



Camila Fleury

**DESENVOLVIMENTO DA RELAÇÃO MÃE-FILHO EM UNIDADE DE
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS APÓS GRAVIDEZ DE
ALTO-RISCO - ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

***DEVELOPMENT OF MOTHER-CHILD RELATIONSHIP IN
INTERMEDIATE CARE UNIT AFTER HIGH-RISK PREGNANCY-
CLINICAL- QUALITATIVE STUDY***

**CAMPINAS
2014**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Camila Fleury

**DESENVOLVIMENTO DA RELAÇÃO MÃE-FILHO EM UNIDADE DE
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS APÓS GRAVIDEZ DE
ALTO-RISCO - ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Yolanda Makuch
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mary Angela Parpinelli

*DEVELOPMENT OF MOTHER-CHILD RELATIONSHIP IN INTERMEDIATE CARE
UNIT AFTER HIGH-RISK PREGNANCY- CLINICAL- QUALITATIVE STUDY*

Tese de doutorado apresentada à Pós-Graduação de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração em Saúde Materna e Perinatal

Doctorate Thesis presented to the Programme of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas - UNICAMP - for obtain the Ph.D grade in concentration area of Maternal and Perinatal Health.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA CAMILA FLEURY
E ORIENTADA PELA PROF^ª. DR^ª. MARIA YOLANDA MAKUCH**

Assinatura do Orientador

Campinas, 2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Fleury, Camila, 1975-
F639f Desenvolvimento da relação mãe-filho em unidade de cuidados intermediários neonatais após gravidez de alto-risco: estudo clínico qualitativo / Camila Fleury. Campinas, SP: [s.n.], 2014.
Orientador: María Yolanda Makuch.
Coorientador: Mary Angela Parpinelli.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
1. Relação mãe-filho. 2. Pessoal de saúde. 3. Pesquisa qualitativa.
I. Makuch, Maria Yolanda. II. Parpinelli, Mary Angela, 1956 - III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Development of mother-child relationship in intermediate care unit after high-risk pregnancy: clinical-qualitative study

Palavras-chave em inglês:

Mother-child relationship

Health personnel

Qualitative research

Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

María Yolanda Makuch [Orientador]

Maria José Martins Duarte Osis

João Luiz de Carvalho Pinto e Silva

Carmen Simone Grilo Diniz

Rodrigo P. Soares de Camargo

Data de defesa: 25-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

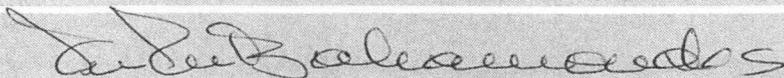
Aluno: Camila Fleury

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Yolanda Makuch

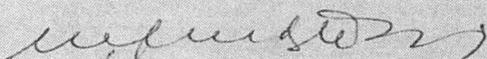
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Mary Angela Parpinelli

Membros:

1.



2.



3.



4.



5.



**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 25/02/2014

201419319

Dedico este trabalho...

*Ao meu pai,
José Luiz Ribeiro de Souza Fleury
(in memoriam)*

Agradecimentos

*Ao meu marido **Peterson** e ao meu filho **Enzo**, pela compreensão do tempo despendido a este estudo.*

*À minha mãe **Vera Lúcia** e ao meu padrasto **Osmar** que me apoiaram em todos os momentos.*

*Ao meu irmão **Gustavo** pela amizade e valiosa ajuda na revisão da tese.*

*À minha irmã **Beatriz** pelos momentos compartilhados.*

*À minha orientadora **Dra. María Yolanda Makuch**, pelo seu apoio e dedicação em todo decorrer do trabalho.*

*À minha coorientadora **Dra. Mary Angela Parpinelli**, que muito me ajudou e orientou na construção da pesquisa.*

*À **Profa. Dra. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri**, pela contribuição com seus conhecimentos sobre os conceitos de Winnicott.*

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Ao CEMICAMP (Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas).

À todos os participantes dessa pesquisa, pela confiança e disponibilidade em contribuírem para o desenvolvimento deste projeto.

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro da
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)
-Processo número 2011/23732-11

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	xiii
Resumo	xv
Summary	xix
1. Introdução	21
1.1. Aspectos epidemiológicos da gravidez de alto risco.....	21
1.2. Significados da gravidez de alto risco para as mulheres	23
1.3. Referencial teórico.....	27
1.3.1 A Preocupação materna primária.....	28
1.3.2 O Holding.....	30
1.4 Justificativa.....	32
2. Objetivos	35
2.1. Objetivo Geral.....	35
2.2. Objetivos Específicos	35
3. Sujeitos e Método	37
3.1. Desenho do estudo	37
3.2. Coleta de dados	41
3.3. Processamento e análise dos dados	42
3.4. Aspectos éticos	44
4. Publicações.....	47
Artigo 1.....	48
Artigo 2.....	79
5. Discussão.....	112
6. Conclusões.....	120
7. Referências Bibliográficas.....	122
8. Anexos	134
8.1. Anexo 1 - Roteiro temático para entrevista das mães	134
8.2. Anexo 2 - Roteiro temático para entrevista dos profissionais de saúde.....	138

8.3 Anexo 3 – Ficha de caracterização das mães.....	140
8.4 Anexo 4 - Ficha de caracterização dos profissionais de saúde	141
8.5 Anexo 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das mães.....	142
8.6. Anexo 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais de saúde..	143
8.7. Anexo 7- Parecer do Comitê de Ética.....	144

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

UCIN - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

Intermediate-NICU - Intermediate Neonatal Intensive Care Unit

CAISM - Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

Resumo

Objetivo: Estudar o desenvolvimento da relação mãe-bebê de mulheres diagnosticadas com gravidez de alto risco, cujos bebês foram internados em unidade de cuidados intermediários neonatais (UCIN) e as perspectivas e ações dos profissionais de saúde, que cuidam destes bebês, sobre o desenvolvimento dessa relação. **Método:** Como marco conceitual utilizou-se os conceitos psicanalíticos de *preocupação materna primária e holding* desenvolvidos por Winnicott. Foi realizado um estudo clínico-qualitativo com amostragem proposital, onde o número de participantes foi determinado pelo critério de saturação de informação. A amostra foi composta de dois grupos de participantes. Um grupo foi formado por mulheres puérperas diagnosticadas com síndrome hipertensiva ou diabetes gestacional, cujos bebês necessitaram internação na UCIN. O outro grupo foi formado por profissionais de saúde que cuidaram destes recém-nascidos na UCIN. Foram realizadas entrevistas semi-dirigidas utilizando-se roteiro temático. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática. As categorias de análise foram organizadas de acordo com os conceitos do referencial teórico e temas emergentes.

Resultados: Participaram do estudo 20 mu

lheres e 20 profissionais de saúde da UCIN - médicos assistentes, médicos residentes do terceiro ano, enfermeiras assistentes e técnicos de enfermagem. Todas as mulheres mostraram sinais do desenvolvimento da preocupação materna primária. As mães se referiram a uma aproximação crescente com seu bebê já nos relatos sobre a gestação. Apesar do receio inicial elas expressaram desejo de assumir os cuidados prestados ao filho, desenvolvendo habilidades para compreendê-lo, atendendo suas necessidades de forma sensível e amorosa. As mães sentiram restrições de contato com o bebê e expressaram a necessidade de maior liberdade para atender às suas necessidades. O contato mais próximo com o bebê foi descrito pelas mães e profissionais como importante para que as mulheres se sentissem desempenhando o papel materno. A atitude de *holding* às mães foi realizada de modo diferente entre médicos e profissionais de enfermagem. Os médicos auxiliavam as mães fornecendo informações clínicas, com atitude cuidadosa, mantendo-se à disposição para elucidar dúvidas. A equipe de enfermagem incentivava o contato mãe-bebê, apresentando e favorecendo diferentes formas de aproximação e cuidados. De acordo com as mães, o cuidado e carinho dos profissionais de saúde com as próprias mães e com os bebês incentivou sua aproximação com o bebê e contribuiu para deixá-las mais tranquilas e seguras para cuidar dele. **Conclusão:** Mulheres diagnosticadas com gravidez de alto risco, cujos bebês necessitaram internação em UCIN logo após o nascimento, embora tenham sentido limitações para o relacionamento com o filho, conseguiram desenvolver a *preocupação materna primária* e um bom relacionamento inicial com ele. O *holding* proporcionado pelos profissionais de

saúde foi importante para auxiliar estas mães a desenvolverem sua relação com o bebê no ambiente de internação.

Palavras-chave: Relação mãe-filho; pessoal de saúde; pesquisa qualitativa.

Summary

Objective: Study the development of the mother-child relationship of the women diagnosed with high risk pregnancy whose newborn were hospitalized in an intermediate neonatal intensive care unit (NICU), and the perspectives and actions of the healthcare professionals, who take care of these babies, regarding this relationship development. **Methods:** Winnicott theoretical concepts regarding the primary maternal preoccupation and holding were used as a conceptual framework. A clinical-qualitative study was performed with purposeful sampling, whose number of participants was determined following the information saturation criteria. The sample was composed of two participants groups. One group was formed by postpartum women diagnosed with postpartum hypertension syndrome or gestational diabetes, whose newborns needed to be hospitalized in NICU. The other group was formed by health professionals who took care of these babies in the NICU. Semi-structured interviews were performed using a thematic guide. All interviews were recorded and verbatim transcribed. The data were analyzed through the thematic content analysis technique. The analysis categories were organized according to the theoretical concepts and emerging themes. **Results:** A total of 20 women and 20 health professionals of NICU participated in the study (physicians, medical residents, nurses and nursing technicians). All the women showed primary

maternal preoccupation development signs. The mothers referred to a growing closeness with your baby in their pregnancy reports. Despite initial fears the mothers expressed a desire to take over the care provided to their child, developing skills to understand them, meeting their needs in a sensitive and loving way. Mothers felt restrictions of contact with the baby and expressed the need for a greater freedom to meet your needs. The closest contact with the baby was described by mothers and professionals as important for women to feel playing the maternal role. The *holding* attitude with the mothers was conducted differently among doctors and nurses. Doctors assisted mothers providing clinical information, with careful attitude, making them available to clarify doubts. The nurses encouraged the mother-infant contact, presenting and promoting different ways to approach and care. According to the mothers, the care and affection of health professionals with their own and the babies, encouraged their approach with the baby, making them more more calm and safe to care about him. **Conclusion:** Women diagnosed with high-risk pregnancy, whose babies required hospitalization in NICU after birth, although they felt limitations to relate with his child, developed the primary maternal preoccupation and a good initial relationship with her baby. The *holding* provided by the health professionals was important to help these mothers to develop their relationship with the baby in the hospitalization environment.

Keywords: mother-child relationship; health personnel; qualitative research.

1. Introdução

1.1. Aspectos epidemiológicos da gravidez de alto risco

Toda gravidez potencialmente pode significar algum risco para a mãe ou para o feto. Algumas gestações, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, sendo chamadas de gestações de alto risco. Mesmo as gestações que estão transcorrendo bem tem a possibilidade de se tornar de risco a qualquer momento, devido a vários tipos de fatores. Alguns desses fatores estão presentes anteriormente à gestação, outros referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação, como exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas (1).

Dentre as doenças obstétricas que constituem um fator de risco destacam-se, pelo impacto negativo sobre a saúde materna e perinatal, as síndromes hipertensivas (2,3) e o diabetes gestacional (4). Ambas as doenças iniciam-se na gestação e usualmente desaparecem com o término ou até o puerpério tardio.

As síndromes hipertensivas estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade materna em todo o mundo (3,5), sendo uma das principais causas de internação de pacientes obstétricas em UTI (6). Existem formas distintas de manifestação da hipertensão durante a gravidez. A última classificação foi publicada com o consenso do National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP), em 2000 (7), que classificou as síndromes hipertensivas da gravidez em: hipertensão arterial crônica, na qual o aumento da pressão sanguínea é diagnosticado antes de 20 semanas de gestação; a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, síndromes particulares da gravidez clinicamente caracterizadas por hipertensão com proteinúria; a pré-eclâmpsia superposta na hipertensão crônica e a hipertensão gestacional, quando a hipertensão ocorre sem proteinúria. Nos casos mais graves de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia pode ocorrer a síndrome de HELLP, doença grave quando a paciente cursa com hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia, um quadro que resulta em elevada morbimortalidade (8).

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma intolerância aos carboidratos, com início ou diagnosticada pela primeira vez durante a gestação (9). Essa doença é considerada a mais comum dentre as alterações metabólicas intercorrentes com a gravidez. Existe um número crescente de evidências sobre a relação entre o DMG, inclusive nas formas leves, com o aumento de desfechos adversos de curto e longo prazo para o binômio materno-fetal (10), sobretudo quando não há um controle adequado de sua evolução (11, 12).

Ambas as doenças, diabetes gestacional e as síndromes hipertensivas possuem etiologia ainda desconhecida, sendo observados fatores de risco. Dentre estes, alguns são comuns às duas doenças, como o índice de massa corporal pré-gestacional e o ganho de peso precocemente durante a gestação (13).

Estas doenças estão associadas a um maior risco de morbidade e mortalidade neonatal. Os efeitos adversos das síndromes hipertensivas nos neonatos podem ser identificados pela maior incidência de prematuridade, de crescimento fetal restrito e maior probabilidade de nascimentos de pequenos para a idade gestacional (PIG), além de maior índice de mortalidade neonatal em comparação aos filhos de mães normotensas (14). A morbidade em recém-nascidos de mães diabéticas está relacionada tanto aos casos de pré-diabéticas como nas diabetes gestacionais, e inclui problemas respiratórios, macrossomia ou grandes para idade gestacional, malformação congênita, distúrbios metabólicos, como a hipocalcemia e a hipomagnesemia (15).

1.2. Significados da gravidez de alto risco para as mulheres

O diagnóstico de alto risco - gerado por uma doença que surge durante a gestação - envolve repentinas mudanças na vida das mulheres que deixam de ter uma gravidez independente e passam a ter seus corpos e comportamentos monitorados, fato que pode gerar um sentimento de falta de controle sobre sua saúde e sobre o curso da gravidez (16,11). A gestação de alto risco provoca

uma mudança em todo âmbito familiar, tanto em sua rotina como nos aspectos emocionais, devido à ansiedade e preocupação gerada pela condição de saúde da gestante (17,18).

Entre os fatores emocionais associados ao alto risco obstétrico encontra-se uma maior prevalência de stress pós-traumático (19) e depressão em comparação às gestantes de baixo risco (20,21). O alto índice de sintomatologia depressiva nessa população, que abrange quase a metade das mulheres estudadas, identifica também um risco para o desenvolvimento de depressão no período pós-parto (22).

Estes fatores estão associados, sobretudo, à rotina de controle e cuidados de saúde e às frequentes internações hospitalares as quais, em geral, estas mulheres são submetidas. O ambiente de monitoramento e cuidados médicos gera sentimentos ambivalentes nas gestantes, pois ao mesmo tempo em que promove segurança pelos cuidados recebidos também aumenta o sentimento de incerteza e fracasso nas mulheres que sentem que não são capazes de controlar sozinhas sua saúde e sua gravidez (23). O distanciamento dos familiares e o estranhamento do ambiente hospitalar também são fatores de stress, pois exigem que a gestante se adapte a uma nova rotina, longe das pessoas que conhece (18).

Além das questões envolvendo o frequente controle de saúde, a incerteza do resultado da gravidez de alto risco também gera stress, uma vez que as gestantes não sabem ao certo como esta condição de risco afetará a si mesmas e seus bebês (24). Os riscos que a doença envolve para a mulher e o feto podem gerar ainda sentimento de culpa e responsabilidade sobre a doença

(23) As mulheres que passam por essa experiência de desenvolverem uma doença na gestação encontram-se também em um estado de grande vulnerabilidade emocional, exigindo maior necessidade de suporte para se adaptar a essa nova situação, fator apontado em muitos estudos (25, 21, 26, 23, 27).

A gravidez de alto risco está associada também à complicações de saúde no bebê e maior risco de prematuridade. Sabe-se que a prematuridade afeta o relacionamento das mães com o recém-nascido, que podem se mostrar mais intrusivas e controladoras na interação com ele em comparação às mães de bebês nascidos a termo (19).

Um estudo que realizamos anteriormente (28) com mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia, observamos que, apesar das dificuldades vivenciadas após o diagnóstico da doença, as mães desenvolveram uma boa relação com o filho. O conceito de *preocupação materna primária*, desenvolvido por Donald D. Winnicott foi utilizado como referencial teórico, norteando a construção da pesquisa, a elaboração do roteiro e análise dos resultados. Através deste referencial foi possível observar e analisar as atitudes das mães que caracterizavam o desenvolvimento de sua relação inicial com o filho. Nos relatos sobre a gestação, as mães já se referiam a uma aproximação com seus bebês, que se manteve após o nascimento. As entrevistadas se referiram à dedicação e prazer em prestar os cuidados ao filho, além de facilidade para interpretar e compreender suas necessidades. Observou-se também a

importância do apoio familiar e da equipe de saúde para o desenvolvimento da relação mãe-bebê.

Entretanto, neste estudo foram analisados casos de bebês que nasceram saudáveis e receberam alta junto com suas mães. A relação mãe-bebê se desenvolve de modo diferente quando a criança necessita de internação hospitalar logo após o nascimento. A expectativa materna de um filho saudável dá lugar à incerteza, angústia e culpa pela situação em que o bebê se encontra (11,29).

A necessidade de internação separa a mãe de seu filho e faz com que a relação mãe-bebê se desenvolva fora do ambiente familiar, envolvendo ainda o relacionamento destas mulheres com a equipe de saúde que realiza o atendimento aos bebês. As mulheres necessitam compartilhar os cuidados ao filho com a equipe, ficando impedidas de interagir livremente com ele, o que pode dificultar o desenvolvimento do seu papel materno (30,31,32). Além disso elas frequentemente tem problemas de interação com a equipe de saúde das unidades de cuidados neonatais. Algumas mães apresentam dificuldades em compreender a situação da criança internada ou prestar cuidados à ela sobretudo devido a uma comunicação ruim com a equipe (33,34).

Por outro lado, apesar dos profissionais reconhecerem a importância da aproximação da mãe para a recuperação do bebê, a equipe afirma que tem dificuldades para interagir com a família (35,36) e também de realizar o papel de facilitador na relação inicial entre pais e bebês internados (37,38).

Na percepção das mulheres a equipe de saúde não está preparada para lidar com as dificuldades que elas enfrentam no cuidado com o bebê internado, fazendo com que se sintam negligenciadas em suas necessidades para se relacionarem com esse filho (39,40,41,42). Esses resultados ressaltam a importância de um estudo aprofundado e de instrumentos de pesquisa que possibilitem a análise dessas questões.

1.3. Referencial teórico

Donald W. Winnicott foi um pediatra e psicanalista inglês que por mais de quarenta anos atendeu mães e crianças, construindo através de sua prática clínica concepções teóricas sobre o desenvolvimento humano. A novidade de sua linguagem espontânea e a riqueza de suas perspectivas fez com que sua obra fosse se destacando progressivamente entre os analistas e o público em geral. O título de sua obra principal, *Da pediatria à psicanálise*, sugere o itinerário de seus escritos, um ir e vir onde ambas disciplinas se fecundam mutuamente (42). Em seu primeiro livro *Clinical notes on the disorders of childhood*, escrito para pediatras, Winnicott começa a introduzir ideias da psicanálise para as práticas em pediatria, explicando as raízes psicológicas de certas doenças infantis (43). Posteriormente o autor se tornou psicanalista e psiquiatra infantil, começando a aplicar a teoria psicanalítica à criança. Essa experiência fez com que ele voltasse seus estudos para o meio ambiente da

primeira infância, ressaltando a importância do *holding* exercido pelas mães no cuidado ao bebê como um meio ambiente facilitador para seu desenvolvimento.

Winnicott é referência até os dias atuais em diversos países, sendo citado em artigos e livros, o que demonstra o valor de sua obra, a qual possibilitou o estudo profundo sobre a relação inicial mãe-bebê, principalmente através dos conceitos de *preocupação materna primária* e *holding*. Estes conceitos foram utilizados como referencial teórico em todas as etapas do desenvolvimento do presente estudo: como guia na construção do projeto de pesquisa, na coleta de informações necessárias para alcançar os objetivos propostos e como instrumento para análise dos resultados.

1.3.1 A Preocupação materna primária

A teoria sobre a *preocupação materna primária* foi desenvolvida por Winnicott e publicada em 1958 em sua obra *Da Pediatria à Psicanálise* (44), sendo considerada um marco teórico sobre o desenvolvimento da função materna e da comunicação mãe-bebê.

A *preocupação materna primária* é descrita como um estado psicológico especial da mulher que começa a se desenvolver ao final da gestação, geralmente no terceiro trimestre, permanecendo até as primeiras semanas após o nascimento do bebê. Essa condição materna possibilita um aumento da sensibilidade, cujo objetivo é capacitar a mulher a se preocupar com seu filho, desenvolvendo uma percepção às suas necessidades e dedicando-se a elas.

Winnicott continua a desenvolver esse conceito, acrescentando posteriormente que esses cuidados dispensados ao bebê não se limitam a um ato mecânico para suprir suas necessidades fisiológicas, mas implicam também uma empatia materna extremamente sensível e única que se estabelece entre cada mãe e seu filho (45). Para o autor a mãe deve estar disponível ao bebê não só fisicamente, mas também emocionalmente, necessitando estar pessoalmente bem para manter uma atitude consistente por um período de tempo (46).

Nesse mesmo livro, o autor afirma que os nove meses de gravidez preparam a mulher para desenvolver o estado de *preocupação materna primária*. Entretanto, ele ressalta em outro artigo que em alguns casos a mulher pode ter dificuldade em atingir esse estado, pois esse processo depende de sua saúde mental e também do ambiente que a cerca (47).

O ambiente citado pelo autor é constituído geralmente pelo parceiro ou pessoas próximas à mulher, e é de fundamental importância, pois no período de transição para a maternidade a mulher se encontra em um estado de dependência e vulnerabilidade, necessitando de apoio emocional (48). Este apoio teria a finalidade de dar suporte à mulher, minimizando sua preocupação com fatores externos e trazendo maior segurança, possibilitando assim uma dedicação exclusiva ao bebê (47).

1.3.2 O Holding

Winnicott ressalta em sua obra a importância do ambiente para o processo de desenvolvimento humano. O autor afirma que um bebê não existe sem a mãe ou alguém que esteja cuidando dele. Através de um cuidado que ele denomina “suficientemente bom”, que envolve a sustentação e um manejo adequado, o bebê começa a se tornar um indivíduo (49). Essa provisão ambiental é chamada pelo autor de ambiente de *holding*. Nos estágios precoces do desenvolvimento o *holding* envolve a atitude de proteção frente às agressões fisiológicas, proporcionada pela mãe ou figura materna, incluindo toda a rotina de cuidados que acompanham o desenvolvimento da criança. A mãe realiza um *holding* físico e também psicológico, essencial ao bebê ao longo de seu desenvolvimento, proporcionando a ele um ambiente compatível com suas necessidades.

O conceito de Winnicott sobre o *holding* começou a ser desenvolvido, desse modo, para descrever o apoio ou sustento que a mãe proporciona para seu bebê. Na medida em que a criança vai crescendo o significado da função de *holding* é ampliada, e passa a incluir o amparo e a sustentação egóica proporcionada pela família e grupo social.

No contexto de grupo social posteriormente o termo passou a ser empregado para caracterizar o trabalho de profissionais de saúde cuja característica básica é a prestação de cuidados, onde o *holding* constituiria o manejo desses profissionais na relação com seus pacientes (50, 51). O *holding* enquanto manejo envolveria a sensibilidade do profissional em relação às

necessidades do paciente e capacidade de fornecer um ambiente adequado de cuidado, voltado para o que está faltando à pessoa em dada situação (44).

A importância desse manejo também é discutida em outra obra do autor (52) quando se refere especificamente à relação dos profissionais de saúde que atendem as mulheres no período pré-natal e após o nascimento do bebê. Winnicott ressalta a importância de um bom relacionamento entre a mãe, os médicos e a equipe de enfermagem, para que ela possa se sentir acolhida e segura, principalmente nos casos de mulheres que apresentam alguma enfermidade. O autor afirma que, no período pós-parto, apesar das situações que possam exigir a atenção de médicos e enfermeiras, a mãe é a única pessoa que pode apresentar o mundo ao bebê de modo significativo para ele. Neste período o manejo por parte dos profissionais é ainda mais delicado, pois em algumas situações o estado de *preocupação materna primária* pode não se desenvolver, dificultando a relação mãe-bebê, como nos casos em que a mulher se sente amedrontada ou com restrições em seu contato com o filho.

Estas questões podem ser ampliadas para a situação de mulheres que, além de vivenciaram uma doença durante a gestação, necessitam desenvolver sua relação com o bebê em um ambiente de cuidados neonatais, devido a um nascimento prematuro ou a alguma complicação de saúde do recém-nascido. Nestes casos, o conseqüente afastamento do meio familiar poderia dificultar a atuação dessa rede de apoio, exigindo uma atenção especial por parte dos profissionais às necessidades das mães para se relacionar com o bebê.

1.4 Justificativa

É escassa a informação referente ao desenvolvimento da relação mãe-filho de mulheres que tiveram uma gestação de alto risco e cujos bebês foram hospitalizados após o parto. Esses casos requerem um apoio emocional especial para auxiliá-las no enfrentamento dessa nova situação. Entretanto, há lacunas em relação a quais necessidades elas apresentam, quais estariam associadas ao desenvolvimento da relação mãe-filho e qual seria a visão dos profissionais de saúde sobre isso.

A importância do apoio dos profissionais de saúde à estas mães tem sido destacada na literatura (35,53,54). Entretanto ainda observa-se a necessidade de pesquisas que abordem em profundidade a relação emocional entre equipe de saúde e mães, ressaltando a percepção das mães sobre atitudes dos profissionais que facilitaram ou dificultaram sua relação com o filho, visando auxiliar na construção de um melhor suporte dessa equipe para as mães de bebês em UCIN.

Frente a estas questões o presente estudo buscou utilizar o referencial de Winnicott como instrumento de pesquisa para estudar o desenvolvimento da relação mãe-filho em um ambiente de UCIN. O conceito de preocupação materna primária foi utilizado para a compreensão do relacionamento inicial mãe-bebê e das necessidades das mães para o desenvolvimento dessa relação. O conceito de *holding* serviu como base para a análise das necessidades dessas mulheres para o desenvolvimento dessa relação e das

atitudes dos profissionais de saúde que poderiam favorecer ou não esse desenvolvimento.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Estudar o desenvolvimento da relação mãe-bebê de mulheres diagnosticadas com gravidez de alto risco, cujos recém-nascidos foram internados em unidade de cuidados intermediários neonatais e a perspectiva dos profissionais de saúde que cuidam destes bebês sobre o desenvolvimento dessa relação.

2.2. Objetivos Específicos

- Investigar as vivências sobre o desenvolvimento da relação mãe-filho de mulheres que foram diagnosticadas com gravidez de alto risco, cujos recém-nascidos foram internados em unidade de cuidados intermediários neonatais.

- Estudar a percepção da equipe de saúde neonatal sobre a relação mãe-bebê e sobre seu papel frente às necessidades destas mães para o desenvolvimento dessa relação nas primeiras semanas após o parto.

3. Sujeitos e Método

3.1. Desenho do estudo

Para atingir os objetivos desta pesquisa foi desenvolvido um estudo clínico-qualitativo, por ser uma particularização dos métodos qualitativos voltada ao *setting* de saúde. Essa proposta metodológica busca compreender as relações de sentido e significado dos fenômenos humanos referidos ao campo saúde-doença. O pesquisador ouve o sujeito da pesquisa valorizando suas vivências, privilegiando a escuta de sua fala com suas riquezas de expressões, além da observação do comportamento através de sua linguagem não-verbal. Esse método também valoriza os elementos psicanalíticos como ferramenta para construção da pesquisa e análise dos resultados (55).

3.1.1 Tamanho Amostral

Os participantes desse estudo foram mulheres puérperas que tiveram o diagnóstico de gravidez de alto risco originada por uma doença desenvolvida na gestação, cujos recém-nascidos necessitaram internação na unidade de

cuidados intermediários neonatais (UCIN), e profissionais de saúde que trabalhavam nessa UCIN.

A seleção desses participantes seguiu o critério de amostragem proposital, com a escolha intencional dos sujeitos de acordo com os pressupostos de trabalho. Para a seleção dos profissionais de saúde foi utilizada a amostragem proposital por diversidade de tipos, seguindo os critérios de homogeneidade fundamental, em que os sujeitos possuem ao menos uma característica comum que os une e demais que os diferencia. A característica comum neste grupo foi fazer parte da equipe de saúde da UCIN e a diversidade foi dada pelos diferentes cargos e funções que estes profissionais desenvolviam (56,55).

A amostra de ambos os grupos foi definida de acordo com os critérios de saturação dos dados. Nesse tipo de amostra o pesquisador fecha o grupo quando novas entrevistas passam a apresentar repetições e não acrescentam novas informações em seu conteúdo (57). A definição do número de participantes por saturação da informação é norteadas por sucessivas análises paralelas à coleta de dados. A constatação desta saturação depende do referencial teórico, do recorte do objeto e dos objetivos definidos para a pesquisa, além do nível de profundidade a ser explorado (58).

3.1.2 Critérios e procedimentos para a seleção dos sujeitos

Foram incluídas no estudo mulheres que tiveram diagnóstico de gravidez de alto risco cujos recém-nascidos necessitaram de internação na UCIN do

Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM) e profissionais da equipe de saúde dessa UCIN que realizavam o atendimento dos bebês nos turnos diurnos e noturnos de trabalho.

3.1.2.1 Critérios de inclusão

- Mulheres:

Foram selecionadas mulheres maiores de 18 anos, diagnosticadas com síndrome hipertensiva gestacional (hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, síndrome de HELLP) ou diabetes gestacional, que já haviam recebido alta hospitalar pós-parto, cujos recém-nascidos estavam internados na UCIN do CAISM por um período mínimo de 5 dias e não superior a 20 dias e que já pudessem ser segurados pela mãe.

- Profissionais da equipe de saúde:

Foram selecionados profissionais da equipe de saúde, incluindo médicos assistentes, médicos residentes do terceiro ano, enfermeiras assistentes e técnicos de enfermagem, que atuavam na UCIN do CAISM há no mínimo 6 meses.

3.1.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo mulheres com quadro de hipertensão arterial crônica, diabetes preexistentes ou que desenvolveram outras doenças durante a última gestação, além das que caracterizaram os critérios de inclusão.

Também excluiu-se as mães de bebês que nasceram com má-formação ou com menos de 32 semanas de gestação.

3.1.3 Instrumento para coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semidirigida de questões abertas, que permite ao investigador ampla liberdade de perguntar e intervir em função do contexto que se apresenta.

Segundo Bleger (59), a diferença básica de entrevista para outro tipo de relação interpessoal é que sua regra fundamental faz com que o campo se configure especialmente e em sua maior parte pelas variáveis que dependem do entrevistado. Esta entrevista tem o propósito de estruturar o campo em função dos objetivos propostos. O entrevistador guia a entrevista e controla para que todos os temas propostos no objetivo sejam abordados.

Elaborou-se assim um roteiro de entrevista para cada grupo de participantes visando garantir que em cada entrevista fossem abordados os temas propostos, dando cumprimento aos objetivos. Os roteiros foram construídos com base no referencial teórico do estudo, sendo compostos de alguns temas comuns (Anexo 1 e 2).

Foi desenvolvida também uma ficha de caracterização dos participantes (Anexo 3 e 4) para a coleta dos dados pessoais. A ficha das mulheres foi composta também por dados clínicos dela e do bebê, obtidos em prontuário médico.

3.2. Coleta de dados

- Mulheres

Foram revisados os prontuários médicos e selecionados os casos que atenderam aos critérios propostos pelo estudo. As participantes selecionadas foram abordadas na UCIN do CAISM, momento em que foi apresentada a pesquisa e se explicaram os objetivos. Para aquelas que aceitaram participar do estudo, antes de começar a entrevista foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 5). Após o consentimento de participação voluntária e assinatura do TCLE foi preenchida a ficha de caracterização e em seguida realizou-se a entrevista seguindo o roteiro de perguntas. Todas as entrevistas foram gravadas.

- Profissionais da equipe de saúde

Para a escolha dos profissionais de saúde foi realizada inicialmente uma apresentação da pesquisa em uma reunião administrativa rotineira e mensal. Aqueles que não participaram dessa reunião foram contatados individualmente por uma das pesquisadoras. Para os profissionais que se interessaram em participar e preenchiam os critérios de inclusão foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6). Após preenchimento da ficha de caracterização foi seguido o roteiro de entrevista com perguntas dirigidas aos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas.

As entrevistas de todos os participantes da pesquisa foram realizadas em salas de atendimento privadas disponíveis do CAISM.

3.3. Processamento e análise dos dados

Os dados das entrevistas foram transcritos, conferidos e tratados pela técnica de análise qualitativa. Este tipo de análise busca integrar os temas e conceitos dentro de categorias que oferecem uma acurada e detalhada interpretação da área de pesquisa (60). Após a leitura das entrevistas foram identificadas as unidades de significado nas falas dos participantes e definidas as categorias de análise, construídas com base em temas pré-estabelecidos do referencial teórico e temas relevantes.

O conceito de *preocupação materna primária* possibilitou a análise dos sinais do desenvolvimento da relação mãe-bebê no ambiente de UCIN, de acordo com o relato das mães e dos profissionais de saúde, e também para a compreensão do significado da internação do bebê para estas mães. O conceito sobre o processo de *holding* foi utilizado para a análise da percepção das mulheres e profissionais de saúde sobre o suporte necessário às mães para o desenvolvimento da relação mãe-filho. A análise foi realizada por duas pesquisadoras, ambas psicólogas clínicas com conhecimento da teoria de Winnicott.

3.3.1 Processo de validação

Os roteiros de entrevista passaram pelo processo de aculturação antes de iniciar a coleta de dados. A aculturação pressupõe um contato com os costumes e valores do campo a ser investigado (61), cuja finalidade é habilitar o pesquisador a conhecer o espaço onde será realizada a pesquisa, a rotina de trabalho, hábitos, linguagem e a problemática vivenciada por esta população (55). Esse processo foi realizado através de visitas da pesquisadora à UCIN, conversas informais com a população dessa unidade e entrevistas livres com mulheres e profissionais de saúde que atenderam aos mesmos critérios definidos na seleção de sujeitos.

O processo de aculturação foi fundamental para possibilitar uma boa aceitação da pesquisadora no campo de investigação e a abordagem dos participantes do estudo, principalmente para esse ambiente de trabalho tão delicado de cuidados a bebês recém-nascidos. O período de ambientação permitiu o conhecimento sobre a rotina operacional do serviço, a população atendida e as relações que se estabeleciam nesse ambiente. Essa experiência de campo se mostrou importante também para facilitar a aproximação da pesquisadora com as mães dos bebês internados. Antes de realizar a entrevista a pesquisadora conversava informalmente com as mães e possibilitava que elas escolhessem data e hora para serem entrevistadas, com intuito de não atrapalhar sua visita ao bebê internado.

A aculturação favoreceu não só a coleta de dados como também uma maior compreensão sobre a realidade do ambiente de UCIN e observação de aspectos relevantes para serem analisados na pesquisa. Através dessa observação e conversa com as mães foi possível, por exemplo, verificar que havia diferença significativa no relacionamento mãe-bebê entre as mães que não podiam ainda segurar seus filhos e aquelas que já o faziam, o que fez com que a possibilidade de segurar o bebê entrasse como critério de inclusão do estudo.

3.4. Aspectos éticos

Este projeto seguiu as normas preconizadas pela Declaração de Helsinque (62) e Resolução nº 196/96 (63), que dispõe sobre as condições de pesquisa envolvendo seres humanos, e o Código de Ética do Psicólogo (64).

No primeiro contato com cada participante a pesquisadora responsável esclareceu os objetivos, justificativa, procedimentos do estudo e garantia de sigilo. A entrevista somente foi iniciada após os participantes terem recebido, lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No processo do trabalho de pesquisa a intimidade de cada participante foi preservada, tanto na coleta e análise como na apresentação destes dados em forma de resultados do estudo, garantindo a não-identificação dos participantes, com identificação numérica e pseudônimos.

Os procedimentos que envolveram esta pesquisa não ofereceram riscos físicos para seus participantes nem para seus familiares. Destaca-se, entretanto, que as entrevistas clínicas não são um processo psicoterapêutico, embora possam provocar mobilizações de ordem psíquica. Por outro lado, as entrevistas podem trazer benefícios psicoterapêuticos pelo próprio contato pesquisador/pesquisado no processo de coleta de dados, uma vez que cria-se um vínculo de confiança interpessoal entre as partes envolvidas.

Os colaboradores da pesquisadora foram informados sobre a importância do sigilo e obedeceram aos mesmos critérios éticos na transcrição de gravação e conservação do material de pesquisa.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, parecer do projeto número 1202/2011.

4. Publicações

Artigo 1 - Desenvolvimento da relação mãe-bebê após gravidez de alto risco no ambiente de cuidados intermediários neonatais

Artigo 2 - Perceptions and actions of healthcare professionals regarding mother-child relationship in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study

Artigo 1

From: "Solange Muglia Wechsler" <suporte.aplicacao@scielo.org>
Sent: Thursday, January 23, 2014 4:11 PM
To: "Maria Yolanda Makuch" <mmakuch@cemicamp.org.br>
Subject: [estpsi] Agradecimento pela Submissão

Maria Yolanda Makuch,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Desenvolvimento da relação mãe-bebê após gravidez de alto risco no ambiente de cuidados intermediários neonatais" para Estudos de Psicologia (Campinas). Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/estpsi/author/submission/129526>

Login: mmakuch

Informamos que todo processo de avaliação dos manuscritos terminará na segunda e última versão.

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Solange Muglia Wechsler
Estudos de Psicologia (Campinas)
<http://submission.scielo.br/index.php/estpsi>

Desenvolvimento da relação mãe-bebê após gravidez de alto risco no ambiente de cuidados intermediários neonatais

Camila Fleury¹, Mary Angela Parpinelli², Maria Yolanda Makuch³

^{1,2,3} Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo.

³ Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de *Campinas* - Cemicamp, Campinas, São Paulo.

Autor para correspondência:

Maria Y. Makuch

Caixa Postal 6181

13084-971 Campinas, SP, Brazil

Telefone: 19-3289-2856

Fax: 19-3289-2440

E-mail: mmakuch@cemicamp.org.br

**Desenvolvimento da relação mãe-bebê após gravidez de alto risco no
ambiente de cuidados intermediários neonatais**

Relação mãe-bebê em UCIN

**Development of the mother-infant relationship after high risk pregnancy in
the environment of neonatal intermediate care**

Mother-infant relationship in NICU

Resumo

A internação do recém-nascido interfere no desenvolvimento da relação mãe-filho e torna importante o suporte da equipe de saúde. **Objetivo:** Analisar a relação mãe-bebê na unidade de cuidados intermediários neonatais e a percepção dessas mães sobre o papel da equipe de saúde para o desenvolvimento dessa relação. **Metodologia:** Utilizando como referencial teórico os conceitos de *preocupação materna primária* e *holding* de Winnicott foi realizado um estudo clínico-qualitativo. Foram entrevistadas 20 mulheres após gravidez de alto risco, cujos recém-nascidos foram internados. Foi realizada análise de conteúdo. **Resultados:** Apesar das dificuldades todas as mães mostraram sinais do desenvolvimento da *preocupação materna primária*. Perceberam o apoio - *holding* - dos profissionais de saúde como importante para aproximação mãe-filho no ambiente hospitalar porém também sentiram interferência. **Conclusão:** O apoio da equipe de saúde contribuiu para o desenvolvimento da relação mãe-bebê no ambiente da unidade de cuidados intermediários neonatais.

Palavras-chave: Relações mãe-criança; profissionais da saúde; pesquisa qualitativa.

Abstract

Hospitalization of a newborn interferes with the development of mother-infant relationship and evidences the importance of support of the health professionals. **Objective:** To analyze the development of the mother-infant relationship in the neonatal intermediate care unit environment and their perception regarding the role of healthcare professionals for the development of this relationship. **Methodology:** based on the theoretical concepts of *primary maternal preoccupation* and *holding* defined by Winnicott a qualitative study was conducted. Twenty women diagnosed with high risk pregnancy whose newborn were hospitalized were interviewed and thematic analysis was performed. **Results:** Although they referred to difficulties all the mothers developed signs of *maternal primary preoccupation*. *Holding* provided by health professionals, encouraged mother-baby closeness, however there were also interferences within the hospital environment for the development of mother-child relationship. **Conclusion:** Support from the health professionals contributed to the development of the mother-child relationship within neonatal intermediate care unit environment.

Keywords: Mother child relations; health professionals; qualitative research.

Introdução

Toda gravidez, mesmo que esteja transcorrendo sem problemas, pode se tornar de risco a qualquer momento, havendo diferentes fatores que geram esse risco, como é o caso das doenças obstétricas (Brasil, 2012). Entre estas doenças, destaca-se, pelo impacto negativo sobre a saúde materna e perinatal, as síndromes hipertensivas (Vest & Cho, 2012) e a diabetes gestacional (Syed, Javed, Yaakoob, & Bhutta, 2011).

O diagnóstico de risco na gravidez geralmente envolve repentinas mudanças nas condições maternas e fetais, trazendo temor às mães frente a possibilidade de acontecer algo ao bebê (Araújo, Pessoa, Damasceno, & Zanetti, 2013). Este medo torna-se realidade quando o recém-nascido necessita ser internado, fazendo com que a expectativa materna de um filho saudável dê lugar à incerteza e culpa pela situação do bebê (Nolan, McCrone, & Chertok, 2011). A internação faz com que a relação mãe-bebê se desenvolva fora do ambiente privado e familiar, e a mãe necessita compartilhar os cuidados ao filho com a equipe de saúde, o que pode dificultar o desenvolvimento do seu papel materno (Carmona, Coca, do Vale, & Abrão, 2012; Oliveira, Veronez, Higarashi, & Corrêa, 2013). Os profissionais de saúde tem um papel importante na medida em que podem facilitar a relação mãe-bebê auxiliando as mães no ambiente de internação (Merighi, Jesus, Santin, & Oliveira, 2011).

Entretanto, a equipe de saúde apresenta dificuldade para se relacionar com as mães (Fegran & Helseth, 2009) e auxiliá-las em seu contato com o bebê no ambiente de internação (Frello, 2012). Os profissionais prestam um suporte

instrumental e informativo, que embora seja fundamental para a recuperação do bebê, nem sempre foca os desejos e necessidades das mães (Montirosso et al., 2012; Frank & Axelin, 2013).

Sabe-se que mulheres diagnosticadas com gravidez de risco em uma situação onde os bebês nasceram saudáveis e receberam alta junto com elas, conseguiram desenvolver uma boa relação com o filho. Este estudo utilizou como marco de referencial teórico o conceito de *preocupação materna primária*, desenvolvido por Donald D. Winnicott, para analisar o desenvolvimento da relação inicial da mãe com o filho (Fleury, Parpinelli, & Makuch, 2010). Entretanto esse relacionamento pode seguir um caminho diferente quando o recém-nascido necessita de internação e é separado de sua mãe. O presente estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento da relação mãe-bebê de mulheres que tiveram uma gravidez de risco, cujos recém-nascidos foram internados em uma unidade de cuidados intermediários neonatais (UCIN) e a percepção dessas mães sobre apoio da equipe de saúde para o desenvolvimento dessa relação.

Método

Referencial Teórico

Os conceitos de *preocupação materna primária* e *holding*, utilizados como referencial teórico nortearam a construção da pesquisa, a elaboração do roteiro, a análise e interpretação dos resultados. Para a compreensão da relação mãe-bebê estabelecida em um ambiente de UCIN foi utilizado o

conceito de *preocupação materna primária*, uma condição psicológica especial que a mulher desenvolve ao final da gestação permanecendo até as primeiras semanas após o nascimento. Essa condição materna possibilita uma adaptação sensível e delicada da mãe às necessidades do bebê (Winnicott, 1958/1992b). A mulher desenvolve uma identificação gradativa que lhe permite saber como seu bebê se sente e o que precisa em cada momento, tendo a empatia como aspecto essencial de seus cuidados (Winnicott, 1979/1990).

Essa orientação especial da mãe para com seu bebê depende também do ambiente que a cerca, a mulher após o parto necessita de uma rede de apoio para auxiliá-la com as demais preocupações para que possa se dedicar ao bebê (Winnicott, 1987). Foi utilizado o conceito de *holding* para a análise da percepção das mães sobre o ambiente de apoio em uma UCIN. O conceito de *holding* se origina no termo “to hold”, no sentido de segurar ou dar sustentação. O autor fez uso deste termo inicialmente para definir a sustentação física e psicológica exercida pela mãe, essencial ao bebê ao longo de seu desenvolvimento (Winnicott, 1989). Posteriormente esse conceito foi utilizado para caracterizar o trabalho dos profissionais de saúde. Segundo Winnicott (1987) estes profissionais executam um trabalho baseado em atitudes que podem ser comparadas ao cuidado amoroso do manejo da mãe com seu bebê, com atenção, compreensão humana e amor. O holding seria a construção de uma atitude pessoal sensível do profissional em relação às necessidades do paciente, envolvendo a capacidade para fornecer um ambiente adaptado voltado ao que a pessoa precisa em dada situação (Winnicott, 1958/1992a).

Procedimentos

Foi desenvolvido um estudo clínico-qualitativo, escolhido por ser uma particularização dos métodos qualitativos voltada ao setting de saúde. Essa proposta metodológica busca compreender as relações de sentido e significado dos fenômenos humanos referidos ao campo saúde-doença. O pesquisador ouve o sujeito da pesquisa valorizando suas vivências e privilegiando a escuta de sua fala com suas riquezas de expressões. Esse método faz uso de elementos psicanalíticos como ferramenta para construção da pesquisa e análise dos resultados (Turato, 2003).

O estudo foi realizado em um hospital público universitário do município de Campinas, São Paulo, referência para o atendimento de mulheres com gestação de alto-risco e para procedimentos de alta complexidade no atendimento a recém-nascidos. Teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

As participantes foram selecionadas de acordo com os critérios de amostragem proposital (Patton, 2002; Turato, 2003). A seleção foi realizada através da análise da condição médica da mãe e do bebê registrados em prontuário médico, seguindo os critérios de inclusão: (1) diagnóstico de síndrome hipertensiva da gestação (hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, síndrome de HELLP) ou diabetes gestacional; (2) sem outras doenças gestacionais; (3) maiores de 18 anos de idade; (4) cujos bebês necessitaram de internação na UCIN logo após o parto (5) bebês que nasceram sem má formação e que já pudessem ser segurados pela mãe (6) cuja

internação no momento da entrevista era de um período mínimo de 5 dias e não superior a 20 dias.

Durante visita ao bebê internado as mães foram abordadas e convidadas a participar da pesquisa. Após assinatura do TCLE foi preenchida uma ficha de caracterização com dados sociodemográficos obtidos das participantes e dados clínicos obtidos dos prontuários médicos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas utilizando um roteiro baseado nos conceitos do referencial teórico adotado (Tabela 1). A questão disparadora do roteiro foi: “Fale-me sobre a experiência de ser mãe deste bebê, como estão sendo estes primeiros dias de relacionamento com ele?”. As entrevistas foram conduzidas entre julho de 2012 e outubro de 2013 por uma das autoras, psicóloga clínica (C.F.), em salas privadas e todas foram gravadas. Foi utilizado o critério de saturação de informação para interromper a seleção de novos casos (Strauss, 1990). Após 15 entrevistas foi observada uma repetição de conteúdo sobre as questões propostas, sendo realizadas ainda mais 5 para confirmação da saturação.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas verbalmente e conferidas em uma segunda escuta. Foi realizada uma análise de conteúdo temática que integra os temas e conceitos em categorias (Rubin & Rubin, 1995). Três categorias de análise foram definidas, com base em temas pré-estabelecidos do referencial teórico e temas emergentes, construídas de modo a explicar o desenvolvimento da relação mãe-bebê em um ambiente de UCIN (Fig.1). A análise foi realizada pela primeira autora (CF) e conferida pela terceira autora (MYM).

Resultados

As 20 mulheres entrevistadas tinham idade entre 19 e 41 anos, a maioria com ensino médio completo (11 anos de escolaridade) cujos bebês estavam internados em média a 11 dias na UCIN no momento da entrevista (Tabela 2).

O significado da internação do bebê

De acordo com as mulheres, o diagnóstico inesperado da doença gestacional deixou-as mais sensíveis, ansiosas, tristes e preocupadas com a possibilidade de que sua doença pudesse afetar o bebê. A necessidade de internação do recém-nascido concretizou essa preocupação. Embora tivessem seguido as prescrições médicas após o diagnóstico da doença, a maioria das mulheres acreditava que a internação do bebê se devia a algo que fizeram ou deixaram de fazer durante a gravidez ou a sua incapacidade para gerar uma criança saudável.

“...eu fiquei muito abalada né, porque às vezes a gente pensa que é porque deixou de fazer alguma coisa ou...que você não foi...o suficiente pro seu nenê desenvolver, ele mamar e você trazer ele junto pra casa. Eu me senti desse jeito... não ser capaz de ter uma gestação certinha...” (37 anos, bebê internado a 8 dias)

Todas as mães relataram o sofrimento vivenciado ao se separar do bebê logo após o nascimento. Para elas o momento mais difícil foi voltar para casa sem a criança. Referiram sentimento de impotência e tristeza, e muitas relataram que

ficar sem o filho era como se ele ainda não tivesse nascido ou como se faltasse uma parte delas mesmas. A preocupação com o bebê que estava longe fazia com que muitas mães não conseguissem dormir ou se alimentar bem, ansiosas pelo momento de voltar ao hospital para vê-lo.

“...em casa eu fico pensando nela...eu sinto como se ela estivesse na minha barriga...Porque nossa, é um falta muito grande...é o meu pedacinho né, está faltando, tive mas não está comigo...É ruim, é muito ruim.” (21 anos, bebê internado a 7 dias)

Todas se referiram ao impacto das primeiras visitas ao filho, quando sentiam angústia, medo e vontade de chorar. Relataram dificuldade de acreditar quando os profissionais diziam que o bebê estava bem, pois para elas na incubadora o filho estaria desprotegido, necessitando da mãe. Elas só conseguiam se tranquilizar quando podiam segurar o filho nos braços e senti-lo.

“É uma sensação de agonia...por mais que todo mundo fale que ele está bem...a sensação que dá é que ele está...desprotegido, mesmo dentro daquela caixa...parece que ele não está protegido, só estará se você pegar ele e sentir ele.” (20 anos, bebê internado a 18 dias)

De acordo com as mães entrevistadas, o choque das primeiras visitas também se devia ao estranhamento do ambiente de internação. Elas não compreendiam como funcionavam os aparelhos que monitoravam a criança, os procedimentos

realizados e o que poderiam ou não fazer com seu bebê. As mães cujos bebês estavam internados há mais tempo relataram que foi ficando mais fácil lidar com a situação, pois conheciam melhor a rotina do hospital e os profissionais de saúde. Isso as deixava com mais segurança para conversar e tirar dúvidas. Com o tempo também passaram a ter mais confiança na recuperação do seu bebê, pois conseguiam ver uma melhora progressiva.

“...eu já vou aprendendo a cuidar dela...porque até então eu não sabia como que era...uma semi-UTI, uma incubadora...No começo é tudo mais difícil, eu não sabia como conversar com as enfermeiras...se podia relar ou não no bebê. Aí na medida que passou foi ficando mais fácil pra mim, até porque ela vai melhorando, cada dia mais...” (23 anos, bebê internado a 18 dias)

Sinais da preocupação materna primária

No relato das mulheres sobre a gestação pode-se identificar manifestações e sinais de aproximação afetiva com o bebê. Elas falaram que mantinham conversas com seus bebês durante a gravidez acreditando que isso era importante para o vínculo com ele. Após o parto, de acordo com a maioria das entrevistadas, essa comunicação possibilitou que o bebê a reconhecesse e pudesse se tranquilizar ao ouvir sua voz.

“Eu conversava bastante, por isso que eu acho que ele fica calmo quando me ouve né, eu conversava com ele bastante dentro da barriga, ele respondia mexendo...era muito bom.” (34 anos, bebê internado a 5 dias)

De acordo com as mães após o nascimento o laço afetivo com o bebê se fortaleceu. Elas foram desenvolvendo habilidades para compreender os jeitos e formas que ele tinha de se expressar, conseguindo observar e reconhecer as necessidades do filho. Conversavam com os bebês, explicavam a razão de estarem internados e o amor que tinham por eles, acreditando que isso fazia a criança se sentir mais segura e menos só.

“Você começa a mexer e ela chora, troca a fralda assim e ela já começa a reclamar...ela quer ficar quieta, não quer que você fique mexendo...eu ponho perto de mim, acho que ela sente o calor né e ela já fica mais calma...” (37 anos, bebê internado a 8 dias)

“...converso bastante com a nenê...falo que eu estou com ela, o porquê dela tá ali, que eu a amo...fico passando a mão, eu acho que tudo isso ela sente, saber que eu estou ali, que ela não está sozinha, acalma ela...”
(20 anos, bebê internado a 16 dias)

As entrevistadas relataram o desejo de fazer mais coisas pelo filho, como pegar no colo, aconchegar e assumir os cuidados. Enquanto isso não era possível elas sentiam como se não estivessem exercendo o papel de mãe, de proteger e atender ao que ele precisava. Também se referiram à preocupação constante com os cuidados que o filho receberia da equipe em sua ausência. Isso fazia com que observassem a atitude de cada profissional para averiguar como eles atendiam os bebês.

“...agora eu já tô cuidando...alimentando, trocando, dei banho, então você se sente mais mãe né...enquanto você não pode fazer nada e ele fica lá quietinho...é complicado...você não tá cuidando, protegendo, então você sente como se não fosse mãe ainda.” (22 anos, bebê internado a 19 dias)

“..como elas são, o jeito que cada uma cuida, quando estão ali ou não, eu sou muito de perceber, se eu chego e meu bebê tá gritando, chorando, se alguma coisa tá incomodando, como ele ficou.” (33 anos, bebê internado a 7 dias)

Todas as mães se referiram a dedicação quase exclusiva para os bebês, deixando de lado a família e as questões pessoais para permanecer com eles o maior tempo possível. Mesmo na recuperação pós parto elas colocavam as necessidades do bebê como prioridade, relatando que percorriam longas distâncias para estar com ele, sem nem sequer perceber o seu próprio mal estar. As mães se referiram também ao empenho e prazer em cuidar do bebê, seguindo uma intensa rotina de aleitamento e procurando se manter forte e estável, pois acreditavam que isso era percebido pela criança.

“...pra falar a verdade eu nem senti nada... vinha em todas as mamadas, nem tive tempo de sentir dor da cesárea. Tô pensando mais nela...é muito bom cuidar dela...eu vou viver pra cuidar da minha filha até ela fica mais fortinha...” (27 anos, bebê internado a 7 dias)

“...agora penso que eu preciso ficar firme por causa dela...emocionalmente, porque eles sentem na verdade como que a gente está né...” (37 anos, bebê internado a 7 dias)

Percepção do holding da equipe de saúde

De acordo com todas as entrevistadas o ambiente da UCIN não possibilitava que desempenhassem o papel materno como desejavam. Para algumas isso ocorria devido à situação de internação da criança, para outras por sua própria insegurança para lidar com o bebê. Por sua vez algumas acreditavam que essa dificuldade se devia à postura de alguns profissionais de saúde que, segundo elas, “*vigiavam*” suas atitudes e impunham restrição ao seu contato com o bebê, principalmente para não atrapalhar a rotina da UCIN.

“Teve uma vez que eu cheguei e a moça falou que não era para eu colocar a mão nela... que ela tinha acabado de dormir...Ai eu nem coloquei a mão e parecia que ela estava de olho assim em mim, com medo da menina acordar, para não ter que cuidar, sei lá...” (22 anos, bebê internado a 19 dias)

Algumas mães relataram que tinham receio de expor suas dúvidas, pois observavam que alguns profissionais de enfermagem criticavam o questionamento excessivo das mães sobre o que podiam ou não fazer e sobre o estado de saúde da criança.

“... tem umas pessoas que... parece que não gostam de falar...eu ouvi a enfermeira falar que a mãe pergunta demais. Assim, quer saber se a nenê fez coco, que hora...quantas vezes ela chorou por dia. Aí eu fico meio com medo de perguntar, entendeu? (20 anos, bebê internado a 16 dias)

As maiorias das mães cujos bebês já estavam no berço, não necessitando mais de incubadora, relataram sentir segurança para cuidar dele. Entretanto, se referiram a uma falta de liberdade para segurar ao seu modo, ficar com ele ou atender às suas necessidades quando sentiam vontade de fazê-lo. Algumas dessas mães relataram incômodo com as regras colocadas pela enfermagem para os cuidados com o bebê, principalmente quando os profissionais refaziam os cuidados prestados por elas.

“...tem outras que...deixam você fazer e depois ela vai e faz de novo...parece tipo assim, que você foi incapaz ou que você não sabe fazer, você não sabe cuidar, isso é chato...” (29 anos, bebê internado a 7 dias)

Por outro lado, a maioria das mães cujos bebês ainda estavam na incubadora, inicialmente expressou insegurança para cuidar e via a aproximação da equipe como um auxílio, acreditando que os profissionais estariam mais capacitados para atender uma criança naquelas condições. A insegurança para lidar com o bebê prematuro foi relatada tanto por mulheres que nunca haviam cuidado de crianças como por aquelas que já tinham outros filhos, que tinham receio de

não saber o modo correto de manipular ou alimentar uma criança tão pequena e de aparência frágil.

“... eu tive essa sensação, nossa como eu vou cuidar dele desse tamanhinho, todo fragilzinho...você vê tantos cuidados que eles têm aqui...fiquei ansiosa... tive mais segurança porque era uma pessoa que sabe fazer me ensinando como realmente se faz certo...”

(23 anos, bebê internado a 14 dias)

De acordo com a maioria das mães muitos profissionais de saúde tiveram atitudes de apoio, sendo atenciosos com suas necessidades, dando importância ao que elas diziam, conversando e as animando. Esse apoio dava forças para enfrentarem as dificuldades e auxiliava sua permanência junto ao filho na UCIN.

“...tudo que eu falava foi sempre escutado, analisado...eles são muito atenciosos...alguns profissionais acabam te dando um carinho...uma força assim, com palavras...Tem dias que a gente não sabe nem pra onde vai, nem pra onde vem, mas depende da pessoa que tá ali ela já, nossa, te dá um ânimo.” (33 anos, bebê internado a 7 dias)

Outra atitude de apoio referida pelas entrevistadas foi o incentivo que recebiam de muitos profissionais para se aproximarem do bebê, segurar, amamentar e cuidar. De acordo com as mães, os profissionais ofereciam ajuda quando percebiam que elas tinham algum receio. Eles prestavam os cuidados junto

com elas e explicavam como agir. Essa atitude da equipe fazia com que as mães se sentissem mais seguras para lidar com o bebê.

“...elas vem e falam, você quer trocar?...se eu tô fazendo você consegue fazer também...isso que eles falam pra gente ajuda sabe, te dá segurança. Porque...se você tem medo de fazer eles tão ali do lado...conversam, explicam, mostram antes de fazer como que faz.”

(41 anos, bebê internado a 15 dias)

As mães relataram que procuravam tirar suas dúvidas mais com a equipe de enfermagem, pois tinham um contato diário e uma relação de proximidade maior com as enfermeiras e técnicos do que com os médicos. Algumas disseram que não costumavam fazer perguntas aos médicos para não ocupar o tempo deles, pois o caso de seu bebê não era tão grave comparado aos demais.

“...as enfermeiras tão sempre ali né...cuidando...e aí a gente pergunta mais pra elas pra não ficar assim ocupando o tempo do médico por coisa boba...eu não gosto de atrapalhar...tem casos que eu já vi mais graves ali, que precisa mais de um médico responder...” (23 anos, bebê internado a 14 dias)

Havia um sentimento de gratidão, de acordo com as entrevistadas, pelo cuidado que a equipe de saúde tinha com seu filho. Com o passar do tempo, relataram perceber que a maioria dos profissionais atendia os bebês com carinho,

conversando e brincando com eles, fazendo com que elas confiassem no trabalho da equipe e ficassem mais tranquilas.

“...quando o bebê tá chorando ela vai lá, faz um carinho, vê o que tá acontecendo, faz ele ficar calminho...e a criança acaba sentindo...não é pela profissão, é pelo amor, pela dedicação do que faz, entendeu? Tem pessoas que quando estão lá você percebe que os bebês nem choram, é uma paz...e eu vou pra casa mais tranquila.” (26 anos, bebê internado a 15 dias)

Discussão

O presente estudo mostrou que mulheres que tiveram uma gravidez de risco cujos bebês necessitaram internação em UCIN, embora tenham sentido dificuldades mostraram sinais do desenvolvimento da *preocupação materna primária* e sentiram o apoio – *holding* - da equipe de saúde para o desenvolvimento dessa relação.

A partir do conceito de *preocupação materna primária* (Winnicott, 1987; 1989; 1958/1992b) foi possível organizar as vivências das mães entrevistadas e reconhecer os sinais desse estado psicológico. Para Winnicott, a mãe desenvolve nos últimos meses de gestação uma sensibilidade especial que a prepara para se relacionar com o bebê. O nascimento e as primeiras semanas que o seguem darão continuidade a esse conhecimento mútuo, possibilitando que a mãe se adapte às necessidades do bebê e realize ações necessárias que tornem possível o progresso de seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 1958/1992a).

A internação do bebê logo após o nascimento dificulta o contato mãe-filho, interrompendo o vínculo e o processo de interação já iniciado entre ambos durante a gestação. As mães de nosso estudo sentiam essa ruptura no vínculo, e apresentaram dificuldades iniciais para elaborar a separação e interagir com o filho. Resultados semelhantes foram discutidos em outro estudo que descreveu que a internação do recém-nascido suspende a continuidade do processo de “gestação psíquica” do bebê, que estava sendo vivenciada pela mulher, o que dificulta a capacidade de elaboração de sua identidade enquanto mãe (Roseinzvaig, 2010).

As mulheres ansiavam pelo momento de se aproximar, segurar e sentir seu bebê, pois acreditavam que longe delas a criança estaria desprotegida. Na medida em que conviviam com o filho elas foram mostrando habilidades para interpretar o modo que ele tinha de expressar suas necessidades, dedicando-se em atendê-las de forma amorosa. Através dessas atitudes as entrevistadas sinalizaram seu estado de *preocupação materna primária* com um desejo de aproximar-se, compreender e atender de maneira sensível, adequada e empática às necessidades do bebê (Winnicott, 1987).

Entretanto, as mães do nosso estudo sentiram algumas dificuldades para se relacionar com o filho, descrevendo angústias e preocupações referentes à situação de internação, além de incômodo com as restrições para o contato com ele quando já eram capazes de prestar os cuidados. Winnicott (1958/1992a) ressalta que a mãe realiza seu trabalho simplesmente sendo devotada, necessitando de liberdade para entender-se com o bebê à sua

própria maneira, sendo importante que a equipe de saúde deixe ela agir a seu modo. Essa liberdade é o que propicia espaço para que ela se entregue a uma vivência simbiótica com o bebê e possa desenvolver seu estado de *preocupação materna primária*. Quando isso é dificultado de alguma maneira, ocorrem vivências de desamparo e desencontro para ambos (Sanchez, Peter, & Arida, 2005).

O sentimento de falta de liberdade para segurar o bebê ou atender às suas necessidades fez com que as entrevistadas sentissem como se não estivessem podendo exercer seu papel de mãe. Percepções semelhantes foram descritas em outros estudos que afirmaram que diante da impossibilidade de cuidar da criança internada as mães consideravam que não estavam sendo importantes e necessárias para o próprio filho, perdendo assim a confiança em sua capacidade para cuidar (Carmona et al., 2012; Oliveira et al., 2013). As mães de bebês prematuros expressaram uma maior insegurança para cuidar do filho, fator também apontado em outro estudo que cita o mal-estar e dificuldade de contato físico das mães com o prematuro devido à sua aparência frágil (Perrone & Oliveira, 2011).

Por outro lado, o apoio exercido pela equipe de saúde tem sido destacado como fundamental para auxiliar e favorecer esse encontro entre a mãe e o bebê internado, tão necessário nesse momento do desenvolvimento da criança (Montirosso et al., 2011; Kantrowitz-Gordon, 2013). Entretanto, estes estudos questionam quais ações da equipe de saúde poderiam ajudar as mães, visto que geralmente o apoio informativo dado pelos profissionais não supre as

necessidades de suporte emocional. Os profissionais muitas vezes se sentem angustiados, pois percebem as necessidades de apoio das mães mas sentem que não estão preparados para atendê-las (Frello, 2012).

O apoio da equipe de saúde no nosso estudo foi analisado utilizando o conceito de *holding*, que facilitou a identificação das atitudes dos profissionais que construíam um ambiente de cuidados propício ao desenvolvimento da relação mãe-bebê. No início as mães relataram que se sentiam desconfiadas e preocupadas se os profissionais conseguiriam ou não atender às necessidades físicas e afetivas do bebê. Com o passar dos dias elas observavam o modo carinhoso e atencioso dos médicos e da equipe de enfermagem com seu filho, fazendo com que confiassem no trabalho dos profissionais.

Nos momentos em que apresentavam dificuldade ou insegurança para se relacionar com o bebê as mães relataram que contavam com o apoio da equipe de saúde, que auxiliava-as na prestação de cuidados ao filho, incentivando sua participação. Isso contribuiu para deixá-las mais tranquilas e seguras para cuidar do bebê e para sua permanência no ambiente de internação, pois elas sentiam que eram ouvidas em suas necessidades. O encorajamento da equipe para que os pais participem dos cuidados ao bebê foi abordado também em outro estudo, que apontou que estas ações fazem com que eles se sintam mais confiantes e envolvidos nos cuidados ao filho (Skene et al., 2012)

Essa atitude de incentivar, permitir e facilitar que a mãe assuma os cuidados do seu bebê é descrito por Winnicott como atitude de *holding*. O autor

ressalta a importância de um acolhimento adequado da equipe para possibilitar que a mulher exerça sua função materna no ambiente hospitalar, incentivando e deixando a cargo dela aquilo que ela é capaz de fazer sozinha, evitando assim interferências desnecessárias nos processos naturais da relação mãe-bebê (Winnicott, 1987).

A demanda gerada pela hospitalização do bebê também promove uma alteração na rotina dos familiares das mães, gerando sobrecarga e prejudicando o auxílio que dariam às mães (Oliveira et al., 2013). O ambiente de *holding* propiciado pelos profissionais de saúde irá constituir assim mais do que um auxílio individual à estas mães. Os profissionais poderão exercer o papel de rede de apoio, essencial para as mulheres no pós-parto, proporcionando segurança, suporte e minimizando as preocupações da mulher para ela possa se dedicar ao bebê (Winnicott, 1987; 2001). A equipe de saúde pode propiciar, desse modo, um espaço potencial entre mãe e filho que possibilite que esse encontro ocorra e que permita a continuidade da existência do vínculo entre ambos para um desenvolvimento psíquico saudável da criança.

Considerações Finais

O papel de apoio desempenhado pela equipe de saúde contribuiu para que as mulheres se sentissem mais tranquilas no ambiente de internação e seguras no contato e cuidado da criança, diminuindo seu sentimento de desamparo e auxiliando no desenvolvimento de uma boa relação mãe-bebê.

Essa pesquisa teve como limitação ter sido desenvolvida em uma UCIN de um hospital com características de humanização ao atendimento à mulher e

seu bebê. Entretanto, pode contribuir para esclarecer e refletir sobre aspectos referentes às vivências e percepções de mães de bebês internados sobre as atitudes dos profissionais de saúde, apontando caminhos que possibilitem intervenções para identificar e fortalecer o ambiente de holding em UCINs. A experiência da utilização do referencial de Winnicott também pode auxiliar futuras pesquisas a usarem estes conceitos psicanalíticos como instrumento para investigação e análise.

Agradecimentos

Os autores prestam seus agradecimentos às mulheres que participaram do estudo, à FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), número 2011/23732-11, e à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo financiamento parcial da pesquisa.

Referências

Araújo, M.F.M., Pessoa, S.M.F., Damasceno, M.M.C., & Zanetti, M.L. (2013). Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (2), 222-227.

Brasil: Ministério da Saúde. (2012). *Gestação de alto risco- Manual Técnico*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde.

Carmona, E.V., Coca, K.P., do Vale, I.N., & Abrão A.C.F.V. (2012). Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, 46 (2), 505-512.

Conz, C.A., Merighi, M.A.B., & Jesus, M.C.P. (2009). Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit: a challenge for nurses. *Rev Esc Enferm USP*, 43, 849-855.

Fegran, L., & Helseth, S. (2009). The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. *Scand J Caring Sci*, 23, 667–673.

Fleury, C., Parpinelli, M.A., & Makuch, M.Y. (2010) Development of the mother-child relationship following pre-eclampsia. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (3), 297-306.

Franck, L.S., & Axelin, A. (2013) Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support. *Acta Pædiatr*, 102, 590-596.

Frello A.T., Carraro T.E. (2012) Nursing and the relationship with the mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm*, 65: 514-521.

Kantrowitz-Gordon, I. (2013) Expanded care for women and families after preterm birth. *J Midwifery Womens Health*, 58,158–166.

Merighi, M.A.B., Jesus, M.C.P., Santin, K.R., & Oliveira, D.M. (2011): Caring for newborns in the presence of their parents: the experience of nurses in the neonatal intensive care unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 19 (1), 398-404.

Montirosso, R., Provenzi, L., Calciolari, G., & Borgatti, R. (2012); NEO-ACQUA Study Group: Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatr*, 101, 136-142.

Nolan, J.A., McCrone S., & Chertok I.R. (2011). The maternal experience of having diabetes in pregnancy. *J Am Acad Nurse Pract*, 23 (11), 611-618.

Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I.H., & Corrêa, D.A.M (2013). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. *Esc Anna Nery*, 17 (1), 46-53.

Patton, M.C. (2002). Qualitative designs and data collection. In *Qualitative Research and Evaluation Methods* (pp. 143-98). (3ª edição). Ed. California: Thousand Oaks

Perrone, R. A. P., & Oliveira, V. B. (2011). Controle da ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 28 (2), 269-277.

Rubin, H.J., & Rubin, I.S. (1995). What did you hear? Data Analysis. In Rubin, H.J., & Rubin, I.S. *Qualitative interviewing: the art of hearing data* (pp. 226-56). USA: Sage Publications.

Sanches, R.M., Peter, A.C.A., & Arida, S.G.P. (2005) UTI neonatal como espaço para intervenção profilática. In Sanches, R.M. (Org.). *Winnicott na Clínica e na Instituição* (pp.133-148). São Paulo: Editora Escuta.

Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *JOGNN*, 41 (6), 715–862.

Strauss, A., & Corbain, J. (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. USA: Sage Publications.

Syed, M., Javed, H., Yakoob, M.Y., & Bhutta, Z.A. (2011) Effect of screening and management of diabetes during pregnancy on stillbirths. *BMC Public Health*. 13 (11) Suppl 3:S2.

Turato, E.R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Rio de Janeiro: Vozes.

Vest, A.R., & Cho, L.S. (2012). Hypertension in Pregnancy. *Cardiol Clin*, 30, 407–423.

Winnicott, D.W. (1987). The newborn and his mother In D. W. Winnicott, *Babies and their mothers* (35-51). New York: Reading, Massachusetts.

Winnicott, D.W. (1988). *Human nature*. London: Free Association Books.

Winnicott DW. (1989). *Psycho-analytic explorations*. London: Karnac Books, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Winnicott, D.W. (1990). The maturational process and the facilitating environment- studies in the theory of emotional development. London: Karnac Books. (Original work published 1979).

Winnicott, D.W. (1992a). Pediatrics and psychiatry. In D. W. Winnicott, *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp.157-174). London: Karnac Books. (Original work published 1958).

Winnicott, D.W. (1992b). Primary maternal preoccupation. In D. W. Winnicott, *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp.300-305). London: Karnac Books. (Original work published 1958).

Tabelas e Anexos

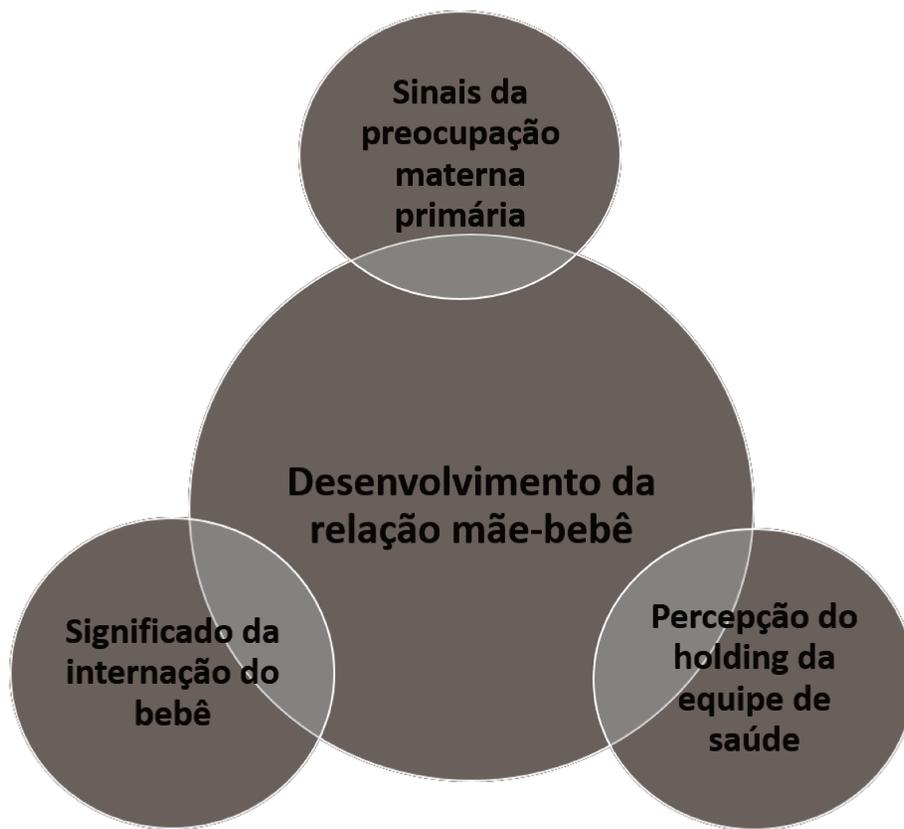
Tabela 1- Tópicos do roteiro de entrevista:

Relacionamento com o bebê	<p>-Fale-me sobre a experiência de ser mãe deste bebê.</p> <p>- Como está sendo pra você este período em que ele está internado?</p> <p>- Como se sente quando está cuidando ou alimentando seu bebê?</p> <p>-Quando está com seu bebê você acha que faz o que gostaria de fazer ou sente que tem algum limite?</p>
Relacionamento com a equipe de saúde	<p>-Fale-me um pouco sobre seu relacionamento com a equipe de saúde que está cuidando de seu bebê.</p> <p>-Você acredita que alguma coisa que esta equipe faz esteja te ajudado a se aproximar ou cuidar do bebê? Como?</p> <p>- Você acredita que alguma coisa que esta equipe faz esteja te atrapalhado na aproximação ou cuidados do bebê? Como?</p>
Significado da gestação e parto	<p>-Vamos falar agora do começo desta história, você lembrado o que sentiu quando soube que estava grávida?</p> <p>- Como foi saber o diagnóstico de sua doença?</p> <p>-Como foi o momento do parto?</p>
Como se percebe/sentimentos	<p>-Conte-me como se sente consigo mesma.</p> <p>-Você já faz planos para o futuro ou não?</p>

Tabela 2- Dados sociodemográficos e obstétricos das entrevistadas

Características	Entrevistadas do estudo (n=20)
Idade das mulheres (anos)	29 (19-41)
Escolaridade (anos)	9,7 (4-12)
Hipertensão gestacional	4
Pré-eclâmpsia	7
Síndrome de Hellp	2
Diabetes Gestacional	7
Idade gestacional no parto (semanas)	34,6 (32-40)
Tempo de internação do bebê no momento da entrevista (dias)	11,95 (5-20)

Figura 1 - Categorias de análise



Artigo 2

Article title: Perceptions and actions of healthcare professionals regarding mother-child relationship in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study

MS ID : 1140415060118685

Authors : Camila Fleury, Mary A Parpinelli and Maria Y Makuch

Journal : BMC Pregnancy and Childbirth

Dear Dr Makuch

Thank you for submitting your article. This acknowledgement and any queries below are for the contact author. This e-mail has also been copied to each author on the paper, as well as the person submitting. Please bear in mind that all queries regarding the paper should be made through the contact author.

A pdf file has been generated from your submitted manuscript and figures. We would be most grateful if you could check this file and let us know if any aspect is missing or incorrect. Any additional files you uploaded will also be sent in their original format for review.

http://www.biomedcentral.com/imedia/1140415060118685_article.pdf (272K)

For your records, please find below link(s) to the correspondence you uploaded with this submission. Please note there may be a short delay in creating this file.

http://www.biomedcentral.com/imedia/1066696609118685_comment.pdf

If the PDF does not contain the comments which you uploaded, please upload the cover letter again, click "Continue" at the bottom of the page, and then proceed with the manuscript submission again. If the letter will not upload, please send a copy to editorial@biomedcentral.com.

The submitting author can check on the status of the manuscript at any time by logging into 'My BioMed Central' (<http://www.biomedcentral.com/my>).

In the meantime, if you have any queries about the manuscript you may contact us on editorial@biomedcentral.com. We would also welcome feedback about the online submission process.

Best wishes,

The BMC Pregnancy and Childbirth Editorial Team

Tel: +44 (0) 20 3192 2013

e-mail: editorial@biomedcentral.com

Web: <http://www.biomedcentral.com/>

Perceptions and actions of healthcare professionals regarding mother-child relationship in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study

Camila Fleury ¹, Mary A. Parpinelli ², Maria Y. Makuch ³

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil. Email: mifleury@yahoo.com.br

² Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil. E-mail: parpinelli@caism.unicamp.br

³ Campinas Center for Research in Reproductive Health (CEMICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil. E-mail: mmakuch@cemicamp.org.br

Corresponding author:

Maria Y. Makuch

Caixa Postal 6181

13084-971 Campinas, SP, Brazil

Telephone: +55-19-3289-2856

Fax: +55-19-3289-2440

E-mail: mmakuch@cemicamp.org.br

Abstract

Background: Mother-child interaction after delivery may be hampered when the newborn baby is hospitalized. To understand perceptions and actions of healthcare professionals (HCPs) working in an intermediate neonatal intensive care unit (NICU) regarding the needs mothers of hospitalized babies have to develop the mother-child relationship, the psychoanalytic concept of *holding* defined by Winnicott was used as the theoretical framework. The objective of the study was to investigate the perception and actions of HCPs of a NICU regarding mother-child relationship in the first weeks after delivery and the professionals' support for the development of this relationship within a NICU environment. **Methods:** A qualitative study based on a phenomenological approach was conducted. Twenty HCPs (physicians, medical residents, nurses, and nurse technicians) working at a NICU of a maternity referral hospital in southeastern Brazil were selected by purposeful maximum variation sampling. Semi-structured interviews were conducted, recorded and transcribed verbatim. A thematic frame was organized based on topics relevant to the theoretical concept of *holding* and emerging themes. **Results:** The HCPs understood the needs of the mothers and provided support to help them develop early mother-child relationship. If they observed that the mother had initial inhibitions to approach and interact with her baby, they tried to facilitate this process, since they were aware of the importance of early bonding for the child's well-being and recovery. Physicians helped the mothers by providing clinical information and seeking to answer any questions, whereas the nursing team sought to stimulate different ways of interacting and caring for the babies in the hospital environment, encouraging the mothers to participate. **Conclusion:** HCPs recognized the importance of the mother-child relationship while the baby is in hospital and tried to support and encourage the development of this relationship through attitudes and actions that were considered ways of *holding*.

Keywords: mother-child relationship; *holding*; intermediate care nursery; healthcare team; qualitative study.

Background

After premature childbirth evidence highlights the benefits of early relationship and bonding between a mother and her newborn infant when the baby is still hospitalized. The physical and emotional bonding, essential for the development of a newborn baby, should be encouraged by healthcare professionals (HCPs) working at intensive care units for these babies, taking cultural variations into consideration [1-3].

A premature birth may alter women's expectations with respect to their role as a mother. Women often feel incapable of helping, caring for, holding or protecting their babies, and this interferes with the way how they interact with their newborn and the development of the mother-child relationship [4,5]. The support of HCPs may help these mothers to deal with the difficulties associated with prematurity, and to seek and establish closeness and bonds of attachment with their babies [6-8].

Recent studies showed the importance of the care, support and the relationship established between nurses, the newborn infant and the parents in the environment of neonatal care units [7,9,10]. A good relationship between the parents and the nursing staff is fundamental to enable parents to remain close to their babies during the time they are hospitalized [11,12]. Despite recognition of the importance of the parents' proximity for the infant's recovery, HCPs working at these units report that interaction with the family of the hospitalized child is

one of the difficult aspects of their work [13]. Furthermore, these HCPs were aware of the difficulties involved in taking on the role of facilitators of the development of the early relationship between parents and their infants [14,15]. There were reports that HCPs often provide instrumental support and technical care that, albeit necessary and indeed vital for the babies' recovery, does not focus on the desires and needs of the parents, frequently marginalizing their role during the hospitalization period [5,16,17].

Information on the perspectives of HCPs regarding the support given to mothers of hospitalized babies for the development of the mother-child relationship and on the role they could play to facilitate the development of this relationship in a hospital environment is scarce. The objective of this study was to investigate the perception and actions of HCPs with regard to the mother-infant relationship in the first weeks after birth within the setting of an intermediate neonatal intensive care unit (NICU), the needs of these mothers and the support of the HCPs for the development of this relationship.

Methods

Theoretical framework

The theoretical concept of *holding* defined by Donald Winnicott [18], a pediatrician and psychoanalyst, was the conceptual tool used to evaluate the perceptions and attitudes of the HCPs of an intermediate NICU with respect to the development of the mother-child relationship within this hospital environment and the support they gave for the development of this relationship. The term *holding* originates from the verb "to hold" in the sense of giving support or

establishing favorable conditions for development. Winnicott initially used this concept to define and understand the importance of the physical and psychological support mothers gave to their babies for their initial development.

Later, the author expanded the concept and used it to characterize the work of HCPs whose basic function is to provide care [19]. Within this conception, the attitudes and actions of HCPs when caring for their patients could be considered similar to the care, the understanding, and support a mothers give their babies to create conditions for their development. In the case of HCPs this concept refers to attitudes related to caring, human understanding and love that create a favorable environment for recovery and healing. *Holding*, therefore, refers to the sensitivity of HCPs to the patient's needs, functioning in an adapted social or family environment focused on the needs of an individual in a certain situation [20].

Winnicott emphasized women's need for *holding* in the postpartum period, affirming the importance of adequate communication, good relationship and understanding between the physicians and nursing staff and women in the post partum period. During post partum, women tend to be physically exhausted and psychologically fragile, depending on the healthcare team in many different and everyday circumstances. If they are unable to count on efficient professional support, serious difficulties may interfere with the development of the mother's capacity to bond with her baby [21], principally in the case of mothers who need to develop this relationship within the setting of a neonatal care unit.

Type of study

A qualitative study was conducted with the objective of gaining an in-depth understanding of the perspectives and attitudes of HCPs working in an intermediate NICU on the development of the mother-child relationship within a hospital environment. Using a phenomenological approach, semi-structured interviews were held to collect data to better understand the perspectives, beliefs, actions and responses of these HCPs to this particular health issue, and the support (*holding*) they provided to mothers and babies under their care at an intermediate NICU for the development of the mother-child relationship.

The study was conducted at the intermediate NICU of a tertiary referral hospital for high-risk pregnancy in the southeastern region of Brazil. The hospital is part of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) launched in 1990 by the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) to promote breastfeeding, rooming-in and encouraging mothers to be the baby 24 hours a day [22].

The Ethical Committee approved the study protocol and all participants signed an informed consent form.

Recruitment and sampling

Participants were selected according to purposeful sampling criteria and the strategy was maximum variation sampling [23,24]. Participants were selected according to a common characteristic: HCPs providing care at an intermediate NICU and the variation was in the different roles and functions of the

professional within the healthcare unit. The number of participants was determined following the criterion of data saturation [25].

Twenty HCPs (assistant physicians, third-year medical residents, assistant nurses and nurse technicians) were interviewed. They were provided with information on the study objectives and on the voluntary nature of participation during a routine monthly administrative meeting or through personal contact with one of the investigators. A standardized form was used to obtain sociodemographic characteristics and general data on professional activities.

The interviews were held in private by appointment and lasted approximately one hour, between February and October 2012. All were conducted by one of the investigators (CF), a psychologist, who was not a member of the hospital staff. The interview guide included topics related to the participants' experience working in an intermediate NICU, their perspective on the development of the mother-child relationship and their perception on the support (*holding*) they provided in their interactions with the mothers of the hospitalized babies (Box 1).

Data analysis

Interviews were transcribed verbatim and transcripts checked for accuracy against the recordings [23, 24]. An initial thematic frame was organized, based on topics of the theoretical concept of *holding* and relevant emerging themes regarding the perception and attitudes of the HCPs on the development of the mother-child relationship within the intermediate NICU environment and their role in supporting and encouraging the development of

this relationship. During this initial phase of analysis, while reading through the interviews, compiling the salient topics and the recurring ideas, perceptions, attitudes, and experience of the HCPs were organized in a meaningful way.

The main themes considered relevant in understanding the perceptions and attitudes of the healthcare team identified were: their perception on the development of the mother-child relationship, their concern with the infant's needs, the support needed by the mothers and their role as caregivers in offering support and facilitating the development of this relationship.

Subsequently, these themes were organized into the following categories of analysis: perception of the development of the mother-child relationship; concern with the baby's needs; and the role of the healthcare team in facilitating mother-child closeness (Figure 1). The data were analyzed for thematic content by one investigator (CF) and cross-checked by another (MYM), both are psychologists.

Results

Twenty HCPs working different shifts at the intermediate NICU were interviewed (Table 1). Half the HCPs interviewed had worked at the unit for at least six years. All the physicians worked 24-hour shifts, while the nursing staff was divided between day and nightshift workers. Most of the participants were female, since the staff at intermediate NICU where the study was conducted was predominantly female.

Perception of the development of the mother-child relationship

Physicians and nurses referred to the difficulty mothers of babies cared for in an intermediate NICU had to develop the mother-child relationship within this environment. They observed that for most mothers it was a difficult experience to be separated from their baby immediately after giving birth. At the intermediate NICU they initially seemed insecure and waited for permission from the healthcare team to be close, touch or care for their baby even when they had received authorization to do so. They attributed the mothers' difficulty to the fragile appearance of the premature baby, the limited contact often imposed by the routine of the unit and their lack of participation in the decisions regarding the care given to their baby.

“...there's the mother who at the beginning doesn't even go up to the incubator or the crib, if the baby is in a crib...but it's not because she doesn't like the baby or for any lack of love, it's nothing like that, it's actually fear, insecurity (nurse technician)

According to physicians and nurses, during first contacts with the baby in the intermediate NICU, many women expressed feelings of guilt for having had a baby that was not well and needed hospitalization. They said that these women questioned themselves whether they had done something during pregnancy that could have harmed the baby or if their body was not good enough to gestate a healthy baby.

“So I think that to greater or lesser extent these mothers feel that something was lacking in them, that they are not as good for their baby as other mothers” (physician)

Most of the HCPs, independently of their functions, reported having observed that, when the mothers initiated contact with their babies in the intermediate NICU environment most of them were very concerned with the baby's situation and some frightened to approach them. They felt a great need to touch and hold their baby and when they were able to do so they became calmer. These HCPs also perceived that as time went by and mothers spend more time with their babies, most of them began to identify themselves as the mother of her baby, became more confident with their ability to care for the baby and started to take the initiative to interact with their baby.

“...they gradually feel more at ease, become more participative... You can see how they gain confidence as each day goes by... I think even when they can touch the baby, even if they can't pick it up... just by touching it, they feel in contact with the baby and it calms them... They feel that the baby is real, they touch its hand, they actually allow themselves to believe that the baby is theirs, the child is theirs, not just a baby undergoing treatment...” (physician)

All the participants reported that the majority of the mothers were very affectionate with their newborn infant. They tried to stay as long as possible with their child, even when they were recovering from delivery or when the baby

needed treatment or interventions that limited direct contact. The mothers talked to their babies, caressed them and some sang to them. Some mothers, when unable to be present, maintained telephone contact.

“...most of the time, they try to give as much of themselves as they can to their babies, irrespective of how they themselves are, because many are still recovering from delivery...and a bit unsteady...in pain...sometimes still weak...and they go to a great effort to be present...most of the mothers...are very affectionate, they want to touch their baby...Some even rock the baby in the incubator with their hands, moving it, you know, by rocking its bottom to calm it in the incubator...” (nurse)

Concern with the baby's needs

The majority of the HCPs referred to the importance of contact between the mother and her baby, to the baby's need to be close to the mother and to receive her care. They believed that the feelings, the closeness and the presence of the mother contributed to the baby's well-being and recovery and the production of breast milk. Because of these convictions, whenever they noticed that a mother was not present, they tried to find out why and to identify ways of helping and encouraging her to be present.

“So I think we always expect the mother to bond, to help her develop a good relationship...in this case we were worried...all right, so the father

was doing everything right....but we weren't happy; we wanted the mother to be here, and then she came and we were happy, she was able to take care of her baby and to take it home..." (physician)

"It seems to go round in a circle, right? I visit my baby more often, I pick it up and my bond with it grows, I have more milk, so when the time comes for the baby to feed from my breast, it'll be easier. It seems that ... this relationship develops better and it even contributes to allowing the baby to leave hospital faster" (nurse)

Nurses reported that their priority was the well-being of the babies in the intermediate NICU and that they made efforts to identify any possible problems or discomfort they may have, paying attention to all the details of the care provided. Furthermore, some nurses considered that this focus on the baby's well-being sometimes led them to forget about the mother's needs and to limit possibilities of care, proximity and direct contact of the mother with her baby.

"First the well-being of the baby....Sometimes it's restless because something is wrong; sometimes it's just the way the baby is, you have to know that ... You need to know what is going on, what is going on with the baby ...but you need to see it from the mother's point of view too.

She's tired...because sometimes they tell her that she has to breastfeed, she has to breastfeed...So sometimes we...we are very focused on the baby and demanding things of her..." (nurse)

Most of the interviewed physicians expressed concerns with the mother's ability to care for a premature baby, since these babies behave differently from a full-term infant; they are sleepier and less responsive. They believed that mothers would find it difficult to understand and identify the needs of their premature babies and that they needed to receive professional and specialized guidance.

"They think...that since they are mothers they will know what the baby needs, you know?...that it will be instinctive and she'll know when she's home what she has to do to ensure that the baby is all right...most of the time, with babies born at term, that's fine, but with premature babies it's not. The behavior of premature babies is not like that of the other children ..." (physician)

Some HCPs, particularly the nurse technicians, reported that concern with the needs of the premature baby ended up with them assuming the responsibility for certain tasks that should have been performed by the mothers. They also recognized that sometimes it is difficult for the mother to hold her baby or to perform some tasks of caring that could facilitate the mother child relationship because the HCPs of the NICU believe that those attitudes could hamper the routine care provided to the baby.

“What often happens is that we’ve just finished taking care of the baby, got it all settled down, so we make decisions such as: no, you’re not going to pick the baby up now that it’s sleeping, we need to let a premature baby sleep ... we’re afraid, we have our doubts, it’s a concern of ours... letting this mother take charge of this baby...” (nurse technician)

The role of the healthcare team in mother-child bonding

The majority of the participants reported that, in general, the HCPs tried to help women bond with their child by giving support and encouragement. Many said that good communication with the mothers was important, supported and helped them in the process of bonding with their babies. Gestures and words had to be used with care to ensure that their own knowledge was not imposed upon the mothers, since that would interfere negatively in the bonding process.

“Maybe we do interfere...with what the mother knows, and we want to impose our knowledge on her, right, but I think this has a negative effect, because she may think that what she believes to be right, isn’t right...so what is right? This might make her insecure with respect to caring for the baby”. (nurse)

The support given to the mothers by the doctors was different from that given by the nurses. The doctors gave support, mainly, by providing mothers with clinical information on the baby’s condition. Before giving them the

diagnosis, they evaluated each mother's level of knowledge about the child's status and transmitted the information clearly and carefully, since, as they had already observed, failure to understand the diagnosis would induce feelings of guilt or uncertainty in the mothers.

"...we're very careful when we tell them things, right, sometimes we, it's...we might make a comment that the mother may not understand...it might frighten her, she might get worried, insecure, I think this could be bad, yes...they don't know to what extent it was something they did that might be causing whatever is wrong with the child, right...and sometimes we might say, oh, it was that infection inside the uterus or it was the mother's high blood pressure, so we end up blaming the mother, unintentionally". (resident physician)

All the resident physicians reported concern with the type of contact that they established with the mothers. They questioned whether the type of care provided encouraged the mother-child bonding process or not and whether it was sufficient or if they should be doing something more to help.

"...it's a shortcoming that I feel I need to correct. I don't normally seek contact with the mothers, I...my contact with them is more in the sense of responding to demand, for example, the mother wants to talk to me, so the nursing staff tells me "that mother is here and wants to talk to you, can you talk to her?"" (resident)

The majority of the physicians reported that the nursing staff represented a link between physicians and the mothers of the hospitalized babies; were responsible for establishing more intimate communication, providing care and support. They considered that mothers felt more at ease and talked more freely with nurses, whereas with them the mothers tried to talk about what they believed the doctors wanted to hear, perhaps in the hope of anticipating the child's discharge from hospital.

“...There are rarely any mothers who say they don't want to breastfeed, they want to get the baby out of hospital as quickly as possible because they are tired of being in the unit...So we go, talk to them about the risks, everything we need to tell the family, right...and if they have any questions the nursing staff ends up acting as intermediaries. So I think the nursing staff has greater contact with these mothers, in the care...”
(physician)

The nursing staff said that they explained to the mothers that despite its fragile appearance the premature baby could be touched and held, and tried to encourage them be close to the baby. When they perceived that the mother was having difficulty in establishing contact, they gave support for different ways of interacting with her baby within the hospital environment, emphasizing that, even if it was not possible for her to hold the baby, she could touch him, look at him and talk to him, and that this was good for the baby and for the mother-child bonding process. Some of these HCPs believed that the lack of privacy for the mother to interact with her child could be a problem during

this initial contact and they tried to create opportunities for the mother to be alone with her baby whenever the baby's clinical condition permitted.

“The mother might be frightened, insecure...so we have to help her overcome this and explain that she won't hurt the baby if she touches it...that contact with her will be good for the baby, also to hear her voice... then she starts to believe that contact with her is important.”

(nurse technician)

All nurse technicians reported that having informal conversations with the mothers of the babies they cared for at the NICU to understand their misgivings and difficulties in bonding with their baby. Also they explained, in a simple way in order to facilitate understanding, the information the doctors gave them on their baby's condition.

“...you sit down with the mother and talk to her, let her say what she needs to say...if you allow her to feel at ease, she'll talk, “Oh, I don't want to touch it”. But why don't you want to touch it? “It's because I'm frightened I'll make the baby worse”. No, you can touch it and you'll be helping it. Then she'll get closer to the baby”. (nursing technician)

More than half the interviewed HCPs reported difficulties in relating to the mothers. Most of the physicians expressed surprise at the difficulty many mothers had in understanding why their baby had to be in hospital, the time the baby would have to stay in hospital or in accepting that the baby's state of health was deteriorating. They believed that this occurred because the women had

received scarce information during prenatal care or because the mothers refused to accept the negative part of the child's diagnosis. Also, the nurses attributed this lack of comprehension to too much information and to the mother's current fragile state.

"...they come in, they talk to us....sometimes they come back and ask the same thing to another member of staff...it's obvious that they want a positive answer...but a premature baby is always a high-risk patient and if we don't tell them this, then the mother can turn round later and say: but you didn't tell me that! You said that everything was fine! Because even when we tell them, they only hear what they want to hear..." (physician)

"...it's a lot of information all at once, right? It's the baby that isn't going home, that's here, but why is it here? And there's that whole story, the childbirth that she just went through, sometimes she's still in pain too, sometimes she's not feeling well. So, initially she can't deal with it all, all the information". (nurse)

According to some participants, the women who spent more time with their baby in the hospital commented and criticized the way in which the HCPs did their job, creating discomfort in the team. According to these HCPs, the difficulty in dealing with these mothers was due to a lack of training the health team to deal with the emotional needs of the mothers of the babies they cared for, and this was considered a disrupting factor in communication.

“...it’s preparing us for this...to understand this mother. What is missing is for us to receive some guidance, for us to know how to deal with this, it’s difficult. I think that sometimes we...label the mother, this mother is a nuisance, but then you don’t ask yourself why she’s being a nuisance, what is going on with her. What’s behind it?” (nurse)

Discussion

The HCPs interviewed in this study understood the importance of creating an environment of *holding* to facilitate the development of the initial mother-child relationship. They were sensitive to the needs of the mothers whose babies were at the NICU, provided support and helped them. According to Winnicott [21], immediately following childbirth a woman needs a support network – *holding* – from those who are close to her. They will provide help, understanding, support and security, minimizing her anxieties and enabling her to dedicate time to her newborn infant. When the infant is in hospital, this network then consists of the HCPs who interact with the mothers in the hospital environment.

The HCPs participating in this study reported that they had observed that for some women it was difficult to interact with their baby, to touch or care for them initially due to their insecurity, to the limitations and rules imposed by the hospital and to the fear of hurting the baby. A previous study

showed that the HCPs believed that the mothers' inhibition was generally due to a fear of hurting the baby or causing it discomfort [26].

The benefits of physical contact between a mother and her baby for the clinical stability and development of the newborn infant have been well documented [27-29]. The HCPs in this study reported that, as time went by, the mothers sought physical contact with their baby and this led to an improvement in the newborn infant's clinical condition, and the mothers then felt less anxious and more certain that they would be able to take care of their child. Although the HCPs interviewed in this study recognized the importance of mother-child bonding, the focus of their work was on treating the baby. Their concern was for the child's health and the fear that the mother might find it difficult to recognize the needs of a premature baby. This concern could be the reason why the attitudes and actions of some HCPs were contrary to the concept of *holding*, taking over the baby's care and imposing limitations on the contact between the mother and her child. A similar attitude of the HCPs was observed in a study in which it was reported that in routine NICU care the mother may be neglected and deprived of participating in the care of her baby [30].

The importance of the HCPs' support for the parents of babies hospitalized in a NICU following delivery has been the subject of various recent studies [2,14,27]. The results of this study contributed to this discussion showing that the support given to the mothers by the medical staff was different from that given by the nursing staff. The focus of the medical team was on providing information on the baby's clinical status and on the care required. Clinical

information is one of the principal forms of support given by physicians to the mothers of babies hospitalized in an NICU [16,17].

In this study, the medical team adopted a *holding* attitude by attempting to establish appropriate communication, transmitting the baby's diagnosis with care to avoid fomenting feelings of guilt or anxiety in the mothers. These HCPs did not act mechanically, limiting their actions to simply passing on information, but, rather, they sought to meet the needs of each individual mother and child [31]. The importance of the HCPs adopting a *holding* attitude was discussed in a study reporting that the mother who gives birth to a sick or premature child faces anguish and a lack of support. The right word and the support of a third person may serve as a shield, creating conditions that will help her at that time in her life [32].

The nursing team taking care of hospitalized infants has been considered a mediator in the mother-child relationship [6,13], responsible for carrying out actions aimed at providing practical care [9,13]; however, there are often difficulties in promoting actions to improve mother-child bonding [14]. With respect to this difficulty, the results of this study showed the nursing staff took certain actions to facilitate the mother-child relationship such as encouraging contact between the mother and her baby, supporting different ways of bringing her closer to the infant, and promoting informal conversations that allowed the mothers to talk about their difficulties. Allowing the mother to care for her baby and facilitating contact constituted attitudes of *holding*. Winnicott [18,19] emphasized that the medical and nursing staff should make it possible for the

mother to exercise her maternal role within the hospital environment, allowing her to do what she is able to do and avoiding unnecessary interference in the natural processes of the mother-child relationship.

Some HCPs in our study reported difficulties in interacting with the mothers. Similar difficulties have been reported in other studies conducted in NICUs [13,15,33], indicating that the continuous interaction between the nursing staff and the parents generates an emotional involvement that hampers the interaction between them. The participants of this study also attributed the difficulty in interacting to the lack of preparation of the healthcare team to deal with the emotional issues of the mothers of hospitalized babies.

Conclusion

The HCPs who participated in this study recognized the importance of the development of the mother-child relationship during the time in which the infant is in hospital and, although there were some difficulties in the relationship between the team and the mothers, they sought to support and encourage bonding. The HCPs reported attitudes and actions indicative of *holding*, in accordance with the theoretical reference used in this study. This study may help to clarify certain aspects of the perception of HCPs on mother-child bonding and of the relationship between mothers and healthcare teams, indicating means of implementing measures that would encourage the development of *holding* attitudes by HCPs.

Authors' contributions:

CF participated in designing the research project, was involved in the data collection, in the interpretation of the results and writing of the manuscript. MYM participated in designing the research project, interpreting the results and preparing the manuscript. MP contributed to the final editing of the research project and manuscript and the interpretation of the results.

Acknowledgements

The authors are grateful to all the healthcare professionals in the Neonatology Department of the maternity hospital in which this study was conducted.

Details of ethical approval

This study was approved by the Ethical Committee of the School of Medicine, State University of Campinas (UNICAMP), under registration number 1202/2011.

Funding

Partial financial support for the study was provided by the *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* (FAPESP) Grant # 2011/23732-11 and by the *Coordenadoria de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior* (CAPES), Ministry of Education, Brazil.

References

- [1] Hoffenkamp HN, Tooten A, Hall RA, Croon MA, Braeken J, Winkel FW, Vingerhoets AJ, van Bakel HJ: **The impact of premature childbirth on parental bonding.** *Evol Psychol* 2012, **10**:542-561.
- [2] Flacking R, Ewald U, Wallin L: **Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants.** *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011, **40**:190-197.
- [3] Nicolaou M, Rosewell R, Marlow N, Nicolaou CG: **Mothers' experiences of interacting with their premature infants.** *J Reprod Infant Psychol* 2009, **27**:182–194.
- [4] Lasiuk GC, Comeau T, Newburn-Cook C: **Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth.** *BMC Pregnancy Childbirth* 2013, **13**(Suppl 1):S13.
- [5] Montirosso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R; NEO-ACQUA Study Group: **Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs.** *Acta Paediatr* 2012, **101**:136-142.
- [6] Kantrowitz-Gordon I: **Expanded care for women and families after preterm birth.** *J Midwifery Womens Health* 2013, **58**:158–166.
- [7] Trombini E, Surcinelli P, Piccioni A, Alessandrini R, Faldella G: **Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns.** *Acta Paediatr* 2008, **97**:894-898.

- [8] Lupton D, Fenwick J: **'They've forgotten that I'm the mum': constructing and practising motherhood in special care nurseries.** *Soc Sci Med* 2001, **53**:1011–1021.
- [9] Merighi MAB, Jesus MCP, Santin KR, Oliveira DM: **[Caring for newborns in the presence of their parents: the experience of nurses in the neonatal intensive care unit].** *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011, **19**:1398-1404.
- [10] Ichijima E, Kirk R, Hornblow A: **Parental support in neonatal intensive care units: a cross-cultural comparison between New Zealand and Japan.** *J Pediatr Nurs* 2011, **26**:206-215.
- [11] Reis MD, Rempel GR, Scott SD, Brady-Fryer BA, Van Aerde J: **Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership.** *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010, **39**:675-683.
- [12] Wigert H, Berg M, Hellström AL: **Parental presence when their child is in neonatal intensive care.** *Scand J Caring Sci* 2010, **24**:139-146.
- [13] Fegran L, Helseth S: **The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement.** *Scand J Caring Sci* 2009, **23**:667–673.
- [14] Conz CA, Merighi MAB, Jesus MCP: **[Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit: a challenge for nurses].** *Rev Esc Enferm USP* 2009, **43**:849-855.
- [15] Martínez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS: **[The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team].** *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007, **15**:239-246.

- [16] Franck LS, Axelin A: **Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support.** *Acta Pædiatr* 2013, **102**:590-596.
- [17] Latour JM, Hazelzet JA, Duivenvoorden HJ, van Goudoever JB: **Perceptions of parents, nurses, and physicians on neonatal intensive care practices.** *J Pediatr* 2010, **157**:215-220.
- [18] Winnicott DW: *Psycho-Analytic Explorations*. Edited by Winnicott C, Shepherd R, Davis M. London: Karnac Book; 1989.
- [19] Winnicott DW: **The newborn and his mother.** In *Babies and Their Mothers*. New York: Reading; 1987:35-51.
- [20] Winnicott DW: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Karnac Books; 1992.
- [21] Winnicott DW: *The family and individual development*. London: Taylor & Francis Group; 2001.
- [22] **Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural.**
[http://ww.who.int/child_adolescent_health/documents/WHO_CHD_98.9/es/index.html]
- [23] Turato ER: *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico-Epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação nas Áreas da Saúde e Humanas*. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
- [24] Patton MC: **Qualitative designs and data collection.** In *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd. ed. California: Thousand Oaks; 2002.

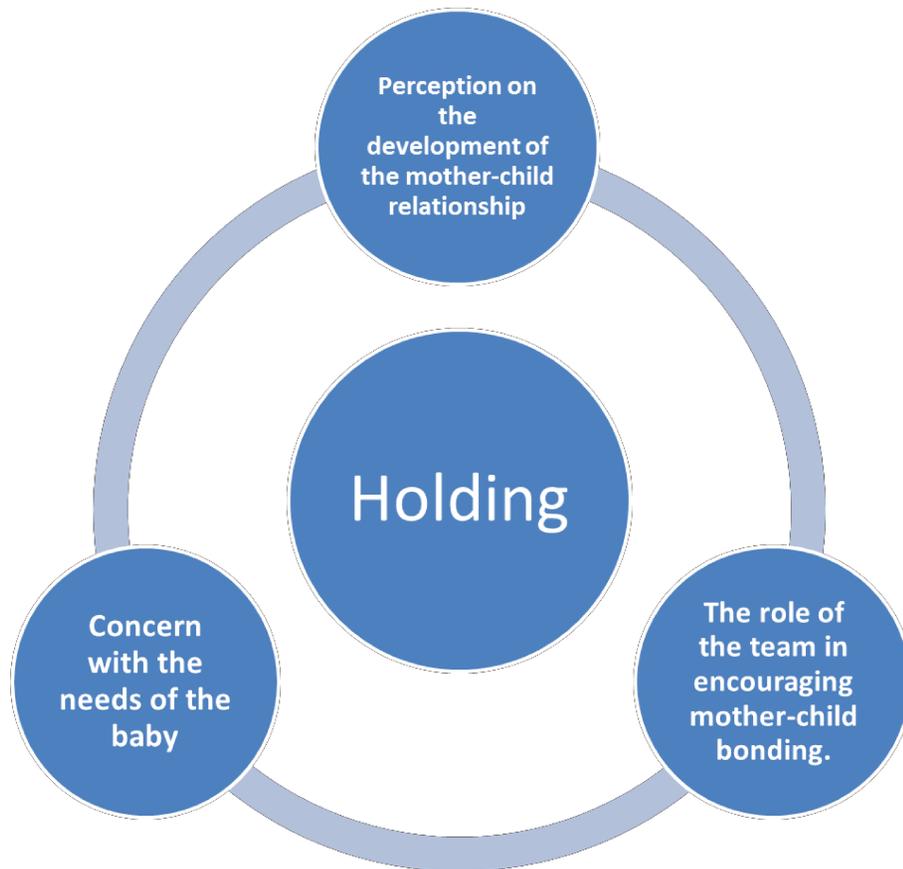
- [25] Strauss A, Corbain J: *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. USA: Sage Publications; 1990.
- [26] Skene C, Franck L, Curtis P, Gerrish K: **Parental involvement in neonatal comfort care**. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012, **41**:786-797.
- [27] Kymre IG, Bondas T: **Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: a phenomenological study**. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2013, **8**:21370.
- [28] Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J: **Cochrane Review: Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants**. *Evid Based Child Health* 2012, **7**:760–876.
- [29] Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ibe O, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Ruiz Peláez JG, Sizun J, Widström AM: **Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European Conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care**. *Acta Pædiatrica* 2010, **99**:820-826.
- [30] Frello AT, Carraro TE: **[Nursing and the relationship with the mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit]**. *Rev Bras Enferm* 2012, **65**:514-521.
- [31] Winnicott DW: *O Ambiente e os Processos de Maturação - Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 1983.
- [32] Sanches RM, Peter ACA, Arida SGP: **UTI neonatal como espaço para intervenção psicofilática**. In *Winnicott na Clínica e na Instituição*. São Paulo: Escuta; 2005:133-148.

[33] Orzalesi M, Aite L: **Communication with parents in neonatal intensive care.** *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011, **24**(Suppl 1):135-137.

Figure Legend:

Figure 1: Categories of analysis.

Figure 1



Box 1: Interview topic guide

1. Talk to me about your experience of working in neonatology. In your opinion, what are the most important aspects that characterize your daily work? What is your greatest challenge at work?

2. In your opinion, what is it like for the mothers whose babies are in hospital?

3. How is the contact between these mothers and their babies? Do they try to get close to their babies and give them attention or do they not? Why?

4. How do you think the mothers feel when they take care of their baby?

5. How is your contact with the mothers during your work?

6. When you receive a mother at her first visit to the intermediate care nursery, how do you receive her? What information do you give her? Do you think this information is sufficient or not? Why?

7. Do you try to establish a bond between the mother and child or not? If yes, how? When the mother is finding it difficult to touch/care for her baby, do you do anything or not?

8. What do you believe facilitates contact between the mother and her child during hospitalization? Do you believe that a certain attitude from the healthcare team could interfere negatively in how the mother interacts with her child or cares for it?

Table 1: Characteristics of the study participants

Characteristics	Number of participants (n=20)
<hr/>	
<i>Profession</i>	
Assistant physician	5
Medical resident	5
Nurse	5
Nurse technicians	5
<i>Sex</i>	
Female	16
Male	4
<i>Age (years)</i>	
26-31	7
32-37	3
38-43	1
44-49	6
50-55	2
≥ 58	1
<i>Time of service (years)</i>	
≥ 1	3
1-5	5
6-11	2
12-17	5
18-23	3
≥ 25	2
<i>Work shift</i>	
<i>Medical team</i>	
24-hour shifts	10
<i>Nursing team</i>	
Day shift	6
Night shift	4

5. Discussão

Através dos trabalhos de Donald Winnicott a relevância do relacionamento precoce mãe-bebê e do ambiente para o desenvolvimento do indivíduo ganhou destaque. Diferente das teorias de outros psicanalistas contemporâneos, Winnicott enfatiza que não é a satisfação instintual que faz com que o bebê comece a existir e sim o contato com sua mãe. O autor ressalta que nesse contato a criança busca por proximidade e não por satisfação. Esses conceitos constituíram um contraponto às teorias psicanalíticas baseadas na teoria do desejo sexual, ressaltando a importância do cuidado emocional (65).

Em sua teoria sobre o desenvolvimento emocional, Winnicott destaca que as primeiras semanas de vida do bebê são fundamentais para o desenvolvimento e constituirão a base de sua saúde mental por toda vida. Os processos de maturação que se iniciam nesse período dependem de um ambiente de facilitação para ocorrerem. Esse ambiente é fornecido pela mãe através do estado de *preocupação materna primária*, o qual possibilita o desenvolvimento de uma sensibilidade especial para compreender e atender às necessidades do bebê (50).

Atualmente a literatura científica continua a discutir e aprofundar a importância do papel materno e da relação precoce mãe-bebê. Essa relação é

considerada importante principalmente para o desenvolvimento físico e emocional de crianças que nascem prematuras. Nesse contexto, os autores destacam as atitudes da equipe de saúde para auxiliar na aproximação da mãe com o bebê internado (49,66,67).

A teoria de Winnicott, utilizada como referencial teórico do presente estudo, possibilitou aprofundar conhecimentos sobre a relação inicial mãe-bebê, norteando a construção da pesquisa e seu desenvolvimento, além de apontar caminhos para a análise dos dados. A utilização deste referencial possibilitou o reconhecimento das atitudes maternas referentes ao desenvolvimento da *preocupação materna primária* (50,68,44), auxiliando a construção de um roteiro de perguntas sobre os sinais desse estado psicológico nas mães em termos de percepções e ações na relação com o bebê.

A partir do conceito de *preocupação materna primária* foi possível organizar as vivências relatadas pelas mulheres nas entrevistas, permitindo identificar o modo como estas mães lidavam com a internação da criança e o impacto disso na relação mãe-filho. Os resultados mostraram que as mulheres já se referiam a uma aproximação crescente com seu bebê durante a gestação. A separação precoce entre ambos logo após o parto foi de difícil elaboração para as mães. Elas se referiram às dificuldades vivenciadas pela ruptura no vínculo com filho e ansiavam pelo momento de segurá-lo e senti-lo. As mães também mostraram habilidades para compreender o bebê e atender ao que ele precisava de forma sensível e amorosa. Estas atitudes de interpretar as necessidades do filho e desejar aproximar-se dele, além da empatia e

sensibilidade para cuidar, sinalizaram o desenvolvimento do estado de *preocupação materna primária* nessas mulheres (50).

Os principais sinais do desenvolvimento desse estado psicológico também foram percebidos e descritos por todos os profissionais de saúde da UCIN entrevistados. De acordo com a equipe, as mães demonstravam muito afeto pelo bebê, tratando-o com carinho e dedicando-se aos seus cuidados a ponto de deixar suas próprias necessidades de lado para permanecer com ele.

Entretanto, o desenvolvimento da *preocupação materna primária* foi dificultado pela separação mãe-bebê e restrições de contato do ambiente de internação. As mulheres sentiam como se não estivessem podendo exercer seu papel de mãe, de cuidar e proteger o bebê. Na percepção das mães, isso se dava pela falta de liberdade para atender ao que o filho precisava no momento e da forma que elas consideravam necessário. Resultados semelhantes já foram descritos em outros estudos que mostraram que as mulheres consideram que não estão sendo importantes e necessárias para o próprio filho enquanto não podem assumir seus cuidados, perdendo a confiança em sua capacidade para cuidar (31,32).

Algumas mães questionavam também se essas restrições para seu contato com o bebê eram colocadas por necessidade da criança ou somente para não atrapalhar a rotina de serviços da equipe. Os profissionais de saúde, por sua vez, afirmaram que as limitações de contato colocadas às mães se deviam principalmente à preocupação da equipe com a saúde e bem estar da criança. A equipe tinha receio de que a mãe pudesse ter dificuldades em reconhecer as

necessidades do bebê prematuro, e isso fazia com que alguns profissionais assumissem cuidados que já poderiam ser realizados por ela.

Essa atitude dos profissionais da UCIN também foi destacada em outros estudos que apontam que apesar da equipe perceber a importância da aproximação da família, por vezes ela priva os pais da oportunidade de prestarem os cuidados. Para alguns profissionais isso se dá pela intensa rotina de trabalho que os sobrecarrega, não havendo tempo ou preparo para esse relacionamento pessoal com a família (36) outros acreditam que isso ocorra por se sentirem responsáveis em garantir a segurança e estabilidade do bebê internado (69).

Embora relatassem que o ambiente de internação colocava algumas barreiras em seu contato com o bebê, as mães se sentiam apoiadas por muitos profissionais da equipe de saúde frente à dificuldade ou insegurança para se relacionar com o filho. Esse apoio é fundamental, sobretudo para as mães de bebês internados, podendo minimizar a situação de desamparo vivenciada por elas (70) e favorecendo o encontro mãe-filho tão necessário nesse momento de vida (38,48,71).

A importância desse apoio é descrita por Winnicott em sua teoria sobre o conceito de *holding*. O autor menciona as características de atitudes do profissional de saúde, em relação às necessidades do paciente, para criar um ambiente adaptado a estas necessidades (72). Esse conceito auxiliou na identificação de ações dos profissionais que facilitaram ou dificultaram a aproximação e contato da mãe com seu bebê, tornando possível a análise do papel de apoio da equipe de saúde às mães.

Na percepção das mães e da equipe de saúde o apoio era realizado de modo diferente por médicos e profissionais de enfermagem. A equipe médica adotava uma atitude *de holding* mantendo-se à disposição para informar e responder os questionamentos das mães. A informação clínica sobre a saúde do bebê internado é destacada como principal forma de auxílio que os médicos dão às mães (73,53). Entretanto, os médicos de nosso estudo mostraram que não prestavam apoio somente passando informações, mas também adotando uma atitude compreensiva, buscando um modo adequado para passar estas informações e atender as necessidades de cada dupla mãe-bebê. (45).

Já a equipe de enfermagem foi descrita em alguns estudos como mediadora da relação que a mãe estabelece com o recém-nascido (71,35). Todavia, apesar de reconhecerem a importância da presença da mãe para o bebê, alguns estudos mostram que frequentemente os profissionais de enfermagem têm dificuldades para se relacionar com as mães (37,35,74) e também para facilitar a aproximação mãe-filho no ambiente de internação (38). Essa dificuldade na relação com as mães se dá, sobretudo, devido à falta de preparo dos profissionais para trabalhar as relações pessoais e a comunicação com os pais (75,36).

A equipe de enfermagem de nosso estudo, embora tenha expressado algumas dificuldades no relacionamento com as mães, conseguiu desenvolver ações que facilitaram o vínculo mãe-bebê. Essa equipe apoiava a mãe a tentar diferentes formas de aproximação com o bebê e incentivava que ela assumisse aos poucos os cuidados prestados a ele. Estes profissionais mantinham

também conversas informais com as mães, possibilitando que elas expressassem suas dificuldades.

As mães entrevistadas também relataram essa ajuda e incentivo dos profissionais de enfermagem para sua aproximação com o bebê. De acordo com as mães isso contribuiu para deixá-las mais tranquilas e seguras para cuidar do recém-nascido e também para sua permanência no ambiente de internação. Outra atitude de apoio destacada pelas mães foi a atenção e o carinho que médicos e equipe de enfermagem tinham com elas e com o bebê. O cuidado amoroso que eles tinham ao atender o bebê fazia com que a mulher confiasse no trabalho da equipe, diminuindo sua preocupação em deixar o filho no hospital.

De acordo com o referencial teórico utilizado, as ações descritas como incentivo, permissão e facilitação para que a mãe assuma os cuidados do seu bebê são consideradas atitudes de *holding*. Winnicott ressalta que médicos e equipe de enfermagem devem possibilitar que a mulher exerça sua função materna no ambiente hospitalar, deixando a cargo dela aquilo que é capaz de fazer sozinha, evitando interferências desnecessárias nos processos naturais da relação mãe-bebê (50).

O apoio da equipe de saúde se torna importante para estas mães em particular devido à hospitalização do bebê. Além do distanciamento, essa situação promove também uma alteração na rotina dos familiares, gerando sobrecarga e prejudicando o auxílio que dariam às mães (32). O ambiente de *holding* propiciado pelos profissionais de saúde irá constituir assim mais do que um auxílio individual a estas mães. Os profissionais poderão exercer um papel

importante na rede de apoio, essencial para as mulheres no pós-parto, proporcionando segurança, suporte e minimizando as preocupações para que ela possa se dedicar ao bebê (50,52).

Em seu artigo *Contribuições da psicanálise à obstetrícia* (52), Winnicott fala o quanto a psicanálise pode auxiliar no relacionamento entre médicos, equipe de enfermagem e paciente, proporcionando à obstetrícia um conhecimento sobre os sentimentos dos indivíduos, suas percepções e vivências. A teoria de Winnicott auxiliou na compreensão dos detalhes da relação mãe-bebê e no reconhecimento das características e funções do meio ambiente importantes para o desenvolvimento dessa relação. Os conceitos do autor deram subsídios também para a análise das percepções de mães e profissionais sobre o papel da equipe de saúde da UCIN como intermediador da aproximação da mãe com o recém-nascido. Estes resultados mostram a utilidade de conceitos tradicionalmente utilizados na clínica psicológica como instrumento de pesquisa para identificar situações e facilitar sua compreensão e análise.

Por outro lado, a experiência deste estudo abre também a possibilidade para que novas pesquisas aprofundem as necessidades e possíveis limitações da equipe de saúde em seu papel de suporte às mães. Esse conhecimento pode auxiliar a construção de estratégias de capacitação e apoio a estes profissionais a fim de ajudá-los a propiciar um melhor ambiente para mãe e bebê, contribuindo para a continuidade desse vínculo essencial para o desenvolvimento psíquico saudável da criança.

6. Conclusões

- Todas as mulheres desenvolveram uma boa relação inicial com o bebê, evidenciada através dos sinais do desenvolvimento da *preocupação materna primária*. As restrições de contato com o filho trouxeram algumas dificuldades para as mães desenvolverem essa relação, mas com o tempo foram sendo superadas, sendo importante o apoio dos profissionais de saúde para auxiliá-las.
- Os profissionais de saúde reconheciam a importância do vínculo mãe-bebê para o desenvolvimento da criança e se referiram a atitudes e ações que configuraram um ambiente de *holding* para as mães, auxiliando-as na aproximação e relacionamento com o bebê.

7. Referências Bibliográficas

(1). Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de Alto Risco: manual técnico*, 5 ed., Brasília, Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012; 302 p.

(2). Vest AR, Cho LS. Hypertension in Pregnancy. *Cardiol Clin.* 2012; 30:407–23.

(3). Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod, D, et al. *Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom.* *BJOG.* 2011; 118(11):1402-3.

(4). Syed M, Javed H, Yakoob MY, Bhutta Z.A. Effect of screening and management of diabetes during pregnancy on stillbirths. *BMC Public Health.* 2011; 13(11) Suppl 3:S2.

(5). Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(4):623-38.

- (6). Reisdorfer SM, Madi JM, Rombald RL, Araújo, BF, Barazzetti DO, Pavan G, et al. Características clínicas de pacientes obstétricas admitidas em uma Unidade de Tratamento Intensivo Terciária: revisão de dez anos. Revista da AMRIGS. 2013; 57(1): 26-30.
- (7). National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183 (1): S1-S22.
- (8). Katz L, Amorin MMR, Miranda GV, Silva JLP. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(2):80-6.
- (9). American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. Diabetes Care. 2011; 34(Suppl 1):S11-61.
- (10). Coutinho T, Coutinho CM, Berno AM, Duarte AMBR, Zimmerman JB, Coutinho LM. Diabetes gestacional: como tratar? FEMINA. 2010; 38(10):517-25.
- (11). Nolan JA, McCrone S, Chertok IR The maternal experience of having diabetes in pregnancy. J Am Acad Nurse Pract. 2011; 23(11): 611-8.
- (12). O'Sullivan EP, Avalos G, O'Reilly M, Dennedy MC, Gaffney G, Dunne F. Atlantic Diabetes in Pregnancy (DIP): the prevalence and outcomes of

gestational diabetes mellitus using new diagnostic criteria. *Diabetologia*. 2011; 54 (7):1670-5.

(13).Wendland EMDR, Dunca BB, Belizá JM, Vigo A, Schmidt MI. Gestational Diabetes and Pre-Eclampsia: Common Antecedents? *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008; 52(6):975-84.

(14). Ananth, CV, Basso O. Impact of Pregnancy-Induced Hypertension on Stillbirth and Neonatal Mortality. *Epidemiology*. 2010; 21(1): 118–23.

(15). Opara PI, Jaja T, Onubogu UC. Morbidity and mortality amongst infants of diabetic mothers admitted into a special care baby unit in Port Harcourt, Nigeria. *Italian Journal of Pediatrics*. 2010; 36(1):77.

(16). Markovic M, Manderson L. Maternal identity change as a consequence of antenatal hospitalization. *Health Care for Women International*. 2006; 27:762-76.

(17).Sittner BJ, DeFrain J, Hudson DB. Effects of high-risk pregnancies on families. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2005; 30:121-6.

(18). Petroni, LM, Silva, TCD, Santos, ADL, Marcon, SS, & Mathias, TADF. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2013; 11(3):535-41.

(19).Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development*. 2011; 87(1): 21–6.

(20) Kim C, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS. Changes in health status experienced by women with gestational diabetes and pregnancy-induced hypertensive disorders. *J Womens Health*. 2005; 14:729-36.

(21).Leeners B, Stiller R, Neumaier-Wagner P, Kuse S, Schmitt A, Rath W. Psychosocial Distress Associated With Treatment of Hypertensive Diseases in Pregnancy. *Psychosomatics*. 2008; 49:413–9.

(22). Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB et al. Prenatal Depression in Women Hospitalized for Obstetric Risk. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(4): 635–43.

(23). Persson M, Winkvist A, Mogren I. ‘From stun to gradual balance’ - women’s experiences of living with gestational diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 24:454-62.

(24). Araújo MFM, Pessoa SMF, Damasceno MMC, Zanetti ML Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013; 66(2): 222-7.

- (25). Barlow JH, Hainsworth J, Thornton S. Women's experiences of hospitalisation with hypertension during pregnancy: feeling a fraud. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2008; 26(3):157–67.
- (26). White O, McCorry N K, Scott-Heyes G, Dempster M, Manderson J. Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2008 May; 26(2):74–85.
- (27). Vallido T, Wilkes L, Carter B, Jackson D. Mothering disrupted by illness: a narrative synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(7):1435–45.
- (28). Fleury C, Parpinelli MA, Makuch MY. Development of the mother-child relationship following pre-eclampsia. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2010; 28(3): 297-306.
- (29). Schmidt K T, Sassá A H, Veronez M H, Ieda H, Marcon S S. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Escola Anna Nery*. 2012; 16(1): 73-81.

(30).Lupton D, Fenwick J. 'They've forgotten that I'm the mum': constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Soc Sci Med.* 2001; 53:1011–21.

(31). Carmona EV, Coca KP, do Vale IN, Abrão ACFV. Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(2):505-12.

(32). Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. *Esc Anna Nery.* 2013; 17(1): 46-53.

(33). Ichijima E, Kirk R, Hornblow A. Parental support in neonatal intensive care units: a cross-cultural comparison between New Zealand and Japan. *J Pediatr Nurs.* 2011; 26:206-15.

(34). Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(6):1285-92

(35). Fegran L, Helseth S. The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. *Scand J Caring Sci.* 2009; 23:667–73.

(36). Frello AT, Carraro TE. Nursing and the relationship with the mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65:514-21.

(37). Martínez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15:239-46.

(38). Conz CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit: a challenge for nurses. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43:849-55.

(39). Souza NL, Araújo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Barbosa LM, Sousa NML. Maternal perception of premature birth and the experience of pre-eclampsia pregnancy. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):1-6.

(40). Nicolaou M, Rosewell R, Marlow N, Nicolaou CG. Mothers' experiences of interacting with their premature infants. *J Reprod Infant Psychol.* 2009;27:182-94.

(41). Montiroso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R; NEO-ACQUA Study Group. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatr.* 2012; 101:136-42.

(42) Geets, C. Donald Winnicott - Pediatría, juego y psicoanálisis. Tradução de Roxana Páez. Buenos Aires: Ed. Almagesto;1993; 126p.

(43). Winnicott DW. Clinical notes on the disorders of childhood. London: William Heinemann Medical Books Ltd.; 1931; 216p.

(44). Winnicott DW. Primary maternal preoccupation. In D. W. Winnicott, Through paediatrics to psychoanalysis. London: Karnac Books; 1992; p.300-5.

(45). Winnicott DW. The Maturation Process and the Facilitating Environment- Studies in the Theory of Emotional Development. London: Karnac Books; 1990; p.64-72.

(46). Winnicott DW. Human Nature. London: Free Association Books; 1988; 91p.

(47). Winnicott DW. The relationship at a mother to her baby at the beginning. In D. W. Winnicott. The family and individual development. London; Tavistock Publications Limited; 1965; p.15-20.

(48). Winnicott DW. Home is where we start from. London: Penguin Books; 1986; 287p.

- (49). Winnicott DW. Through paediatrics to psychoanalysis.; London: Karnac Books; 1992; 400p.
- (50). Winnicott DW. The newborn and his mother. In: Babies and Their Mothers. New York: Reading; 1987; p.35-51.
- (51). Abran, J. A linguagem de Winnicott- Dicionário de palavras e expressões usadas por Donald. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- (52). Winnicott DW. The contribution of psycho-analysis to midwifery. In: The family and individual development. London: Taylor & Francis Group; 2001; p.154-65
- (53). Franck LS, Axelin A: Differences in parents', nurses' and physicians' views of NICU parent support. Acta Paediatr. 2013; 102(6): 590-96.
- (54). Lasiuk GC, Comeau T, Newburn-Cook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13(Suppl 1):S13.
- (55). Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico-Epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação nas Áreas da Saúde e Humanas. Rio de Janeiro: Vozes; 2003. 683 p.

(56). Patton MC. Qualitative designs and data collection. In Qualitative Research and Evaluation Methods. 3rd. ed. California: Thousand Oaks; 2002. p.143-98.

(57). Strauss A, Corbain J. Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. USA: Sage Publications; 1990. 270p.

(58) Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.

(59). Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. 2^a.ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1998. 144 p.

(60). Rubin HJ, Rubin IS. What did you hear?-Data Analysis. In: Qualitative interviewing: the art of hearing data. USA :Sage Publications; 1995. p 226-56.

(61) Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(5):812-20.

(62). Mundial, A. M. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; Helsinki declaration. Bol méd Hosp Infant Méx. 2001; 58(6):358-361.

(63). Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2) suplemento:15-25.

(64). Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região. Manual do CRP - 06. 2ª Ed. São Paulo: CRP; 1996. p.62-74.

(65). Phillips, A. Winnicott. Tradução de Alessandra Siedschlag. São Paulo: Idéias & Letras; 2006. 235p.

(66). Flacking R, Ewald U, Wallin L: Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011; 40:190-197.

(67). Hoffenkamp HN, Tooten A, Hall RA, Croon MA, Braeken J, Winkel FW, Vingerhoets AJ, van Bakel HJ. The impact of premature childbirth on parental bonding. Evol Psychol. 2012; 10:542-61.

(68). Winnicott DW. Psycho-Analytic Explorations. London: Karnac Book; 1989; 602p.

(69). Kymre IG, Bondas T. Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: a phenomenological study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013; 8:1-9

(70). Sanches RM, Peter ACA, Arida SGP. UTI neonatal como espaço para intervenção psicoprofilática In: Winnicott na Clínica e na Instituição. São Paulo: Escuta; 2005; p.133-48.

(71). Kantrowitz-Gordon I. Expanded care for women and families after preterm birth. *J Midwifery Womens Health*. 2013; 58:158–66.

(72). Winnicott, D.W. Pediatrics and psychiatry. In: *Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Karnac Books; 1992; p.157-74.

(73). Latour JM, Hazelzet JA, Duivenvoorden HJ, van Goudoever JB. Perceptions of parents, nurses, and physicians on neonatal intensive care practices. *J Pediatr*. 2010; 157:215-20.

(75). Orzalesi M, Aite L. Communication with parents in neonatal intensive care. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011; 24(Suppl 1):135-7.

8. Anexos

8.1. Anexo 1 - Roteiro temático para entrevista das mães

O relacionamento com o bebê

Fale-me sobre a experiência de ser mãe deste bebê, como estão sendo estes primeiros dias de relacionamento?

Você se lembra de como foi seu primeiro contato com seu bebê? Como se sentiu nesse primeiro contato? O que você pensou?

Como está sendo pra você este período em que ele está internado? Isso mudou conforme o tempo foi passando? (Foi ficando mais fácil ou difícil)

Que informações dos profissionais de saúde você recebeu quando veio ver o bebê na internação pela primeira vez? (Sobre o que o bebê tinha, a rotina de cuidados com ele, procedimentos médicos).

Essa informação foi o suficiente para você ou não?

Como foi pra você ir para casa, após sua alta, sem o bebê?

O que você acha que tem te ajudado neste período que você está vindo aqui?

Você está colocando ele no seu peito? Já alimentou ou amamentou ele?

Me conte como você cuida dele e o que você sente quando está cuidando (dando banho, trocando fralda).

Quando você está com o seu bebê, você acha que faz as coisas como gostaria de fazer com ele ou tem algum limite?

Esse limite você acha que é da situação da internação, ou por causa do que os profissionais dizem, talvez por você estar sendo observada por eles, ou é por outro motivo?

Como é o seu bebê? Ele é calmo, tranquilo ou chora muito?

Quando ele chora o que você faz? (Você procura acalmá-lo? Como?).

Relacionamento com a equipe de saúde

Fale-me um pouco sobre a equipe de saúde que está cuidando de seu bebê (médicos e enfermeiras). Como é seu relacionamento com estas pessoas?

Como os profissionais te recebem quando você vem ver o bebê? Você faz perguntas se tem alguma dúvida? A quem pergunta?

O que você sente ao ver estas pessoas cuidando dele?

Você acredita que alguma coisa que esta equipe faz esteja te ajudando a se aproximar e cuidar do bebê ou não? Como?

Você acredita que há alguma coisa que esta equipe faz que esteja te atrapalhado na aproximação ou cuidados do bebê ou não? Como?

Você gostaria que a equipe de saúde fizesse algo, diferente do que fazem, para te ajudar nos cuidados com seu bebê ou não?

Significados da gestação

Vamos falar agora do começo desta história, você lembrado o que sentiu quando soube que estava grávida?

Essa gravidez foi planejada ou não?

Em que período da gestação você ficou sabendo que sua gravidez precisaria de mais cuidados?

O que falaram pra você sobre o diagnóstico de sua doença?

Como foi saber este diagnóstico? O que você ficou pensando?

Alguém lhe deu apoio neste momento? (família, parceiro, amigos).

(Caso tenha outros filhos) Na sua outra gestação/gestações você teve algum problema ou alguma doença? Seu bebê(s) precisou ficar internado?

O parto

Que tipo de parto você teve?

Como foi o momento do parto?

Relacionamento familiar

Na sua família, vocês são em quantos irmãos?

Como você descreveria sua mãe?

Como é a relação dela com os filhos?

E como é sua relação com sua mãe?

Sua relação com ela mudou após o nascimento do bebê?

Relacionamento com o parceiro

Como é o seu relacionamento com o pai do bebê?

Ele é uma pessoa presente, que te ajuda, ou não?

Sua relação com ele mudou depois dessas complicações na sua gestação ou depois que o bebê foi internado?

Ele vem visitar o filho na internação? Fale-me sobre as visitas do pai (Como está sendo isso pra ele).

Estado de saúde atual/Como se percebe/sentimentos

Me conte como você tem passado, como está sua saúde?

Você necessitou se internar de novo após receber alta?

Conte-me como se sente consigo mesma.

Você já faz planos pessoais ou não?

8.2. Anexo 2 - Roteiro temático para entrevista dos profissionais de saúde

Como você veio trabalhar no setor de Neonatologia do CAISM?

Sua vinda para este serviço foi por sua escolha ou porque foi enviada(o)?

Como é pra você o trabalho neste setor?

Conte-me um pouco como foi sua entrada no setor, houve alguma capacitação inicial? Como te apresentaram o serviço e as atividades que iria desenvolver quando iniciou seu trabalho?

Você fez algum outro tipo de curso ou capacitação para as atividades que realiza? Com quem?

Quando surge alguma dúvida na sua rotina de trabalho, você costuma fazer perguntas ou não? A quem?

O que você vê como as coisas mais importantes que realiza em um dia de trabalho?

Qual é o maior desafio do seu trabalho?

Qual é a maior satisfação, os pontos positivos do seu trabalho?

Você trabalha em mais de um turno? Há alguma diferença na rotina dos diferentes turnos de trabalho daqui?

Percepção sobre as mães/ Preocupação materna primária

Agora vamos conversar um pouco sobre essas mães que tem seus bebês internados no semi-intensivo, tudo bem?

Na sua opinião, como é para as mães o fato dos bebês ficarem internados no semi-intensivo? (Bebês que não tem má formação ou outro problema grave)

Como é o contato dessas mães com os bebês? Elas tentam se aproximar e dar atenção a eles ou não? Por quê?

O que você observa estas mães fazerem com seus filhos? Em questão de cuidados e carinho.

Como você acha que elas se sentem prestando os cuidados ao bebê?
(Alimentando, trocando fralda, dando banho)

Quando o bebê já está no bercinho e a mãe não depende tanto da assistência da equipe de enfermagem, em sua opinião o modo dela se relacionar ou cuidar do filho é diferente?

Você acha que existe diferença entre o que a mãe faz e o que gostaria de fazer com o bebê? (Se sim, isso se deve ao contexto da internação ou a outros fatores?)

Holding

Agora vamos conversar um pouco sobre a relação entre a equipe de saúde e estas mães. Tudo bem?

Como você recebe estas mães quando elas vem pela primeira vez na internação do filho? Que informações você dá a elas? (Sobre diagnóstico, a rotina de cuidados com o bebê, procedimentos).

Você acha que essas informações são suficientes para elas ou não? Por quê?

Você poderia me descrever seu relacionamento com estas mães? Como é o seu contato com elas?

Você procura ajudar a aproximação/relacionamento da mãe com o bebê ou não? De que modo?

Quando a mãe tem dificuldade de tocar/cuidar do bebê, você faz algo ou não? (O que faz?/ Por que não?)

Na sua opinião, o que facilita esse contato mãe-bebê durante o tempo de internação?

Você acredita que alguma atitude da equipe de saúde pode interferir negativamente na aproximação e cuidados da mãe com o bebê ou não?

Em sua opinião há algo diferente do que é feito, que a equipe de saúde poderia fazer para ajudar estas mães a se aproximarem ou cuidarem de seus bebês ou não? Quais seriam suas sugestões? (Atitude, informação, ação)

Como é a presença dos pais e das avós aqui? Eles recebem algum tipo de apoio ou ajuda quando vem visitar o bebê?

8.3 Anexo 3 – Ficha de caracterização das mães

Caso: _____
Data da entrevista: ____/____/_____
HC: _____
Nome completo: _____
Telefones para contato: _____

a) Dados do prontuário médico:

Diagnóstico materno: _____
Idade Gestacional: _____
Peso do RN: _____
Data de nascimento do RN: ____/____/_____
Data de internação do RN: ____/____/_____
Hipótese diagnóstica da internação do RN: _____

b) Dados de identificação da mãe:

1. Data de nascimento: ____/____/_____ Idade: _____

2. A senhora frequentou escola? Sim (1) Não (2)
(Se a resposta for sim): Qual a última série completada na escola?

3. A senhora tem companheiro fixo/ namorado? Sim (1) Não (2)

4. Vocês moram juntos? Sim (1) Não (2)
Se a resposta for sim: Há quanto tempo moram juntos?

5. A senhora tem outros filhos? Moram com você?

6. Mais alguém mora na casa?

7. A senhora trabalha? Em quê?

8.4 Anexo 4 - Ficha de caracterização dos profissionais de saúde

Caso: _____

Nome: _____

Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Data da entrevista: ____/____/____

1. Qual sua formação profissional?

2. Há quanto tempo você é formado(a)?

3. Há quanto tempo você trabalha no setor de Neonatologia?

4. Que cargo você exerce aqui na instituição?

5. Qual seu período de trabalho?

6. Quais são as atividades atribuídas ao seu cargo?

8.5 Anexo 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das mães

Projeto: “Desenvolvimento da relação mãe-filho em unidade de cuidados intermediários neonatais após gravidez de alto-risco - Estudo clínico-qualitativo”

Pesquisadora responsável: Camila Fleury

Nome da Participante: _____

Idade: _____ RG: _____

Fui convidada a participar da pesquisa acima mencionada e informada que:

- A pesquisa tem por objetivo estudar o desenvolvimento da relação mãe-bebê de mulheres que apresentaram patologias obstétricas na gestação, cujos bebês foram internados logo após o parto, e a perspectiva dos profissionais de saúde, que cuidam destes bebês na UTI neonatal, sobre o desenvolvimento dessa relação.

- A minha participação consistirá em participar de uma entrevista de 40 minutos à 1h de duração.

- As informações da entrevista somente serão usadas na pesquisa.

- Meu nome não aparecerá em momento algum e a minha participação poderá não trazer benefícios diretos a mim, enquanto entrevistada deste estudo.

- Durante a pesquisa poderei ter lembranças e emoções que talvez não goste de lembrar e sentir e se quiser poderei ser encaminhada ao serviço de psicologia do CAISM se a pesquisadora achar necessário.

- Poderei recusar responder perguntas e a desistir de participar do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a tratamentos em andamento no CAISM ou que venham a ocorrer.

- Autorizo a gravação da entrevista, que somente será usada para pesquisa.

-Tenho liberdade de a qualquer momento pedir novos esclarecimentos e informações. Precisando fazer algum comentário ou esclarecer uma dúvida, posso ligar para a pesquisadora Camila Fleury pelo telefone (19) 3252-4608. Fica também a disposição o telefone (19) 3521-8936 do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM no horário comercial, em caso de reclamações ou dúvidas.

Livre e espontaneamente concordo em participar da pesquisa e autorizo que o material da entrevista seja usado no estudo.

Campinas, ____ de _____ de 2013.

Participante do Estudo

Pesquisadora: Camila Fleury

8.6. Anexo 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais de saúde

Projeto: “Desenvolvimento da relação mãe-filho em unidade de cuidados intermediários neonatais após gravidez de alto-risco - Estudo clínico-qualitativo”

Pesquisadora responsável: Camila Fleury

Nome do(a) Participante: _____

RG: _____

Fui convidado(a) a participar da pesquisa acima mencionada e informado(a) que:

- A pesquisa tem por objetivo estudar o desenvolvimento da relação mãe-bebê de mulheres que apresentaram patologias obstétricas na gestação, cujos bebês foram internados logo após o parto, e a perspectiva dos profissionais de saúde, que cuidam destes bebês na UTI neonatal, sobre o desenvolvimento dessa relação.

- A minha participação consistirá em participar de uma entrevista de duração de 40 minutos a 1h.

- Autorizo a gravação da entrevista.

- As informações da entrevista somente serão usadas na pesquisa.

- Meu nome não aparecerá em momento algum e a minha participação poderá não trazer benefícios diretos a mim, enquanto entrevistado(a) deste estudo.

- Durante a pesquisa sei que poderei ter lembranças e emoções que talvez não goste de lembrar e sentir e se quiser poderei ser encaminhado ao serviço de psicologia do CAISM se a pesquisadora achar necessário.

- Poderei recusar responder perguntas e desistir de participar do estudo em qualquer momento, sem prejuízo ao meu trabalho no CAISM.

- Tenho liberdade de a qualquer momento pedir novos esclarecimentos e informações. Precisando fazer algum comentário ou esclarecer uma dúvida, posso ligar para a pesquisadora Camila Fleury pelo telefone (19) 3252-4608. Fica também a disposição o telefone (19) 3521-8936 do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM no horário comercial, em caso de reclamações ou dúvidas.

Livre e espontaneamente concordo em participar da pesquisa e autorizo que o material da entrevista seja usado no estudo.

Campinas, _____ de _____ de 2012.

Participante do Estudo

Pesquisadora: Camila Fleury

Anexo 8.7 Parecer do Comitê de Ética



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 22/11/11
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 1202/2011 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 1103.0.146.000-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DESENVOLVIMENTO DA RELAÇÃO MÃE-FILHO NA UTI NEONATAL APÓS GESTAÇÃO DE ALTO-RISCO - ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Camila Fleury

INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/11/2011

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/11/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Estudar o desenvolvimento da relação mãe-bebê de mulheres que apresentaram patologias obstétricas na gestação, cujos RNs foram internados em UTI neonatal por um período não prolongado logo após o parto, e a perspectiva dos profissionais de saúde, que cuidam destes RNs, sobre o desenvolvimento dessa relação.

III – SUMÁRIO.

A amostra será composta de dois grupos de participantes. Um grupo será formado por mulheres que tiveram diagnóstico de síndrome hipertensiva ou diabetes gestacional na última gestação, cujos recém-nascidos necessitaram internação. O outro grupo será formado por profissionais de saúde que atuam nas Unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo neonatal. Serão utilizadas entrevistas semi-dirigidas com questões abertas que terão seu conteúdo gravado com autorização dos sujeitos participantes. As entrevistas serão realizadas durante o período de internação dos recém-nascidos. Será realizada a análise de conteúdo, através de leituras das entrevistas transcritas e identificação das unidades de sentido a partir das quais serão organizadas as categorias. A discussão/interpretação dos resultados será feita à luz da literatura sobre o tema, tendo como referencial teórico os conceitos psicanalíticos de Donald Winnicott sobre preocupação materna primária e holding.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

O projeto apresenta-se bem redigido, com metodologia adequada. Os critérios de inclusão, exclusão estão bem definidos. O tamanho amostral será definido segundo os pressupostos dos estudos qualitativos. Os pesquisadores estimam que serão estudados 20 mães e 20 profissionais de saúde. Os aspectos éticos estão detalhados no corpo do projeto. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido serão aplicados para ambos os grupos de sujeitos (mães e profissionais). O orçamento é apresentado em detalhes. Considero o projeto adequado atendendo, em todos os seus quesitos, à resolução 196/96 do CNS.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

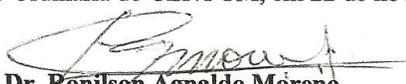
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de novembro de 2011.


Prof. Dr. Ronilson Agnaldo Moreno
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

