe de saúde?**

A mãe que tem um bebê doente necessita permanecer no hospital acompanhando-o. Nesse momento, os profissionais de saúde são as pessoas do convívio diário dessas mulheres, estando mais próximas delas do que sua própria família e amigos.

Esses profissionais, além de estarem próximos em um momento de sensibilidade e sofrimento das mães, também são as pessoas que realizam cuidados no bebê, os quais elas não são capazes de realizar, por serem cuidados técnicos.

Portanto o apoio, o carinho e empatia dos profissionais da equipe foram apontados pelas mães como muito positivos, acalmando-as, dando esperança, saúde mental, diminuindo o estado de tristeza e solidão.

O cuidado humanizado e carinho dos profissionais com os bebês, igualmente, são vistos como positivos, levando aos

sentimentos de felicidade e bem-estar, sendo considerado até mesmo como incentivo e exemplo às mães nos cuidados com os bebês e na aproximação de ambos.

## **7.1 Como a equipe pode contribuir na saúde mental da mãe e do bebê?**

O diálogo e a empatia são fundamentais; no dia a dia do serviço é muito benéfica para a saúde mental da puérpera a recepção acolhedora por parte da equipe, ouvindo-as, tirando suas dúvidas e orientando sobre o setor e a importância dela junto ao bebê. A sensibilidade com o momento que a mãe está passando, ajudando no início dos primeiros cuidados com o bebê, auxiliando-as, e permitindo que descanse quando necessário, diminui estresse e sofrimento.

O planejamento e implantações de ações lúdicas, de entretenimento e terapêuticas, são eficazes, na medida em que possibilitam a promoção e prevenção de agravo à saúde da mãe e, conseqüentemente, de seus bebês, contribuindo também com o aleitamento materno, visto que a produção de leite está intimamente ligada a questões emocionais.

## **8. O que pensam as mães sobre a Unidade de Cuidados intermediários?**

Quando as mães estão com seus bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sendo este considerado um local que abriga bebês com maior gravidade, podendo estar com seus filhos apenas como visitantes, é grande o desejo e espera pela alta para a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), mas conhecida como UI. No entanto nota-se que a internação do bebê na UI é acompanhado de contradições.

Portanto, ao mesmo tempo em que as mães se alegram por seus filhos terem melhorado clinicamente, pois assim que percebem a alta da UTI Neonatal para UI, e pela possibilidade de estar perto do recém-nascido 24 horas por dia, essa Unidade também desperta sentimentos que causam sofrimentos às mães.

Pelo fato de acompanharem o bebê dentro do setor, as mães presenciam todos os procedimentos realizados neles, inclusive os mais invasivos. Quando a equipe punciona o bebê para encontrar uma veia, o aspiram, dentre outros, as mães sofrem muito; ver o bebê “furadinho”, “roxinho”, assim como presenciar uma intercorrência, foi exposto como fato de grande aflição.

Outro fator negativo é o cansaço que esse setor impõe, pois se trata de um local fechado, normalmente com internações acima do número de leitos credenciados; as mães, principalmente quando amamentam,

passam a dormir nesse local, em poltronas. No ambiente da UI, geralmente são iniciados os primeiros cuidados da mãe com o bebê, sendo prazerosos e, ao mesmo tempo, causando medo e insegurança. Assim, a visão que elas possuem do setor, abrange aspectos positivos e negativos.

### **8.1 Como a equipe de saúde pode ajudar?**

Sabe-se que realizar os procedimentos no bebê é algo necessário; a equipe pode ajudar conversando e explicando às mães como funcionam e a importância deles no tratamento do bebê. Antes de um procedimento, após explicá-lo à mãe, pode-se sugerir que ela fique ou saia, se assim o preferir.

É importante criar espaços de trocas entre as mães que acompanham os bebês, para que possam falar dos seus sentimentos, elaborando os sofrimentos que essas condutas causam.

A portaria nº 693 de 05 de julho de 2000, do Método Canguru, dispõe de uma série de condutas humanizadas em relação aos cuidados e manejos de procedimentos nos pacientes; portanto, para a saúde do bebê, é de extrema eficácia a capacitação da equipe e implantação do Método Canguru em todos os hospitais com serviços em Neonatologia.

## **9. Qual o papel da mãe na Unidade de Cuidados Intermediários?**

É importante que as equipes estabeleçam condutas que as mães poderão realizar dentro da Unidade, como uma forma de organizar o serviço e diminuir confusões e ansiedades delas. No entanto ouvir e avaliar cada caso é necessário, pois questões de ordem emocional, social, dentre outras podem surgir.

Assim, como dito acima, as condutas devem ser decididas em conjunto entre as equipes e respeitadas em todos os turnos. Mas, de modo geral, a mãe irá realizar cuidados de mãe, como troca de fraldas, banho, acalento do bebê, de acordo com condições clínicas.

### **9.1 Como a equipe de saúde pode contribuir?**

Os profissionais podem contribuir com as mães que chegam ao setor, através do acolhimento e orientação sobre a função delas, assim como realizar ações em Educativas em Saúde, como grupos, por exemplo, nos quais elas possam discutir temas com membros da equipe e tirar dúvidas que vão surgindo a respeito do setor e da internação do bebê.

## **10. Qual a importância da família?**

A família tem um papel fundamental para as mães, elas atuam como suporte

emocional e fortalecimento psicológico delas e dos bebês. Com a presença e apoio familiar, as mães podem ter melhores condições internas de superação das dificuldades que se apresentam durante todo processo de internação do bebê.

A participação da família junto à mãe normalmente tem o poder tranquilizador, facilitando, assim, que a mesma se ocupe mais do recém-nascido, com melhores condições de cuidá-lo e de dar afeto, pois sentir-se bem e amada, favorece-lhe o cuidar e dar amor.

### **10.1 Como a família reage à ausência da mãe em casa?**

A hospitalização do bebê e a ausência da mãe em sua casa repercutem na família, alterando a rotina de seus membros, que, muitas vezes, adotam novos papéis, ou seja, o pai ou o filho mais velho tem que cozinhar e tomar conta da casa, as avós e tias cuidam das crianças, por exemplo. Desse modo, a família se desequilibra, pois, por ser um sistema, com a ausência de um membro, todos os integrantes são afetados.

Quando a mãe possui outros filhos, a situação fica ainda mais difícil, pois, além da saudade, ela se priva dos cuidados diários e da participação em momentos importantes da vida deles. Já os filhos, principalmente crianças pequenas, sentem

muito a falta da mãe, entendendo muitas vezes como abandono.

As reações à ausência materna podem apresentar-se como sintomas físicos, adoecendo, tendo febres, dentre outros sintomas, como também dificuldades na aprendizagem escolar, tristeza e até mesmo um apego à figura que exerce os cuidados provisórios com a criança, afastando-se da mãe. Entretanto, todas as reações demonstram sofrimento da criança. Quando os filhos são mais velhos, também sentem a ausência da mãe, mesmo entendendo a necessidade desse afastamento.

## **10.2 Como a equipe de saúde pode contribuir com as mães e suas famílias?**

Facilitando a presença da família no hospital, incluindo-as nas ações realizadas nos setores como, acolhimento, grupos de apoio, de orientação, entretenimentos, dentre outras ações diversas.

Outras colaborações importantes também podem ser: a implantação do dia da visita familiar na UTI Neonatal; o livre acesso aos pais nos setores Neonatais; a realização do atendimento psicológico e social às famílias e as discussões conjuntas entre pais e equipe, dos casos de mães com outros filhos menores, avaliando as possibilidades para que elas possam atender também às demandas das crianças que estão em casa.

## **11. Qual a importância do relacionamento entre as mães?**

Juntamente com os bebês internados, tem-se as mães, que os acompanham no hospital; essas mulheres permanecem alojadas ou passam o dia na instituição saindo apenas para dormir. Com isso, as mães dividem o mesmo espaço (alojamento, banco de leite, refeitório, unidades, hospital, dentre outros), convivendo e estando muito próximas nesse período de hospitalização do recém-nascido.

Na relação entre elas, existem conflitos, visto que permanecem no hospital, estão fragilizadas, longe de casa, sendo que cada mãe, veio de uma cultura familiar diferente.

No entanto, apesar de existirem alguns conflitos, há os laços de amizade que são formados. Por conviverem em um momento singular de suas vidas e por estarem atravessando situações semelhantes, essas mulheres se identificam e se vinculam. Esse relacionamento de companheirismo, identificação e amizade, é considerado como fortalecimento emocional, sendo suporte nos momentos mais difíceis dentro do hospital, assim como na distração, ocupação da mente, servindo como mecanismo de superação e prevenção da saúde mental.

### **11.1 Coma a equipe de saúde os pode estimular?**

Através de implantação de ações que reúnam as mães, que podem ser atividades em grupo, as quais estimulem as trocas de experiência e de sentimentos entre elas; atividades de entretenimento e lazer, em que possam estar reunidas de forma mais descontraída e também realizando projetos e intervindo junto à direção do hospital, a fim de buscarem um espaço, como uma sala de estar em que as mães possam se reunir e conversar no dia a dia do hospital.

### **12. A estrutura e organização hospitalar interferem na saúde mental das mães?**

Sim, interferem. O ambiente em que as mães permanecem durante a hospitalização do bebê afeta sua saúde mental e a disposição a permanecer no hospital acompanhando seu filho.

Um ambiente adequado inclui boas camas para dormir e descansar, espaço tranquilo, limpo e arejado, sala para reunirem-se, conversar, passar o dia e ver TV, um banheiro para um número máximo de seis mães, local para lavar e estender suas roupas pessoais, armários com tranca para guardar objetos pessoais e roupas de cama e banho disponibilizadas pela instituição.

Essas são algumas sugestões de um ambiente adequado, pois, nesse período de suas vidas, em que necessitam permanecer no hospital, as mães precisam de um local apropriado, em que possam descansar e permanecer, para que fiquem mais tranquilas e disponíveis ao seu bebê.

### **12.1 Como a equipe de saúde pode contribuir?**

Os profissionais podem ajudar, realizando projetos de acordo com as necessidades das usuárias, defendendo-as junto à direção da instituição. Os setores e profissionais envolvidos com esse público podem realizar reuniões, para discutir a organização do espaço atual das mães, a distribuição de materiais de cama e banho, limpeza e higiene do local, buscando melhorar o ambiente para a permanência delas.

Levar a demanda e cobrar melhorias da gestão também é papel das equipes, demonstrando um comprometimento com os usuários e com a saúde destes.

### **13. A rotina hospitalar interfere na saúde mental das mães?**

Sim, interfere. Cada mulher vem de uma rotina própria, deparar-se com a rotina e regras do hospital, que, muitas vezes, é bem diferente da sua é desgastante. As mães

têm que se readaptar e mudar hábitos, o que não é fácil.

Além de serem “obrigadas” a mudarem de hábitos para permanecer no hospital, e atenderem as demandas do bebê, essa rotina é monótona e repetitiva. Elas já se encontram sensíveis emocionalmente, uma rotina monótona, comer, ordenhar o leite, ver o bebê, dormir, comer, ordenhar o leite, ver o bebê, dormir as deixam ainda mais sensíveis, ansiosas e tristes, principalmente as mães que estão com seus filhos na UTI Neonatal e mesmo na UI em incubadoras, onde não os podem pegar, e os cuidados que realizam são poucos. Nos intervalos, entre comer, ordenhar, ver o bebê e dormir, a ociosidade predomina, e o medo, a angústia, a saudade de casa e da família, enfim, todos os sentimentos presentes nesse momento se intensificam.

### **13.1 Como a equipe de saúde pode ajudar?**

Não tem como a equipe atender a rotina de cada mãe. No entanto a implantação de encontros, ações e avaliações das usuárias, em que elas possam se manifestar e sugerir horários mais adequados à maioria, facilitaria e melhoraria a permanência delas.

Em relação à ociosidade, a implantação de atividades de terapia ocupacional, como jogos, filmes,

artesanatos; relaxamento, grupo de apoio, dentre outras, são estratégias para a diminuição dessas dificuldades e prevenção de agravos à saúde mental das mães.

## **14. O bebê está de alta, e agora?**

A alta do bebê é algo desejado e esperado, certo? Bom, nem sempre é assim. Ao mesmo tempo que desejam a alta, as mães sentem-se inseguras na realização dos cuidados em casa, pelo fato de se tratarem de bebês que nasceram doentes, tiveram que ser hospitalizados e que necessitam de cuidados especiais, levando ao medo de não conseguir atender as necessidades desses bebês, podendo perdê-los. Apesar da permanência no hospital ser algo difícil, esse ambiente dá segurança às mães, pois contém equipamentos e equipe especializada para atender as necessidades de saúde e possíveis intercorrências dos recém-nascidos.

Portanto o momento da alta é acompanhado de medo e insegurança, principalmente nas mães de bebês de longa permanência e que tiveram intercorrências durante a internação. Em algumas, a insegurança e o medo predominam havendo até mesmo o desejo de não receber alta.

### **14.1 Como a equipe de saúde pode ajudar na alta?**

É fundamental a realização de uma preparação para a alta, de todas as mães, mas principalmente as dos bebês de maior permanência, como prematuros extremos e os ditos “especiais”. Essa preparação deve ser feita durante todo o processo de internação, mas intensificada com um tempo de antecedência da alta, para que a mãe possa realmente se sentir preparada. Toda a equipe deve estar envolvida em um trabalho multiprofissional.

Com a preparação para alta, a mãe irá para casa mais segura e menos ansiosa, sendo melhor capacitada a perceber e atender as demandas do bebê, diminuindo o índice de óbitos e de reinternações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse Guia Prático de Acolhimento pretende apresentar aos profissionais de saúde em neonatologia o olhar das usuárias dos serviços, no que diz respeito às dificuldades que enfrentam com a hospitalização de seus filhos, as soluções que utilizam e sugestões de melhorias, indo ao encontro da ideologia proposta pelo SUS, no que se refere à autonomia e participação dos usuários nos serviços.

Entende-se que há dificuldades que perpassam os limites da equipe, no entanto muito pode ser feito no atendimento integral ao recém-nascido, pensando na qualidade e

humanização dos serviços, na saúde do bebê e no relacionamento entre mães, famílias e equipe de saúde.

Além desse Guia pretender a melhoria dos serviços e a diminuição das dificuldades vivenciadas pelas mães, ele igualmente teve o intuito de servir como um material educativo, na capacitação das equipes. Ressalta-se aqui a importância do investimento na saúde do trabalhador, visto que a humanização de um setor envolve igualmente a humanização de seus funcionários.

Possibilitar capacitação aos profissionais de saúde é uma das ações voltadas a esse público, muitas outras existem e devem ser realizadas, envolvendo melhorias nas condições de trabalho. Assim, com o intuito de capacitar as equipes em neonatologia, esse Guia Prático de Acolhimento pode ser utilizado em encontros com esses profissionais, para os quais cada pergunta pode ser tema de um ou mais encontros e neles serem discutidos, além das ações de humanização, os sentimentos e percepções das equipes sobre a temática, sobre as mães e os bebês.

Muitas vezes, a rotina estressante dos serviços de saúde não facilita aos profissionais parar e refletir sobre suas ações e até mesmo sobre o que se passa com cada paciente e acompanhante, não no sentido físico, mas subjetivo. Falar sobre subjetividade na saúde ainda é um tabu, no

entanto isso é necessário e deve ser superado.

## REFERÊNCIAS

- BARROSO, M. L.; PONTES, A. L.; ROLIM, K. M. Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. **Revista RENE**. v.16, n. 2, p. 168-75, 2015. Disponível em: <file:///D:/user/Downloads/2699-4923-1-SM.pdf.>. Acesso em: 28 nov. 2016.
- BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 43 p.
- BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru**. 2º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- DONELLI, T. M. Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. **Gerais: revista interinstitucional de psicologia**. São Leopoldo, v.2, n.4, p. 228-241, jul./dez. 2011.
- ERIKSON, E. H. **O ciclo da vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- FREUD, S. **Hereditariedade e etiologia das neuroses**. (Jaime Salomão trad.) Rio de Janeiro: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, Imago, 1896.
- GIARETTA, D.; FAGUNDES, F. Aspectos psicológicos de puerpério: Uma revisão. **Psicologia: O portal dos psicólogos**. 2015. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.
- GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 1, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>>. Acesso em: 02 dez. 2016.
- IUNGANO, E. M. A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. **Pediatria Moderna**. v. 45, n. 1, p. 26-30, 2009. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3974](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3974)>. Acesso em: 15 nov. 2016.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16º ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- OBEIDAT, H.M.; BOND, E.A.; CALLISTER, L.C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. **Journal of Perinatal Education**, v.18, n. 3, p. 23-9, 2009. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/44641198>>. Acesso em: 26 nov. 2016.
- OCAMPO, M.P. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. **Aquichán**, v. 13, n.1, p. 69-80, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a07.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- OLIVEIRA, J.F.; QUIRINO, G.S.; RODRIGUES, D.P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Revista Rene**. V. 13, n. 1, 74-84, 2012.
- OLIVEIRA, L. M. et al. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**. v.44, n.2, jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080->



62342010000200027>. Acesso em: 02 dez. 2016.

SANTOS, L. M., ET AL. Vivências de mães de recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**. v.13, n.2, p. 73-81, 2013.

SILVA, P.S.; VALENÇA, N.C.; GERMANO, M.R. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 238-42, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sc>

i\_arttext&pid=S0034-71672010000200011>. Acesso em: 25 out. 2016.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6º ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: ArtMed

## CONCLUSÕES GERAIS

A escolha do tema desse estudo foi por acreditar na importância da autonomia e participação dos usuários dos serviços de saúde. O referencial de Pichón-Riviére, sobre Grupo Operativo, veio ao encontro desse intuito, na medida em que essa ideologia defende a participação reflexiva e o protagonismo dos sujeitos na transformação de sua realidade.

O levantamento dos dados clínicos e demográficos, expostos e discutidos no artigo 1 permitiu o conhecimento das características dos bebês e de suas mães, dando consistência e direcionamento às ações educativas voltadas a esse público. Acredita-se que os Grupos Operativos enriqueceram essas ações, uma vez que se privilegiou o diálogo e o pensamento crítico-reflexivo.

Portanto, de acordo com os resultados da pesquisa, pôde-se conjecturar que as hipóteses deste estudo foram confirmadas, visto que as participantes em suas falas durante a coleta de dados, trouxeram as dificuldades no período de internação de seus filhos e, igualmente, as soluções de superação e algumas sugestões.

Durante a coleta de dados, especificamente nos grupos, notou-se grande expressão das dificuldades e um comportamento predominantemente passivo, principalmente diante das figuras que as mães consideraram como detentoras do poder, como médicos e enfermeiros. Alguns pensamentos, comportamentos estereotipados e resistência à mudança puderam ser elaborados, avanços foram conquistados pelas mães, relatados em grupos e verificados em diário de campo, como: diminuição do medo de retaliação; comportamento mais ativo em relação ao conhecimento e acompanhamento de procedimentos realizados com o bebê; questionamento de suas dúvidas a equipe (antes se calavam, tinham medo); relato a chefia do setor sobre comportamentos que consideraram abusivos de alguns profissionais nos cuidados com o bebê; assim como maior interação entre as mães, diminuição da ansiedade, dentre outros.

Com isso, pôde-se constatar a eficácia do trabalho de grupo, especificamente da modalidade de Grupo Operativo pichoniano, na elaboração das dificuldades e na transformação do momento que vivenciaram. Refletir sobre a realidade e mitos era pouco realizado pelas mães no início da pesquisa, e esse comportamento passou a crescer com a participação nos grupos.

A limitação observada no trabalho com Grupo Operativo no hospital deveu-se à realidade hospitalar de internações, de altas, aos cuidados que as mães tinham que dispensar aos bebês, ao fato de os grupos sempre contarem com mães que estavam presentes pela primeira vez, mães que lá estavam havia bastante tempo e mães com um tempo intermediário, não tendo

a permanência das mesmas pessoas. Isso, em alguns grupos, dificultou os sentimentos de pertença e cooperação, devido a alguns membros não se conhecerem e, até mesmo, não conhecerem o grupo.

Entretanto este estudo atingiu seus objetivos, na medida em que foram expostos sentimentos, dificuldades e soluções, e verbalizadas as sugestões. As dificuldades encontradas foram desde questões externas, como condições físicas e de acomodação ruins da instituição; de relacionamento com a equipe, com a família, e até mesmo sentimentos e emoções vividas na relação com o bebê enfermo.

As soluções abordaram a importância dos relacionamentos, entre as próprias mães e delas com a equipe, a importância da família, o sentimento de amor para com o bebê, o uso da *internet* e redes sociais, a religiosidade e aceitação, as quais apareceram com muita frequência.

O atendimento psicológico, assim como a vivência nos grupos de mães, também surgiu como solução de superação, ressaltando ainda mais a importância da continuidade dessa ação e da necessidade de nela investir constantemente. Considera-se que os resultados foram satisfatórios, por possibilitarem conhecer as dificuldades dessas mães e as soluções, permitindo o investimento em ações que efetivamente beneficiem esse público.

A importância das relações, da família e do estímulo ao contato mãe-bebê na construção de um vínculo saudável, por exemplo, permitem a realização de ações de humanização com foco nas relações, no cuidado centrado na família e na presença e participação das mães nos cuidados com os bebês, favorecendo o vínculo entre elas e seus filhos.

As sugestões presentes no Guia Prático de Acolhimento, apresentadas pelas próprias mães para humanização do setor, são dados valiosos a serem considerados na implantação de projetos de melhoria da assistência Neonatal, atendendo a ideologia proposta pelo SUS, no que se refere à autonomia e participação dos usuários nos serviços.

A elaboração do Guia Prático de Acolhimento pretendeu, também, aproximar equipe e mães, por meio da subjetividade destas últimas, sensibilizando os profissionais de saúde a uma maior disposição na vivência da humanização.

Portanto esse Guia foi elaborado como um material educativo, para capacitação das equipes, na compreensão da vivência das usuárias, norteando as ações de humanização no setor.

Os resultados desta pesquisa corroboram muitas outras realizadas com esse público. Assim, os achados, principalmente os presentes no material educativo, não se restringem a um Guia local, podendo ser utilizado em diversos lugares, destinado a populações com cultura e características semelhantes às das participantes em questão, ou seja, ocidental cristãs, não-indígena (vide também artigo 1, que as caracteriza), dentre outras. Em culturas e populações

com características diferentes, este estudo pode servir de inspiração na realização de pesquisas que levem em conta as perspectivas dos usuários.

Assim, pretendeu-se dar visibilidade a esse público que vivencia tanto sofrimento, abordando a importância da figura materna na constituição do ser como sujeito no mundo, visando à saúde física e mental dos recém-nascidos. Pretendeu-se igualmente o *status* de um projeto institucional, para atrair mais parcerias, mais apoio, incrementando o investimento na atenção integral materno-infantil, assim como promover a instituição hospitalar e as Unidades de Neonatologia.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v.61, n.1, p. 117-121, jan./fev. 2008.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Ciências e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 319-325, Jan. 2011.
- BACKES, V. M. S. et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 61, n. 6, p. 858-865, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a11v61n6>>. Acesso em: 14 nov. 2016.
- BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. **Humanização em UTI pediátrica e neonatal: Estratégia de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe**. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
- BERSTEIN, M. Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L. C. (Org). **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 108-132.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. 4º ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.
- BORSA, J. C. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. **Contemporânea – Psicanálise e transdisciplinaridade**. v1, n. 2, p. 310-321, 2007. Disponível em: <<http://www.revistacontemporanea.org.br/site/wp-content/artigos/artigo89.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2016.
- BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 43 p.
- BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru**. 2º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BUSNELLO, E. Dinâmica de grupo: fundamentos, delimitação do conceito, origens e objetivos. In: OSÓRIO, L. C. (Org.). **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 15-20.
- CARVALHO, P. M. **Práticas Educativas em Saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família**. 2009. 86 f. Produto final do Curso (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009.
- CENTA, M. L.; MOREIRA, E. C.; PINTO, M. N. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto e Contexto-enfermagem**. Florianópolis, v.13, n.3, p. 444-451, jul./set. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072004000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000300015)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

CORREIA, M.J; SERENO, S. Gravidez e transição para a maternidade: investigação e intervenção. In: CORREIA, M. J. (coord.). **A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, Práticas e Contextos numa Maternidade**. Lisboa: Placebo, 2012. p. 13-21.

COSTA, M. C.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. A UTI neonatal sob a ótica das mães. **Revista eletrônica de enfermagem**. v.12, n.4, p. 698-704, 2010. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2016.

DONELLI, T. M. Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. **Gerais: revista interinstitucional de psicologia**. São Leopoldo, v.2, n.4, p. 228-241, jul./dez. 2011.

DUART, E. D. et al. Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. **RevRene**. v.14, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1397>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

ERIKSON, E. H. **O ciclo da vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ESTEBAN, R. G. Concepción Operativa de Grupo y Psicoterapia Grupal Psicoanalítica Operativa. **Psicología Grupal, Análisis Institucional – Escuela Pichón-Riviére**. 2016. Disponível em: <<http://documents.mx/documents/gomez-esteban-concepcion-operativa-de-grupo-y-psicoterapia-grupal-psicoanalitica.html#>>. Acesso em 05 dez. 2016.

GAYOTTO M L, (Org.). **Trabalho em grupo: ferramentas para mudanças**. 2º ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

GERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 1, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

GIARETTA, D.; FAGUNDES, F. Aspectos psicológicos de puerpério: Uma revisão.

**Psicologia: O portal dos psicólogos**. 2015. Disponível em:

<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>>. Acesso em 29 de novembro de 2016.

HOPWOOD, R. The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. **Infant**. v. 6, n. 2, p. 54-58, 2010. Disponível em: <[http://www.infantgrapevine.co.uk/journal\\_article.html?RecordNumber=6035](http://www.infantgrapevine.co.uk/journal_article.html?RecordNumber=6035)>. Acesso em: 08 nov. 2016.

KONDER, L. **O que é dialética**. Coleção primeiros passos, 25º ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LOPES, A.F. et.al. Humanization of childbirth care: the history of Hospital Sofia Feldmanl. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 4, n. 4, p 201 – 208, 2010. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/847>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16º ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

NASCIMENTO, P. T.; TESSER, C. D.; NETO, P. P. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. **Arquivos catarinenses de medicina**. v. 37, n. 4, p. 32-34, 2008.

OLIVEIRA, J.F.; QUIRINO, G.S.; RODRIGUES, D.P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Revista Rene**. V. 13, n. 1, 74-84, 2012.

OLIVEIRA, L. M. et al. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**. v.44, n.2, jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

PEREIRA, T. T. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. **Revista SPAGESP**. V. 14, n. 1, 21-29, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702013000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000100004)>. Acesso em: 14 nov. 2016.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo**. 7º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

PORTARRIEU, M.L.; TUBERT-OKLANDER, J. Grupos operativos. In: OSÓRIO, L. C. (Org.). **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 131-141.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Práticas Educativas em Saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto e contexto-enfermagem**. Florianópolis, v.19, n.3, p. 554-562, jul./set. 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a18v19n3](http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a18v19n3)>. Acesso em: 21 out. 2016.

ROSA, J. et al. Ações educativas de assistência em enfermagem em ambiente hospitalar: a atenção a pais e familiares de neonatos em fototerapia. **Revista de enfermagem**. v.8, n.8, p. 154-165, 2012. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/483>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

SAITO, T. et al. Association between maternal feeling about pregnancy and child's lifestyle. **Fukushima journal of medical Science**. v. 56, p. 80-89, jun. 2010.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6º ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ZANELLA, A. V.; PEREIRA, R. S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. **Estudos de Psicologia**. v. 6, n. 1, p. 105-114, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n1/5337.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2016.

ZAVASCHI, M. L. et al. O bebê e os pais. In: EIZIRIK, C.L.; BASSOLS, A. M. (Orgs). **O ciclo da vida humana**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 77-94.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “*Sentimentos e Dificuldades vivenciados pelas mães de bebês hospitalizados: Mecanismos de superação na perspectiva materna*”

Estudo de autoria das pesquisadoras Leidimara Cristina Zanfolim, Ednéia Albino Nunes Cerchiari, e Fabiane Melo Heinen Ganassin, projeto cadastrado na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são: descrever os sentimentos e dificuldades vivenciados pelas mães durante a hospitalização do seu bebê no Setor de Neonatologia do HU-UFGD, levantar as possíveis soluções e sugestões das mesmas na superação dessas dificuldades; produzir um Guia Prático de Acolhimento, contendo os dados acima, destinado à equipe de saúde, com a finalidade de subsidiar ações de humanização; descrever as características dos bebês hospitalizados; descrever as características das mães dos bebês hospitalizados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: participação nos grupos de mães, realizado pela primeira pesquisadora, os quais serão gravados por voz, utilizando sua fala, com a preservação de sua identidade; e a resposta a um questionário de dados clínicos e demográficos.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre aspectos de sua participação que possam causar constrangimentos a você, seus familiares e comunidade, ressaltando o fato de que por se tratar de falas sobre sua vida e seus sentimentos, poderemos utilizar parte das mesmas identificando os depoentes, sempre com o cuidado de não expor fatos que possam vir a trazer prejuízos morais.

Os resultados do estudo serão divulgados em publicações em meios especializados.

Não haverá ressarcimento pelas participações concedidas. Se a pesquisa lhe causar danos você será indenizada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta os telefones e o endereço institucional do pesquisador principal e o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres



Humanos da UFGD, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Pesquisadora Leidimara Cristina Zanfolim – e-mail: [leidimarazanfolim@ufgd.edu.br](mailto:leidimarazanfolim@ufgd.edu.br)  
(067) 81162313

---

Orientadora Prof, Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari – UEMS – Cidade Universitária  
Dourados/MS (067) 99060585 – (067) 3902 2640 - e-mail: [edcer@terra.com.br](mailto:edcer@terra.com.br)

---

Co-orientadora Prof. Dra. Fabiane Melo Heinen Ganassin – UEMS- Cidade Universitária  
Dourados/MS (067) 81371940 – e-mail: [fabiane\\_heinen@hotmail.com](mailto:fabiane_heinen@hotmail.com)

Declaro que após explicações e ter meus direitos de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados a pesquisa, concordo em participar.

(local e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Participante da Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFGD (67) 3410-2853. E-mail: [cep@ufgd.edu.br](mailto:cep@ufgd.edu.br), para sanar dúvidas ou denuncia referente à pesquisa.

## APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como título: “*Sentimentos e Dificuldades vivenciados pelas mães de bebês hospitalizados: Mecanismos de superação na perspectiva materna*”. Meu nome é Leidimara Cristina Zanfolim, sou aluna do mestrado do Programa de Pós Graduação em Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS) e minha orientadora é a professora Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari e minha co-orientadora é a professora Dra. Fabiane Melo Heinen Ganassin.

O objetivo principal deste estudo é descrever os sentimentos e as dificuldades das mães durante a internação do seu bebê no Setor de Neonatologia (a UTI e a UCI Neonatal) do HU-UFGD e as soluções e sugestões das mesmas para superar essas dificuldades; através das falas das mães será feito um Guia Prático de Acolhimento, para a equipe de saúde, a fim de ajudá-las a realizar atividades e projetos de humanização no setor, melhorando as dificuldades das mães em estar no hospital acompanhando o bebê; esta pesquisa também pretende descrever as características do bebê hospitalizado e das mães desses bebês, utilizando um questionário, que será preenchido por mim em entrevista individual com as mães.

O que você fará nessa pesquisa? Participar dos grupos de mães, realizado por mim, os quais serão gravados por voz, utilizando sua fala, não vai ser revelada quem você é, sua identidade ficará em sigilo; e a resposta a um questionário, o qual eu irei conversar com você, individualmente, perguntando sobre as questões do questionário, ao final, você olhará as respostas que eu coloquei, se estiver da forma que você respondeu, você assina concordando.

Você não será paga pela participação na pesquisa. Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento, sua desistência não irá prejudicá-la em nada. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Sinta-se à vontade para pedir qualquer explicação ou tirar qualquer dúvida sobre qualquer assunto que diz respeito a pesquisa e sua participação na mesma, seja antes, durante ou após essa entrevista.

Os dados e resultados da pesquisa serão publicados em revistas ou eventos científicos preservando sua identidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones e o e-mail do pesquisador principal, da orientadora, co-orientadora e o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFGD, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFGD (67) 3410-2853. E-mail: [cep@ufgd.edu.br](mailto:cep@ufgd.edu.br), para sanar dúvidas ou denuncia referente à pesquisa.

---

Pesquisadora Leidimara Cristina Zanfolim – e-mail: [leidimarazanfolim@ufgd.edu.br](mailto:leidimarazanfolim@ufgd.edu.br)  
(067) 81162313

---

Orientadora Prof, Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari – UEMS – Cidade Universitária  
Dourados/MS (067) 99060585 – (067) 3902 2640 - e-mail: [edcer@terra.com.br](mailto:edcer@terra.com.br)

---

Co-orientadora Prof. Dra. Fabiane Melo Heinen Ganassin – UEMS- Cidade Universitária  
Dourados/MS (067) 81371940 – e-mail: [fabiane\\_heinen@hotmail.com](mailto:fabiane_heinen@hotmail.com)

Dados do participante:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

RG ou CPF: \_\_\_\_\_

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Dourados, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação nesse estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios

que a minha participação implicam, dou meu consentimento sem que para isso eu tenha sido obrigado ou forçado.

---

Assinatura

**APÊNDICE C - Questionário de dados Clínicos e Demográficos**

Nome do bebê: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

DIH: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Peso ao nascimento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nome da mãe/responsável: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Município de origem: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Alojada no hospital: ( ) Sim ( ) Não

Relacionamento que mantém com o pai do bebê: \_\_\_\_\_

**História Gestacional:**

Primeiro filho? ( ) Sim ( ) Não Quantas gestações? \_\_\_\_\_

Nascidos vivos: \_\_\_\_\_ Óbitos: ( ) Sim ( ) Não Qtos: \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_

Aborto Espontâneo: ( ) Sim ( ) Não Qtos: \_\_\_\_\_

Aborto Induzido: ( ) Sim ( ) Não Qtos: \_\_\_\_\_

Gravidez do bebê em questão foi planejada? ( ) sim ( ) não Obs: \_\_\_\_\_

Tipo de Parto: \_\_\_\_\_ Idade Gestacional no nascimento: \_\_\_\_\_

Teve alguma complicação no parto? \_\_\_\_\_

Gestação de alto risco: ( ) Sim ( ) Não Motivo: \_\_\_\_\_

Realizou Pré-Natal: ( ) Sim ( ) Não

---

 Assinatura da mãe/responsável

## **APÊNDICE D - Roteiro dos grupos**

Como combinado e explicado a vocês, as atividades desse grupo terá gravação de voz, mas reforço que a identidade de todas será preservada. O grupo será realizado toda semana, no mesmo dia, horário e local e todas estão convidadas a participar desses encontros enquanto seus bebês permanecerem internados.

Esse espaço foi proposto como um momento para vocês conversarem sobre como se sentem com a internação de seus bebês e a permanência no hospital. Quais as dificuldades e o que fazer para resolver e/ou amenizar essas dificuldades? Quais as sugestões para a equipe de saúde?

## **ANEXOS**

### **ANEXO A - Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa e Extensão do HU-UFGD.**









**ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFGD (CEP).**













## ANEXO C - Instruções para autores da Revista Caderno de Saúde Pública.

Instruções seguidas na elaboração do Artigo 1 (cap. 2)

Essas instruções foram recortadas e coladas do site da revista Caderno de Saúde Pública, disponível no link:

[http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=93&Itemid=28](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=28)

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES

1.1 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 - **Questões Metodológicas:** artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

### 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item

12.13.

2.6 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

### 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

### 6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 - Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

### 7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

### 8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

12.7.1 - Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais - link resumo)

12.8 - Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que

cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [msp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:msp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### 15. PROVA DE PRELO

15.1 - A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o

programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 - Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 - Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 - Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 - As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 - Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 - A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 - Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 - As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 - As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

#### **Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

Secretaria Editorial +55 21 2598-2511 :: Assinaturas +55 21 2598-2514

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

## ANEXO D – Instruções para autores da Revista Psicologia, Ciência e Profissão.

Instruções seguida na elaboração do artigo 2 (cap. 3).

Essas instruções foram recortadas e coladas do site da revista Psicologia, Ciência e Profissão, disponível no link:

[file:///D:/user/Documents/Mestrado/Revis%C3%A3o%20da%20literatura%20disserta%C3%A7%C3%A3o/revistas/Psicol.,%20Ci%C3%A7%C3%A2ncias%20e%20Prof.%20\(Impr\).%20-%20Instru%C3%A7%C3%B5es%20aos%20autores.html](file:///D:/user/Documents/Mestrado/Revis%C3%A3o%20da%20literatura%20disserta%C3%A7%C3%A3o/revistas/Psicol.,%20Ci%C3%A7%C3%A2ncias%20e%20Prof.%20(Impr).%20-%20Instru%C3%A7%C3%B5es%20aos%20autores.html)

### Escopo e política

A Revista **Psicologia: Ciência e Profissão** é uma publicação trimestral editada pelo Conselho Federal de Psicologia.

Publica manuscritos originais, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, nas categorias de **Estudo teórico, Relato de pesquisa, Relato de experiência**. Os manuscritos submetidos serão avaliados com base em critérios específicos que salientem a sua relevância científica e social no âmbito da produção de conhecimento em Psicologia.

O título abreviado do periódico é **Psicol., Ciênc. Prof.** que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

### Forma e preparação de manuscritos

O manuscrito submetido a RPCP não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica ou de pesquisa.

Todas as submissões de manuscritos devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author), no que diz respeito ao estilo de apresentação do manuscrito e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA.

### Categorias do manuscrito

**1. Estudo teórico** - discussão de temas e problemas fundamentados teoricamente, envolvendo reflexão crítica e indicação avanços científicos no estado da arte a ele associado. É necessário conter: resumo, introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais e referências. Devem ser escritos entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências;

**2. Relato de pesquisa** – investigação original, de relevância científica, baseadas em estado da arte e dados empíricos, lastreada em metodologia específica e discussão. É importante que seja explicitada a contribuição da pesquisa para a produção do conhecimento em Psicologia. É necessário conter: introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais. Devem ser escritos entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências;

**3. Relato de experiência** - relatos de experiência relacionados à intervenção profissional, de interesse e relevância científica e social para as diferentes áreas do conhecimento psicológico, e que demonstrem contribuições para a melhoria de práticas profissionais em Psicologia. É necessário conter: resumo, introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais e referências. Devem ser escritos entre 15 e 20 laudas, não considerando resumos e referências.

### **Critérios gerais para avaliação dos manuscritos**

1. Os trabalhos enviados devem ser redigidos em português, em inglês ou em espanhol e, obrigatoriamente com resumo, abstract e resumen;
2. Espaço duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, margens de 2,54 centímetros, texto alinhado à esquerda;
3. Textos devem ser submetidos em extensão .doc ou .docx;
4. Tabelas e figuras (gráficos e imagens) devem constar no corpo de texto, mas necessariamente em formato editável.
5. As páginas não devem ser numeradas
6. O título deve ser centralizado, em negrito e conter letras maiúsculas e minúsculas;
7. O título deve explicitar o(s) fenômeno(s) estudado(s) e a relação com o contexto de investigação.
8. O resumo deve ater-se às informações relevantes do manuscrito, destacando o contexto teórico do estudo, objetivo, método, resultados, discussão e conclusão. Manuscritos de revisão sistemática ou teóricos devem explicitar a perspectiva adotada e as contribuições ou avanços produzidos pela pesquisa no campo da Psicologia. De 150 a 250 palavras, e de 3 a 5 palavras-chave em cada um dos resumos.
9. A introdução deve destacar o estado da arte, propósitos e objetivos e potencial contribuição da investigação na área de conhecimento considerada.
10. O método deve salientar o delineamento e os procedimentos de pesquisa e, principalmente, no caso das pesquisas empíricas, especificar o contexto, participantes, variáveis ou categorias estudadas, instrumentos de coleta de dados, análise dos dados sistematizados e discussão.
11. As referências e formas de citação devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author).
12. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs) incluídos no texto devem estar ativos e prontos para acesso imediato.

### **Envio de manuscritos**

Os manuscritos devem ser inéditos e os artigos serão submetidos a exame pela comissão editorial, que poderá recorrer ao conselho consultivo e/ou a pareceristas *ad hoc*, a seu critério, omitida a identidade dos autores.

### **Submissão do manuscritos pelo(s) autor(es)**

Os autores devem atentar-se as seguintes especificações de envio:

#### **1) Carta ao Editor**

Os autores devem dar ciência da sua concordância com a publicação do manuscrito à Revista Psicologia: Ciência e Profissão por meio de **carta ao editor** assinada por todos os autores, digitalizada e enviada via Plataforma SciELO como "Documento Suplementar", atendendo as seguintes exigências:

- a) Identificar a categoria do manuscrito, conforme especificado no item "Forma e preparação dos manuscritos";
- b) Justificar a relevância científica e social;
- c) Declarar que o manuscrito submetido à RPCP não foi submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica;
- d) Declarar que os procedimentos éticos de pesquisa exigidos pela legislação vigente (Resolução 466/2012) foram cumpridos e, em todos os casos de estudo/pesquisa empírica, sejam Relatos de Pesquisa ou Relatos de Experiência, é necessário apresentar o respectivo parecer do Comitê de Ética da Universidade/Instituição ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no caso de estudo individual/grupal;
- e) Autorizar o início do processo editorial do manuscrito.
- f) Indicar a área de conhecimento a qual o manuscrito pertence de acordo com a Tabela de áreas.

**Somente serão avaliados manuscritos submetidos à Revista PCP via Plataforma SciELO.**

#### **2) Folha de Rosto**

A folha de rosto deverá ser enviada via Plataforma SciELO como "Documento Suplementar", contendo:

- Título em português (máximo de 12 palavras);
- Título em inglês;
- Título em espanhol;
- Nome, titulação e afiliação institucional e/ou profissional, por extenso, de cada um dos autores;
- Nomes dos autores como devem aparecer em citações;
- Endereço de correspondência do(a) autor(a) com o qual a Revista poderá se corresponder (recomendamos que sejam utilizados endereços institucionais);
- Agradecimentos e observações, quando pertinentes.

#### **3) Apresentação formal do manuscrito**

Os textos originais deverão ser submetidos via Plataforma SciELO mediante



cadastro do(a) autor(a) no sítio da Revista PCP (<http://submission.scielo.br/index.php/pcp/about/submissions#authorGuidelines>). Como a revisão dos manuscritos é cega quanto à identidade dos autores, é responsabilidade dos autores verificarem a não existência de elementos capazes de identificá-los em qualquer outra parte do manuscrito, inclusive nas propriedades do arquivo.

Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do manuscrito e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica, utilizando seu nome de usuário e senha. Os manuscritos somente iniciarão o processo editorial com o registro de **todos** os autores no sítio da Revista e de seus respectivos e-mails.

## ANEXO E - Instruções para autores da Revista Temas em Psicologia

Instruções seguidas na elaboração do artigo 3 (cap. 4).

Essas instruções foram recortadas e coladas do site da revista Temas em Psicologia, disponível no link: [http://www.temasempsicologia.org/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=27](http://www.temasempsicologia.org/conteudo/view?ID_CONTEUDO=27)

# Instruções aos autores

## Objetivo e política editorial

---

**Trends in Psychology/Temas em Psicologia** publica relatos de pesquisa empírica, estudos históricos, teóricos e conceituais, relatos de experiência profissional, revisões críticas da literatura, notas técnicas e cartas aos editores. A revista, de periodicidade trimestral, tem por objetivo publicar artigos científicos que contribuam para o avanço do conhecimento em todas as áreas da Psicologia

**Observação:** São aceitos artigos em português, inglês ou espanhol. Além disso, a mesma versão de um artigo aceito para publicação poderá ser publicada em mais de um idioma. Para tanto, a revista indicará tradutores credenciados e só aceitará traduções/revisões feitas por estes. **O custo das traduções/revisões ficará sob a responsabilidade dos autores.** Se os autores tiverem interesse em publicar o seu manuscrito em inglês, espanhol ou em mais de um idioma, por favor, entre em contato com a nossa secretaria: [comissaeditorial@sbponline.org.br](mailto:comissaeditorial@sbponline.org.br)

### I. Tipos de colaboração aceita

1. **Relato de pesquisa empírica:** investigação empírica original fundamentada em métodos de pesquisa científica.
2. **Estudo histórico, teórico, conceitual:** análise original sobre temas, conceitos e modelos existentes e/ou problematização teórica para futuras pesquisas. Estes estudos devem ser baseados em um corpo abrangente e atual de investigação e devem abordar assuntos de interesse para o desenvolvimento/avanço da Psicologia. É preferível que estudos teóricos apresentem um método definido para seleção dos manuscritos abordados, como por exemplo, revisão sistemática da literatura.
3. **Relato de experiência/estudos de caso:** artigo original sobre descrição de procedimentos e estratégias de intervenção, contendo evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia.
4. **Nota/informe técnico:** descrição de instrumentos, métodos originais de pesquisa, novas técnicas de análise de dados e resenhas de livros recentemente publicados (**i.e., até um ano de publicação**).
5. **Carta aos editores:** comentários e atualizações sobre a revista dirigidas aos editores que serão publicadas a critério do editor-chefe com a concordância do remetente.

Artigos inseridos nas seções 1, 2, e 3 deverão apresentar tamanho máximo de 30 laudas, incluindo resumo, *abstract*, *resumen*, texto propriamente dito, referências, figuras e tabelas (quando pertinentes). Nota/informe técnico (Seção 4) e Carta aos Editores (Seção 5) deverão apresentar tamanho máximo de 10 páginas, incluindo texto propriamente dito, referências, figuras e tabelas (quando pertinentes). Tabelas e figuras não devem exceder um total de seis (6).

## II. Orientações para submissão de manuscritos

A submissão do manuscrito deverá ser feita por meio do sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação, disponível em <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/tp/>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pela Comissão Editorial. Após a submissão do manuscrito no sistema eletrônico, os autores receberão uma mensagem de confirmação.

As seguintes condições são necessárias para que os manuscritos submetidos à revista sejam considerados para análise editorial:

1. Os manuscritos devem estar em conformidade com o Manual de Publicação da *American Psychological Association (APA)*, 6ª. Edição, 2010.
2. Artigos empíricos, de abordagem quantitativa ou qualitativa, devem apresentar os seguintes subtópicos na seção Método: Participantes, Instrumentos, Procedimentos de coleta de dados, Procedimentos de análise de dados, Procedimentos éticos)
3. Os tópicos de Resultados e Discussão devem estar separados em artigos quantitativos, mas podem estar juntos em artigos qualitativos
4. Devem estar redigidos em português, inglês ou espanhol.
5. Devem apresentar o resumo do trabalho em português, inglês e espanhol.
6. Não devem ter sido publicados em qualquer outro veículo de divulgação.
7. Não devem estar em análise para publicação em qualquer outro veículo de divulgação.
8. Todos os autores dos manuscritos devem ter previamente aprovado a sua submissão.
9. Qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal deve ter aprovado anteriormente a sua citação.
10. Os autores devem apresentar declaração de que todos os procedimentos éticos foram cumpridos.

### **IMPORTANTE:**

- 1) Artigos que não estiverem em conformidade com as normas do Manual de Publicação da APA, 6ª. Edição, 2010, serão automaticamente rejeitados.
- 2) Artigos empíricos de abordagem quantitativa devem respeitar os pressupostos dos testes utilizados. Tais pressupostos devem ser testados e os resultados devem ser apresentados no manuscrito.

Todos os artigos empíricos, que tenham realizado procedimentos de coleta de dados com seres humanos, devem apresentar informações acerca do parecer favorável de algum Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) vinculado à CONEP. Ademais, devem seguir as diretrizes internacionais em relação à pesquisa científica com seres humanos postulados pelo *Committee on Publication Ethics (COPE)*, às quais essa revista adere.

## III. Apresentação dos manuscritos

Por se tratar de uma publicação unicamente eletrônica, o manuscrito poderá conter, quando indispensável, figuras ou fotos coloridas. Conforme as normas do Manual de Publicação da APA 6ª. Edição, cores em tabelas não são permitidas.

O artigo deverá ser digitado em processador de texto compatível com o padrão *Word for Windows 6.0 ou superior*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com espaçamento duplo e alinhamento à esquerda. A página deverá ser de tamanho A4, com 2,5 cm de margens em todos os lados (i.e., superior, inferior, esquerda e direita). Palavras ou expressões de origem estrangeira, estrangeirismos e símbolos estatísticos devem ser destacados em *itálico*.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

## 1. Folha de rosto personalizada, contendo:

1.1. Título pleno em português, inglês e espanhol. O título pleno não deve exceder 15 palavras.

1.2. Sugestão de título abreviado para cabeçalho, na língua original do manuscrito. O título abreviado não deve exceder quatro palavras.

1.3. Nome de cada autor e suas afiliações institucionais.

1.4. Indicação do endereço para correspondência com a Comissão Editorial, incluindo FAX (quando houver), telefone e endereço eletrônico.

1.5. Indicação do autor responsável pelo contato com os leitores bem como de seu endereço e contato de e-mail.

1.6. Quando necessário, incluir parágrafo reconhecendo apoio financeiro, colaboração de colegas e técnicos e outros fatos eticamente necessários.

1.7. Nota do autor com outras informações que se julgar relevantes (opcional).

1.8. A Folha de Rosto deve ser numerada com o número 1 e seguida pelas demais páginas do manuscrito numeradas em sequência.

## 2. Folha de rosto personalizada sem identificação

2.1. Título pleno em português, inglês e espanhol.

2.2. Sugestão de título abreviado.

## 3. Folha contendo *Resumo* em português, inglês e espanhol

O **Resumo** deve ter entre 150 a 200 palavras, seguido de três a cinco palavras-chave para indexação do trabalho. As palavras-chave devem ser escolhidas com precisão adequada para fins de classificação, permitindo que o trabalho seja recuperado com trabalhos semelhantes. Assim, devem ser palavras-chave que, possivelmente, seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico sobre o tema do manuscrito.

## 4. Texto propriamente dito

Esta parte do manuscrito deve começar em uma nova folha, contendo uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por títulos e, quando necessários, subtítulos (para organização de títulos e subtítulos, ver Manual de Publicação da APA, 6ª. Edição, 2010). Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas devem ser claramente indicados no texto.

**Notas de rodapé** devem restringir-se à complementação de informações que, julgadas relevantes, não caibam na sequência lógica do texto; devem ser reduzidas ao mínimo.

**Citações de autores** devem obedecer às normas do Manual de Publicação da APA, 6ª. Edição, 2010. No caso de transcrição na íntegra de um trecho, a transcrição deve ser delimitada por aspas e a citação do autor deve ser seguida do número da página citada. Citações literais devem ser

evitadas, mas quando tiverem 40 palavras ou mais devem ser apresentadas em bloco próprio, começando em nova linha, com recuo de 0,5cm em cada margem, na posição de um novo parágrafo. O mesmo tamanho de fonte do texto (12) deve ser utilizado.

**Referências** devem ser inseridas em uma nova página. A lista de referências deve ser formatada em espaço duplo, conforme exemplos abaixo.

### Exemplos de referências:

#### Artigo de revista científica com doi

Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(1), 137-155.  
doi:10.1023/A:1006824100041

#### Artigo de revista científica sem doi

Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n1/v10n1a05.pdf>

#### Artigo de revista científica com mais de sete autores

Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., ..., & Abela, J. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24(3), 701-712. doi:10.1037/a0026681

#### Capítulo de livro

Steger, M. F. (2009). Meaning in life. In S. J. Lopez (Ed.), *Oxford handbook of positive psychology* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 679-687). Oxford, UK: Oxford University Press.

#### Capítulo de livro reeditado

Rosenmayr, L. (1985). Changing values and positions of aging in Western culture. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 190-215). New York: Van Nostrand Reinhold.

**Outras formas de citação**, consultar Manual de Publicação da *American Psychological Association*, 6<sup>a</sup>. Edição, 2010.

## 5. Figuras

Devem ser apresentadas ao final do texto, uma em cada página do texto, incluindo legenda. Para assegurar qualidade de reprodução, figuras que contenham desenhos devem ser encaminhadas em

qualidade para fotografia. Como há limites para a largura de figuras na versão publicada (PDF), os autores devem tomar cuidado para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso seja necessária redução. O título da figura não deve fazer parte dela, mas deve ser apresentado à parte como texto.

## 6. Tabelas

Devem ser apresentadas ao final do texto, uma em cada página, incluindo título e legenda (quando necessário). Os autores deverão limitar sua largura a 60 caracteres, para tabelas simples que ocupem uma coluna impressa, incluindo três caracteres de espaço entre colunas, e limitar sua largura a 125 caracteres, para tabelas que ocupem duas colunas impressas. O comprimento de tabelas não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé.

## 7. Anexos/Apêndices

Devem ser apresentados apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão do trabalho. Autores que apresentem artigos de validação de instrumentos poderão enviar a versão de uso do instrumento em anexo. Em outros casos, recomenda-se evitá-los.

## IV. Avaliação pela comissão editorial

Os manuscritos recebidos serão apreciados pela Comissão Editorial. Se estiverem de acordo com as normas de publicação da revista, serão encaminhados para consultores ad hoc. A avaliação segue procedimento duplo-cego (*double-blind review*). A identidade dos autores e suas afiliações institucionais não serão informadas aos consultores. Do mesmo modo, a identidade dos avaliadores não será informada aos autores. A Comissão Editorial apreciará os pareceres dos consultores e notificará os autores sobre sua decisão, que pode ser de aceite sem modificação, aceite com solicitação de reformulação, necessidade de amplas reformulações, reenvio para nova apreciação ou recusa. Juntamente com a decisão editorial, os autores receberão cópias dos pareceres.

Em caso de **solicitação de reformulações**, estas deverão ser feitas pelos autores e o manuscrito revisado deve ser submetido novamente pelo sistema. O manuscrito revisado deve conter todas as revisões marcadas em vermelho e ser acompanhado de uma carta detalhada aos editores, destacando as revisões feitas. Deve-se responder a todas as sugestões e comentários, mesmo que se decida não as acatar na revisão (neste caso, deve-se justificar o motivo). A versão reformulada passará por nova apreciação pela Comissão Editorial e por avaliadores externos. Podem ser solicitadas tantas mudanças quantas forem necessárias para uma possível aceitação final do texto. À Comissão Editorial caberá a decisão final sobre a publicação do manuscrito. Salienta-se, por fim, que a solicitação de revisões não implica necessariamente na aceitação para publicação do manuscrito reformulado.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações no texto. No caso de o manuscrito ser aprovado para publicação, será enviada uma prova gráfica para a última revisão dos autores. Esta revisão deverá ser devolvida acompanhada de uma manifestação de aprovação por parte do autor e co-autores, quando for o caso.

**Observação:** A Revista *Trends in Psychology*/Temas em Psicologia **não** corrige os textos submetidos nos diversos idiomas com relação a aspectos gramaticais, ortográficos e de concordância. Esta tarefa é obrigação exclusiva do(s) autor(es) do manuscrito, sendo uma etapa prévia à submissão. Os artigos serão publicados sob a responsabilidade dos autores.

## V. Direitos autorais

1. Artigos publicados no periódico *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem ao periódico *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*. A reprodução total em outras publicações, ou para qualquer outro fim, está condicionada à autorização por escrito do Editor Responsável de *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*. A reprodução parcial de artigos (partes de texto que excedam 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deve ter permissão por escrito dos autores do artigo reproduzido.

## 2. Reprodução parcial de outras publicações nos artigos publicados no periódico

### *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*

Os manuscritos submetidos à publicação devem obedecer aos limites especificados no item anterior, quando contiverem partes extraídas de outras publicações. Recomenda-se evitar a reprodução de figuras, tabelas e ilustrações. A aceitação de algum manuscrito que contiver este tipo de reprodução dependerá da autorização por escrito para reprodução, do detentor dos direitos autorais do trabalho original, endereçada ao autor do trabalho submetido ao periódico *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*. O periódico *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*, em nenhuma circunstância, repassará direitos de reprodução assim obtidos.

## ANEXO F - Instruções para autores da Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa.

Instruções seguidas na elaboração do Artigo 4 (cap. 5)

Essas instruções foram recortadas e coladas do site da revista Psicologia: Teoria e Pesquisa disponível no link: <http://www.scielo.br/revistas/ptp/pinstruc.htm>

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### Objetivo e política editorial

##### Tipos de Colaboração Aceita pela Revista

A Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa publica artigos originais relacionados às diversas áreas da Psicologia e adota as normas de publicação da Sexta Edição do Manual de Publicação da *American Psychological Association* (APA, 2010). Os autores interessados em submeter manuscritos a Psicologia: Teoria e Pesquisa devem seguir rigorosamente as normas descritas no manual da APA.

No concernente aos tipos de contribuição, conforme as normas da APA, a Psicologia: Teoria e Pesquisa aceita manuscritos que se enquadrem nas seguintes categorias:

- 1. Estudos Empíricos:** Trata-se de relatos de pesquisa original com fontes de dados primários ou secundários. Sua estrutura típica consiste em diferentes seções que refletem os estágios do processo de investigação e que aparecem na seguinte ordem: introdução (desenvolvimento do problema com revisão da literatura empírica concernente ao problema e apresentação dos propósitos de investigação); método (descrição dos participantes/sujeitos, instrumentos, materiais/equipamentos e procedimentos utilizados para condução da pesquisa); resultados (relato dos achados e análises); e discussão (sumário, interpretação e implicações dos resultados). Este tipo de contribuição está limitado a 30 páginas, incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o *abstract* devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.
- 2. Revisão da Literatura:** Trata-se de sínteses de pesquisa ou meta-análises e consistem em avaliação crítica de material já publicado. O propósito deste tipo de contribuição é que os autores integrem e avaliem material previamente publicado, considerando o progresso da pesquisa e buscando clarificar um problema específico. É esperado que os autores: (a) definam claramente um problema; (b) sumariem investigações prévias para informar o leitor sobre o estado da pesquisa; (c) identifiquem relações, contradições, lacunas e/ou inconsistências na literatura; e (d) sugiram próximos passos de investigação para a resolução dos problemas identificados. Não há uma estrutura de seções pré-definida para este tipo de contribuição, de forma que os autores devem buscar um formato coerente para o texto. É fundamental que haja um argumento organizador e não somente uma compilação de pesquisas já realizadas. Este tipo de contribuição está limitado a 30 páginas incluindo resumo, *abstract*, figuras, tabelas e referências. O resumo e o *abstract* devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.
- 3. Artigos Teóricos:** Trata-se de trabalhos baseados na literatura empírica vigente para propor avanços teóricos. Espera-se que os autores apresentem o desenvolvimento de uma teoria para expandir ou refinar construtos teóricos, apresentem uma nova



teoria ou analisem uma teoria existente, apresentando suas fraquezas ou demonstrem a vantagem de uma teoria sobre outra. Usualmente os autores de contribuições desta natureza analisam a consistência interna de uma teoria, bem como sua validade externa. As seções podem variar como forma de busca de consistência. É fundamental que haja um elemento propositivo no texto. Este tipo de contribuição está limitado a 30 páginas, incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.

**4. Artigos Metodológicos:** Trata-se da apresentação de novas abordagens metodológicas, modificação de métodos existentes ou discussões sobre abordagens analíticas de dados para a comunidade científica. O uso de dados empíricos, neste caso, serve unicamente como ilustração da técnica de análise de dados. Este tipo de contribuição está limitado a 21 páginas, incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.

A critério do editor também serão apreciadas para publicação as seguintes categorias de contribuições:

**5. Relato de Experiência Profissional:** Estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, contendo evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas. Este tipo de contribuição está limitado a 21 páginas incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 80 palavras.

**6. Comunicação Breve:** Relato de pesquisa sucinto, mas completo, de uma investigação específica (ver modelo geral definido para estudos empíricos). Este tipo de contribuição está limitado a 12 páginas incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 80 palavras.

**7. Carta ao Editor:** Avaliação crítica de artigo publicado em Psicologia: Teoria e Pesquisa ou resposta de autores a crítica formulada a artigo de sua autoria. Este tipo de contribuição está limitado a 6 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

**8. Nota Técnica:** Descrição de instrumentos e técnicas originais de pesquisa. Este tipo de contribuição está limitado a 9 páginas, incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 60 palavras.

**9. Resenha:** Revisão crítica de obra recém publicada, orientando o leitor quanto a suas características e usos potenciais. É fundamental que não se trate apenas de um sumário ou revisão dos capítulos da obra, mas efetivamente uma crítica. Este tipo de contribuição está limitado a 6 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

**10. Notícia:** Divulgação de fato ou evento de conteúdo relacionado à psicologia, não sendo exigidas originalidade e exclusividade na publicação. Este tipo de contribuição está limitado a 3 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

### **Apreciação pelo Conselho Editorial**

O manuscrito que se enquadra nas categorias 1 a 10 acima descritas é aceito para análise pressupondo-se que: (a) o mesmo trabalho não foi publicado e nem está sendo submetido para publicação em outro periódico; (b) todas as pessoas listadas como autores aprovaram o seu encaminhamento com vistas à publicação na

revista **Psicologia: Teoria e Pesquisa**; (c) qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou a citação; (d) os autores seguiram todos os procedimentos éticos recomendados pelos padrões adotados pela Revista.

A primeira avaliação do trabalho é realizada pela Direção de *Psicologia: Teoria e Pesquisa* e consiste na análise rigorosa da adequação do manuscrito às normas da Revista, considerando, especialmente, dois aspectos: tipo de contribuição (suas características principais, definidas neste documento e no manual da APA) e as normas de redação e formatação do manual da APA. Os manuscritos que forem considerados como não aderentes às normas terão sua tramitação interrompida e os autores informados da decisão.

Os trabalhos que atenderem às normas serão enviados para apreciação do Conselho Editorial, que poderá fazer uso de consultores *ad hoc* a seu critério. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus manuscritos.

Os trabalhos que atenderem às normas serão enviados e apreciados pelo Conselho Editorial, que poderá fazer uso de consultores *ad hoc* a seu critério. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus manuscritos.

Pequenas modificações no texto poderão ser feitas pela Direção ou pelo Conselho Editorial da Revista. Quando este julgar necessárias modificações substanciais, o autor será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo estipulado.

## **Direitos Autorais**

### **1. Artigos publicados em *Psicologia: Teoria e Pesquisa***

Os direitos autorais dos manuscritos publicados por *Psicologia: Teoria e Pesquisa* permanecem propriedade dos autores, que cedem o direito de primeira publicação à revista. Os autores devem reconhecer adequadamente a revista em publicações posteriores do manuscrito.

### **2. Reprodução parcial de outras publicações**

Manuscritos submetidos que contiverem partes de texto extraídas de outras publicações deverão obedecer aos limites especificados para garantir originalidade do trabalho submetido. O manuscrito que contiver reprodução de uma ou mais figuras, tabelas, desenhos e instrumentos extraídos de outras publicações só será encaminhado para análise se vier acompanhado de permissão escrita do detentor do direito autoral do trabalho original para a reprodução especificada em **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Em nenhuma circunstância **Psicologia: Teoria e Pesquisa** e os autores dos trabalhos publicados nesta Revista repassarão direitos assim obtidos.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema iThenticate para identificação de plágio.

## **Normas para publicação**

## Forma de Apresentação dos Manuscritos

**Psicologia: Teoria e Pesquisa** adota integralmente as normas de publicação do *Publication Manual of the American Psychological Association* (6a edição, 2010). Os manuscritos devem ser redigidos em português, inglês ou espanhol ou, ainda, em outra língua a critério do conselho editorial.

A submissão dos manuscritos deve ser feita unicamente de forma eletrônica por meio da plataforma SEER de *Psicologia: Teoria e Pesquisa* no seguinte endereço: [www.revistaptp.unb.br](http://www.revistaptp.unb.br).

No momento da submissão os autores deverão realizar o *upload* no sistema da revista de dois arquivos no formato do processador de texto WORD 2003 ou posterior. O primeiro é o manuscrito propriamente dito, sem nenhum tipo de identificação dos autores e contendo todos os seus elementos, a saber: título, título abreviado para cabeçalho, resumo (se redigido em português. Resumo e *résumé* se redigido em espanhol), *abstract*, texto propriamente dito, referências, tabelas (uma por página) e figuras (uma por página). O segundo arquivo é uma carta de encaminhamento (*cover letter*) que deverá conter todos os elementos pertinentes indicados no manual da APA, assinada por todos os autores do manuscrito. Apenas devem ser enviados arquivos suplementares se estritamente essenciais para a avaliação do manuscrito.

A apresentação de informações numéricas e estatísticas deverá seguir o preconizado no manual da APA. Para os manuscritos redigidos em língua portuguesa solicita-se a normalização das informações numéricas e estatísticas conforme recomendações de Carzola, Silva e Vendramini (2009), que pode ser acessado gratuitamente no seguinte endereço eletrônico: <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf>

Ressalva-se que, no caso de artigos redigidos em língua portuguesa, eventuais inconsistências entre os padrões do manual da APA e a redação em língua portuguesa devem ser resolvidas pelos autores considerando-se as regras gerais de redação desta língua.

A formatação do arquivo do manuscrito bem como a elaboração de tabelas, figuras e demais elementos deverão seguir rigorosamente o que está preconizado no manual da APA. Recomenda-se que os autores, antes da submissão, avaliem se o manuscrito está em acordo com check-list apresentado nas páginas 241-243 do manual da APA. Ressalta-se que esses elementos podem constituir motivo de rejeição sumária do manuscrito pela Direção da Revista caso não sejam cumpridos conforme as normas especificadas.

Como fonte complementar aos autores recomenda-se a consulta à informação on-line sobre o manual de publicação da APA nos seguintes endereços: