

ta

**NO LIMITE ENTRE A VIDA E A MORTE:  
Um Olhar Clínico sobre a Relação Pais/Bebê numa UTI Neonatal**

Lisiane Baldissarella

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar sob orientação da Profa. Dra. Débora Dalbosco Dell'Aglio

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia

Porto Alegre, dezembro de 2006.

## SUMÁRIO

	Pág.	
Resumo.....	3	
Capítulo I. Introdução		
1.1 A Gestação.....	4	
1.2 O Recém Nascido e a UTL.....	5	
1.3 A Relação Pais/Bebê com Malformação.....	9	
Capítulo II. Descrição de Caso Clínico.....		11
2.1 Dados de Identificação.....	11	
2.2 Motivo do Encaminhamento.....	11	
2.3 Evolução do Acompanhamento Psicológico.....	11	
Capítulo III. Discussão.....		16
Capítulo IV. Considerações Finais.....		22
Referências .....	24	

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo discutir a importância da relação pais/bebê em situação de internação em UTI Neonatal, através da descrição de um estudo de caso único. Este trabalho foi desenvolvido a partir do acompanhamento psicológico realizado com os pais de um bebê que nasceu com atrofia cerebral e que permaneceu na UTI Neonatal de um hospital público de Porto Alegre, por um período de três meses. Algumas entrevistas foram realizadas somente com a mãe e outras com o casal, já que a mãe permanecia durante o dia no hospital e o pai trabalhava. No início do acompanhamento psicológico, foram observados sentimentos de culpa dos pais, por se sentirem responsáveis pela malformação do filho, assim como dificuldades para se vincularem ao recém-nascido. Através do atendimento realizado, a mãe pode falar sobre seus sentimentos, dividindo seus medos e angústias, e pode compreender melhor a realidade de seu filho, permitindo se aproximar do bebê e participar dos cuidados básicos. Aos poucos, pode ser observado que os pais conseguiram estabelecer trocas com o bebê, acariciá-lo e conversar com o mesmo, formando um vínculo afetivo. Embora o quadro clínico do bebê fosse grave e o mesmo tenha vindo a óbito, o apoio psicológico colaborou para que os pais conseguissem aceitar sua perda. Destaca-se a importância de trabalhos de acompanhamento psicológico às famílias de bebês em situação de internação hospitalar no período pós-natal.

Palavras-chaves: UTI; Neonatal; Relação pais/bebê.

# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

### 1.1 A Gestação

A gestação é, para a maioria das mulheres, o ápice da sua feminilidade. Brazelton e Cramer (1992) relatam que a mulher se sente completa e satisfeita não só pela gravidez em si, mas também pela própria existência da criança. A mãe desenvolve uma dependência do feto a partir do momento em que este começa a crescer dentro de seu corpo, e isso a ajuda neste processo de se sentir capaz, íntegra nas suas funções procriativas, como já comentava Caron (2000).

Podemos perceber que desde pequena a menina já demonstra um instinto materno e o desejo de ter um filho, que aparece já nas suas brincadeiras de boneca, onde esta é sua filha e ela a cuida como tal (Horney, 1966). Brazelton e Cramer (1992) complementam que o desejo da menina de ser mãe está relacionado à identificação com sua própria mãe e outras figuras maternas.

Durante a gestação a mãe se depara com muitos sentimentos ambivalentes com relação a este ser que ainda não conhece, apenas o sente se desenvolvendo a cada dia dentro de si. Por mais desejada e planejada que tenha sido uma gravidez, surgem sentimentos ambivalentes e pensamentos que sempre assombram a gestante: o medo que este bebê não seja saudável; medo de fazer algum mal para ele; ao mesmo tempo, possui muitas expectativas quanto às suas características físicas – “com quem ele será parecido?”; o desejo por um bebê saudável, gordo, idealizado. Para Brazelton e Cramer (1992), durante os nove meses de gestação a mãe alimenta dúvidas, receios e ambivalências a respeito do filho, assim como também a fantasia de uma criança perfeita.

Quando nasce um bebê saudável, o vínculo, que foi se estabelecendo na medida em que o feto se desenvolvia e começava a se mexer dentro da barriga da mãe, vai se fortalecendo a cada dia que passa. E ambos vão podendo se conhecer melhor e se adaptar um ao outro, principalmente a mãe, vai se adaptando e reconhecendo as necessidades básicas de seu filho, que é totalmente dependente dela e ao mesmo tempo, possui seu próprio temperamento. Se o ambiente social for imaturo ou doente, o desenvolvimento de

uma pessoa, que vai da dependência à independência, atingindo a maturidade, é prejudicado. Para o bebê alcançar esta maturidade, ele precisa passar por três etapas do desenvolvimento do ego: integração, personalização e início das relações objetivas. Este desenvolvimento só poderá ser alcançado com os cuidados de uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 1982), isto é, que saiba decodificar as necessidades básicas de seu bebê, ajustando-se às características próprias que já se fazem notar logo após o nascimento, como por exemplo, seu temperamento (Atkinson, Atkinson, Smith, & Bem, 1995; Bosa & Piccinini, 1994).

Já quando ocorre alguma intercorrência, seja por prematuridade, como por algum tipo de malformação congênita ou uma doença grave, e este bebê tem que ficar sob os cuidados de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI Neo), é como se, para a mãe, se confirmassem todos aqueles sentimentos que a assombravam durante quase todo o período de gestação. Neste momento, é preciso que a mãe trabalhe o luto pelo filho imaginário, trazendo para a realidade as fantasias presentes desde antes da concepção. O nascimento de um filho com malformação pode resultar numa grande ferida narcísica, o que demanda um trabalho de luto pela perda do filho idealizado (Debray, 1988; Soulé, 1987).

Algumas malformações são detectadas nos primeiros dias da gestação através de exames específicos, como ultrassonografia, ecografia, amniocentese, entre outros e os pais podem decidir o que fazer, ou seja, dependendo da gravidade do caso, podem decidir por interromper a gestação ou levá-la adiante. Outras malformações são detectadas na hora do parto ou ainda não são detectadas e só aparecem após o nascimento.

Como relatado até aqui, receber a notícia de um filho com malformação repercute em muitos sentidos da vida de um casal. São muitos os sentimentos que assustam e amedrontam, prejudicando, muitas vezes, o vínculo destes pais com seu filho e, conseqüentemente, os primeiros cuidados básicos para com este.

## **1.2 O Recém Nascido e a UTI**

O nascimento já é considerado o primeiro trauma infantil, pois o bebê quase sempre tem algum tipo de sofrimento durante o parto, quer este seja normal ou por cesariana. No caso de um bebê que nasce com alguma malformação, além de ter que ir para uma Unidade

de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, que é um ambiente cheio de estímulos dolorosos, visuais e auditivos, tem também que se separar de sua família imediata, a qual já conhece pela voz, principalmente da mãe. Wirth (2000) refere que mãe e o bebê já foram separados abruptamente pelo trauma da hospitalização, sendo necessário restabelecer o vínculo entre ambos. De acordo com Leff (1997), a criança entende o mundo e a si mesma através da interação interpessoal que teve, mais especificamente, com sua mãe. Druon (1996) afirma que todos estes ruídos, luzes fortes, procedimentos dolorosos e o cheiro forte dos desinfetantes hospitalares ajudam na estimulação de uma sensoriedade do bebê mais bizarra, podendo progredir, mais tarde, em possíveis perturbações.

Para Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005), quando o bebê corre risco de morte, os pais sentem medo de fazer ligação afetiva forte com o filho, porque ele pode não sobreviver. Assim, esse momento é marcado pela coexistência de sentimentos ambíguos e a esperança de que ele viva é mesclada com desejos de morte. Questão importante diz respeito ao fato de que esses pais irão enfrentar a rotina de uma UTI neonatal onde o seu bebê precisa permanecer para sobreviver: “De repente, o primeiro colo desse bebê é a incubadora. Esse bebê que esperavam estar acariciando, mostrando aos familiares e amigos, está cheio de fios, picado por agulhas, sob luzes, aparelhos sofisticados e correndo risco de morrer” (Souza & Barros, 1999, p.132). O sentimento dos pais a respeito das “máquinas salvadoras” pode ser ambivalente; por uma parte, expectativa quase mágica em relação a elas, graças às quais sua criança sobrevive e os obriga a uma missão completa; por outra parte, coexiste um sentimento de repúdio devido à distância que essas máquinas interpõem entre eles e a criança e, conseqüentemente, sentem-se excluídos (Viziello, Zorzi, & Bottos, 1992, citados em Thomaz et al., 2005). Não é de admirar que uma mãe nessa situação queira fugir ou proteger-se sob a depressão para não cuidar do bebê. Essas respostas não podem ser consideradas anormais e sim respostas previsíveis. O surpreendente é que os pais conseguem superar esses sentimentos, começam tudo novamente, criando um vínculo com o bebê. Para tanto, eles passam por “estágios” à medida que formam o apego ao bebê. Antes, porém, vem uma *reação de luto*, que é inevitável. Esta reação é pela perda do bebê perfeito que esperavam, como também pelos “defeitos” que produziram no bebê. Esse sentimento de culpa pode ser consciente ou inconsciente, tendo justificativa ou não. Para

superar esse sentimento gravidez é preciso tempo e um árduo trabalho pessoal (Brazelton, 1988).

Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca e Leite (2003) apontam que o fato da mãe não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo é bastante frustrante. Mesmo quando já é possível tocá-lo e acariciá-lo dentro da incubadora, muitas mães se amedrontam diante dessa situação. Esse medo se justifica pela auto-estima afetada, pelo ambiente da unidade de cuidado intensivo neonatal e pela falta de autoconfiança na capacidade de criar o filho. Além disso, acrescentam que o choque pela hospitalização de um bebê pode ser compreendido quando observamos os pais serem confrontados com um ambiente estressante e confuso, impotentes para assumirem os cuidados com seu filho que apresenta risco de vida. Esses sentimentos podem ser atenuados ou reforçados de acordo com a oportunidade que essa mãe tem ou não de participar, de alguma forma, dos cuidados de seu filho. O estabelecimento do vínculo e apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidades da mãe interagir com seu filho, gerando desordens no relacionamento futuro de ambos. Pesquisas mostram que o comportamento de apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato entre mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal (Bolwby, 1984; Brazelton, 1988).

Gomes, Quayle, Neder, Leone e Zugaib (1997) apontam que enquanto a mãe não pode segurar o filho, o contato físico através do toque é desejável, assim como os cuidados para manter a produção do leite materno. O seu armazenamento deve ser estimulado e, quando possível, ser dado por sonda, até o momento em que, então, a mãe possa segurá-lo e amamentá-lo. Isto contribui para a manutenção do vínculo, pois a mãe se sente satisfeita em dar algo que é seu, aproxima-se da “normalidade”, fazendo com que não se sinta excluída, minimizando a insegurança, tornando-a, com o tempo, mais participativa no cuidado com o filho, desempenhando o seu papel de forma espontânea e natural.

Dependendo da gravidade do caso, este bebê pode ficar dias, meses ou até mais de anos dentro de um hospital. Por isso é importante que os pais estejam presentes, tocando, conversando e estimulando o filho, para que este possa se sentir mais seguro e confortável frente a todos estes processos dolorosos pelos quais está passando, ajudando-o a superar de forma mais branda tudo isso. O bebê aprende a viver com sua deformidade, mas se não

estiver certo do amor de seus pais e não se achar digno deste amor, ele não poderá viver bem (Irvin, Kennel, & Klaus, 1993).

Muitas vezes, a mãe se sente incapaz de cuidar de seu filho dentro de uma UTI Neonatal e acaba se ausentando, tanto da UTI quanto do próprio hospital, por achar que a equipe cuida bem melhor dele do que ela mesma. Isso confirma os sentimentos da mãe de ser incapaz de ter gerado um filho saudável e de cuidá-lo. Wirth (2000) refere que os pais, neste momento, podem estar com uma auto-estima mais baixa, sentindo que falharam em algum momento, além de sentirem-se culpados por tudo o que está acontecendo. A mesma autora segue enfatizando que o ambiente hospitalar tem que ser acolhedor e continente às angústias, medos e o sofrimento destes pais, para que eles também possam cuidar melhor de seu filho. Não descartamos a importância dos cuidados técnicos para tratar da parte clínica deste bebê, mas com certeza, a presença dos pais é tão ou mais importante para ele e para seu prognóstico ou apenas para ajudar a amenizar este momento tão doloroso e estressante. Porém, com o passar dos dias, a angústia inicial dos pais frente a tudo o que aconteceu e ainda está acontecendo, vai sendo substituída por um olhar mais humano e admirado para seu filho que está ali indefeso, cheio de fios e de máquinas ligadas ao seu corpo e que mal pode ser tocado (Guedeney & Lebovici, 1999), ou seja, os pais vão podendo “narcisizar” seu filho (Bleichmar, 1987).

Por outro lado, há aqueles pais que fazem do hospital sua segunda, ou melhor, sua primeira casa, pois passam mais horas lá dentro do que em qualquer outro lugar. E isso também pode ter um significado; o de estar reparando algum mal que pensam ter causado ao seu filho. Nestes momentos é importante que eles possam também se sentir acolhidos, entendidos, contidos pela equipe, para que não se descuidem deles mesmos, pois sabemos que um hospital já é um ambiente muito estressante. Numa UTI, especialmente, estão os casos mais graves e as maiores chances de óbitos, desencadeando um maior estresse, medos e angústias dos pais frente ao que pode vir a acontecer com seu filho. Esta situação se torna pior quando os pais começam a perceber que alguns bebês já estão retornando para casa. Isso pode ir desestimulando a luta pela vida, trazendo sentimentos depressivos (Guedeney & Lebovici, 1999). Por isso se faz muito importante que a equipe hospitalar possa acolher e cuidar destes pais, os quais se encontram indefesos e atemorizados (Caron, 2000; Guedeney & Lebovici, 1999).



### 1.3 A Relação Pais/Bebê com Malformação

A relação pais/bebê é algo que vai se construindo desde a concepção, ou a partir do momento em que ficam sabendo da gestação, sendo que os exames também colaboram. O vínculo da mãe com seu filho vai se fortalecendo a partir do momento em que este vai se desenvolvendo e que são percebidos os movimentos fetais (Caron, 2000).

Após o nascimento de uma criança normal, a mãe pode ir reconhecendo as necessidades básicas de seu filho e podendo se adaptar às suas características, ou seja, ao seu próprio temperamento e ser continente a ele. Essa capacidade é chamada por Bion (1959/1994) de *Rêverie*, que é a possibilidade da mãe de detectar e conter as necessidades, angústias e as demandas de seu filho. Mas isso também vai depender muito de como foram as suas primeiras experiências com sua própria mãe. Como relatam Brazelton e Cramer (1992), todas as experiências da mulher com seus pais, suas vivências edipianas, influenciarão na sua adaptação ao novo papel: o de ser mãe.

Em contrapartida, quando nasce um bebê com algum tipo de malformação, o choque é tão grande que, num primeiro momento, ela pode se afastar de seu filho, com medo do que pode encontrar ao vê-lo. E a formação do vínculo pode ser mais tardia, ou mais difícil de ser estabelecida ou ainda nem chegar a acontecer. “O luto antes da morte aparece quando existe um mau prognóstico para o bebê. Há pais que entram em luto prematuro, como se já não adiantasse fazer nada e podem começar a desinvestir o bebê. Antecipam o luto na tentativa de diminuir o sofrimento. Outros, ainda, negam o risco de morte e passam a ter certeza de que o filho viverá, de que ele lutará para viver. Os sentimentos de onipotência dos pais ficam projetados no bebê” (Falcão & Varaschin, 2002, p. 86).

Ter que se deparar com uma malformação de um filho é como enxergar suas próprias fraquezas e incapacidades, ainda mais quando o bebê apresenta algum membro externo deformado. Quando a malformação é interna, não se torna tão chocante aos olhos, e os medos e as angústias ficam mais no nível de fantasias e a forma de vínculo vai depender do prognóstico dado pelo médico responsável (Klaus & Kennel, 1993). O medo de se apegar à criança e esta vir a morrer, mais cedo ou mais tarde, gera muitos sentimentos ambivalentes, e pode fazer com que os pais, ou se afastem cada vez mais do filho doente ou

o superprotejam, ultrapassando seus próprios limites enquanto seres humanos – alguns passam mais de 20 horas dentro da UTI ao lado da incubadora do filho e vão para casa apenas para fazer sua própria higiene e dormir, quando conseguem. Rolland (1998) refere, com relação a isso, que quando existe algum doente na família que envolve uma ameaça de perda, os familiares se deparam com muitos sentimentos ambivalentes, ou possuem um desejo de distanciamento e fuga dessa situação insuportável ou se tornam superprotetores e vigilantes.

Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte e Martinez (2004) afirmam que a família com um bebê hospitalizado passa a experimentar a separação e a incerteza sobre a evolução clínica e sobrevivência do bebê. Neste contexto, níveis de ansiedade e sentimentos de tristeza e melancolia podem ser exacerbados diante dessa situação de conflito e estresse. Em um estudo realizado com pais de bebês hospitalizados na UTI Neonatal foram observados altos níveis de ansiedade, depressão e hostilidade, revelando problemas de ajustamento psicossocial por parte dos pais. Para estes autores, o ajustamento familiar ou habilidade para realizar mudanças no sistema familiar a partir de um evento estressor, a fim de manter seu equilíbrio e funcionamento, está relacionado aos recursos internos e sociais da família e às estratégias familiares de enfrentamento da situação durante a fase de internação do bebê na UTI.

Assim, a partir dos aspectos teóricos apresentados, este trabalho teve como objetivo discutir a importância da relação pais/bebê em situação de internação em UTI Neonatal, através da descrição de um estudo de caso único. Este trabalho foi desenvolvido a partir do acompanhamento psicológico realizado com os pais de um bebê que nasceu com atrofia cerebral e que permaneceu na UTI Neonatal de um hospital público de Porto Alegre, por um período de três meses.

## **CAPÍTULO II**

### **Descrição de Caso Clínico**

#### **2.1 Dados de Identificação**

O bebê F. nasceu com atrofia cerebral, sendo entubado imediatamente após o nascimento. Permaneceu na UTI Neonatal por três meses. Durante este período houve acompanhamento psicológico aos pais diariamente. Seus pais eram casados há aproximadamente 10 anos e este foi seu primeiro filho. A mãe do bebê, M., tinha 40 anos e escolaridade superior, e o pai, J., tinha 37 anos, estava no seu segundo casamento, e também tinha nível superior de escolaridade.

#### **2.2 Motivo do Encaminhamento**

O caso foi encaminhado para acompanhamento psicológico, pelo setor de Neonatologia, de um Hospital Universitário, da cidade de Porto Alegre, porque os pais encontravam-se preocupados e angustiados por não entenderem o que estava acontecendo com o filho, que nascera com malformação cerebral (atrofia cerebral).

#### **2.3 Evolução do Acompanhamento Psicológico**

O primeiro contato com o casal foi realizado no quarto do hospital, pois F. tinha nascido naquele mesmo dia. Nasceu a termo e de cesariana, sendo encaminhado logo em seguida para a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. M. ainda não tinha conseguido ver seu filho e parecia não estar acreditando na gravidade do estado do bebê, pois falava que tudo ia dar certo e o que tivesse que ser, seria. J., que já tinha visitado o filho, mostrava-se bastante emotivo e preocupado com o mesmo, dizendo que não acreditava no que estava acontecendo e que faria de tudo para ajudá-lo. No momento em que relatava isso, se emocionou. Porém, M. parecia “anestesiada”, não se dando conta da real situação.

Nos primeiros contatos com o casal, M. dizia ter engravidado por descuido e que quando descobriram, no início, ficaram um pouco assustados, mas depois acabaram aceitando e gostando da idéia. M. referia ter realizado todo o acompanhamento pré-natal do bebê, juntamente com seu esposo e que no quinto mês de gestação, descobriram, através de uma ecografia, que o feto tinha um problema em um dos ventrículos do umbigo, mas não

deram muita importância, pois segundo seu médico não era “nada demais” (sic). Tiago nasceu a termo num hospital de Porto Alegre e de cesariana, no mês de setembro. M. comentava que o parto foi muito difícil, um “trauma” (sic), uma vez que nunca tinha passado por um processo cirúrgico.

Ao nascer, receberam o diagnóstico que F. tinha uma atrofia cerebral e que seu caso era muito grave, que teria que ficar hospitalizado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI Neo) do hospital, para onde foi levado logo após o nascimento. No dia seguinte, J. contou que a esposa se encorajou e foi ver o bebê naquela mesma noite e que ficou ao lado da incubadora por alguns minutos e logo quis voltar para o quarto, pois ainda estava se recuperando da cirurgia. M. queixava-se de muita dor no abdômen.

M. teve alta do hospital dois dias após o nascimento de F., mas suas visitas ao filho se tornaram constantes. A partir de então, o contato com o casal foi bastante frequente. Num primeiro momento, M. lamentava muito e se questionava o porquê isso estava acontecendo com eles, reforçando o fato do médico não ter os alertado de que era algo mais grave nos pré-natais realizados, portanto, algo deveria estar errado. Parecia inconformada. Mesmo assim, M. passava os dias ao lado da incubadora do filho, olhando e acariciando-o, mesmo não tendo nenhuma resposta, nenhum retorno de sua dedicação, uma vez que ele estava em coma induzido. J. oscilava entre seu trabalho, dar apoio para a esposa e para seu filho. Através das entrevistas com o casal, a mãe foi podendo ficar mais sensível a seu bebê e a ela própria e com isso pôde começar a colocar em palavras para seu filho o que estava acontecendo. Nos primeiros encontros, os pais ficaram um pouco confusos e surpresos, dizendo não acreditarem que ele ouviria, já que estava em coma induzido, e preocupados com o fato das pessoas acharem que estavam “loucos” (sic). Após algum tempo, M. e J. começaram a conversar e a cantar para seu filho, dizendo se sentirem muito melhor e mais próximos dele e qualquer movimento seu, era uma forma de resposta frente aos cuidados dispensados por seus pais.

Devido à sua malformação, havia dias em que F. se agitava mais, o que segundo a equipe, era por causa da dor que deveria sentir, então, o bebê ficava sedado a maior parte do tempo. Frente a isso, M. dizia que essa agitação de F. a angustiava muito, por não saber como acalmá-lo, por se sentir impotente frente a tudo o que dizia respeito ao seu filho. Houve momentos em que se sentia inferior à equipe de enfermagem, comentando que elas

cuidavam melhor de seu filho do que ela própria, chegando a verbalizar que tinha certo receio em tocá-lo e machucá-lo, então, preferia que a equipe tomasse conta dele. A partir disso, fomos refletindo sobre seus medos e angústias e ela foi podendo maternar mais seu filho. Depois que M. e J. começaram a fazê-lo, passaram a interagir e a participar muito mais dos cuidados de seu filho, chegando a discutir os procedimentos realizados com ele, ou melhor, foram podendo se inteirar mais do quadro clínico de seu filho junto à equipe.

O prognóstico de F. era muito ruim e o bebê não conseguia ficar fora do oxigênio e passava a maior parte do tempo sedado, devido também às convulsões. Os procedimentos médicos eram freqüentes e inevitáveis e isso deixava seus pais ainda mais tristes e preocupados. M. chegava a verbalizar que tinha medo de ficar deprimida e que tentava o tempo todo se reerguer para conseguir estar ao lado de F. o apoiando e dando muito amor. E assim o fazia quase 24 horas por dia, de segunda a segunda. A partir do momento em que o casal passou a interagir e a tomar conta de alguns cuidados de seu filho, F. passou a responder mais, pois já conseguia permanecer mais tempo com os olhos abertos, assim como também, responder mais ao carinho e atenção de seus pais, o que os estimulava e os fazia acreditar em sua melhora, chegavam a fazer planos para quando ele saísse do hospital e isso incluía o desejo que tinham de que ele pudesse desfrutar de todo enxoval comprado com muita dedicação. M. e J. conversavam com o filho, lhe dizendo palavras que o encorajassem a continuar lutando, procurando mostrar seu amor. F. os olhava atentamente e seus espasmos musculares mais pareciam uma resposta aos estímulos de seus pais.

Mas como não poderia ser diferente numa UTI Neo, ocorriam muitos óbitos de outros bebês, o que ajudava a aumentar a angústia do casal, que temia que o mesmo acontecesse com seu filho. M. se culpava por tudo o que estava acontecendo com ele, dizia que estava assim porque decidiu engravidar muito tarde porque tinha medo de engordar, de estragar seu corpo com o qual se preocupava tanto, e que se tivesse tido um filho mais cedo, talvez nada disso tivesse acontecido. Chegaram a realizar todos os exames possíveis para descartar qualquer hipótese genético-hereditária do problema.

Em alguns momentos, F. conseguiu sair do oxigênio (O<sub>2</sub>) podendo ir para o colo da mãe e do pai, possibilitando que trocassem olhares e carinhos e os planos para quando saísse do hospital, quando crescesse, começasse a caminhar, a namorar, enfim, voltavam a aparecer, levando-os a planejar todo o futuro que haviam sonhado para o filho. J. também

dizia que iria ensiná-lo a andar de bicicleta no parque todos os finais de semana. Mas F. oscilava entre a incubação e a extubação, às vezes três vezes ao dia, e, conseqüentemente, o humor e a confiança de poderem viver tudo aquilo que haviam planejado junto ao filho, principalmente no que diz respeito a M., também oscilava entre o desespero e a esperança.

J. parecia mais otimista e alternava entre o hospital e o trabalho, o qual também exigia muita dedicação. Ainda dizia que sua esposa tinha que se distrair mais e não ficar o tempo todo no hospital, também dizia que não adiantava chorar, que o melhor que tinha a fazer era sair um pouco, fazer outras coisas. Já M. se queixava que o esposo não entendia seu sofrimento, cobrando todas estas coisas, que não tinha desejo, tampouco condições emocionais para fazer qualquer outra coisa que não ficar ao lado de F., e que isso estava deixando-a mais deprimida. Referia também que seu esposo não a compreendia e que era ele quem estava fora da realidade, “negando a situação de F.” (sic), talvez por não ficar o tempo que ela dentro do hospital, pois que lá ela via de tudo e era ela quem recebia as notícias dos médicos e acompanhava a todos os procedimentos que seu filho era submetido durante o dia. Em parte, M. concordava com J., dizendo que não tinha mais ânimo para fazer coisas que antes lhe davam prazer. Portanto, toda vez que ligava para seu esposo, este largava o que estava fazendo e corria para o hospital.

Como o quadro de F. era bastante comprometedor, havia momentos em que ele ficava muito mal. M. chegava a verbalizar que se fosse para seu filho ficar sofrendo desta forma, que preferia que ele “se fosse e descansasse” (sic). Quando falava sobre isso, se emocionava muito, de forma que as palavras chegavam a sair “engasgadas”. Então, comparava seu filho a outros recém-nascidos que estavam piores que ele e que acabaram saindo da UTI, outros até chegavam a ter alta do hospital.

F. chegou a sair da UTI Neo e ir para uma sala intermediária, tirou a sonda, o que o possibilitou mamar no seio de sua mãe, assim como permanecer mais tempo em seu colo. M. pôde também dar banho em seu filho, fazer sua higiene, entre outros cuidados básicos. Comentava nesses momentos o prazer que o filho estava lhe proporcionando em poder amamentá-lo, em poder cuidar dele. Também dizia que o que mais queria era que ele pudesse usar as roupas que compraram para esperá-lo, que ele pudesse usufruir o seu quarto, que haviam decorado com muito amor e dedicação. Porém, sempre temendo que isso não viesse a acontecer.

O bebê permaneceu não mais que dois dias fora da UTI, tendo que voltar devido às crises convulsivas que começou a apresentar. Então, novamente foi entubado e sedado. Seus pais já não sabiam mais o que pensar e começaram a dizer que a equipe médica nunca tinha uma resposta para dar sobre o estado de seu filho e isso estava os angustiando muito. Chegaram a verbalizar que as convulsões se deram por causa do contraste que havia tomado para fazer a tomografia. Após este episódio, durante uns três dias, M. passou a ir para casa mais cedo, voltando no fim da tarde com seu esposo e ficando até a meia-noite, dizia que não ia adiantar ficar mais tempo, já que ele estava sedado mesmo e que não podia fazer mais nada, além de “rezar muito para que ele ficasse bem, fosse aqui na Terra, fosse lá em cima com Deus” (sic).

A expressão de cansaço e desesperança estava a cada dia mais estampada no rosto do casal, mas eles continuavam visitando seu filho todos os dias e permanecendo muitas horas ao seu lado. No entanto, F. foi tendo cada vez mais convulsões, mesmo sedado, até que não resistiu. Seu óbito ocorreu após três meses de internação. M. dizia que já estava esperando e até rezando para que seu filho parasse de sofrer tanto, já J., segundo ela, estava inconformado e muito triste.

### **CAPÍTULO III**

#### **DISCUSSÃO**

Sabemos que existem muitas fantasias no decorrer de toda a vida gestacional da mulher com relação ao bebê que está por nascer. São nove meses de espera e angústia frente ao desconhecido. Soulé (1987) refere que o nascimento de um filho vem infligir a megalomania materna de criar um filho perfeito, tendo que renegar o filho imaginário tão importante na sua fantasia e no seu sonho. Dessa forma, a mãe tem que fazer o luto por este filho tão idealizado e esperado, aceitando o bebê real. Porém, quando nasce um filho com algum tipo de malformação, essa aceitação do bebê real pode ser muito mais complicada, pois além de não ser o filho idealizado, perfeito, imaginado em suas fantasias, é um filho com limitações, que pode vir a confirmar algumas fantasias relacionadas a sua própria incapacidade de gerar um filho saudável. Numa visão psicanalítica, pode-se supor que os ataques imaginários que a menina faz em relação ao corpo da mãe com seus excrementos venenosos e destrutivos fazem-na fantasiar que possui fezes más dentro dela, levando-a a ter uma criança má, defeituosa, feia, anormal (Klein, 1927/1997). Ou seja, esta fantasia se confirma quando a mãe tem um bebê malformado, pois acredita que pode ter feito mal para o seu filho, por isso ele nasceu assim, apresentando sentimentos de culpa. Ao mesmo tempo, se deparar com um filho deformado fere o narcisismo dos pais. Belli e Silva (2002) referem que a aceitação do filho real é mais bem superada quando a equipe consegue introduzir os pais na participação e na interação com o bebê, bem como na familiarização do novo ambiente em que se encontram (UTI Neonatal). A partir disso, vê-se a importância de poder ampliar os cuidados e atenção que a equipe tem que dispensar aos pais quando se encontram numa situação tão delicada como esta, ajudando a minimizar o sofrimento e a angústia dos mesmos (Belli, 2000; Lamego, Deslandes & Moreira, 2005).

Em contrapartida, Gaíva e Scochi (2005) apontam que, apesar da presença da mãe numa UTI Neonatal e de seu papel de maternagem, não há um acolhimento, tampouco uma relação de parceria entre equipe e família do bebê, chamando atenção para a necessidade de uma ampliação nestas intervenções, onde a equipe pode tornar a família mais autônoma para promover a saúde e a qualidade de vida do bebê. Em 1995, Belli já havia constatado o grande interesse das mães em participarem mais dos cuidados de seu filho, bem como de se



interarem sobre o estado de saúde do mesmo e sobre os procedimentos clínicos realizados pela equipe. Com isso, observa-se o quanto se faz importante que equipe e hospital possam acolher as famílias que se encontram num momento tão delicado e doloroso.

Um diagnóstico patológico pode causar um choque traumático nas pessoas que o recebem. No caso descrito neste estudo, pode-se observar o estado emocional dos pais ao receberem o diagnóstico de Atrofia Cerebral do filho recém-nascido. Diziam não acreditar no que estava acontecendo, além de apresentarem certa confusão, já que o médico que realizou todos os pré-natais não havia mencionado qualquer problema mais sério com seu filho. Constatou-se a forte angústia e a dificuldade de ambos em aceitar o ocorrido, sentiam como se o mundo tivesse desabado, como se tivessem “tirado o chão” deles. Nos primeiros dias, era como se estivessem negando a situação do filho, como vimos no comportamento dos pais, principalmente, no da mãe, quando se recusava a ir visitá-lo na UTI, falando que não podia acreditar no que estava acontecendo, que isso não podia ser verdade, que devia ter algo errado no diagnóstico. Para Botella e Botella (2002), diante de uma situação traumática, onde a percepção e a realidade ficam alteradas porque o ego não consegue dar conta de tamanha excitação externa, tendo que utilizar mecanismos de defesa para suportar a realidade, pode-se entender que: *“é no caráter negativante, na perda pelo ego de seus recursos, que compreendemos a qualidade traumática. A desorganização brutal originarse-ia, acreditamos, não numa percepção, mas na ausência de sentido do violento excesso de excitação e do estado de desamparo do ego, na impossibilidade para o ego de representá-los para si”* (p.93).

No entanto, Kübler-Ross (2002) acredita que este processo de negação é normal quando uma pessoa recebe um diagnóstico por alguém não muito familiar e muitas vezes, de forma abrupta ou prematura, sem antes preparar o mesmo. Complementa que a negação é uma forma saudável da pessoa lidar com aquele momento tão doloroso, funcionando como um pára-choque para, só depois, poder se recuperar e usar outras medidas menos radicais.

Através do contato com este casal, na UTI Neonatal, pode-se observar a importância, para esses pais, de poderem colocar em palavras seus sentimentos, bem como sua presença junto ao filho. Brazelton (1988) destaca a necessidade dos pais de entender a comunicação do bebê para melhor conhecer suas potencialidades e capacidades. Neste

caso, mesmo com um bebê numa situação bem mais delicada, como era o caso de F., em coma induzido, foi avaliado que algum canal de comunicação poderia ser estabelecido entre os pais e o bebê. No início, estes pais ficaram um pouco confusos e com medo de que os outros os achassem “loucos” (sic) por estarem conversando com seu filho, já que era recém-nascido e ainda estava sedado, ou seja, não acreditavam que ele pudesse escutá-los. Acreditamos que este momento era tão enlouquecedor para ambos, que tiveram que projetar esta loucura como fazendo parte dos pensamentos dos outros, para poderem suportar esta situação. Para Klein (1955/1991) a pessoa projeta partes repudiadas e odiadas de seu *self* no mundo externo, para suportar melhor estes sentimentos, pois, assim, consegue manter um maior controle dos mesmos. Depois que os sentimentos de descrença frente às possibilidades de seu filho foram trabalhados, durante as sessões de atendimento, os pais puderam ficar mais sensíveis a ele e a si próprios, conseguindo colocar em palavras o que estava acontecendo, permitindo, aos poucos, se aproximarem do bebê real, formando o vínculo.

A partir do momento que a mãe pôde se aproximar mais do filho real, bem como da realidade propriamente dita, começaram a emergir muitos outros sentimentos. Através do atendimento realizado, a mãe foi podendo pensar num motivo que pudesse ter causado a patologia do filho e se deu conta que se sentia culpada, acreditando ter causado algum mal para ele. Isso aparece quando verbaliza o fato de não ter engravidado mais cedo, atribuindo o fato à idade tardia em que engravidou. Como sabemos, ao ter um filho, a mãe reedita suas próprias experiências infantis com sua mãe, assim, esta culpa que M. dizia sentir, pode estar relacionada às primeiras relações objetais, bem como sua conflitiva edípica, que a fazem acreditar que pode danificar os bebês que carrega dentro de si, conforme os processos descritos pela psicanálise (Klein, 1927/1997).

Através dos encontros realizados com a mãe, fomos possibilitando a esta um momento onde pudesse falar sobre esses sentimentos, dividindo seus medos e angústias e, acima de tudo, sendo compreendida. Só então, pôde compreender melhor a realidade de seu filho, permitindo se aproximar desse bebê real, com suas limitações, ligadas ao estado clínico, mas também como seu próprio filho. Isso aparece quando verbaliza sobre seu medo de se deprimir e não conseguir dar o apoio que ele precisava. A partir de então, F. começou a reagir mais, permanecia mais tempo com os olhos abertos e as trocas entre a tríade

começaram a acontecer. Pensamos que F. pôde começar uma certa continuidade entre ele e seus pais, pois toda vez que abria e/ou fechava seus olhos, os encontrava ao seu lado, o acariciando e conversando com ele, e essa constância, permite uma continuidade e, talvez, de forma rudimentar, algum tipo de integração do Eu. Essa idéia permite levantar-se a hipótese de que talvez F. pudesse, muito rudimentarmente, ter alguma integração, já que seu estado era muito comprometedor. Winnicott (1958/2000) refere que um bebê, num primeiro momento, tem o objeto como um prolongamento de si, e só através de uma mãe suficientemente boa é que ele pode ir diferenciando o eu do não-eu, ou seja, o papel da mãe é que vai dando lugar para um existir do eu do recém-nascido, integrando-o.

O estado clínico de F. oscilava muito e quando este apresentava uma melhora seus pais verbalizavam os projetos futuros que haviam feito para quando ele saísse do hospital, mas quando ele piorava, o desespero e a desesperança reapareciam, principalmente, na mãe. Nestes casos, é comum que frente a uma realidade tão sofrida e dolorosa, o psiquismo tende a fazer uso de alguns mecanismos de defesa com o intuito de proteger-se do sofrimento insuportável. Sendo que o mais comum deles é o da negação. No caso dos pais de F. percebemos uma dissociação em alguns momentos mais críticos, onde o risco de morte era maior. Em alguns momentos cada um representava um lado da situação, ou seja, um negando a realidade e o outro se deprimindo, já em outros momentos, se mostravam mais unidos. M. se queixava que J. “negava” (sic) o que estava acontecendo e que não a compreendia, exigindo que fizesse algo que não podia no momento, que era sair, se distrair. J. dizia que M. estava muito chorosa, que precisava reagir, e que brigava com ele porque acreditava que F. pudesse superar o quadro clínico, muitas vezes, negando a situação de forma mais maníaca. A negação é uma defesa que o sujeito utiliza em relação aos seus desejos, sentimentos ou pensamentos recalcados, negando que estes lhe pertencem (Laplanche & Pontallis, 1995).

Pode-se entender que o fato dos pais de F. estarem sempre ao seu lado, conversando e o estimulando, permitiu a este responder aos movimentos internos e externos constantes. Isso colaborou, mesmo dentro de um quadro clínico tão comprometedor, que F. conseguisse permanecer um tempo mais longo sem o oxigênio, o que ocorreu no seu segundo mês de vida. Com esta evolução, a equipe decidiu transferi-lo para uma sala de cuidados intermediários da Neonatologia. Este momento possibilitou à mãe trazer algumas

das roupas de seu filho, permanecer um tempo mais longo com F. no colo, podendo, inclusive, amamentá-lo no seio e não apenas através de uma sonda. Surgiu a possibilidade de dar o banho, trocá-lo, enfim, exercer o seu papel de mãe, realizando algo que tanto esperava e sonhava. M. falava sobre seus sentimentos de realmente ser mãe de F., pois só então estava podendo cuidá-lo realmente. De acordo com Fonseca (2002), se faz necessário que a equipe médica insira a mãe, gradativamente, no cuidado de seu filho dentro de uma UTI Neonatal.

Muitas vezes, M. se queixava de não poder realizar estas funções, chegando a verbalizar que achava que a equipe de enfermagem conseguia cuidar melhor de seu filho do que ela própria, mostrando certo medo em machucá-lo (revelando seus aspectos agressivos inconscientes vividos nesta situação, bem como a raiva por ter um filho malformado e por estar passando por tudo isso). Através dos comentários de M., também se pode observar a rivalidade, bem como o sentimento de impotência que os pais sentem em relação à equipe que, devido às circunstâncias, acabam cuidando e manejando mais o bebê. Soulé (1987) nos ajuda a compreender estes sentimentos quando comenta que a mãe pode considerar a equipe do hospital com sentimentos muito ambivalentes, ou seja, ao mesmo tempo em que reconhece seu trabalho, também sente ódio, inveja e ciúmes, colocando-se em competição com as enfermeiras que cuidam de seu bebê. Linhares, Carvalho, Bordin, Chimelo, Martinez e Jorge (2000) também enfatizam o fato das mães se sentirem incompetentes com relação aos cuidados de seu filho. Outro fator importante, é que as mães percebem seus filhos muito frágeis e acabam assumindo um papel mais passivo e cauteloso frente aos seus cuidados, evitando assim, manipulá-los (Almeida, Tachibana, Ulle, & Fernandes, 2003). Porém, depois de muitos encontros, em que estes sentimentos foram trabalhados, a mãe foi se dando conta de que seu papel era muito importante para a saúde mental e, conseqüentemente, física de seu filho. No entanto, este período não foi muito longo, não durou mais de uma semana, e o quadro clínico de F. piorou consideravelmente, tendo que retornar para a UTI e ser entubado devido às várias convulsões que apresentou num só dia.

Após este episódio, os pais começaram a culpar os médicos pela piora do filho, alegando que as convulsões se deram pela ingestão dos contrastes para realizar os exames de revisão, o que não achavam necessário no momento, já que ele estava “bem” (sic). Frente ao desespero e a desesperança, observou-se que o casal precisou responsabilizar os

médicos por esta situação estressora e frustrante, com o intuito de aliviar o sentimento de culpa por terem gerado um filho malformado. Para Freud (1920/1969), em seus estudos em “Além do Princípio de Prazer”, frente a alguma excitação interna desprazerosa, o aparelho psíquico, para suportar essa dor, colocará a culpa deste desprazer como sendo algo vindo do exterior e não do interior. Bowlby (1985) também concorda com essa situação, referindo que quando a morte de alguém querido e amado é iminente, os pais vivenciam uma espécie de torpor e tendem a direcionar toda a ira e as explosões para os profissionais de saúde.

A partir de então, F. só piorou e através dos encontros realizados com M., esta foi se deparando com seus sentimentos de dor, angústia e medo. Este movimento levou M. a se dar conta que iria perder seu filho. Aqui, o contato com a realidade se instalou de forma mais consistente. As convulsões, bem como o prognóstico revelado pelos médicos a partir de então, levaram M. a aceitar e a ir elaborando o luto pela perda real do filho, ficando livre de um mundo de fantasias. A partir de então, passou a frequentar menos a UTI Neonatal, isto é, começou a se afastar por um tempo mais longo de seu filho. Com relação a isso, Freud (1917/1969), em seus estudos sobre “Luto e Melancolia”, aborda que o luto é um processo natural frente à perda de um objeto amado, onde o sujeito retira a libido do objeto que foi afastado ou não mais existe, sendo uma reação saudável, pois a pessoa vai desvinculando a libido do objeto. Druon (1996) aponta que os pais, diante de tanta dor, tendem a antecipar o luto, ou seja, deixam de investir no bebê para evitarem mais sofrimento, pois acreditam que não adianta fazer mais nada. Dias depois, o bebê foi a óbito. Pode-se observar, assim, o processo vivido por seus pais, que puderam aceitar perdê-lo, vivenciando diferentes momentos e sentimentos.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo aponta a importância de uma compreensão e maior empatia por parte dos profissionais da saúde, frente às angústias e medos dos pais de recém-nascido que se encontra hospitalizado numa UTI Neonatal, desde o nascimento, por algum tipo de malformação. A equipe, neste momento, pode ajudar na vinculação da tríade (pais/bebê), auxiliando-os a participarem dos cuidados de seu filho, bem como esclarecendo os procedimentos realizados e o quadro clínico do bebê, ou seja, acolhendo estes pais no ambiente hospitalar.

A literatura na área aponta a presença de sentimentos de medo, incerteza e angústia por parte dos pais de filhos com malformação, assim como o processo de luto pelo filho idealizado durante toda a gestação e a aceitação do filho real. Por outro lado, quando os pais se dão conta que o prognóstico de seu filho é reservado podem antecipar a elaboração do luto com o objetivo de se desligarem do filho para evitar maior sofrimento. Druon (1996) refere o luto pela perda real, ou seja, pelo óbito e também os mecanismos de defesas que o psiquismo utiliza para poder enfrentar esta situação. Contudo, pode-se perceber a importância da psicologia neste ambiente, para realizar um acompanhamento destes pais, neste momento tão doloroso e sofrido, auxiliando a equipe para que esta seja capaz de receber e acolher estas pessoas.

O caso relatado neste trabalho possibilita uma reflexão sobre todos estes processos pelos quais os pais passam no período de hospitalização do filho numa UTI Neonatal, facilitando uma melhor compreensão sobre seus sentimentos, a função materna e a formação do vínculo entre os pais e o bebê. Além disso, durante o acompanhamento destes pais, pode-se observar mais claramente a importância do trabalho da psicologia dentro do ambiente hospitalar. O acompanhamento realizado permitiu ajudá-los a pensar sobre a situação em que se encontravam, falar sobre seus sentimentos e, com isso, possibilitar uma aproximação com seu filho, podendo exercer a função de pais e, com isso, amenizando este momento tão difícil.

Almeida e colaboradores (2003) apontam que os recém-nascidos pré-termos apresentam melhoras quando estimulados por suas mães, sugerindo uma orientação

psicológica que acolha as mães, neste momento tão delicado em que se encontram, após o nascimento do bebê. Thomaz e colaboradores (2003) também afirmam que as mães precisam de mais apoio da equipe hospitalar, sendo importante a existência de um espaço para ouvi-las, compreendendo o momento em que estão vivendo e incentivando a sua participação na rotina da UTI neonatal. Porém, para que isso possa vir a acontecer é preciso que haja um repensar, não só das práticas de assistência nos hospitais, mas das próprias condutas dos profissionais das unidades de terapia intensiva neonatal.

Para Padovani e colaboradores (2004), a avaliação clínica dos pais de bebês internados em UTI neonatal possibilita a identificação de mães com maior dificuldade no enfrentamento adaptativo da situação de estresse psicológico, possibilitando assim o planejamento e execução de adequada intervenção psicológica preventiva. Destaca-se, porém, uma carência de estudos que investiguem especificamente o vínculo pais-bebê em situações de malformação do bebê. Tais estudos, poderiam contribuir para uma maior compreensão da dinâmica familiar que ocorre nestes casos, e assim poderiam subsidiar a prática clínica de psicólogos e outros profissionais que atuam em UTIs neonatais. Dessa forma, sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos, com um número maior de participantes, permitindo uma maior avaliação destas situações, assim como do desenvolvimento de práticas profissionais neste contexto.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, C. F, Tachibana, M., Ulli, T. O., & Fernandes, M. A. (2003). O vínculo mãe-bebê prematuro sob o olhar de enfermeiras de UTI Neonatal. Temas sobre Desenvolvimento, 12(70), 18-24.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E. & Bem, D. (1995). Introdução à psicologia. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Belli, M. A. J. & Silva, I. A. (2002). A constatação do filho real: representações maternas sobre o filho internado na UTI Neonatal. Revista de Enfermagem UERJ, 10(3), 165-170.
- Belli, M. A. J. (2000). Mães com filho internado na UTI Neonatal: Um estudo sobre representações sociais. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, USP, SP.
- Belli, M. A. J. (1995). Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI neonatal: Experiências, sentimentos e expectativas manifestas por mães. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 29(2), 193-210.
- Bion, W. (1994). Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1959).
- Bleichmar, H. (1987). Narcisismo: o estudo sobre a enunciação e a gramática inconsciente. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bosa, C. A. & Piccinini, C. A. (1994). Temperamento infantil e apego mãe-criança: Considerações teóricas. Psicologia, Teoria e Pesquisa, 2(10), 193-212.
- Botella, C. & Botella, S. (2002). Irrepresentável: Mais além da representação. Porto Alegre: Criação Humana.
- Bowlby, J. (1984). Apego. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1985). Perda: Tristeza e depressão. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, B. T. & Cramer, B. G. (1992). Psicologia e pedagogia: As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, B.T. (1988). O desenvolvimento do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caron, N. A. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. Em N. Caron (Org.), A relação pais/bebê: Da observação à clínica (pp. 119-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.



- Debray, M. (1988). Bebês/mães em revolta: Tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Druon, C. (1996). A l'écoute du bébé prématuré: une vie aux portes de la vie. Paris: Aubier.
- Falcão, L. & Varaschin, D. A. (2002). A relação pais/bebê na UTI neonatal. CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e Adolescência, 13, 83-94.
- Fonseca, L. M. M. (2002). Cuidados com o bebê prematuro: Cartilha educativa para orientação materna. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem USP-Ribeirão Preto, SP.
- Freud, S. (1969). Além do princípio de prazer. Em J. Salomão (Trad.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1969). Luto e melancolia. Em J. Salomão (Trad.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Gaíva, M. A. M. & Scochi, C. G. S. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, 58(4), 444-448.
- Gomes, A. L., Quayle, J., Neder, M., Leone, C. R., & Zugaib, M. (1997). Mãe-bebê pré-termo: As especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. Revista Ginecologia & Obstetrícia, 8, 205-208.
- Guedeney, A. & Lebovici, S. (1999). Intervenções psicoterápicas pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Horney, K. (1966). Novos rumos na psicanálise. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Irvin, N. A, Kennel, J. H., & Klaus, M. H. (1993). Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita. (D. Batista Trad.). Em M. Klaus & J. Kennel (Orgs.), Pais/bebê: A formação do apego (pp. 245-275). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H. & Kennel, J. H. (1993). Pais/bebê: A formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (1991). Inveja e gratidão. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955).
- Klein, M. (1997). A psicanálise de crianças. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).

- Kübler-Ross, E. (2002). Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes.
- Lamego, D. T. C., Deslandes, S. F., & Moreira, M. E. L. (2005). Desafios para a humanização do cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal cirúrgica. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3), 669-675.
- Laplanche, J. & Pontallis, J. B. (1995). Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.
- Leff, J. (1997). Gravidez: A história anterior. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Linhares, M. B. M. L., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimelo, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. Paidéia, 10(18), 60-69.
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. V. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(4), 251-254.
- Rolland, J. (1998). Ajudando famílias com perdas antecipadas. Em Walsh, F. & McGoldrick, M. (Orgs.), Morte na Família: sobrevivendo às perdas (pp.166-186). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11(4), 539-543.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. Em B. Brazelton, B. Cramer, & M. Soulé (Orgs.), A dinâmica do bebê (pp. 132-170). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza, E. M. C. D. & Barros, M. L. G. A. (1999). O mal-estar da culpa. Em M. D. Moura (Org.), Psicanálise e hospital: A criança e sua dor (pp. 129-138). Rio de Janeiro: Revinter.
- Thomaz, A. C. P., Lima, M. R. T., Tavares, C. H. F., & Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: Variáveis sociais e perinatais. Estudos Psicologia (Natal), 10(1), 139-146.
- Winnicott, D. W. (1982). O ambiente e os processos de maturação: Estudos e teorias do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Winnicott, D.W. (2000). Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958).
- Wirth, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI Neonatal. Em N. Caron (Org.), A relação pais/bebê: Da observação à clínica (pp. 207-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.