



BACHARELADO EM PSICOLOGIA

GEÓRGIA LIMA GORDIANO

**PSICOLOGIA PERINATAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO
HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO (A) NO TRATO COM OS PAIS
DE BEBÊS INTERNADOS NA UTI NEONATAL**

**Conceição do Coité-BA
2022**

GEÓRGIA LIMA GORDIANO

**PSICOLOGIA PERINATAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO
HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO (A) NO TRATO COM OS PAIS
DE BEBÊS INTERNADOS NA UTI NEONATAL**

Artigo apresentado à Faculdade da Região
Sisaleira como requisito para obtenção do título
de Bacharel em Psicologia.

Orientador(a): Profa. Patrícia Melo Prado.

**Conceição do Coité-BA
2022**

Ficha Catalográfica elaborada por:
Carmen Lúcia Santiago de Queiroz – Bibliotecária
CRB: 5/1222

G652 Gordiano, Geórgia de Lima
Psicologia perinatal e suas implicações no contexto hospitalar: contribuições do psicólogo (a) no trato com os pais de bebês internados na uti neonatal /Geórgia de Lima Gordiano. – Conceição do Coité: FARESI, 2022. 29f..

Orientadora: Profa. Patrícia Melo Prado.
Artigo científico (bacharel) em Psicologia – Faculdade da Região Sisaleira (FARESI). Conceição do Coité, 2022.

1 Psicologia 2 Pais 3 Bebês prematuros. 4 UTI neonatal. I Faculdade da Região Sisaleira – FARESI.II Prado, Patrícia Melo. III Título.

CDD: 150

**PSICOLOGIA PERINATAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO
HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO (A) NO TRATO COM OS PAIS
DE BEBÊS INTERNADOS NA UTI NEONATAL**

Geórgia de Lima Gordiano¹

Patricia Melo Prado²

RESUMO

São inúmeros os casos de bebês que nascem e precisam imediatamente ficar hospitalizados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. As causas que levam a esta internação são as mais variadas podendo ser decorrentes de complicações pré, peri e pós-parto. Trata-se de um estudo bibliográfico, executado através da análise de materiais publicados. O artigo em questão visa explanar a importância do psicólogo (a) inserido na UTI neonatal, especialmente no trato com os pais em sofrimento psíquico decorrente da internação do bebê recém-nascido na UTI neonatal, buscando identificar os comportamentos mais frequentes dos pais diante da internação, destacando também como é feito o atendimento aos recém-nascidos e aos familiares pelo psicólogo(a) durante esse processo de internação. A notícia de internação do bebê na UTIN recai sobre os pais como uma enxurrada de pensamentos negativos, acompanhados do medo da morte e da sensação de impotência, sendo portanto necessário a resignação desse momento, o que constata a importância do psicólogo(a) no contexto da perinatalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Pais. Bebês prematuros. UTI neonatal.

ABSTRACT

There are countless cases of babies who are born and need to be immediately hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit. The causes that lead to this hospitalization are the most varied and may be due to pre, peri and postpartum complications. This is a bibliographic study, carried out through the analysis of published materials. The article in question aims to explain the importance of the psychologist (a) inserted in the neonatal ICU, especially in dealing with parents in psychological distress resulting from the hospitalization of the newborn baby in the neonatal ICU, seeking to identify the most frequent behaviors of parents in the face of hospitalization. also highlighting how the care for newborns and family members is provided by the psychologist during this hospitalization process. The news of the baby's hospitalization in the NICU falls on the parents as a flood of negative thoughts, accompanied by the fear of death and the feeling of impotence, being therefore necessary the resignation of this moment, which confirms the importance of the psychologist in the context of perinatality.

KEYWORDS: Parents. Premature babies. Neonatal ICU.

1 Discente do curso de Psicologia. E-mail: georgialima89@hotmail.com

2 Docente orientadora. E-mail: patricia.melo@faresi.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O que hoje se conhece como hospitais surgiram como instituições de caridades conhecidas como “As Santas Casas de Misericórdia”. Tais instituições tiveram sua gênese em Portugal, em 1498, com a Rainha Leonor de Lancastre e tinham como principal objetivo as práticas de caridade divididas em quatro áreas: tratar os enfermos, amparar os órfãos, patrocinar os presos, e socorrer os necessitados, sendo elas uma das instituições mais antigas do mundo ainda em funcionamento (BRUSCATO, BENEDETTI & LOPES, 2010). Já no Brasil, a primeira Santa Casa foi fundada quase cinco décadas depois, em 1543, por Brás Cubas na Capitania de São Vicente, hoje, a Santa Casa de Santos. Regidas por clérigos e religiosos em uma evolução de fé e medicina, as Santas Casas avançaram na assistência de enfermos impulsionadas pelo cristianismo, que é considerado por Bruscatto, Benedetti e Lopes (2010) o “inventor” dos Hospitais Gerais.

Os avanços notados na medicina nas últimas décadas, eleitos pela alta sofisticação das técnicas de diagnósticos e tratamentos, proporcionaram uma extraordinária qualidade de vida do doente e colaboraram para uma modificação da relação do homem com o seu corpo e a sua vida (BRUSCATO, BENEDETTI & LOPES, 2010). Assim, a consolidação de que a instituição hospitalar seja o lugar mais apropriado para se morrer, curar e nascer vem sendo feita desde o século XVIII (RIBEIRO & DACAL, 2012), de maneira que enfermidades que antes matavam, hoje já não levam a esse fim; eram as próprias residências o local em que se nascia, nelas a parturiente se encontrava rodeada de mulheres com quem tinha algum laço afetivo (PASCHE, VILELA & MARTINS, 2010; LAGUNA *et al*, 2021).

Não obstante, essas e todas as demais mudanças tornaram os hospitais um ambiente marcado por situações extremas, por dor e sofrimento, pela luta constante entre a vida e a morte. Dessa maneira, estar num hospital não é apenas estar com o físico abalado, mas também o emocional, se tornando necessário a atuação de outros profissionais nesse ambiente, a exemplo do psicólogo que tem como um dos objetivos resgatar a singularidade do paciente, suas emoções, valores e crenças (BRUSCATO, BENEDETTI & LOPES, 2010). A inserção do psicólogo nesse contexto se deu no início do século XX através da necessidade de integrar a psicologia na educação médica com o objetivo de tornar os atendimentos mais humanizados, tendo em vista que nessa época o conhecimento médico já não era mais suficiente para tratar a dor

e o sofrimento advindo de doenças não infecciosas como a tuberculose e a pneumonia, que passaram a ser relacionadas a fatores ambientais, estilo de vida e padrões de comportamento (PIRES & BRAGA, 2009).

Ademais, com a Fundação da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), a qual tem como objetivo ampliar o campo de conhecimento científico e promover cada vez mais o profissional que se dedica a este campo, tal área vem sendo fortalecida no cenário brasileiro desde 1997, sendo reconhecida, nos anos 2000, como uma especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia (ISMAEL, 2005). Apesar de a psicologia hospitalar ter, para alguns, como principal objetivo a diminuição do sofrimento causado pela internação, tanto para o paciente quanto para o familiar (SOUZA & PEGORARO, 2017), novas concepções vêm sendo trazidas, em especial, pela área da perinatalidade, que através dos trabalhos desenvolvidos pela psicóloga e professora Fátima Ferreira Bortoletti, nos anos 80, em junção com o modelo de Psicoprofilaxia do Ciclo Gravídico Puerperal (CGP) (SCHIAVO, 2020), criou o termo Psicologia Obstétrica, sendo este, desde 2007, difundido como Psicologia Perinatal pela Prof.^a Dr.^a Vera Iaconelli (SCHIAVO, 2019).

Além de todas as preocupações derivadas das expectativas quanto a condução da gravidez, a saúde e características do bebê e em especial em ser uma mãe “perfeita” (ou um pai “perfeito”) - segundo suas crenças previamente criadas –, muitos pais ainda passam por momentos angustiantes que é ter o seu bebê internado em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Desenvolvida na década de 1960, a UTIN é a área hospitalar responsável por prestar suporte aos bebês recém-nascidos com complicações decorrentes do parto. Tais condições podem ser, ou não, esperadas pelos pais desde a gestação quando constatado pelos exames pré-natais e podem ser, dentre outras, por baixo peso devido à prematuridade, ou por alterações no ritmo cardíaco do bebê (ROSA & GIL, 2017).

A UTIN, além de ser altamente mecanizada, iluminada e ruidosa, possui rotinas específicas, normas e regras a serem cumpridas, sendo, portanto, um ambiente caótico que acarreta os recém-nascidos experiências traumáticas e altamente estressoras diante de procedimentos invasivos e dolorosos, que atrapalha, para além de outras coisas, o sono do bebê (ROSA & GIL, 2017). A notícia de internação do bebê que precisa de UTI recai sobre os pais como uma “enxurrada” de sentimentos e pensamentos negativos, acompanhados do medo da morte e da sensação de impotência, tornando-se necessário uma reelaboração desse momento para a

assimilação do que é sentido e da realidade enfrentada diante dos sonhos para com os seus filhos (CARVALHO & PEREIRA, 2017); verifica-se, portanto, a importância do profissional de psicologia neste ambiente.

Conforme constatado na pesquisa realizada por Schiavo (2020), ainda são escassas as publicações que valorizam o termo “Psicologia Obstétrica/Perinatal”, apesar desta ter sua existência datada desde a década de 1970, seja no título ou no corpo do texto, sendo apontada como possível razão a falta de conhecimento do termo, em virtude de ser encontrado trabalhos que falam sobre psicólogos que atuam com esse público sob a égide da psicologia hospitalar. Ademais, conforme é trazido pela mesma autora, psicologia perinatal, para além de outras possibilidades de atuação, “seria a atuação do psicólogo nas fases de gestação, parto e puerpério” (SCHIAVO, 2020, p.16207), sendo assim apta para atuar nesses casos.

Para tanto, compreendendo ser a gestação uma fase de vivências únicas para cada gestante, e seus respectivos companheiros (ou companheiras), tendo em vista estar envolto os variados aspectos biopsicossociais, entendendo ser o psicólogo o profissional que cuida das questões em que envolvem o emocional e a subjetividade, de modo que se faz necessário o reconhecimento deste e a sua importância para o enfrentamento de situações traumáticas relacionados a gestação e às complicações decorrentes desta; o presente estudo teve como objetivo compreender como o(a) psicólogo(a) pode contribuir para amenizar o sofrimento dos pais, frente a internação do bebê recém-nascido na UTIN, buscando identificar os comportamentos mais frequentes dos pais diante da hospitalização, analisar como é realizado o acompanhamento do recém-nascido pelo psicólogo, destacando a importância do profissional de psicologia dentro da UTIN e do suporte psicológico para os pais durante esse processo.

1.1 METODOLOGIA

Utilizou-se como metodologia de pesquisa da revisão bibliográfica, que segundo Gil (2008), este é um tipo de método de pesquisa desenvolvida a partir matérias já elaborados, como livros e artigos científicos, publicados preferencialmente³ nos

³Apesar da preferência por trabalhos mais recentes, dada a indisponibilidade de materiais, algumas referências datam de períodos maiores que 10 anos.

últimos 10 anos e disponíveis em bases de dados tais como: *Scielo, Research, Pepsic, Brazilian Journal*, bem como alguns livros de rigor científico publicados na área. Trata-se de uma pesquisa explicativa, que conforme Gil (2008), visa identificar os fatores que contribuem para a ocorrência dos fenômenos estudados, aprofunda o conhecimento da realidade, por que explica razão e o porquê das coisas, sendo por esse motivo segundo Gil (2008), um dos tipos de pesquisas mais complexos e delicados, já que há uma possibilidade muito grande de ocorrer erros.

De abordagem de métodos qualitativos onde, segundo Creswell (2007), o investigador baseia sua pesquisa na perspectiva da alegação do conhecimento construtivista, (e de significados múltiplos das experiências individuais, de significados social e historicamente construídos, com o objetivo de desenvolver uma teoria ou um padrão). Os descritores utilizados nas etapas de pesquisa foram: psicologia hospitalar, sofrimento psíquico, puerpério, psicologia perinatal, gravidez, UTIN e derivados destas expressões. Os artigos selecionados tiveram como critérios de inclusão o ano e a fonte de publicação, bem como aqueles que abordam uma temática acerca do tema deste trabalho.

2 VIVENDO A “DURA” REALIDADE DA HOSPITALIZAÇÃO

Aprendemos que o ciclo da vida se constitui entre nascer, crescer, se reproduzir e morrer. Ter filho (ou filhos) representa, para algumas pessoas, mais que tornar-se mãe ou pai; os filhos são como uma extensão de si mesmas, uma forma de perpetuar o nome da família por várias gerações (CARVALHO & PEREIRA, 2017). Dessa forma, os pais “grávidos” esperam por uma gestação saudável e tranquila, sem muitas intercorrências, mas nem sempre ocorre conforme idealizado: a antecipação do parto muitas vezes surge como uma medida necessária para preservar a vida do bebê e outras vezes a da mãe, outras vezes ainda, de ambos (CARVALHO & PEREIRA, 2017).

Essa mudança de planos vem acompanhada de muita ansiedade e tensão devido à angústia e ao medo do futuro desconhecido, pois estes pais antes mesmo de conhecer o filho, já haviam projetado nele suas expectativas a partir de suas próprias vivências e histórias pessoais (CARVALHO & PEREIRA, 2017), sendo este, portanto, um período altamente idealizado e fantasiado por eles. Estudos apontam que antes mesmo da confirmação da gravidez os pais já criam a imagem do filho ideal

decorrente das fantasias inconscientes, se iniciando, também nesse período, a vinculação entre pais e bebês. Lebovici, em 1987, já teorizava sobre tais idealizações. Segundo ele os pais lidam com a existência de três bebês:

Fantasmático, imaginário e o bebê real. O fantasmático reflete as fantasias inconscientes que estão presentes na mãe desde a infância, o imaginário é produto das fantasias dos pais, sendo construído durante a gestação, e o bebê real é o que nasceu. (LEBOVICI, 1987 *apud* PAIM, 2007, p. 10)

Sendo assim, o bebê real, em especial, aquele que precisa de hospitalização por algum motivo, traz à tona a necessidade de confrontação, por parte dos pais, e especialmente da mãe, das fantasias, antes instituídas, quanto ao bebê esperado (LIMA & SMENHA, 2019), fato este gerador de muito sofrimento emocional para o casal, pois além de lidarem com a apreensão e o medo sobre o desconhecido futuro próximo do bebê; os pais precisam aceitar a realidade em contraponto a fantasia do bebê perfeito que sai do hospital e leva a alegria de sua chegada aos demais familiares (CARVALHO & PEREIRA, 2017).

Acredita-se que essas complicações, exames, cirurgias, e internações logo após o nascimento do bebê, afetam a relação mãe e bebê podendo comprometer a formação do vínculo entre eles; por isso, entende-se que o contato inicial da mãe com o bebê, logo após o nascimento, é de extrema importância, porquanto auxilia na elaboração da perda do bebê imaginário e no investimento, o quanto antes, na relação com o bebê real (FLECK & PICCININI, 2013). “Geralmente esse investimento ocorre de forma natural, ou seja, há um gradual vínculo com o bebê real e desinvestimento no bebê imaginário e perfeito” (BRAZELTON & CRAMER, 1989 *apud* FLECK & PICCININI, 2017, p.16), nesse sentido, apesar de a hospitalização ser um fator que interfere no processo de elaboração de vínculo mãe e bebê, é imprescindível que a mãe passe por uma restauração psíquica; de forma que consiga projetar, no bebê real, aspectos do bebê imaginário, sendo capaz de colocar nele seus desejos, sentimentos e esperanças (FLECK & PECCININI, 2017).

Além disso, Carvalho e Pereira (2017) pontuam que apesar da possível dificuldade na formação do vínculo mãe-bebê a mulher é capaz de amar e cuidar de uma criança doente quando desinveste-se das fantasias do bebê idealizado e se dedica ao bebê real, porém para isso é importante que a mãe tenha uma boa rede de apoio familiar, seja do pai que terá um papel fundamental no oferecimento de uma base segura para esta mãe, seja de amigos e familiares no caso de mãe solo e/ou

diante de situações em que o pai da criança não possa estar presente, confortando-a, se mostrando confiante, fazendo planos para depois da alta hospitalar, alimentando a esperança e demonstrando que apesar de tudo, ela não está só nesse processo. Diante desses aspectos ver-se o sofrimento psíquico como sendo o principal ponto merecedor de atenção a ser trabalho com os pais.

Porquanto, o sofrimento psíquico é visto como um mal-estar que acompanha o ser humano desde o começo da história, sendo, portanto inerente a vida; não obstante, na Grécia pré-socrática era entendido como um castigo dos deuses irritados com a *hybris* dos homens (PESSOTTI, 1995). Porém, seguindo formulações de Dunker (2004), o sofrimento psíquico é aqui definido como algo universal, subjetivo e particular originado a partir da história de vida de cada sujeito e da forma como cada um experiência o mundo. Ceccarelli (2005), entretanto, abordando os aspectos da psicopatologia fundamental, traz que o sofrimento psíquico é derivado dos excessos das paixões, o “pathos”, inconscientes de cada sujeito, sendo ele, o “pathos”, uma forma de apresentação da subjetividade, que através da expressão em palavras é capaz de transformar a paixão em experiência, ressignificando o sofrimento psíquico de cada indivíduo. Ainda, com base nas ideias freudianas, Ceccarelli pontua que a psicopatologia compreende o psiquismo humano como sendo uma organização que se desenvolveu ao longo da história da humanidade para proteger os homens dos ataques internos (pulsionais e passionais) e externos (mudanças ambientais e perdas diversas) que encontraram ao longo da vida. Diante disso, supõe-se que, o ser humano carrega o sofrimento psíquico geneticamente herdado, o qual, por um lado, através do excesso de “pathos”, produz dor e sofrimento, por outro, cria subjetividade.

Dessa forma o sofrimento psíquico dos pais frente a internação de um filho é inevitável, pois têm seus planos, de sair com o bebê no colo e ir pra casa confrontados com a realidade de ter seu bebê internado, impedidos de qualquer possibilidade de maternagem, tendo, ainda, tal sofrimento, e um possível luto, dificuldade de ressignificação e elaboração não serem reconhecidos socialmente (ARRAIS & MOURÃO, 2013). Diante deste cenário, o qual tem como comportamentos mais frequentes observados nos pais: o próprio medo da morte, sensação de impotência, angústia por acharem que não conseguem ajudar (CARVALHO & PEREIRA, 2017), é que se faz necessário a atuação do(a) profissional de psicologia, pois é ele/ela quem trabalhará com as possibilidades de identificação das vulnerabilidades que os pais apresentam diante das dificuldades e do luto (ARRAIS & MOURÃO, 2013).

2.1 PSICOLOGIA E UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL

As Santa Casas foram as precursoras no surgimento dos hospitais e foi através delas que a psicologia adentrou nesse contexto, em 1818, quando, no Hospital McLean, em Massachusetts, formou-se a primeira equipe multiprofissional que incluía o psicólogo. Para além disso o referido hospital contribuiu ainda mais com a fundação, em 1904, de um laboratório de psicologia onde foram desenvolvidas pesquisas pioneiras sobre a Psicologia Hospitalar (ISMAEL, 2005). No Brasil, no entanto, o psicólogo inaugurou, junto à Psiquiatria, seu exercício profissional na instituição de saúde apenas na década de 30 com os primeiros serviços de Higiene Mental, os quais eram alternativas à internação psiquiátrica (BRUSCATO, BENEDETTI & LOPES, 2010).

No entanto, foi apenas na década de 1950, com Matilde Neder instalando um Serviço de Psicologia Hospitalar, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que os relatos de inserção do psicólogo em hospitais começaram (BOTE, 2002; DE MARCO, 2003; MÄDER, 2016; ASSIS & FIGUEREDO, 2019). Não era, ainda, uma psicologia hospitalar propriamente dita, mas, sim, “uma especificidade da Psicologia Clínica no hospital” (MÄDER, p. 25; 2016) tendo em vista que Matilde atendia através do pedido da equipe médica, começando sua atuação, portanto, com o objetivo de auxiliá-la na adesão das crianças ao tratamento necessário (AZEVEDO; CREPALDI, 2016). No mais, apenas em 1968 que as primeiras disciplinas foram inseridas nas grades curriculares dos cursos de graduação em psicologia (TOREZAN; CALHEIROS; MANDELLI; STUMPF, 2013), o que certifica o lento processo que esta nova área percorreu, não sendo, ainda hoje muito enfatizada ao longo da graduação.

A psicologia hospitalar surge, então, para atender a uma demanda médica, na qual estes profissionais reconhecem, de certo modo, que a sua formação e conhecimento não abarcam o ser humano como um todo. Assim, o(a) psicólogo(a) hospitalar tem como premissa o acolhimento e atendimento de todas as pessoas envolvidas no sofrimento psíquico, decorrente do adoecimento, internações e tratamentos (LAZARETTI, 2007; SOUZA & PEGORARO, 2017). Ressalta-se, no entanto, que a Psicologia Hospitalar só é assim chamada no nosso país, conhecida mais comumente pelos demais como Psicologia da Saúde, a qual trouxe como grande diferencial, conforme seus ideais e princípios, a atuação voltada para a promoção de

saúde, e não apenas curativa, como até então.

Contudo, autores como Gorayeb (2010) e Azevêdo e Crepaldi (2016) comentam que a psicologia hospitalar é uma área dentro da psicologia da saúde e pontua, aquele primeiro, que a confusão dos termos estaria ligada ao fato de que, no Brasil, o começo da atuação dos psicólogos da saúde ocorreram majoritariamente nos hospitais, sendo portanto este termo utilizado para atuação na atenção terciária, a qual tem como fim minimizar o sofrimento acarretado pela doença e internação que gera perda de rotina, autonomia e contato com familiares e amigos. Tal interpretação, inclusive, pode ser retirada da Resolução CFP nº 013/2007 a qual confere o título de especialista para o psicólogo hospitalar, e enumera os diversos espaços de sua atuação; embora seja possível encontrar alguns autores que defendem não ser este o melhor termo a ser utilizado (YAMAMOTO, TRINDADE & OLIVEIRA (2002); GORAYEB (2010); AZEVEDO & CREPALDI (2016)), pois coloca o local como determinante para a atuação e não a atividade a ser desenvolvida.

Ademais, apesar da já longa trajetória e das diversas Portarias do Ministério da Saúde que indicam a necessidade de psicólogos na equipe médica para tratar das mais diversas causalidades (sendo a mais antiga dela encontrada datada de 1994 – Portaria nº 62, de 19 de abril de 1994), a inserção do psicólogo no contexto hospitalar ainda se faz incipiente, talvez contribua para isso a pouca ênfase dada pela graduação em psicologia às disciplinas que tratem desse assunto. Assim, o contato maior ocorre quando o aluno busca, fora da instituição, estágio na área, ou quando este é uma das opções oferecidas pela universidade, necessitando, portanto, de uma formação teórica e técnica que “possibilita o desenvolvimento de recursos para trabalhar com as particularidades do hospital” (MÄDER, p. 25, 2016). Tal limitação dos cursos universitários é compreendida por ser estes um curso de caráter generalista, em que há diversas possibilidades de atuações diferentes, com as mais diversas técnicas e abordagens, sendo o fator tempo limitador (CARVALHO & SAMPAIO, 1997).

Seguindo a definição da Organização Mundial da Saúde – OMS que entende que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 2021) e compreendendo que os mais diversos sentimentos, tais como medo e angústia, são potencializados na instalação de uma doença física, não só no paciente, mas em todos a sua volta (desde familiares a profissionais de saúde) é que Bruscato, Benedetti e Lopes (2010) afirmam ser a psicologia hospitalar a especialidade “para lidar com essa dimensão

cognitiva/afetiva/emocional/subjetiva/espiritual” de todos envolvidos neste contexto. Ainda, Torres (1999) traz que deve o(a) psicólogo(a) hospitalar buscar evitar que o paciente entre num processo de “despersonalização”, ao passo que olhe para “a pessoa que está doente com toda sua experiência anterior e não a doença por si só”, ressaltando assim a necessidade de uma atenção global ao ser humano tendo em vista que o psiquismo e o biológico interagem-se a todo momento.

Não obstante, oferecer esse tipo de atendimento requer do psicólogo(a) a capacidade de uma escuta diferenciada, que este escute para além do que é dito, observando principalmente os elementos da subjetividade dos sujeitos, afinal “essa é a essência da profissão” (MÄDER, 2016). E tal capacidade, conforme o mesmo autor:

Só se dá com o trabalho pessoal, pois para se conseguir escutar, é preciso ser escutado em suas próprias angústias e questões, para então haver clareza sobre elas e conseguir diferenciar quais são as suas próprias angústias e questões e, então, pôr a trabalho a angústia do outro. Desse modo, paralelo à formação teórica e técnica, é imprescindível a formação pessoal, por meio dos processos de psicoterapia. (MÄDER, 2016, p. 27)

Conquanto, os hospitais que se constituíram como locais destinados a cura e isolamento dos menos aceitos pela sociedade, vem tendo caracterização paulatinamente transformadas a partir do século XX, tornando-se centros de investigação biopsicossociais, que além de tratar doenças físicas se preocupam com bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo (MOREIRA, MARTINS & CASTRO, 2012), tendo em vista que esse ambiente tornou-se um lugar de sofrimento decorrente não apenas da dor física, mas também, da insegurança, angústia e ansiedade decorrente da espera, e, outrora, da desolação e desesperança (PESSINI e BERTACHINI, 2004 *apud* MOTA, MARTINS & VÉRAS, 2006).

Dessa forma, pensar em UTI é, para muitas pessoas, ter a morte como sinônimo (MOREIRA, MARTINS & CASTRO, 2012), muito embora tal serviço tenha sido criado com o intuito de oferecer um cuidado mais intenso para aqueles que estão com doença grave ou correndo risco de morte, tendo assim assistência ininterrupta (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 3/2017). Assim, a UTIN que, desenvolvida na década de 1960 (Ministério da Saúde - MS, 2011), tem como objetivo o cuidado direcionado aos bebês de 0 a 28 dias (caso o bebê precise de cuidados por mais tempo é transferido para a UTI Pediátrica), muito embora seja caracterizada pela mecanização e pelos excessos, tanto das manipulações dos profissionais, quanto das

rotinas, luzes e ruídos, deve ter tais características diminuídas a fim de cumprir os requisitos de humanização impostos pelo MS (PORTARIA Nº 930/2012; art. 11), pois, conforme salienta Carvalho e Pereira (2010) tais estímulos são estressantes para o bebê que acabou de sair do conforto do corpo da mãe, não estando preparado para começar sua vida extrauterina muito menos para passar por tais procedimentos.

Diante da necessidade de humanização do serviço da UTIN e do entendimento sobre a importância do apego e desenvolvimento afetivo e emocional do bebê, esse enfatizado por Winnicott desde 1956 (BRUM & SCHERMANN, 2004); é que entende ser preciso olhar não apenas para as necessidades médicas do bebê, mas também para sua relação afetiva com os pais, tendo em vista que tal relação é fundamental para o desenvolvimento de qualquer bebê (CARVALHO & PEREIRA, 2017). Dessa maneira, o estado emocional dos pais também precisa receber atenção, visto que é através deles que o bebê se sentirá seguro e amado pela família, bem como o desejo de lutar pela vida (MOREIRA, BRAGA & MORSCH, 2003).

Consequentemente, perante os inúmeros avanços e a percepção da necessidade de uma maior especialização para entendimento das demandas e posterior melhor acolhimento delas, hoje uma nova área, dentro da atuação da psicologia no contexto hospitalar, vem se destacando: a psicologia perinatal. Laguna (2021) destaca que apesar da existência de muitos estudos sobre a atuação do psicólogo hospitalar é perceptível a pouca produção sobre a atuação da psicologia nos trabalhos de parto, em suas possíveis intercorrências, em casos de óbitos perinatais, bem como na seara do parto e perinatalidade. Além disso, conforme estudo recente (SCHIAVO, 2020), apesar da psicologia perinatal (ou obstétrica, como foi inicialmente denominada) existir há mais de três décadas, não é fácil encontrar estudos sobre tal área, sendo a possível causa apontada pela autora a falta de conhecimento de tais nomenclaturas, desconhecendo inclusive a possibilidade de atuação neste nicho, tendo em vista que é possível encontrar vários artigos que tratam da atuação do psicólogo na gestação, parto e pós-parto sob a égide da psicologia hospitalar, fato este que torna necessária, portanto, a contextualização a seguir.

Foi na década de 70 que os primeiros estudos na área da gravidez e do puerpério começaram a surgir no Brasil através da psicóloga Maria Tereza Maldonado, tendo, todavia uma década depois, a psicóloga, e professora, Fátima Bortoletti desenvolvido as primeiras práticas com base no modelo de Psicoprofilaxia do Ciclo Gravídico Puerperal (CGP), técnica pavloviana de condicionamento para

diminuição da dor do parto, as quais têm como foco a saúde das gestantes (SCHIAVO, 2020). Aqui criou-se o termo Psicologia Obstetrícia, a qual, segundo Bortoletti, Silva e Tirado (2011 p.177 *apud* SCHIAVO, 2020), pode ser definida como um conjunto de ações psico profiláticas e psicoterápicas que, através da fundamentação teórica da Psicodinâmica do CGP, formula “um diagnóstico intrapsíquico/situacional dos pais que esperam por um bebê”, com intervenção preventiva.

Embora esta nomenclatura venha ganhando força desde a sua formulação a partir dos anos 2000 com a psicóloga Vera Iaconelli, há quem acredite que ela ainda necessite de modificações pois a etimologia da palavra Peri + Natal refere-se a momentos antes e depois do nascimento (DICIO, 2022) o que não corresponde ao todo abarcado por esta área, a qual engloba desde planejamento familiar, adoção, reprodução humana assistida, luto por perda fetal ou neonatal, abortamento, orientação aos pais sobre desenvolvimento infantil e boas práticas educativas parentais (SCHIAVO, 2019). Sendo este, portanto, o motivo pelo qual o termo Parentalidade vem sendo adotado por alguns cursos de formação, pois traz uma dimensão mais ampla de atuação (SCHIAVO, 2020).

Dessa forma, é possível desprender do entendimento de que apesar de ter sua atuação, geralmente, em contexto hospitalar, a psicologia perinatal atua para além do tratamento de doentes, mas para a promoção de saúde das gestantes (LAGUNA, 2021), demanda essa de difícil percepção, pois conforme Arrais e Mourão, (2013), “a chegada de um bebê só pode trazer alegrias” porquanto a mulher não encontra-se doente, mas gerando uma vida, desconsiderando, dessa maneira, todo processo fisiológico e psíquico que ocorre nela desde o momento da concepção, que abrange desde as transformações corporais até a elaboração do luto sobre aquela pessoa que se foi até então, o que necessita de ressignificação sobre a concepção pessoal de si, a nova estruturação de rotina e estilo de vida. Assim, o momento de gestação é concebido como sendo um período de enormes alegrias, sendo visto apenas o sofrimento decorrente de algum infortúnio nesse processo, como por exemplo, bebês com alguma má formação ou deficiência, nos casos de aborto e óbitos; impedindo assim a atuação de “forma a proporcionar a psicoprofilaxia das gestantes e puérperas” (ARRAIS & MOURÃO, 2013).

2.2 ESPECIFICIDADES DA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL

As UTIN surgem como uma forma diferenciada e rigorosa de atendimento a bebês que nascem com algum tipo de infecção ou complicações, visando a separação desses pacientes mais graves dos menos graves de forma a evitar a proliferação de infecções hospitalares, motivo este pelo qual, nessa época, os familiares eram desencorajados a fazer visitas (SOUZA & PEGORARO, 2017). Apesar que, infelizmente, o que se tem hoje é reflexo do que já foi anteriormente, atualmente medidas do tipo persistem: isolamento, distanciamento, permanência dos familiares cronometrada e, por conseguinte, marcada por ansiedade e angústia, decorrente, muitas vezes, da falta de conhecimento do quadro clínico do bebê (SOUZA & PEGORARO, 2017).

Nesse sentido, o foco maior está na saúde física do bebê, sendo as necessidades emocionais da díade deixadas de lado, dificultando o fortalecimento de vínculo entre o neonato e a família, o que gera efeitos de impotência na mãe, que tem sua capacidade de maternagem limitada, por conseguinte acarretando consequências no desenvolvimento psicossocial do bebê (RAAD; CRUZ; NASCIMENTO; 2006). Ademais, além do sofrimento causado pela internação de um filho na UTIN, a mãe, com regularidade, é tomada pelo medo e dor ao receber alta não associada a alta do bebê, pois sofre ao deixá-lo “sozinho” (sem ela, a pessoa com quem ele esteve em contato durante todo o período de formação), bem como, o seu desejo de voltar para casa acompanhado do filho, desejo esse que já fazia parte dos seus sonhos e fantasias desde a concepção, não se concretiza (LIMA & SMENHA, 2019).

Os bebês, ao nascerem, já fazem parte do apego materno, visto que foram imaginados e idealizados durante o processo gestacional, porém, para o bebê tudo é novo; precisando assim de uma figura que lhe apresente o mundo externo. A relação mãe-bebê possibilita base segura para a experiência do mundo extrauterino, é ela, apesar de não ser uma obrigatoriedade mas é a quem é destinado tal tarefa, a ponte segura entre o bebê e o ambiente (SILVA & PORTO, 2016). Foi só após perceber que a criança não se encontra inerte na relação, apenas recebendo influência da mãe e do meio, mas também ocasiona mudanças nessa mãe é que, conforme menciona Silva e Porto (2016), a partir da década de 60 foi adotado um novo modelo de interação mãe e bebê: o modelo diádico ou bidirecional, no qual é entendido que o envolvimento da díade mãe e bebê acontece de forma mútua.

É por nascer necessitando de amparo e proteção, para dar continuidade no seu desenvolvimento que começou ainda na vida intrauterina, que espera-se que a mãe continue a suprir as necessidades do bebê, permitindo com que ele sinta que este novo mundo é um lugar seguro para ele. Tal sensação de segurança é passada através do sistema sensorial, ou seja, é preciso contato e presença dessa mãe, que ao tocar, olhar, falar, embalar, acariciar seu bebê faz com que ele perceba o cuidado que ela oferece, transcendendo assim os aspectos objetivos desse contato (SILVA; PORTO, 2016). A partir disso é possível entender o quanto os pais precisam ser amparados e empoderados quanto aos seus papéis quando o seu bebê se encontra internado numa UTIN.

Porquanto a preocupação não deve ser apenas para que o bebê saia dali com vida, mas o quanto tal experiência pode impactar positiva ou negativamente para a criação de vínculos afetivos e sensação de amparo, pontuação já trazida por Budin desde 1907 (VALANSI, 2004), pois conforme Druon (1999 *apud* VALANSI & MORSCH, 2004) “a qualidade da sobrevivência do bebê geralmente depende dos primeiros instantes”. E para isso, defende Souza e Pegoraro (2017), o local físico das UTI's precisa ser menos hostil, podendo ser mais acolhedor através de atitudes como: oferecimento de apoio na etapa inicial de internação, permitir que os pais participem da rotina, facilitar o contato familiar, com a mãe e bebê, durante o período de internação, desenvolver oficinas de trabalhos manuais, entre outras ações que permitam aos cuidadores expressarem seus sentimentos e perceberem que não estão sozinhos; não podendo desconsiderar que o acolhimento também pode advir da troca de experiências com outras mães que passam por situações semelhantes, através da dinâmica de grupos terapêuticos.

Tendo em vista o explanado acima, a atuação do(a) psicólogo(a) em tal contexto, que se utiliza da escuta para compreensão dos conteúdos internos e entendimento de como a parentalidade se apresenta a eles (ARRAIS & MOURÃO, 2013), volta-se para o acolhimento dos pais e auxílio na vinculação entre si e com o bebê (TERRENO, 2012). Portanto, o envolvimento e participação dos pais nessa relação é um dos fatores a ser analisado e incentivado pelo profissional, especialmente no que diz respeito ao companheiro, sempre que possível, que exerce grande papel no fortalecimento da mulher que se sentirá mais amparada quando ele está por perto, bem como será muito favorável a ele também visto que sentirá menos deslocado diante da situação em que sua companheira se encontra em sofrimento

(ARRAIS & MOURÃO, 2013).

Entender que a formação do apego produz não só uma alta mais rápida, mas também impactos futuros é o que torna diferente a atuação dos profissionais nas UTIN's, pois não estão a lidar com o sofrimento subjetivo do paciente que encontra-se doente, mas principalmente na criação e fortalecimento dos vínculos afetivos até então incipientes. Arrais e Mourão (2013) pontua que é o psicólogo o profissional habilitado para esta função, pois é ele quem foi treinado para permitir que a subjetividade das pessoas envolvidas possam se apresentar; já Souza e Pegoraro (2017) ressaltam a diferença entre a atuação com crianças e bebês em UTIN, visto que na internação infantil, por exemplo, o(a) psicólogo(a) deve não só compreender que as rotinas hospitalares e limitações da doença impactam à criança bem como entender que tudo isso também lhe é causador de estresse. Posto que, os atendimentos psicológicos devem estar sob uma conduta focal, imediata e resolutiva, o que não ocorre na UTIN, pois nesse caso, segundo elas, além de ter o atendimento mais voltado para os familiares, a rotina é constituída por visitas aos leitos, “pelo contato com a equipe para troca de impressões e por um acompanhamento mais específico às mães durante a permanência das mesmas no local” (SOUZA & PEGORARO, p. 118, 2017).

2.3 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA UTIN – EXEMPLOS DE BOAS PRÁTICAS

Entendendo todo o sofrimento vivenciado pelos pais diante da situação a qual se sentem impotentes e compreendendo a importância do trabalho do psicólogo(a), além de reconhecer o grande potencial de efetividade de tal trabalho, quando bem realizado, é que se fundamenta a inclusão desse tópico.

Morsch (1990 *apud* VALANSI & MORSCH, 2004) pontua que este é um momento de crise para a família que além de ter que lidar com o luto quanto às expectativas do final da gravidez ainda experimenta a angústia quanto ao medo da morte e/ou de sequelas em seu bebê. Dessa maneira, atuar na UTIN requer conhecimentos para além dos necessários na psicologia hospitalar, é preciso conhecer profundamente aspectos próprios da gravidez, bem como os impactos individuais em cada mulher e em cada família ali acolhidas (VALANSI & MORSCH, 2004). A título de exemplo, temos o que Stern (1977) denominou de “Constelação da Maternidade” que seria “uma série de tendências de ações, de sensibilidade, de

medos, de fantasias e de desejos” (VALANSI & MORSCH, p.114, 2004) ocorridas no fim da gravidez.

Portanto, faz-se necessário compreender o funcionamento dessa mãe, que vê não se concretizar todas as suas referências de maternidade, além de observar os possíveis sentimentos de culpa existentes nelas devido a falsa crença na possível contribuição para tal situação (VALANSI & MORSCH, 2004). Aqui tem-se um adendo, considerando ser a psicologia também uma área de embates sociais, ver-se a necessidade do conhecimento sociocultural sobre a função de mãe e de todas as imposições feitas a elas, pois tais ideias são corroboradas por toda a sociedade que lança sobre a mãe a total responsabilidade sobre os filhos, criando um visível sentimento de solidão no exercício dessa nova função. Por fim, com a internação do bebê na UTIN as mães podem exercer mais um papel de cuidadora do bebê doente que propriamente de mãe, este denominado por Winnicott de “preocupação materna primária” (VALANSI & MORSCH, 2004).

Não obstante, conforme Torres (1999):

(...) mais do que uma função, seja de que abordagem for, o Psicólogo como um profissional que lida essencialmente com relações humanas, tem o compromisso de procurar oferecer condições onde o paciente possa elaborar seu sofrimento através da compreensão, respeito e dignidade.

Assim, muito embora seja mais comum encontrar trabalhos relacionados uma determinada abordagem em detrimento de outras, a atuação psicológica num ambiente hospitalar não é exclusiva de uma determinada abordagem; pois conforme é entendida, esta não passa de uma maneira de ler e interpretar os fenômenos psicológicos, influenciando assim a escuta e a forma de intervenção (CECCARELLI, 2005; AZEVEDO; CREPALDI, 2016).

É preciso ressaltar ainda que a presença de psicólogos (as) na equipe é garantida por lei a mais de vinte anos, apesar de ser perceptível a sua pouca inserção nesse contexto, através da Portaria MS/GM/1091, de 25 de agosto de 1999, além de diversas outras regulamentações, o que demonstra o longo caminho a se percorrer para que esta atuação tenha sua importância compreendida pelos gestores e demais profissionais da saúde. Ademais, foi no arcabouço da humanização que o Ministério da Saúde editou, em 2007, a Portaria MS/1.683/2007 que orienta sobre a aplicação do método canguru, o qual começa com o contato pele a pele, mas não se limita a

isso; sendo definido como “um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial”. Tendo em vista o entendimento sobre o que seja humanizar o qual, conforme trazido por Mota, Martins e Vêras (2006), perpassa pela comunicação, pela capacidade de dar voz ao que é trazido pelo outro, seja dor ou sofrimento, é possível perceber que humanização e psicologia andam mais que de mãos dadas, pois conforme Angerami (2001) citado por Mota, Martins e Vêras, (2006) “observar e ouvir com paciência a linguagem verbal e não-verbal” dos pacientes faz parte da atividade do(a) psicólogo que a partir de uma escuta sensível e um olhar empático, auxilia no suporte dos momentos de crise.

Muito embora o psicólogo atuante na UTIN deva se preocupar com o acolhimento, com a constituição de um espaço seguro para a fala e com o canal de comunicação dos pais com a equipe médica, lembremos que está a se falar de um ambiente hospitalar e como tal é constituído de rotinas e procedimentos que devem ser, também, observados e respeitados pelo(a) psicólogo(a), inclusive é necessário o preenchimento dos prontuários dos pacientes com informações que sejam relevantes para o restante da equipe, como por exemplo: “informações a respeito da história do bebê e sobre o papel que ele representa na vida de seus pais” (SOUZA & PEGORARO, 2017). Baltazar; Gomes e Cardoso (2010) acreditam que essas rotinas e protocolos auxiliam os psicólogos na definição dos bebês e das famílias que precisam de uma atenção regular; dessa forma conforme defende as autoras:

(...) a inserção do psicólogo na UTI/UI implica na organização de uma proposta de rotina e participação quotidiana nos acontecimentos do serviço, numa proposta que não se restrinja a pareceres psicológicos, mas na abordagem regular das famílias e seus bebês (BALTAZAR; GOMES & CARDOSO, p. 16, 2010).

Participar e compreender os protocolos da instituição é crucial para que o psicólogo seja visto como parte da equipe, que está naquele espaço para exercer seu trabalho como todos os outros, e não para a fiscalização dos demais, bem como, para se pensar na melhor forma para a inserção desses pais e familiares no processo de cuidado durante a internação. Assim, em sua atuação, o psicólogo “deve levar em consideração a rotina hospitalar, estímulos e procedimentos médicos, como fatores que influenciam o estresse em uma internação” (SOUZA & PEGORARO, 2017).

Embora, as mesmas autoras pontuam sobre a necessidade de uma boa recepção a esses pais, sendo, para isso, muito importante uma visita guiada

pelo setor da UTIN, momento em que se pode explicar sobre os aparelhos ali existentes e sobre suas funcionalidades, proporcionando um momento de tirar dúvidas, pois o medo vem do desconhecido (CARVALHO & PEREIRA, 2017), das fantasias fortificadas pela falta de conhecimento da situação, sendo portanto, necessário que os pais recebem informações claras quanto a situação do bebê, dos procedimentos adotados, bem como da sua importância para que consigam lidar mais calmamente com a vivência da hospitalização. No mais, apesar desse acolhimento poder ser feito por qualquer pessoa da equipe médica, Souza e Pegoraro (2017), perceberam, em sua revisão integrativa de literatura, que comumente o profissional a exercer tal tarefa é o psicólogo; e ressalta a importância do uso de uma linguagem simples, assim como do enfoque ser dado à criança e não aos equipamentos ou a doença que tenha.

Por fim, para além das posturas mencionadas acima, encontra-se na literatura exemplos de boas práticas frente a tal cenário. Adiante estão as mais mencionadas delas:

Ronda: Essa atividade consiste numa caminhada do profissional de psicologia junto à mãe pelos corredores hospitalares, buscando proporcionar através da escuta qualificada o alívio das angústias e dores causadas pela internação, possibilitando também o profissional identificar as demandas trazidas por essas famílias, quem precisa de um suporte maior, e assim poder elaborar uma melhor estratégia de intervenção, levando em conta os aspectos biopsicossocial e subjetivos de cada família (ARRAIS & MOURÃO, 2013). Neste momento também é possível se construir um protocolo de avaliação psíquica com os pais, trata-se de roteiro semiestruturado contendo identificação, e todo o histórico psicossocial e clínico, antes, durante e pós parto, incluindo principalmente o motivo de internação do bebê, e de como este momento está sendo vivenciado pelos pais, possibilitando características de como está acontecendo a vinculação mãe-bebê (BALTAZAR, GOMES & CARDOSO, 2010).

Atendimento individual: Conforme as autoras Arrais e Mourão (2013), o atendimento individual proporciona uma escuta atenta às gestantes e puérperas que estão passando por momentos delicados e de grandes mudanças neste momento da gestação, parto, pós-parto, possibilitando o resgate da autoestima e do autoconceito, vislumbrando uma boa qualidade de vida em meio às mudanças. Nesse momento também é possível, caso o profissional julgue necessário, fazer uma avaliação

psicológica através do uso de testes, tais como o Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG) que é um instrumento de auto aplicação para gestantes de todas as idades e tem por objetivo avaliar ansiedade de gestantes em qualquer período gestacional (SCHIAVO & BRANCAGLION, 2021), e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo, (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS), é uma escala autoaplicável que mede a presença e intensidade de sinais e sintomas depressivos nos últimos 7 dias (FIGUEIRA; CORÊA; MALLOY-DINIZ; ROMANO-SILVA, 2009), para a investigação de possíveis transtornos emocionais e depressivos relacionados ao pós-parto, e assim fazer os encaminhamentos necessários. As autoras Arrais e Mourão (2013), ainda discutem sobre o local onde esse atendimento deverá ser feito, ocorrendo geralmente junto ao leito, contudo concordam que a capacidade de escuta do profissional aqui é mais importante que o setting pré-determinado.

Atendimento aos familiares: Esse atendimento é feito com o intuito de tranquilizar os familiares (esposo, irmãos, mãe, pai), a respeito do estado de saúde da mãe e do bebê, pois é possível identificar que eles também sofrem com o impacto da internação e se sentem impotentes diante da situação, pensando que nada podem fazer. Nesse sentido o psicólogo poderá acolher os medos e as angústias da família, ressaltando a importância do envolvimento e da participação destes na nova rotina familiar, bem como ajudá-los a identificar o papel de cada um e como podem ser úteis nesse momento (ARRAIS & MOURÃO, 2013).

Atendimento aos bebês: No trato com os bebês, o psicólogo contribuirá para amenizar os impactos negativos causados pela internação, reconhecer pistas e sinais e ajudar a equipe a percebê-los tornando-se um parceiro nessa interação, construindo um ambiente mais seguro, vislumbrando preservar a saúde psíquica deles, para isso, dentre outras coisas, é necessário tornar o ambiente mais humanizado, orientar a equipe no cuidado com o bebê e os pais, trabalhar a vinculação entre o bebê e a família, apresentar aos pais as competências já desenvolvidas do bebê, estimular o toque (ARRAIS & MOURÃO, 2013). Conforme Victor e Moreira (2004), Shantala é uma técnica de massagem que proporciona uma estimulação cutânea e auxilia no desenvolvimento psicomotor da criança, proporcionando sensação de bem e estar, e auxiliando na vinculação mãe-bebê; outra técnica que pode ser utilizada é o “toque da borboleta”, esta técnica consiste num toque leve e suave, que propõe a restauração do equilíbrio emocional e energético da criança além de auxiliar no fortalecimento do

vínculo entre o bebe e a família,(SCHEVINSKY,2009).

Interconsulta: Na interconsulta o psicólogo é chamado por outro profissional para avaliar questões de ordem psicológicas que o paciente venha apresentar no decorrer do atendimento médico. Na maternidade, e especificamente na UTIN, o psicólogo é chamado para identificar nas gestantes e puérperas, depressão ou algum outro transtorno decorrente deste momento. Neste caso, a função do Psicólogo é descobrir a origem do problema, para poder identificar e desenvolver ações que possam surtir efeito rapidamente, podendo, inclusive, envolver outros profissionais da saúde nesse processo (ARRAIS & MOURÃO, 2013).

Ser ponto de referência: Muito embora a UTIN seja um ambiente de alta rotatividade de profissionais, o psicólogo é o profissional de referência para dar suporte emocional às famílias e seus bebês, pois tem na sua capacitação o exercício da escuta diferenciada que possibilita uma visão mais integrada do bebê e da sua história ao passo que permite aos pais investirem nos seus bebês, enquanto recebem amparo e apoio de um profissional da equipe, pois os demais profissionais estão mais voltados para os aspectos clínicos do bebê (VALANSI & MORSCH, 2004).

Ajudar na comunicação entre pais e bebês: Aqui o psicólogo age como um mediador entre família e bebê de modo a facilitar e promover uma maior interação entre eles, proporcionando, além da formação do vínculo, à mãe uma visão integral do bebê, para que o veja; como um outro e não como uma continuação de si mesma, para além da prematuridade, como um ser dotado de habilidades e expressões, possibilitando a estes pais uma representação do bebê real deixando de lado as expectativas do bebê imaginário (VALANSI & MORSCH, 2004; SOUZA & PEGORARO, 2017).

Ser canal entre a família e a equipe: O principal objetivo do psicólogo aqui é estabelecer uma ponte de comunicação entre a família e a equipe, pois os pais desenvolvem sentimentos de ambivalência em relação a ela, ao mesmo tempo que estão frustrados por serem privados de oferecer cuidados aos seus bebês, porquanto compreendem que os profissionais se dedicam a cuidar do bebe a partir de todo um aparato tecnológico e de um conhecimento médico científico. Dessa forma os profissionais são alvos de projeções intensas por parte da família do bebê, o que, conforme Valansi e Morsch (2004), suscita conflitos na relação.

Trabalhar as possíveis perdas ocorridas na UTIN: Valansi e Morsch, (2004) chamam a atenção para o trabalho com as possíveis perdas ocorridas na UTIN, sendo

elas as perdas reais, quando há risco iminente de morte, ou os riscos de sequelas futuras ao longo do desenvolvimento do bebê e, as perdas imaginárias, que acontecem no imaginário da família, relacionados ao bebê imaginário, e aquelas derivadas da falta de intimidade e privacidade da mãe com o seu bebê. Em casos da confirmação da possibilidade de morte do bebê pela equipe, as autoras enfatizam a importância do trabalho de aproximação entre a família e o bebê e destacam que esse deve ser um trabalho prioritário para o(a) psicólogo(a).

Atuação com os irmãos: Esta é mais uma das atitudes decorrentes da colocação em prática da política de humanização, a qual fez a equipe de psicologia se responsabilizar e organizar a visita dos irmãos do recém-nonato internado na UTIN. Após a autorização dos pais e conhecimento prévio da história dos irmãos (ou da(o) irmã(o)) que farão a visita, a inclusão é feita e tem como objetivo oferecer aos irmãos, de forma lúdica, informações, apropriadas a idade, acerca do estado clínico do bebê e das complexidades da UTIN, podendo auxiliar na organização das experiências da criança estimulando-a a falar sobre suas emoções e sentimentos. Dessa forma, facilita o desenvolvimento do vínculo entre irmãos/bebê, ao passo que ele compreende não ser ele o motivo pelo qual o bebê está ali, além de amenizar a ansiedade das mães que estão distantes do lar e dos outros filhos (VALANSI & MORSCH, 2004; BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010).

Estímulo a amamentação: O processo de amamentação não é só o meio pelo qual a mãe nutre o filho, mas também é a partir dele que ocorrem as primeiras interações da díade, sendo este um momento íntimo de troca entre os dois, essencial para a formação do vínculo e consolidação do apego. Na UTIN apesar da presença física da mãe na maioria das vezes, por uma série de fatores, ela é impedida de alimentar o bebê diretamente no peito; sendo, portanto, importante comunicar sobre a possibilidade da ordenha e reforçar que tal fato não as impedem de nutri-los com o seu próprio leite (BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010). Por fim, as mesmas autoras pontuam sobre a importância do suporte psicológico para a mulher neste momento, visto que as alterações emocionais decorrentes desse processo, além outros fatores como medo, depressão, tensão, dor e ansiedade, afetam a produção de leite, sendo, portanto, papel da equipe estar atenta aos sinais e oferecer um ambiente favorável e seguro de encorajamento para a amamentação e/ou ordenha (BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo foi possível perceber a forma como a psicologia adentrou os hospitais e se consolidou como uma ciência empírica lá por volta da década de 1950, e a sua longa trajetória para se fortalecer enquanto uma área da saúde, sobretudo as transformações que sofreu ao longo dos anos, com uma larga escala de áreas de atuação, sendo a área hospitalar e a Psicologia Obstetrícia/ perinatal as principais áreas discutidas nesse estudo. Ainda que ambas as áreas não sejam tão conhecidas devido à escassez de material de pesquisa, são áreas de extrema importância para a atuação do psicólogo, pois lidam diretamente com a subjetividade e o sofrimento psíquico humano, visto que o psicólogo é o profissional que lida com esses aspectos.

A inserção do psicólogo nestes contextos de adoecimento e internação se faz incipiente, especialmente na área da Psicologia da gravidez obstetrícia/perinatal nos cuidados dos aspectos emocionais, subjetivo e psicossociais que envolve a gravidez, desde o planejamento familiar até o puerpério, a partir dos estudos para desenvolver este trabalho foi possível ver a importância desse profissional nesse contexto, é a principal contribuição deste para lidar com pessoas em sofrimento psíquico decorrente do adoecimento e outras intercorrências que acontecem no seio hospitalar, a exemplo as UTIN, no trato com os bebê e a família, a presença do psicólogo nesse ambiente não só contribui para um ambiente mais humanizado, mas também promove mudanças de comportamento de todas as pessoas envolvidas nesse processo, auxiliando na vinculação mãe-bebê, e prestando suporte psicológico aos pais enquanto enfrentam o processo de internação do seu bebê e conseqüentemente possibilitando uma alta mais rápida. Mostra-se importante destacar a impossibilidade de afirmar a existência de um padrão de comportamentos e reações emocionais dos pais diante da internação de um filho na UTIN, pois as reações e os comportamentos ocorrem na ordem da singularidade e da subjetividade, tendo um significado único a partir das vivências de cada um. Dito isso, o conhecimento das reações e dos comportamentos esperados não deve impedir a escuta de cada sujeito e de suas produções de significado diante de um mesmo evento, o que torna imprescindível assim a postura empática do psicólogo(a) a fim de atender cada paciente em suas particularidades e singularidades.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. (2016). **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(4): 847-863. doi:10.1590/1982-3703001382014.
- ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves. **Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio**. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 5, n. 2, jul. /dez. 2013, p. 152-164 152 Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDB - Campo Grande, MS ISSN: 2177-093X
- ASSIS, Fabiane Espindola de; FIGUEIREDO, Sue Ellen Ferreira Modesto Rey de. **A atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil**. *PsicolArgum*. 2019 out./dez., 37(98), 501-512
- AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida. **A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos**. *Estudos de Psicologia (Campinas)* [online]. 2016, v. 33, n. 04.
- BALTAZAR, Danielle Vargas Silva; GOMES, Rafaela Ferreira de Souza; CARDOSO, Rafaela Ferreira de Souza. **Atuação do psicólogo em unidade neonatal: construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada**. *Rev. SBPH* v.13 n.1, Rio de Janeiro, Jun. 2010
- BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes et al. **Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência**. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 73-81, dez. 2007. BORTOLETTI, F. F. (2007). **Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal**. In: A. F. Moron, F. F. Bortoletti, J. Bortoletti Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar** (pp. 37-46). Barueri, SP: Manole.
- BRUM, Evanisa Helena Maio de; SCHERMANN, Lígia. **Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):457-467, 2004
- BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmen; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida. (org's). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- CARVALHO, Larissa da Silva; PEREIRA, Conceição de Maria Contente. **As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal**. *Rev. SBPH* [online]. 2017, vol.20, n.2, pp. 101-122. ISSN 1516-0858.
- CARVALHO, Maria Teresa de Melo; SAMPAIO, Jáder dos Reis. **A formação do psicólogo e as áreas emergentes**. *Psicologia Ciência e Profissão*, 1997, 17, (1), 14-19.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. **Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional**. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2004, 24 (3), 48-57.

CECCARELLI, Paulo. **O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília : CFP, 2019. Acesso em 29/01/2022. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto** / John W. Creswell ; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed,2007.

DICIO. (2022). Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/perinatal/#:~:text=Significado%20de%20Perinatal,Peri%20%2B%20natal>

DIKSTEIN, Júlio; PIVA, Jefferson; GARCIA, Pedro Celiny R.; BARBOSA, Arnaldo Prata; FREDDI, Norberto; DAVID JOÃO, Paulo Ramos. **Breve relato da Terapia Intensiva Pediátrica no Brasil**. SPB. Acesso em 07/12/2021. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/A_Histo__ria_das_UTIPs_nos_principais_centros_do_Brasil_SEM_MG.pdf

FIGUEIRA, Patrícia et al. **Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde**. Revista de Saúde Pública [online]. 2009, v. 43, suppl 1 [Acessado 26 Abril 2022] , pp. 79-84. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012>>. Epub 04 Ago 2009. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012>.

FLECK, Adriana; PICCININI, César Augusto. **O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta**. Aletheia 40, p.14-30, jan./abr. 2013

FREIRE, Elizabeth Schmitt. **A implementação das atitudes facilitadoras na relação terapêutica centrada no cliente**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da PUC, Campinas/SP, 2000. Acesso em 06 de dezembro de 2021. Disponível em <https://pt.slideshare.net/Traquinas/as-atitudes-facilitadoras>
GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil**. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GORAYEB, Ricardo. **Psicologia da Saúde no Brasil**. Psicologia: Teoria e Pesquisa 2010, Vol. 26 n., pp. 115-122

ISMAEL, S.M.C. (org). **A inserção do psicólogo no contexto hospitalar In: A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LAGUNA, Thalyta Freitas dos Santos; LEMOS, Aline Priscila Subutzki; FERREIRA, Luísa; GONÇALVES, Camila dos Santos. Parto e perinatalidade: **O papel do psicólogo hospitalar nesse contexto**. Research, Society and Development, v. 10, n. 6, e21510615351, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409.

LAZARETTI, C. et al. **Manual de Psicologia Hospitalar**. CRP-PR. Coletânea ConexãoPsi. Curitiba: Unificado, 2007.

LIMA, Larissa Gress; SMENHA, Luciane Najar. **EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE DIANTE DA INTERNAÇÃO DO BEBÊ EM UTI: UMA MONTANHA RUSSA DE SENTIMENTOS**. Psicologia em Estudo [online]. 2019, v. 24 [Acessado 28 Março 2022], e38179. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.38179>>. Epub 15 Jul 2019. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.38179>.

MÄDER, Bruno Jardim (org.). **Caderno de psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão**. Curitiba: CRP-PR, 2016.

MOREIRA, Emanuelle Karuline Correia Barcelos; MARTINS, Tatiana Milhomem; CASTRO, Marleide Marques de. **Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 134-167, jun. 2012 .

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Editora Fiocruz, 2003. Rio de Janeiro, p 61. Disponível em: SciELO Books | Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal [acesso em 03/02/2022].

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. **Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

NASCIMENTO, Marília Almeida; CRUZ, Aline Maria Cardozo; RAAD, Alexandre José. **A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal**. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 7, nº 2, p. 85-92, Jul./Dez. 2006.

PAIM, Beatriz Junqueira Pereira. **A constituição subjetiva, o desenvolvimento psicomotor e a educação de crianças que nasceram pré-termo e participaram da posição “mãe-canguru”**. Tese de Doutorado. Faculdade de educação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre - 2007.

PASCHE, D. F; VILELA, M. E. A; MARTINS, C. P. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado**. Rev Tempus Actas Saúde Col. 2010 [acesso em 23 nov 2021]; 4(4):105-17. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>

PIRES, Ana Cláudia Tolentino; BRAGA, Tânia Moron Saes. **O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional.** Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 17, n. 1, p. 151-162, 2009.

RAAD, Alexandre José; CRUZ, Aline Maria Cardozo; NASCIMENTO, Marília Almeida. **A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal.** *Psic*, São Paulo , v. 7, n. 2, p. 85-92, dez. 2006 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 mar. 2022.

RESOLUÇÃO CFP N.º 013/2007. Acesso em 28/01/2022. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf.

RIBEIRO, José Carlos Santos; DACAL, Maria Del Pilar Ogando. **A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública:: notas para reflexão.** *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 65-84, dez. 2012.

ROMANO, B. W **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSA, Raíssa Ramos; GIL, Maria Estelita. **Suporte psicológico aos pais na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: encontros possíveis e necessários.** *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 123-135, dez. 2017

ROSENBERG, J. L. **Transtornos psíquicos da puerperalidade.** In: F. F. Bortoletti et al., **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar** (pp. 110-117). Barueri, SP: Manole, 2007.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde.** *Revista de Saúde Pública* [online]. 1997, v. 31, n. 5 , pp. 538-542. Epub 16 Ago 2001. ISSN 1518-8787. SCHEVINSKY, Júlia. **O reestabelecimento emocional através da massagem “o toque da borboleta”** - Curitiba, 2009.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida. **A expansão da psicologia perinatal no Brasil.** Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2019. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/2019/05/a-expansao-da-psicologia-perinatal-no-brasil#:~:text=Este%20%C3%A9%20o%20primeiro%20trabalho,campo%20de%20atua%C3%A7%C3%A3o%20desse%20profissional>. Acesso em 23 de nov. 2021
SCHIAVO, Rafaela de Almeida. **Produção Científica em Psicologia Obstétrica/Perinatal.** *Braz. J. Hea. Rev. Curitiba*, v. 3, n. 6, p. 16204-16212, nov./dez. 2020. ISSN 2595-6825

SCHIAVO, Rafaela; BRANCAGLION, Mayra. (2021). **Instrumento de rastreio para sintomas de ansiedade gestacional – IRSAG / Screening instrument for gestational anxiety SYMPTOMS - IRSAG.** *Brazilian Journal of Health Review*. 4. 16885-16904. 10.34119/bjhrv4n4-198.

SILVA, Rodrigo Sinnott; PORTO, Marisa Cristina. **A Importância da Interação Mãe-**

Bebê. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.20, n.2, p. 73-78, 2016.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, Adriany Miorini Vieira de; PEGORARO, Renata Fabiana. **O psicólogo na UTI neonatal: revisão integrativa de literatura.** Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.8, n.1, p.117-128, 2017

TOREZAN, Z. F.; CALHEIROS, T. C.; MANDELLI, J. P.; STUMPF, V. M. (2013). **A graduação em psicologia prepara para o trabalho no hospital?** *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1),132-145.

TORRES, Tatiana de Lucena. **O psicólogo centrado na pessoa e a instituição hospitalar.** In: FÓRUM BRASILEIRO DA A.C.P. Ouro Preto; 1999. Acesso em 08 de dezembro de 2021, Disponível em <https://apacp.org.br/diversos/artigos/o-psicologo-centrado-na-pessoa-e-a-instituicao-hospitalar/>

VALANSI, Luciana; MORSCH, Denise Streit. **O Psicólogo como Facilitador da Interação Familiar no Ambiente de Cuidados Intensivos Neonatais.** PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2004, 24 (2), 112-119.

VICTOR JF, Moreira TMM. **Integrando a família no cuidado de seus bebês: ensinando a aplicação da massagem Shantala.** Acta Scientiarum. Health Sciences 2004; 26(1):35-39.

YAMAMOTO, Oswaldo H.; TRINDADE, Luciana C. B. de Oliveira; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. **O Psicólogo em Hospitais no Rio Grande do Norte.** Psicologia USP, v. 13, n. 1, 2002, pp. 217-246. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/psp/a/Vk8S4sMnKMvzZSchggFQJKr/?lang=pt>> Acesso em 11/03/2022.