



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA**



JÉSSICA GABURRO DADALTO

**NÃO É UMA SIMPLES CONVERSA: A PERCEPÇÃO DO NEONATOLOGISTA AO
VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

**Rio de Janeiro
2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA**

JÉSSICA GABURRO DADALTO

**NÃO É UMA SIMPLES CONVERSA: A PERCEPÇÃO DO NEONATOLOGISTA AO
VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Barros da Cunha

Coorientador: Ms^a. Luciana Ferreira Monteiro

**Rio de Janeiro
2017.**

D12 Dadalto, Jéssica Gaburro
Não é uma simples conversa: a percepção do neonatologista ao vínculo mãe-babê / Jéssica Gaburro Dadalto -- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2017.
68 f. ; 31 cm.
Orientadora: Ana Cristina Barros da Cunha
Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Saúde Perinatal, 2017.
Referências bibliográficas: f. 53
1. Vínculo mãe-bebê. 2. Desenvolvimento Infantil.
3. Neonatologia. 4. Saúde Materno Infantil –
Monografia. I. Cunha, Ana Cristina Barros da. II. Monteiro, Luciana Ferreira. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. IV. Título.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA**



JÉSSICA GABURRO DADALTO

**NÃO É UMA SIMPLES CONVERSA: A PERCEPÇÃO DO NEONATOLOGISTA AO
VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em psicologia na Saúde Perinatal.

Aprovado em 07 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina Barros da Cunha

Ms^ª. Luciana Ferreira Monteiro

Cláudia Gomes Esteves

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus.

Aos meus pais e irmão que sempre estão ao meu lado, apoiando-me em decisões e fornecendo apoio em todos os momentos.

Aos meus avós, segundos pais, pelas contribuições à minha formação e aos valores transmitidos.

Aos meus familiares e amigos, que alegrarem-se junto comigo de forma contagiante sempre.

As minhas companheiras de república, que me descontraem após os dias de trabalho e que se tornaram importante ponto de apoio, acolhendo minhas angústias e alegrias ao longo desse trabalho.

Aos meus amigos de residência que me acolheram logo que cheguei ao Rio de Janeiro e dividiram comigo momentos que foram além dos muros institucionais.

As psicólogas da Maternidade-Escola, pela generosidade e contribuição por meio das preceptorias.

A todos os profissionais da Maternidade-Escola da UFRJ que me acolheram durante esses dois anos e me ajudaram direta e indiretamente durante a residência e para a realização deste trabalho.

A todos os neonatologistas que aceitaram participar desta pesquisa e dividiram comigo suas experiências.

As minhas orientadoras Ana Cristina Barros da Cunha e Luciana Ferreira Monteiro, pela paciência, acolhimento e contribuições a esse trabalho.

RESUMO

DADALTO, Jéssica Gaburro. **Não é uma simples conversa**: a percepção do neonatologista sobre o vínculo mãe-bebê. 2017. 68 f. TCR (Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal) - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Introdução: Com base na hipótese de que profissionais de saúde podem favorecer o vínculo mãe-bebê em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), as percepções dos médicos neonatologistas sobre sua prática assistencial será importante para a promoção da saúde materno-infantil. **Objetivo:** Investigar as percepções de médicos neonatologistas sobre sua prática a fim de discutir como estes profissionais percebem seu cuidado assistencial como medida de promoção do vínculo materno e do desenvolvimento infantil. **Método:** Com base em um desenho qualitativo descritivo, o estudo foi realizado com 16 neonatologistas que trabalharam na UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ de junho de 2016 a julho de 2016. Os relatos verbais de todos participantes foram analisados com base na metodologia de análise de conteúdo de L. Bardin, com a qual foram obtidas as seguintes categorias: a) Importância do vínculo mãe-bebê; b) Função do neonatologista; c) Atendimento à família; d) Interferências na assistência médica. **Resultados e discussão:** Os resultados evidenciaram que os neonatologistas apresentam diferentes percepções sobre a importância do vínculo mãe-bebê, sendo ainda pouco percebido esse vínculo como fundamental para o desenvolvimento infantil. Observou-se que os neonatologista reconhecem que eles devem apoiar o vínculo mãe-bebê por meio de informações claras. Além disso, eles acreditam que a assistência deve ser voltada para minimizar o sofrimento familiar. Mesmo que sua prática não tenha sido relacionada diretamente com a promoção do vínculo mãe-bebê ou com o desenvolvimento infantil, eles reconhecem que têm um impacto significativo para ambos. Finalmente, apontaram alguns fatores que interferem em sua assistência, como os aspectos de instituição e as características de família e profissional. **Considerações finais:** Conclui-se como importante que os neonatologistas reconheçam sua função como facilitadores do vínculo mãe-bebê, assim como sobre a importância destes no processo de constituição psíquica daquele indivíduo que acabou de nascer prematuramente, com vistas a prevenir repercussões negativas para o desenvolvimento integral do bebê.

Palavras-chaves: Vínculo Mãe-Bebê. Desenvolvimento Infantil. Neonatologia.

ABSTRACT

DADALTO, Jessica Gaburro. **It is not a simple conversation**: the neonatologist's perception about the mother-baby bond. 2017. 68 f. TCR (Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal) - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola of Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Introduction: Based on the hypothesis that health professionals can promote the mother-baby attachment at the Neonatal Intensive Care Units (NICUs), perceptions of neonatologists about their assistance are important to investigate because they can promote maternal health and infant development. **Objective:** Investigate perceptions of neonatologists about their assistance in order to discuss if they perceive their assistance as a toll to promote the infant-maternal attachment and child development. **Method:** Based on a descriptive qualitative design, the study was conducted with 16 neonatologists who worked at the NICU of Maternidade-escola of UFRJ from June 2016 to July 2016. All of them were interviewed and their verbal reports were analyzed based on Bardin methodology of content analysis using the followed categories: a) Importance of mother-baby attachment; b) Role of neonatologists; c) Attending the family; e d) Interferences to medical assistance. **Results and Discussion:** Our findings suggest that neonatologists showed different perceptions regarding the importance of mother-child attachment. They perceived the mother-child attachment is important to the child development. It was observed that neonatologists recognized that they must support the mother-baby attachment by clear information. In addition, they believed that their assistance should be minimize the family suffering. Even though their practice do not relate directly to the promoting mother-child attachment or child development, they accept that it has significant impact for both. Finally, they pointed out some factors that interfere in their assistance, like the aspects of institution and the characteristics of family and professional. **Conclusion:** We concluded that it is important to study the neonatologist perceptions and its repercussions for their assistance and the mother-infant attachment. All of this is important for the process of psychic constitution of premature infant, and can prevent negative outcomes to the child development.

Keyword: Mother-baby attachment. Child Development. Neonatologist.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	07
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	Relação médico-paciente: possibilidades e efeitos.....	10
2.1.1	O estabelecimento de confiança por meio da comunicação.....	10
2.1.2	A relação médico paciente como parte do tratamento	11
2.2	Saber e Prática Médica.....	14
2.2.1	O Saber Médico e suas implicações.....	14
2.2.2	“Tudo ou nada”: o falar tudo diante da dificuldade	16
2.3	A Relação Mãe-Bebê e a função do médico no Contexto da UTI.....	18
2.3.1	Apego: A Relação Mãe-Bebê e suas Repercussões no Desenvolvimento.....	19
2.3.2	Mãe-Bebê na UTIN.....	21
2.3.3	O Neonatologista na Relação Mãe-Bebê	23
3	JUSTIFICATIVA.....	25
4	OBJETIVOS.....	25
4.1	Objetivo Geral.....	25
4.2	Objetivos Específicos	26
5	METODOLOGIA	27
5.1	Delineamento do Estudo	27
5.2	Local	28
5.3	Participantes	28
5.4	Instrumentos e Materiais.....	29
5.5	Procedimento	29
5.6	Processamento e Análise de Dados	30
5.7	Riscos e Benefícios.....	30
6	RESULTADOS - MANUSCRITO SUBMETIDO À REVISTA PAIDÉIA	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE A - roteiro de entrevista: a percepção e cuidado prestado pelo neonatologista na construção do vínculo mãe-bebê	61
	APÊNDICE B - termo de livre consentimento e esclarecimento.....	62
	APÊNDICE C – parecer consubstanciado do cep	64

1 APRESENTAÇÃO

O bebê estabelece com o adulto humano uma relação de dependência inicial. Nessa relação, o adulto mantém a vida do bebê e também transmite elementos simbólicos que o introduzirão no contexto humano (MATHELIN, 1999). Sendo assim, essa dependência é fundamental para a manutenção da sua vida física (CULLERE-CRESPIN, 2004) e para o seu desenvolvimento psíquico (MATHELIN, 1999). Ciente da importância de que um humano ocupe esse lugar para com o bebê, Cullere-Crespin (2004) e Mathelin (1999) valorizam a mãe como viabilizadora do desenvolvimento físico e psíquico da criança.

Bowlby (2006) também valoriza a figura da mãe e considera fundamental ao desenvolvimento infantil, que o bebê tenha com quem estabelecer uma relação afetiva, de forma íntima e contínua. Essa relação afetiva, que se dá entre ela e o bebê, é conceituada por Bowlby (2002) como “apego”, sendo marcado pela busca do bebê e da mãe em se manterem próximos. A manutenção do interesse da mãe em investir e participar do desenvolvimento de seu filho, tal como a busca dessa pela mãe é favorecida por meio do cuidado contínuo. Essa continuidade, portanto, repercute no bebê e também na mãe, que precisa sentir-se pertencente ao seu filho. (BOWLBY, 2006).

A relação mãe-bebê torna-se ainda mais complexa quando permeada por adversidades, como a internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN. Para a mãe, esse contexto de internação implica na divisão de tarefas. A mesma se encontra dividida entre os cuidar do filho internado, e sua vida externa aos muros institucionais (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Para Beltrami; Moraes e Souza (2014) a mãe que está inserida nesse contexto apresenta dificuldade de reconhecer-se como tal, o que propicia que a mesma não estabeleça com seu filho eixos básicos de relacionamento, como a identificação do que o bebê quer, o uso de uma linguagem particular e a troca de olhares.

Segundo Laznik (2013) é necessária à construção de diálogo com os médicos que cuidam dessas crianças, alertando-os sobre algo que não é incluído em sua formação, a instauração dos processos psíquicos. Isso porque, para a autora, o tratamento médico vai além da manutenção do corpo do bebê, sendo também função do médico o cuidado ao desenvolvimento psíquico por meio da prevenção e intervenção no laço pais-criança. Nesse sentido, Mathelin (1999) afirma que:

Nossa convicção hoje é que a hospitalização não é obrigatoriamente fonte de complicações psicológicas para o bebê, mas pode, ao contrário permitir – contando que estejamos à escuta da família tanto quanto à escuta dele – salvar não só a pele de uma criança, mas também “sua pele psíquica”; é nisso que o papel da unidade, para além dos cuidados, é essencial (MATHELIN, 1999, p.26)

Apesar da função de favorecer o vínculo ser próprio de toda a equipe, essa tarefa assume para o médico um peso diferente, tendo em vista que é o médico quem guarda o suposto conhecimento capaz de garantir a cura (BATTIKHA; CARVALHO; KOLPELMAN 2014). O discurso médico pode interferir nas representações inconscientes que os pais têm do seu bebê, repercutindo na forma como eles se direcionam para o filho e interpretam as respostas do seu bebê, ainda que precocemente (CABASSU, 1997). É preciso que o médico inclua na sua prática a compreensão de que a sua palavra, mais do que a de qualquer outro profissional, tem interferências reais na vida dessa família e do bebê.

O interesse pelo papel do médico no favorecimento do vínculo mãe-bebê surgiu a partir da minha experiência ainda como acadêmica de psicologia, onde tive meu primeiro contato com a área hospitalar. Em estágio no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo, onde pude acompanhar os desafios das mães para se aproximarem de seus filhos e se constituírem mães dentro dos limites normativos da Unidade de Terapia Intensiva. Nesse cenário era comum notar o quão determinante o discurso do médico era para as mães, discurso esse que interferia no nível de investimento emocional que elas direcionavam aos seus filhos. Como psicóloga residente na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, deparei-me novamente com o desafio da aproximação entre família e bebê no contexto de internação. Foi na vivência cotidiana dessas situações que emergiu mais fortemente a questão do papel do médico nessa relação. Partindo da literatura e da observação empírica que apontam para o discurso do médico como capaz de aproximar afetivamente a família e o bebê, situa-se a importância de se questionar se o médico percebe sua importância nessa dinâmica e como reconheceria e desempenharia essa função na assistência.

Diante da função atribuída ao médico de favorecer o vínculo mãe-bebê, o presente estudo teve como objetivo investigar percepções e crenças de médicos neonatologistas sobre sua prática em UTIN a fim de compreender como estes profissionais percebem a sua função e a sua assistência as mães de bebês pré-termos. Para alcançar esse objetivo, essa pesquisa estruturou-se inicialmente em uma revisão de literatura acerca das concepções teóricas sobre o desenvolvimento do bebê na relação afetiva com sua mãe. Também foram revisadas as condutas assistenciais que podem favorecer o vínculo mãe-bebê e quais as particularidades da

atuação do neonatologista no exercício dessa função. A partir disso planejou-se uma pesquisa qualitativa com delineamento descritivo-exploratório, que foi realizada no período de junho e julho de 2016 com 16 médicos neonatologistas que prestam serviço na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Maternidade-Escola da UFRJ, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Por fim, a pesquisa apresenta em seus resultados a produção de um artigo realizado a partir dos dados coletados e que foi submetido à Revista Paidéia (Qualis A1 para a área de Psicologia). No artigo são apresentados os resultados e discussões que se entrelaçam com o referencial teórico adotado e a escassa pesquisa encontrada sobre o assunto. As considerações finais propõem refletir sobre o material produzido, apresentando as relevâncias, limitações e sugestões produzidas pelo estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Relação médico-paciente: possibilidades e efeitos

2.1.1 O estabelecimento de confiança por meio da comunicação

Os avanços tecnológicos em Neonatologia ampliaram o conhecimento sobre os recém-nascidos, permitindo diversas possibilidades de diagnóstico e tratamento (YEE; ROSS, 2006). Nesse cenário de ampliação dos cuidados técnicos é viabilizada a redução da morbimortalidade neonatal e o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos (SANTOS, 2008; SHAHHEIDAIRE; HOMER, 2012).

Lugarinho et al. (2016) destacam que as melhorias na qualidade dos tratamentos médicos e a complexidade dos mesmos ampliam as discussões sobre a prática médica e sobre os limites terapêuticos, convocando os profissionais a desenvolverem a habilidade de comunicação com seus pacientes. A habilidade de se comunicar é fundamental e indispensável à atuação do médico (GONZALEZ; BRANCO, 2012; MOORE; GÓMEZ; KURTZ, 2012), visto que o ato de informar aos familiares e os outros membros da equipe sobre o quadro clínico do paciente e a responsabilidade sobre seu tratamento são atribuições do médico (MORITZ, 2007).

Cruz (2012) defende a comunicação eficaz como principal via do estabelecimento de confiança entre médico e paciente. Para o autor, a comunicação inclui a escuta das histórias e do paciente, a valorização das expressões emocionais e a transmissão do diagnóstico e possibilidades de tratamento, usando de linguagem ajustada à capacidade de compreensão do paciente. A comunicação é retratada aqui no encontro da informação técnica e da capacidade de lidar com os aspectos emocionais que os envolvem, estabelecendo na mediação desses um laço de confiança entre médico e paciente. Compreender a comunicação nesse sentido favorece a gestão do contexto e das dificuldades vivenciadas pelos pacientes e familiares, ocasionando alívio ao sofrimento (WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2014).

De acordo com Pardo e Lombarte (1995) a confiança posta no médico é capaz de eliminar as barreiras de comunicação e de sustentar a adesão ao tratamento. Para que essa relação se solidifique e o tratamento seja viabilizado, os autores compreendem a necessidade de que o médico se faça sensível à vivência do paciente, incluindo o sofrimento do mesmo na

consulta. Ainda segundo os autores, a confiança e o acolhimento do médico ao que o paciente sente permite que o mesmo se expunha e fale de suas preocupações. A comunicação pautada em confiança é, portanto, fundamental para que o médico consiga acessar o paciente de forma global, favorecendo o enfrentamento da doença e do sofrimento atrelado a esta.

Além da vertente emocional, faz-se necessário compreender a comunicação em seu sentido amplo, envolvendo também os aspectos não verbais. Para Puggina et al. (2014) a capacidade de perceber minúcias presentes na comunicação verbal e não verbal - gestos e expressões - é de suma importância para a melhora da assistência prestada, sendo necessário que a equipe fique atenta a essas manifestações a fim de acolher de forma adequada.

2.1.2 A relação médico paciente como parte do tratamento

Como abordado anteriormente, o estabelecimento de confiança entre médico e paciente, a comunicação clara do diagnóstico e vias de tratamentos, a sensibilidade às formas como o paciente interage e vivência o contexto, situam-se como parte do tratamento que e facilitam a adesão trazendo efeitos imediatos ao paciente (CRUZ, 2012).

Ao propor a conceituação do “médico como fármaco”, Balint (1984) fomenta a compreensão de que o médico pode trazer efeitos imediatos, situando que a forma como o médico se oferece e propicia o ambiente apresenta repercussões terapêuticas. Nesse sentido, o médico pode ser compreendido não só como o que medica, mas ele próprio seria um medicamento.

Segundo o autor, o paciente tende a procurar o médico quando o corpo apresenta alterações. A resposta do médico frente à queixa do paciente é frequentemente a de solicitar exames. No entanto, muitas vezes, a real queixa não diz respeito ao sintoma em si, mas a outro incomodo que está atrelado a ele. Nesse ponto o autor valoriza que o que se manifesta no corpo e aparece como queixa de uma patologia física compreende uma série de outros aspectos sociais e psicológicos, que podem, inclusive, servir de causa e de fomentação da problemática.

Villar (2009) explana sobre esse sintoma considerando-o como um código usado pelo paciente que indica não só o estado corporal, mas revela como o mesmo se sente e se preocupa. Sendo assim, o corporal e o psicológico não anulam um ao outro, estando o sintoma atrelado a esses dois aspectos. Quando compreende que o sintoma não se limita ao corpo, o

médico pode ter novas atitudes frente à doença (BALINT, 1984). Na escuta do paciente, pode ajudá-lo a perceber que sua queixa está ligada a uma dificuldade que não é só física, ajudando o paciente a se reorganizar de forma ampla.

Gill (1986) também valoriza que a queixa do paciente vai além do que é revelado de imediato e que a posição do médico frente a essa queixa terá repercussões no tratamento. Retoma, em meio a essa constatação, a técnica do “flash” descrita por Enid Balint (1986). Esse autor considera o “flash” um episódio que pode se dar durante o atendimento, em que o médico consegue compreender a queixa implícita do paciente e compartilha com o mesmo suas observações. Esse compartilhamento de observações feitas pelo médico abre ao paciente um espaço de fala, em que ele pode dizer sobre o que está vivenciando. O uso dessa compreensão e compartilhamento de observações favorece que questões atreladas à problemática sejam vistas e modificadas e contribui também para solidificação da relação médico-paciente (BALINT, 1986; GILL, 1986).

Maldonado e Canella (1988) também adentram as discussões do médico como instrumento de potencial terapêutico e propõem que, para além da observação do que está implícito, o mesmo precisa estar sensível às expectativas que envolvem o atendimento. Compreendendo que suas expectativas e as do paciente podem ser distintas. Incluir na condução do atendimento a identificação do que está implícito na queixa do paciente e das diferentes expectativas, viabiliza a formação de uma relação de confiança e segurança entre médico e paciente, o que sustenta o tratamento e interfere na eficácia do mesmo. Essa compreensão dos autores revela a relação médico-paciente como algo primordial na adesão ao tratamento e para o tratamento em si.

Vale destacar, portanto, que a queixa do paciente e a forma como ele se posiciona frente ao seu tratamento, mesmo que descritos como fonte de sofrimento, podem ser também fontes de satisfação. A queixa de que seu filho prematuro não está sendo bem cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva, por exemplo, pode por outro lado gerar satisfação aos pais que ao se sentirem responsáveis pela condição de prematuridade de seu filho, veem nessa posição queixosa a possibilidade de perceberem bons pais, que zelam pelo tratamento do filho. Se nesse contexto encontra um médico que percebe essa dinâmica, talvez ele consiga acolher esses pais e estabelecer com eles uma relação de confiança. É pautado nessa confiança que o paciente irá suportar o que esse médico tem a dizer e também o médico poderá ir contra a queixa do paciente sem ser rechaçado.

Pensar essa assistência, na forma como foi exposto acima, apresenta dificuldades no ambiente hospitalar. De acordo com Fernandes (1993) o ambiente hospitalar é marcado pela

predominância dos aspectos anatômicos e fisiológicos. O foco não estaria voltado, nesse sentido, para que o médico seja acolhedor, mas para que cuide das demandas apresentadas de forma eficaz. Nesse campo a subjetividade fica em segundo plano, sendo importante à existência de uma equipe com diferentes especialidades, a fim de ampliar o olhar sobre o indivíduo, cabendo ao médico reconhecer a delimitação do seu cuidado e aceitar-se como membro de uma equipe.

A relação médico-paciente não se reduz a uma dualidade, em que de um lado está o paciente e do outro o médico, ambos com dificuldades e facilidades particulares de cada um. Zimerman (1992) situa que a atualidade vivência essa relação dentro do “modelo de polígono”. Esse modelo proposto pelo autor rompe com a perspectiva de uma relação de duas partes - médico e paciente – propondo que essa relação é perpassada pelos familiares, pela instituição, por todos os profissionais que envolvem o cuidado, pela sociedade como um todo e até mesmo pela relação consigo mesmo.

Dentre esses atores, a instituição, local onde essa relação se faz e espaço onde se vivenciam diversos sentimentos, não pode ser desconsiderada ao discutir relação médico-paciente (PARDO; LOMBARTE, 1995). Com sua ideologia, a instituição normatiza e controla a relação médico-paciente, influenciando na assistência prestada e podendo ser favorável ou não ao estabelecimento dessa relação (MALDONADO; CANELLA, 1988). Para Baronio e Pecora (2015), a relação de confiança do paciente com própria instituição interfere na sua relação com o médico, podendo favorecer a interação dos mesmos.

No contexto da neonatologia, Roseiro e Paula (2015), em pesquisa com uma equipe multiprofissional, constataram que apesar de haver satisfação da equipe na realização do seu trabalho, há dificuldades relacionadas às condições dos serviços de saúde. Em estudo realizado por Rocha; Souza e Teixeira (2015) com médicos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, no estado do Rio de Janeiro, foram constatadas queixas acerca do ambiente de trabalho que apresenta confinamento e tensão com a cobrança de resultados e possibilidade de morte dos pacientes. Aos médicos também foi constatado acúmulo de funções dentro da instituição e sobrecarga em relação à quantidade de empregos e de carga horária. A condição de trabalho no contexto de UTIN também é retratada por Baasch e Laner (2011) que a denominam como unidades críticas, onde se trabalha com situações de emergência, com tempos prolongados de internação e com o constante risco de morte. Para os autores a dificuldade desse contexto compreende também a existência de um sofrimento do trabalhador em ver o sofrimento da família do paciente.

Os estudos supracitados contribuem para a compreensão de que as normas e expectativas impostas pelo contexto institucional e social afetam os profissionais de saúde. Condizendo com o “modelo do polígono” de Zimerman (1992), pacientes e médicos se encontram em um espaço regido por múltiplas interferências que afetam as atitudes para consigo mesmo e com o outro, repercutindo, portanto, na relação médico-paciente. Faz-se importante reconhecer essa relação em sua complexidade, a fim de manejar as fragilidades presentes e propiciar a construção de uma relação de confiança e respeito fundamental ao tratamento dentro do espaço institucional.

2.2 Saber e Prática Médica

O capítulo anterior aborda a valorização da relação médico-paciente em decorrência dos avanços tecnológicos obtidos. Destacando que essa relação envolve diferentes expectativas que, quando reconhecidas e incluídas na abordagem médica, potencializam o atendimento e tratamento.

Nesse capítulo nos deteremos a aspectos relevantes ao manejo da relação médico-paciente. Como ponto inicial, abordaremos a suposição de que o médico é detentor de um saber onipotente, sendo esse imperativo e indispensável à relação. Reconhecida à importância dessa suposição de saber, bem como as dificuldades e facilidades dessa relação, pretendemos pensar essas questões no contexto particular das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN.

2.2.1 O Saber Médico e suas implicações

A relação médico-paciente envolve expectativas que podem ser compreendidas através das condições em que emerge a medicina e a figura do médico. Nas sociedades tribais o sacerdote apresentava entre suas atribuições a de cura aos doentes, sendo sua figura situada no limiar dos deuses e dos mortais (HOIRISCH, 1992). Segundo Zimerman (1992), a arte médica já era representada nesse período histórico pela figura mística do sacerdote e apenas institucionalizou-se como ciência a partir do século XIX. A figura do médico, por sua vez, não deixou de ser associada a esse misticismo na sociedade contemporânea, sendo ponto de crítica pelos médicos que se sentem exigidos a ocupar esse papel e ao mesmo tempo um

aspecto identificatório, uma vez que apresentam discursos condizentes com esse lugar (ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015).

Nesse enlace que se faz do médico como Deus e cientista, supõe-se que ele seja portador de um saber ilimitado. A relação existente entre médico e paciente é, portanto, permeada por uma fantasia de onipotência, compartilhada pela dupla, em que um é o que salva e o outro quem quer ser salvo (BASTOS, 2006). É nessa suposição do paciente de que o médico tem o saber que irá curá-lo que se fundamentam as relações emocionais que ligam o médico ao paciente, podendo apresentar-se em caráter afetuoso ou hostil (BERTOLDI; FOLBERG; MANFROI, 2013).

Esse aspecto emocional que envolve a relação médico-paciente foi conceituado como “transferência” por Freud e tornou-se ponto relevante em seus estudos. Para Freud (2006) as combinações de disposições inatas e de vivências da primeira infância viabilizam que cada indivíduo crie para si uma espécie de modelo de como se conduzir na vida amorosa. Nesse sentido, as atitudes frente à outra pessoa são embasadas por ideias antecipatórias acerca de quem seria aquele indivíduo, levando em conta os modelos inconscientes.

Como dito anteriormente, na relação médico-paciente, o médico já tem uma marca social que faz com que o paciente pressuponha nele algo como, por exemplo, a cura. Frente aos modelos que cada um dispõe para se conduzir em suas relações e as circunstâncias que marcam o encontro com o médico, à transferência irá emergir. Segundo Freud (2006), dessa relação surge atitudes que podem ser hostis ou amistosas. Uma relação amistosa, dedicada e de confiança, no cenário médico, por exemplo, pode facilitar que o paciente se exponha e seja sincero favorecendo o tratamento. Por outro lado, segundo o autor, a transferência pode se dar de forma negativa, que se apresenta por meio de sentimentos hostis e de amor, que dificultam o tratamento. Nessa relação, também o médico é perpassado por sua própria transferência em relação ao paciente. É importante que o médico esteja atento a sua própria transferência, para que essa não seja empecilho ao tratamento.

Faz-se importante destacar que, por vezes, o paciente se sente mal com seu sintoma, vivenciando com angústia o mesmo. Entretanto, há um ganho secundário com o sintoma e o paciente não necessariamente busca a efetividade do tratamento. Sua demanda é uma demanda de amor e nesse sentido irá buscar um médico que conhece e com quem tenha conseguido estabelecer uma relação de cumplicidade. O médico por sua vez, avaliará esse paciente por meio de suas experiências profissionais e pessoais, o que propiciará maior facilidade ou dificuldade à gestão da queixa do paciente. Essas vivências permitem ao médico ser mais assertivo ou não, e acabam por determinar seu modelo de consulta (VILLAR, 2009).

Diante dessa delicada relação em que o paciente se vê impotente e que supõe na figura do médico um saber ilimitado, os pacientes solicitam constantemente o médico, desejando uma disponibilidade incondicional em atendê-lo (BATTIKHA; CARVALHO; KOPELMAN, 2014). Nessa relação o médico confronta-se com sua própria frustração de não saber e não poder deter todo o conhecimento. A impotência do médico diante da impossibilidade de cumprir o seu papel de curar o aflige emocionalmente e pode levar a criação de estratégias defensivas para lidar com o sofrimento alheio (BASTOS, 2006). Há também, nessa limitação, o sofrimento por parte do próprio médico que se vê fragilizado e impotente, sem conseguir atingir seu ideal de cura.

Nesse sentido, a consciência e demarcação dos limites terapêuticos é primordial para que o profissional consiga controlar a sua própria frustração. Moritz (2007) situa que, quando ao médico é difícil assumir esse não saber há em consequência dificuldades na interação e comunicação junto ao paciente. Assim defende que o médico precisa refletir o contexto que envolve o paciente e ele mesmo. O atendimento a esse paciente será facilitado, portanto, se o médico conseguir suportar essa limitação do conhecimento médico e os comportamentos de afetividade e hostilidade a ele lançado (BERTOLDI; FOLBERG; MANFROI, 2013).

Faz-se importante esclarecer que o reconhecimento da suposição da onipotência e dos limites pelo médico são importantes não apenas no favorecimento da sua assistência direta com o paciente. É no reconhecimento de seus limites e na compreensão de que não precisa dar conta de todas as problemáticas, que se abre ao médico a possibilidade de procurar um profissional de outra especialidade para ajudá-lo na assistência ao paciente (JUNQUEIRA et al, 2010). A ciência apresenta limites, e um atendimento que acolha o paciente proporciona efeitos que os medicamentos não conseguem propiciar (GARCIA DIAZ, 2006). Acolhimento esse que é função de todos os profissionais de saúde e se expressa por meio da atitude de estar junto ao paciente, incluindo-o nas decisões e o recebendo como um indivíduo social, biológico e psicológico (BRASIL, 2009)

2.2.2 “Tudo ou nada”: O Falar Tudo Diante da Dificuldade

Compreendido que a relação médico-paciente é perpassada pelo imaginário de um saber ilimitado e que a comunicação que se fará entre as partes apresenta caráter informacional e afetivo. Santos e Silva (2006) consideram que o profissional de saúde ajusta sua postura profissional e a forma de transmitir informações de modo particular em cada caso.

O ajuste aqui tratado como relevante, diz respeito ao julgamento do que deve ser falado e como deve ser falado. Segundo Battikha; Carvalho e Kopelman (2014) a dificuldade de transmitir informações diz respeito principalmente ao julgamento do que deve ser dito e não ao ajuste da linguagem técnica. Por falta de formação técnica voltada para comunicação com o paciente e envolvidos pelo receio de causarem sofrimento, os médicos podem ter dificuldade de transmitir notícias, implicando em informações evasivas e desnecessárias (GARCIA DIAZ, 2006).

A reflexão por parte do médico de como a família tem lidado com o quadro clínico serve como facilitador da comunicação (SANTOS; SILVA, 2006, MORITZ, 2007). Moritz (2007) ainda destaca ser necessário que o médico reflita como ele próprio vivência essa situação. Desse modo a angústia situa-se também do lado do médico que não só se vê afetado pelo contexto do paciente, mas se percebe diante de uma medicina com limitações, que não possibilitam evitar e reparar todos os danos. (BATTIKHA; CARVALHO; KOPELMAN, 2014)

De certo modo, quando examinamos o nosso paciente não podemos evitar de examinar nossa própria pessoa, o que equivale a revelar nossas próprias ideias e nossos desejos sobre o que se deve fazer nessa situação particular (BALINT, 1984, p. 192)

O sofrimento do paciente tem repercussões no médico e, diante da dificuldade de lidar com as dificuldades que emergem dessa relação, muitas vezes o médico opta por se ausentar (BALINT, 1984). Essa ausência pode ser identificada também quando se faz uso de protocolos e se estabelecem rotinas de atividades sem a reflexão contextual, gerando uma atuação automática que não considera a subjetividade do profissional e do paciente. Portanto, nessa delicada relação, a forma como o médico irá se portar frente ao paciente, diz para o autor, não tanto das necessidades do paciente, mas das particularidades do próprio profissional. Ao considerar que o médico tem suas próprias crenças, dificuldades e afetos para com o paciente e, que a forma como vivência isso infere na sua conduta, faz-se importante que o médico reflita sobre si mesmo.

Battikha; Carvalho e Kopelman (2014) retratam algumas reflexões importantes acerca da relação médico-paciente. Um aspecto retratado pelos autores é a identificação do médico com o paciente. Se por um lado essa identificação viabiliza o tratamento, por outro lado pode mobilizar recursos de defesa, distanciando-se ou informando prognósticos ruins, como a morte, de forma rápida (BATTIKHA; CARVALHO; KOPELMAN, 2014). Os autores também apontam para a percepção de alguns médicos de que é preciso dizer tudo para

preparar e proteger os que estão envolvidos por seus cuidados, sem avaliar que aquilo que é dito pode ser demais para quem recebe a notícia. Por outro lado, os autores também constatam que alguns médicos, cientes de que a família pode não estar preparada para escutar o que se tem a dizer, informam aos poucos, permitindo que a cada elaboração um novo comunicado seja feito. No contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) essa conduta viabiliza a capacidade imaginativa e o investimento dos pais em seus filhos.

O tempo destaca-se como aspecto importante à elaboração das notícias (LUGARINHO, et al., 2016). Segundo Agman; Druon; Fichet (2011) é primordial ter cautela ao informar, não avançando com rapidez. Faz-se importante o espaço entre as informações, uma vez que dá a família um tempo de elaboração, de melhor expressão e moldagem das emoções.

Diante das informações médicas, é esperado que a escuta de um diagnóstico venha atrelada à angústia, dificultando a compreensão e implicando em um retorno frequente ao médico com as mesmas questões (BATTIKHA; CARVALHO; KOPELMAN, 2014). Tal insistência revela que há algo além da capacidade de explicação dos médicos. Há algo que só o tempo, como destacado por Lugarinho et al. (2016) será capaz de permitir.

2.3 A Relação Mãe-Bebê e a função do médico no Contexto da UTI

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal são unidades especializadas no tratamento de bebês que manifestam algum problema ao nascer ou que são acometidos pela prematuridade. Ciente disso, segundo Moreira e Bonfim (2003), as mesmas precisam, ser pensadas dentro de suas particularidades, que diferem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e adulta

Retratadas como ambientes tecnicistas (GARCIA DIAZ, 2006; WIGERT; HELLSTROM; BERG, 2008; BOSS et al. 2009; SHAHHEIDARI; HOMER, 2012; WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2013) as UTINs acolhem os pais em um ambiente inóspito e desconhecido. A equipe precisa se preocupar não só com a relação que irá estabelecer com a família do bebê e com o bebê em si, mas precisa estar atenta à interação que essa família irá construir com seu filho.

A questão que se coloca em relação à participação dos pais diz respeito a um trabalho conjunto entre bebês, progenitores e equipe. Esse trabalho é responsável pela construção do bebê do ponto de vista psíquico e biológico, isto é, pela sua

vontade de batalhar pela vida e de ser feliz (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003, p.59)

A equipe precisa lidar com uma mãe fragilizada emocionalmente e demandante de cuidado para ela e para o bebê. Segundo Scortegagna et al. (2005) a relação mãe-bebê apresenta particularidades na prematuridade, havendo a necessidade de que a equipe de saúde compreenda o desenvolvimento dessa relação e conheça os sinais desse processo interativo a fim de assegurar a qualidade de sobrevivência do bebê pré-termo. Boss et al. (2009) compreendem o neonatologista como habilitado tecnicamente para cuidar de recém-nascidos de alto risco. Porém, os autores alertam para o fato dos neonatologistas terem dificuldades em lidar com os aspectos emocionais e sociais aparentes dos familiares. Ciente disso, esse capítulo busca elucidar o processo interativo mãe-bebê e os indicadores de mensuração dessa relação vinculando esses aspectos à função médica.

2.3.1 Apego: A Relação Mãe-Bebê e suas Repercussões no Desenvolvimento

Interessado pelos efeitos que o rompimento da relação mãe-bebê pode acarretar ao desenvolvimento do bebê, o psiquiatra John Bowlby desenvolveu sua teoria acerca da formação dos vínculos afetivos, nomeada “Teoria do Apego” (DALBEM; DELL’AGLIO, 2005). Bowlby (2002) define o apego como um comportamento social de busca pela proximidade de uma figura de apoio com a finalidade de manter-se em segurança. Nos seres humanos não é imediato ao nascimento, tendo sua aparição no primeiro ano de vida.

Bowlby (2002) teoriza que o ser humano nasce ainda pouco desenvolvido para explorar o mundo, ainda não anda e sua forma de comunicação é bastante rudimentar. Sendo assim o comportamento de apego não se apresenta no ser humano no imediatismo do nascimento, mas irá se desenvolver junto à maturação do bebê. Para o autor, apesar da imaturidade inicial, há por parte do bebê respostas a estímulos sociais e a tentativa de interação e aproximação. O choro, o sorriso e o balbuciar são sinais sociais que chamam a mãe a aproximação e interação. À medida que a mãe responde a esses sinais esses se prolongam e a mantém por perto. Nesse primeiro momento é notória a importância de que seja a mãe que se aproxime, visto a imaturidade do seu filho. Nessa relação mãe-bebê o cuidado que a mãe presta ao filho influencia no desenvolvimento do seu comportamento de apego, mas a mesma também tem seu tipo de cuidado influenciado pela forma como a criança interage.

O apego é construído a partir do processo de ligação entre o bebê e a mãe; o recém nascido reage à atenção do cuidador com interesse especial, permitindo que se desenvolva o apego com aquele que lhe responde com aprovação, gratificação, proteção e estimulação adequada (SCORTEGAGNA et al., 2005, p. 62)

Faz-se fundamental ao desenvolvimento da criança que ela tenha com quem estabelecer uma relação afetiva, de forma íntima e contínua e que esta relação seja fonte de satisfação para ambas. Ambos precisam sentir que geram prazer um ao outro. Essa relação não é mensurada de acordo com o tempo de contato, mas em intensidade de prazer que a díade obtém (BOWLBY, 2006). A intensidade do comportamento de apego, para Bowlby (1906), é variável e modifica-se ao longo do dia contribuindo com a sensação do sentimento de segurança e com a aprendizagem do bebê. “Nenhuma forma de comportamento é acompanhada por sentimentos mais forte do que o comportamento de apego. As figuras para as quais ele é dirigido são amadas, e a chegada delas é saudada com alegria” (BOWLBY, 2002, p. 259).

Por meio de uma revisão sistemática a respeito da “Teoria do Apego”, Dalbem e Dell’Aglío (2005) traçam que o comportamento de apego presente na infância permite que se desenvolvam modelos internos de funcionamento. Esses modelos internos de funcionamento são representações mentais, percepções sobre como o indivíduo vê a si mesmo e interpreta o comportamento do outro. Essas representações, por sua vez, servirão de projeto e modelo, para o estabelecimento das relações futuras. A forma como a mãe relaciona-se com o seu filho desde o nascimento é, portanto, fundamental ao padrão de relacionamento que esse indivíduo irá apresentar ao longo da vida.

A relação do bebê com o seu cuidador também é abordada por Cullere-Crespin (2004). Para a autora, o processo de constituição psíquica do bebê forma é bastante complexo. Cullere-Crespin (2004) compreende que o bebê humano nasce dependente de outro indivíduo que garanta por meio dos cuidados básicos sua sobrevivência. Há nesse ponto a garantia de que haja uma sobrevivência do corpo, mas não há a garantia de que se dê um processo de humanização. Esse processo apenas pode se dar na interação com outro ser falante, que o insira na cultura e transmita ao bebê os elementos simbólicos em que o humano está submerso. Além de desejar a sobrevivência desse bebê. É nesse momento que a autora insere a importância da mãe, demarcando que a personagem maternal no contexto do nascimento humano é fundamental nessa garantia da vida não só biológica, mas psíquica. “[...]entre o adulto humano e o bebê de quem ele cuidou, produziu-se uma construção, uma relação

complexa, que preside o advento psíquico da criança, e que costumamos chamar de ‘o laço mãe/criança’ (CULLERE-CRESPIN, 2004, p. 20)

Para a autora supracitada, o bebê já é um ser relacional desde o período gestacional e essa relação que estabelece com outro humano situa-se como fundamental para o futuro, uma vez que as trocas das mães com os filhos, interferem no desenvolvimento dessa criança.

2.3.2 Mãe-Bebê na UTIN

Como retratado, a relação mãe-bebê tem repercussões importantes no desenvolvimento deste último, interferindo em aspectos físicos, psicológicos e cognitivos (GUERRA-RAMIREZ; MUNOZ, 2013). Em pesquisa realizada por Cassiano e Linhares (2015) comparando o comportamento interativo de crianças entre 18 e 36 meses, nascidas prematuras ou a termo, e suas mães. Constatou-se que na condição da prematuridade as mães demonstram menos respeito à autonomia da criança e essas por sua vez apresentam mais raiva e frustração. Segundo Cassiano e Linhares (2015) as somatórias desses fatores contribuem para interações de baixo desempenho e configuram risco ao desenvolvimento da criança, sendo importante o estabelecimento de medidas que apoiem as mães a atuarem como co-reguladoras do desenvolvimento de seus filhos, estimulando comportamentos ativos da mãe nos processos de interação.

Para Moreira, Braga e Morsch (2003) a relação entre os progenitores e seus filhos no contexto de internação também é vista com dificuldades, sendo marcadas por uma série de desencontros e sensações. Segundo as autoras a sensação de incompetência frente ao filho que se encontra internado e a percepção do filho como frágil situam-se como obstáculo ao estabelecimento de uma relação afetiva entre os mesmos. Há nessa relação à dificuldade de reconhecer-se enquanto mãe, dificuldade essa que, segundo Beltrami; Moraes e Souza (2014), propicia que a mesma não estabeleça algum eixo básico de relacionamento com seu filho. A identificação do que o bebê quer, o uso de uma linguagem particular e a troca de olhares são os que sofrem com mais frequência interferências. Sob essa perspectiva, a dificuldade na constituição da experiência materna, é um aspecto de risco ao desenvolvimento de bebê.

Vistas as repercussões da internação em UTI para o desenvolvimento do vínculo e a necessidade de ferramentas que auxiliem a equipe a notar de forma ordenada onde deve intervir, Santos (2008) buscou sistematizar as condutas vinculares presentes nesse contexto, na tentativa de detectar indícios precoces. Contribuindo na elaboração de intervenção pelos profissionais de saúde. Tal escala busca detectar riscos vinculares na relação mãe-bebê. A

mesma compreende mãe e bebê como ativos e pauta-se na observação da interação desses na presença da incubadora. Essa observação é dirigida por cinco funções: aproximação, corporal, visual, verbal e postural, que valorizam: a distância e posição de ambos na busca por manterem-se próximos, a forma como entram em contato corporal (seja pelo toque no bebê ou na incubadora), a troca de olhares e de comunicação verbal e o ajuste de proximidade que estabelecem durante o momento que estão juntos.

Guerra-Ramirez e Muñoz (2013) também trazem contribuições alertando que diferenças culturais podem interferir na avaliação dos comportamentos de risco. Segundo os autores deve-se estar atento à forma como se realiza a comunicação, observação e toque dentro das particularidades culturais. Os autores também referem que a mãe pode se sentir mais à vontade para relacionar-se com seu filho quando na presença do pai e quando em contato com alguma religião que reforça comportamentos de troca. Nesse mesmo sentido, a interação corporal, visual, vocal e facial são compreendidas por Scortegagna et al. (2005) como manifestações fundamentais ao processo interativo entre mãe e bebê. Para os autores o vínculo afetivo se faz por meio dessas modalidades de contato. Sendo assim, “Auxiliar a observar, reconhecer, compreender e responder adequadamente às informações e aos sinais do bebê em unidades intensivas é fundamental para o desenvolvimento inicial dessas relações e para o desenvolvimento futuro do bebê” (SCORTEGAGNA et al., 2005, p.69)

Nesse contexto, os pais tornam-se mais confiantes para realizar seus papéis parentais quando estabelecem comunicação com a equipe e são instigados a se aproximar de seu filho, envolvendo-se nos cuidados (OBEIDAT; BOND; CALLISTER, 2009). Ou seja, a forma como os pais são convidados a participar do cuidado dos filhos, é um aspecto importante no desenvolvimento do vínculo (WIGERT; HELLSTROM; BERG, 2008). Nessa relação o convite ao cuidado por parte da equipe encoraja os pais a se autorizarem a se aproximarem dos seus filhos fisicamente e emocionalmente, favorecendo o estabelecimento de vínculo afetivo com seu bebê (WIGERT; HELLSTROM; BERG, 2008; WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2014). Logo, quando a equipe recebe essa família, incluindo-a nos cuidados, instigando uma aproximação, gera nos pais um aumento da confiança de que são capazes de realizar seu papel parental (OBEIDAT; BOND; CALLISTER, 2009).

Essa percepção da relação equipe-família contribui para que seja atribuído aos profissionais dessas unidades a função de viabilizar a aproximação física e emocional dos pais e filhos, favorecendo o estabelecimento de uma relação afetiva e de cuidados com seus filhos (CAMILO, 2007; WIGERT; HELLSTROM; BERG, 2008; WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2013; WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2014). Essa viabilização se

faz por meio de informações, do convite ao cuidado prático, inserindo a família no ambiente da UTIN e via apoio emocional, acolhendo, estando disponível e colocando-se junto da família (CAMILO, 2007; MALDONADO, 1988).

Wigert; Dellenmark; Bry (2014) detalham que o acolhimento e uma postura de compaixão frente ao sofrimento da família contribuem para a percepção dos pais de que os profissionais também são afetados emocionalmente pelas condições clínicas do bebê, o que os humaniza frente aos pais, servindo de fonte de apoio.

2.3.3 O Neonatologista na Relação Mãe-Bebê

Dentre os membros da equipe, o médico é na percepção dos pais aquele que guarda o saber capaz de garantir a cura de seus filhos (BATTIKHA; CARVALHO; KOLPELMAN, 2014). O médico é, portanto, guardião de um discurso de peso, sendo sua palavra legitimadora. Segundo Cabassu (1997) o discurso pode interferir nas representações inconscientes que os pais têm de seu bebê e, portanto, interfere na forma como a mãe se direciona para seu filho e nas respostas do bebê ainda precocemente. Ou seja, a forma como o médico escuta e discursa pode modificar essa representação fixando uma impressão que repercute na relação familiar e no destino desse bebê, uma vez que essa relação é fundamental para o desenvolvimento físico e psíquico do bebê.

Laznik (2013, p. 47) também discute o efeito da palavra do médico sobre a relação familiar, considerando que “A óptica parental pode ser instaurada, ou mesmo modificada, pelo olhar que o próprio médico tem sobre o bebê”. Nesse sentido a forma como o médico vê e investe naquele bebê, interfere no olhar da família, que nesse momento de vulnerabilidade olha pelos olhos do profissional. Para a autora para que os médicos ajudem os pais a se aproximarem afetivamente de seus filhos eles precisam primeiro se deixar surpreender por esse bebê e ao olhar para esse como “reizinho” abre a possibilidade para que os pais se identifiquem com esse olhar do médico e também o olhem assim.

Para Junqueira et al. (2010), faz-se importante que o pediatra esteja atento a relação que se constrói entre os pais e o bebê, com a finalidade de intervir precocemente. A intervenção ainda precoce no laço que se estabelece entre pais e bebê é compreendida por Laznik (2013) como uma prevenção ao desenvolvimento de patologias mentais. O pediatra é apresentado, portando, a uma função que vai além da sua atribuição de cuidar e viabilizar o desenvolvimento do corpo do bebê, a de favorecer o desenvolvimento psíquico deste.

Lugarinho et al. (2016) questiona a possibilidade do ambiente da UTIN de dar suporte emocional e psíquico ao bebê, cumprindo uma função que vai além da função já internalizada de manter a sobrevivência física dos bebês. A preocupação de que o pediatra se aproprie da função de viabilizar o vínculo mãe-bebê e de intervir precocemente ao detectar sinais que reivindicam esse tipo de cuidado é preocupação desses autores, tal como os citados anteriormente: (JUNQUEIRA et al, 2010; DRUON, 1999; MATHELIN, 1999; AGMAN; DRUON; FRICHET, 2011; LAZNIK, 2013).

3 JUSTIFICATIVA

Considerando que a UTIN é um ambiente altamente tecnológico que reivindica um cuidado preciso devido à fragilidade dos bebês internados nesse espaço, a equipe, que se vê imersa nesse ambiente de instabilidade, necessita prestar sua assistência baseada na atenção e delicadeza na forma como lidar com o corpo frágil do bebê. Ciente das diversas tecnologias e instabilidades que atravessam a UTIN é inegável a busca da equipe por dominar e aperfeiçoar as habilidades técnicas a fim de garantir a sobrevivência dos bebês. O cuidado técnico, por sua vez, não se situa como a única preocupação da equipe, que precisa ainda lidar com famílias emocionalmente fragilizadas e constantemente demandantes de respostas e atenção.

Nesse cenário o desafio de comunicar assuntos delicados a essa família, como diagnósticos e prognósticos desfavoráveis, é função do médico. É no médico que a família supõe encontrar o saber que irá curar seus filhos. É por meio do discurso médico que a família poderá se permitir ver seu próprio filho e se aproximar dele, envolvendo-o com afeto e com o investimento emocional necessários para a cura e o desenvolvimento físico e mental infantil. O médico é, portanto, um importante viabilizador da relação mãe-bebê, visto que a percepção dele acerca do bebê e a forma como ele se dirige à família pode ser sentida pelos pais como uma autorização para eles próprios se aproximarem e zelarem por seus filhos.

Diante do exposto, estudos que investiguem os aspectos que se revelam no discurso do médico e que constitui a função desse profissional como promotor do vínculo mãe-bebê são relevantes. Logo, o presente estudo se justifica pela importância em se valorizar as percepções do neonatologista sobre a sua função e sua prática na UTIN, particularmente porque os significados deles sobre a mãe e seu bebê terão um papel organizado para suas experiências e modos de estabelecer um modelo de vida e atitudes (TURATO, 2005).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Frente ao reconhecimento da importância da mãe no desenvolvimento de seu filho e a função tão essencial atribuída ao médico de favorecer o vínculo pais-bebê através de um cuidado pautado nas preocupações acima expostas, o objetivo do presente estudo foi discutir

como médicos neonatologistas percebem seu cuidado assistencial como dispositivo de promoção do vínculo mãe-bebê e do desenvolvimento infantil precoce.

4.2 Objetivos específicos

Mais especificamente, buscou-se investigar as percepções de profissionais médicos que trabalhavam em UTIN sobre sua prática assistencial no cuidado ao bebê pré-termo e sua mãe. Para tal, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Identificar e analisar a percepção do médico acerca da sua função na construção do vínculo afetivo mãe-bebê e do exercício dessa função;
- 2) Identificar e analisar as condutas médicas consideradas favoráveis ou não para facilitar o vínculo mãe-bebê;
- 3) Propor reflexões para a construção de novas práticas médicas voltadas para a promoção do vínculo mãe-bebê e, conseqüentemente, para o desenvolvimento infantil.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com delineamento descritivo exploratório. Com base nos princípios da pesquisa qualitativa (MINAYO,2010), foram estudados os fenômenos de acordo com os objetivos acima estabelecidos. Pesquisas qualitativas são focadas nas experiências e percepções do sujeito de pesquisa, sendo esses dados alcançados por meio de entrevistas, documentos, observação e uso de material de áudio visual (CRESWELL, 2007). Fundamentalmente interpretativas e reflexivas, a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador entrar em contato com o sujeito de pesquisa de forma ampla, sendo munido de informações que o permite sustentar uma investigação científica do fenômeno.

Turato (2005) destaca ainda que a área da saúde tem se interessado cada vez mais por pesquisas desse tipo. Isso se faz porque as pesquisas qualitativas não se interessam pelo objeto de estudo em si, mas sim pelo significado que um indivíduo ou um grupo atribui a um fenômeno. De acordo com esse autor os significados atribuídos pelas pessoas têm um papel organizador nas condutas humanas porque dão contorno à vida dos humanos desde que são transmitidos culturalmente e organizam a dinâmica social. De acordo com Turato (2005) no campo da saúde é fundamental conhecer esses significados, os quais podem contribuir para o relacionamento profissionais-pacientes, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento e a compreensão dos sentimentos, ideias e comportamentos que atravessam todos os pesquisados.

Por sua vez, pesquisas descritivas e exploratórias são essenciais para construção de explicações científicas, sendo opção de pesquisadores preocupados com a atuação prática. Quanto a suas diferenciações, Gil (2002) alude que as pesquisas descritivas se preocupam com a descrição de determinada população, delineando-a e permitindo o estabelecimento de relação entre variáveis constatadas. Enquanto as pesquisas exploratórias se preocupam com a aquisição de maior familiaridade com o objeto de pesquisa, sendo importante no aprimoramento de ideias e na fundamentação de estudos posteriores.

5.2 Local

A Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro é uma unidade do Sistema Único de Saúde especializada em saúde perinatal e que oferece assistência em caráter ambulatorial e hospitalar. Nessa instituição encontra-se a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), local onde foi desenvolvida a pesquisa. A UTIN recebe bebês não aptos, segundo critérios médicos, a internação no Alojamento Conjunto. A assistência realizada pela equipe dessa unidade configura-se, assim como nos outros setores, de forma multiprofissional. Atentos as particularidades presentes neste ambiente, a equipe multiprofissional tem enfoque não apenas no prematuro, mas também à família e à forma como esses interagem com o bebê, tendo como uma das finalidades o preparo para um relacionamento futuro fora dos muros institucionais. Mesmo após a inserção do bebê no contexto diário da família, a atenção multiprofissional é continuada dando-se seguimento aos atendimentos no Ambulatório de *Follow-up*.

5.3 Participantes

Participaram da pesquisa 16 médicos intensivistas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Escola da UFRJ que realizam atendimento no período da semana (segunda feira a sexta feira) no turno diurno. Dos 16 médicos 3 exerciam a função de médico de rotina e 13 eram plantonistas. A escolha dos médicos que atendiam nesse período da semana apoia-se na constatação prática de que eles são os que passam a ter mais contato com os pais durante a internação, visto que o plantão noturno ocorre em períodos que os pais não estão presentes regularmente na UTI, assim como o final de semana apresenta particularidades institucionais que podem interferir no atendimento a família dos bebês pré-terms.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: a) ser médico neonatologista que atendia na UTIN-UFRJ de segunda a sexta no turno diurno; b) estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: a) ser médico residente; b) ser médico neonatologista do plantão noturno e dos finais de semana; c) não estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para garantia do sigilo os médicos que participaram da pesquisa foram identificados com uma numeração e as demais informações que permitiam a identificação dos participantes foram suprimidas.

5.4 Instrumentos e Materiais

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista aberto e semi estruturado elaborado especialmente para a pesquisa intitulado “*A percepção e cuidado prestado pelo neonatologista na construção do vínculo mãe-bebê*”. Esse roteiro teve como propósito coletar o relato verbal dos médicos participantes que permitisse identificar e analisar a percepção do neonatologista acerca do seu cuidado assistencial dirigido à díade mãe-bebê (APÊNDICE A).

O roteiro continha quatro perguntas disparadoras, que se desdobravam em outros questionamentos para explorar as respostas dos participantes. Para caracterização geral dos profissionais também foram registrados no início da entrevista dados pessoais e profissionais, como: sexo, idade, tempo de atuação em neonatologia, número de instituições em que trabalha e carga horária semanal.

5.5 Procedimento

Cabe esclarecer que este estudo é parte do projeto de pesquisa “Trajetórias desenvolvimentais” da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde”, e conta com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE n. 54895216.3.0000.5275, com data de 26 de outubro de 2016, APÊNDICE C). Após essa aprovação, subprojeto desse estudo foi apresentado a direção da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e aos médicos desse serviço, a fim de que fossem esclarecidos e convidados a participar aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo.

Autorizado o início da coleta de dados, esta foi realizada de forma individual com duração média de 18 minutos durante o período de 04/06/2016 a 18/07/2016. As entrevistas ocorreram durante o horário de serviço em momento previamente agendado com cada participante. Para coleta foram implementadas etapas na seguinte ordem:

- a) Apresentação da pesquisa aos neonatologistas no início de cada turno de trabalho, primeiro para o médico de rotina e posteriormente para os médicos plantonistas;
- b) Realização das entrevistas em sala privada do Setor de Psicologia, que foram agendadas anteriormente com os participantes ou de acordo com a disponibilidade do médico no momento da abordagem da pesquisadora;

Cabe destacar que o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B) foi apresentado para todos os participantes antes do convite para participar da pesquisa quando foi solicitada sua assinatura. Todas as entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas para a realização da análise de dados.

5.6 Processamento e Análise de Dados

Os relatos verbais obtidos na entrevista foram transcritos e analisados de acordo com a metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Esta metodologia consiste em decifrar o significado presente no discurso do emissor, utilizando da criação de categorias, onde são aglomerados palavras ou frases de sentido semelhante. Dessa forma, as categorias identificadas podem ser usadas para fim de pesquisa, uma vez que revelam a análise textual do que foi obtido por meio da entrevista. As seguintes categorias de análise foram elaboradas para análise dos relatos:

- a) “Importância do vínculo mãe-bebê”: relato verbal dos neonatologistas que se refere à percepção desses acerca de quais seriam as repercussões do vínculo e para quem estas se colocariam como importante;
- b) “Função do neonatologista”: relato verbal dos neonatologistas que se refere à compressão que possuem acerca da sua própria função no atendimento à família extensa e a mãe;
- c) “Atendimento à família”: relato verbal dos neonatologistas que sinalizam as condutas relevantes dos médicos em relação ao atendimento prestado à mãe e à família. Apresenta a forma como realizam seu atendimento e o que valorizam no momento de prestar assistência à família;
- d) “Interferências na assistência”: relato verbal dos neonatologistas acerca dos aspectos notados pelos mesmos como capazes de interferir na condução do atendimento à família.

5.7 Riscos e Benefícios

Buscou-se garantir o respeito a todos os procedimentos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos. Além disso, a pesquisa foi iniciada somente após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ, responsável pela avaliação e permissão de pesquisas nessa instituição.

Considerando que a metodologia de pesquisa não fez uso de métodos invasivos que ameaçasse a saúde e integridade de seus participantes, os riscos da pesquisa apresentaram-se em nível mínimo. Para assegurar a participação na pesquisa destaca-se que: a) os materiais utilizados foram apresentados de modo que os participantes se sentissem confortáveis em participar da pesquisa; b) A confidencialidade, privacidade e não estigmatização do participante foi afirmada antes da realização da coleta de dados, por meio de esclarecimentos que incluíram a utilização das gravações apenas para fins científicos; e c) foi assegurado aos participantes o sigilo e compromisso ético da pesquisa.

Em relação as contribuições da pesquisa, os benefícios para os profissionais se baseiam na reflexão acerca de sua atuação profissional proposta pelo estudo, a qual poderá servir de subsídio para futuras ações e intervenções. Esses benefícios envolvem também os familiares dos bebês pré-termos, que poderão receber suporte ainda mais ajustado aos desafios da relação prematura e da internação em UTIN. Nesse sentido, a pesquisa avança com benefícios para o próprio contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Escola da UFRJ, assim como para a comunidade científica como um todo, uma vez que sua produção científica irá ser apresentada em congressos e artigos, colaborando para ampliar as discussões em Saúde Perinatal.

6 RESULTADOS - MANUSCRITO SUBMETIDO À REVISTA PAIDÉIA

Não é uma simples conversa: Percepção do neonatologista sobre o vínculo mãe-bebê

It's not a simple conversation: Perception of neonatologists on the mother-baby attachment

No es sólo una conversación: la percepción del neonatólogo sobre el vínculo madre-bebé

RESUMO

Com base na hipótese de que profissionais de saúde podem favorecer o vínculo mãe-bebê em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), nosso objetivo foi investigar percepções de médicos neonatologistas sobre sua prática para discutir se eles percebem seu cuidado assistencial como recurso para o vínculo materno e desenvolvimento infantil. Baseado em um delineamento descritivo qualitativo, o estudo foi conduzido com 16 neonatologistas que trabalham na UTIN da Maternidade escola da UFRJ. Todos foram entrevistados individualmente e seus relatos foram analisados pela metodologia de análise de conteúdo de Bardin. Observou-se que favorecer o vínculo afetivo mãe-bebê, assim como a transmissão de informações, são atribuições que os neonatologistas reconhecem como sua função. Entretanto, nem todos percebem o vínculo afetivo relacionado ao desenvolvimento infantil futuro, enfocando a relação com a evolução imediata do bebê. Conclui-se como relevante sensibilizar neonatologistas sobre as repercussões de sua assistência para o vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento infantil.

Palavra-chave: Vínculo mãe-bebê. Desenvolvimento infantil. Neonatologista.

ABSTRACT

Based on the hypothesis that health professionals can promote the mother-baby attachment in Neonatal Intensive Care Units (NICUs), our objective was to investigate perceptions of neonatologists about their practice in order to discuss if they perceive their attending care as a resource for maternal attachment and child development. Based on a descriptive qualitative design, the study was conducted with 16 neonatologists who worked at the NICU of Maternidade-escola of UFRJ. All of them were interviewed and their verbal reports were analyzed based on Bardin methodology of content analysis. It was observed that the supporting mother-baby attachment, as well as the transmission of information, are

attributions that neonatologists recognize as their function. However, not all of them perceived the mother-baby attachment related to future child development, focusing on its relation with the immediate evolution of the baby. We concluded that it is important to sensitize neonatologists about the repercussions of their care on the mother-infant attachment and the child development.

Keyword: Mother-baby attachment. Child Development. Neonatologist

RESUMEN

Basado en la hipótesis de que profesionales de salud pueden favorecer el enlace madre-hijo en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), nuestro objetivo fue investigar las percepciones de los médicos neonatólogos sobre su práctica para discutir si ellos perciben su cuidados asistenciales como un recurso para el vínculo de la madre y el desarrollo del niño. Sobre la base de un dibujo descriptivo cualitativo, el estudio se realizó con 16 neonatólogos que trabajan en la UCIN de la Maternidad Escuela de UFRJ. Todos fueron entrevistados individualmente y sus informes se analizaron mediante la metodología de análisis de contenido de Bardin. Se observó que la promoción del vínculo afectivo entre madre y hijo, así como la transmisión de información, es una atribución de que los neonatólogos reconocen como su función. Sin embargo, no todos perciben el vínculo emocional relacionado con el futuro desarrollo de los niños, centrándose la relación con el desarrollo inmediato del bebé. La conclusión es que es pertinente sensibilizar los neonatólogos sobre el impacto de su asistencia para el vínculo madre-hijo y el desarrollo infantil.

Palabras clave: vínculo madre-hijo; desarrollo infantil; neonatólogo.

INTRODUÇÃO

A relação mãe-bebê e suas repercussões para o desenvolvimento físico e psicológico infantil é tema de estudo de diferentes autores, dentre eles J. Bowlby. Este autor compreende a relação afetiva da díade a partir do conceito de apego, ou seja, um comportamento sócio-afetivo de busca do indivíduo por uma figura de apoio ou apego com a finalidade de manter-se em segurança (BOWLBY, 2002). Na perspectiva da “Teoria do Apego” a principal premissa é de que as experiências compartilhadas desde o nascimento com a figura de apego formam as bases para o desenvolvimento sócio-emocional e, conseqüentemente, para a capacidade de envolver-se em relacionamentos futuros, uma vez que essa relação inicial organiza os sentimentos, comportamentos e pensamentos frente a outro indivíduo (BOWLBY, 1984/2002; SEMENSATO; BOSA, 2014). Embora seja considerado pela Teoria do apego que

o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial, a figura materna é um dos elementos principais que é visto por essa teoria como um dos fatores mais importante para a qualidade dos relacionamentos futuros do indivíduo (SIMÕES; FARATE; SOARES; DUARTE, 2013). Nesse sentido, problemáticas que afetem a constituição da experiência materna podem trazer riscos ao desenvolvimento do bebê (BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013).

Quando o nascimento é inesperado as mães podem vivenciar sentimentos de tristeza, frustração, impotência e culpa por verem suas expectativas frustradas (ANJOS; LEMOS, ANTUNES; ANDRADE; NASCIMENTO; CALDEIRA, 2012). Frente a um parto prematuro a mulher apresentará dificuldades em reconhecer-se como mãe, o que interfere na sua capacidade de identificar os sinais e necessidades do bebê, assim como de usar uma linguagem particular para comunicar-se e estabelecer uma interação afetiva com seu filho, por meio do olhar por exemplo (BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2014). Para Beltrami, Moraes e Souza (2013), estes aspectos são considerados eixos básicos do relacionamento mãe-filho e podem ser indicadores de risco ao desenvolvimento infantil. Igualmente para Cassiano e Linhares (2015), diferente do nascimento a termo, no caso da prematuridade pode ocorrer maior intrusividade materna, que configura risco ao desenvolvimento infantil por resultar em interações de baixo desempenho.

Ressalta-se ainda que a internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é mandatória na maioria dos casos de nascimentos prematuros, quando o contato entre a mãe e o bebê passa a ser mais restrito. Devido à fragilidade emocional parental diante do nascimento inesperado ou da necessidade urgente de uma internação em UTIN, os pais passam a estabelecer com a equipe uma relação de dependência, havendo a necessidade de se sentirem autorizados por ela para que invistam em uma relação de interação afetiva com seus filhos (WIGERT; DELLENMARK; BRY, 2013). Nestes casos, as mães, e também os pais, tornam-se mais confiantes para realizar seus papéis parentais quando estabelecem uma comunicação eficiente com a equipe e são instigados a se aproximar de seu filho e se envolver nos cuidados a ele (OBEIDAT; BOND; CALLISTER, 2009). Segundo Wigert, Hellstrom, e Berg (2008), a forma como os pais são convidados a participar do cuidado do bebê internado em UTIN é um aspecto importante para o desenvolvimento do vínculo afetivo entre eles e o filho. Para tal, a equipe profissional da UTIN pode assumir um importante papel de favorecer a aproximação física e emocional entre pais e filhos (WIGERT et al., 2013). Para Camilo (2007), a equipe profissional tem como função viabilizar que os pais estabeleçam uma relação afetiva e de cuidado com seus filhos, por meio de informações, apoio emocional, acolhimento e inserção da família naquele ambiente hospitalar.

Diante dos riscos iminentes ao desenvolvimento infantil e familiar que esta condição impõe, faz-se fundamental que a equipe esteja ciente do seu papel no processo de construção do vínculo afetivo entre pais e bebê, quando os médicos neonatologistas, por exemplo, devem se apropriar das condutas necessárias para favorecer esse processo no oferecimento de uma melhor assistência.

Para todo profissional de saúde é importante estabelecer uma comunicação que favoreça sua relação com o paciente. Para tal, a capacidade de comunicação, que pode ser compreendida como um conjunto de habilidades complexas aprendidas e aprimoradas na prática e ensino acadêmico é uma competência básica do médico (MOORE; GOMEZ; KURTZ, 2012; GONZÁLEZ; RODRIGUEZ, 2012). A comunicação médica ideal incluiria a capacidade de ouvir a história do paciente, deixando que o mesmo expresse suas preocupações para, depois então, transmitir o diagnóstico e as possibilidades de tratamento, sempre ajustando a linguagem profissional à capacidade de compreensão do paciente (CRUZ, 2012). Segundo Wigert, Dellenmark, e Bry (2014) a valorização do apoio emocional como parte da comunicação médico-paciente favorece a gestão do contexto e das dificuldades vivenciadas pelos pacientes e familiares, ocasionando alívio ao sofrimento típico de condições de prematuridade, por exemplo. A comunicação, nesses moldes, é uma das principais vias de estabelecimento de uma relação de confiança entre médico e paciente.

O médico é representado como o guardião de um discurso legitimador, visto que na percepção dos pais é ele quem guarda o conhecimento capaz de garantir a cura de seus filhos (BATTIKHA; CARVALHO; KOLPELMAN, 2014). O discurso médico pode, portanto, interferir nas representações inconscientes que os pais elaboram sobre seu bebê, as quais repercutirão na forma como eles se direcionam para o filho e interpretam as respostas dele, ainda que precocemente. Para Laznik (2013), a forma como o médico olha e investe no bebê interfere no olhar que os pais construirão, o qual legitimará as representações deles sobre esse filho. Logo, o discurso médico acaba por refletir na dinâmica simbólica familiar e influenciar as expectativas parentais sobre o futuro do bebê, quando os pais passam a olhar para o bebê através dos olhos do profissional (LAZNIK, 2013). Para aquela autora, ao se deixar surpreender por esse bebê e adotar um novo olhar sobre ele, os médicos fazem com que os pais também transformem suas representações sobre o filho. Isto faz com que os pais passem a se identificar com essa nova perspectiva de enxergar o bebê e se aproximem afetivamente de seus filhos.

Frente ao reconhecimento da importância da mãe no desenvolvimento do filho e a função tão essencial atribuída ao médico, ou seja, a de favorecer o vínculo pais-bebê através

de um cuidado pautado nas preocupações acima expostas, nosso objetivo voltou-se para o atendimento do neonatologista à mãe que acompanha seu filho internado em UTIN, buscando discutir como médicos neonatologistas percebem seu cuidado assistencial como dispositivo de promoção do vínculo mãe-bebê e do desenvolvimento infantil precoce. Mais especificamente, buscou-se investigar as percepções de profissionais médicos que trabalhavam em UTIN sobre sua prática assistencial no cuidado ao bebê pré-termo e sua mãe.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo com delineamento de pesquisa descritiva e exploratória. Vale destacar que os estudos qualitativos apresentam uma validade pautada no reconhecimento dos próprios sujeitos envolvidos na experiência investigada, os quais fornecem descrições e interpretações para aquela realidade com a qual eles vivenciam, se identificam e podem falar com propriedade, diferente dos estudos quantitativos que encontram sua potência na fidedignidade, confiabilidade e reprodutividade (TURATO, 2000). Assim, considera-se que o delineamento de pesquisa qualitativa adotado para o presente estudo contribuiu para que se pudesse compreender o fenômeno estudado (função do médico de UTIN na promoção do vínculo materno e do desenvolvimento infantil) segundo a perspectiva dos participantes da situação (médicos neonatologistas) como uma atividade investigativa que “posiciona o observador no mundo” por adotar práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível, ou seja, baseado nas representações (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A pesquisa foi realizada no período de junho e julho de 2016 com 16 médicos neonatologistas que prestam serviço na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Maternidade escola da UFRJ. Todos os participantes prestavam assistência direta aos bebês internados nessa unidade e também à mãe. Foram incluídos na pesquisa somente os médicos que realizavam plantão diurno de segunda a sexta-feira; tendo sido excluídos aqueles que realizavam plantão noturno e nos finais de semana, visto que nesses períodos a unidade apresenta particularidades em seu funcionamento que poderiam interferir na assistência e limitar o contato do médico com a mãe face ao menor número de profissionais, sobrecarga de funções e alterações no fluxo da UTIN.

Os neonatologistas entrevistados eram predominantemente do sexo feminino, havendo apenas um homem dentre os entrevistados. A idade média do grupo era de 37 anos, com variação de 30 a 50 anos de idade. Os participantes atuavam como neonatologista em uma média de 2 instituições, com 49 horas de carga horária semanal média. O tempo médio de

atuação em Neonatologia era de 14 anos. Como prática profissional, os participantes já trabalharam em média 14 anos na assistência em UTIN.

Todos foram entrevistados individualmente usando um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado, que foi elaborado especialmente pelas autoras com base no objetivo da pesquisa. O roteiro continha as quatro perguntas disparadoras a seguir, que foram exploradas durante a entrevista: 1) Qual a função do médico neonatologista na assistência ao binômio mãe-bebê?; 2) Descreva como você realiza o atendimento ao binômio mãe-bebê no contexto da UTIN?; 3) Como você avalia o seu atendimento à mãe nesse contexto da UTIN?; e 4) Que dificuldades e facilidades você identifica no atendimento à mãe do bebê internado em UTIN? As entrevistas, realizadas individualmente e em sala privada na própria instituição, foram agendadas com os participantes de acordo com a disponibilidade deles.

Cabe destacar que esse estudo faz parte do projeto “Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE n. 54895216.3.0000.5275). A coleta de dados foi iniciada somente após esta aprovação e da apresentação da proposta à direção do Serviço de Neonatologia. Todos assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, quando foram apresentados à proposta do estudo, aos procedimentos da pesquisa e aos cuidados éticos relativos ao sigilo das informações prestadas e à autorização para registro em áudio das entrevistas para posterior transcrição e análise.

Para análise dos relatos verbais dos entrevistados foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo de L. Bardin (1977). Esta metodologia consiste em decifrar o significado presente no discurso do emissor com base na criação de categorias, as quais constituem aglomerados de palavras ou frases de sentidos semelhantes que revelam a análise textual do que foi obtido por meio da entrevista (BARDIN, 1977). Dessa forma, foram extraídas as seguintes categorias de análise dos relatos dos participantes: a) “Importância do vínculo mãe-bebê”, que diz respeito à percepção dos médicos acerca das repercussões do vínculo mãe-bebê para o tratamento e desenvolvimento infantil; b) “Função do neonatologista”, que diz respeito à compreensão dos médicos acerca da sua função no atendimento à mãe do bebê; c) “Atendimento à família”, que diz respeito às atitudes dos médicos consideradas por eles relevantes para o atendimento à família, não se restringindo a mãe mas incluindo-a como membro da família; e d) “Interferências na assistência médica”, que diz respeito aos aspectos percebidos pelos médicos como capazes de interferir na condução do atendimento descrito na categoria anterior. A frequência de ocorrência de cada categoria foi processada para posterior análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Prematuridade e internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são condições de risco ao desenvolvimento infantil, que tem impacto na dinâmica familiar resultando em uma desorganização psíquica própria desta situação de vulnerabilidade. Esta vulnerabilidade afeta a construção do vínculo afetivo entre mãe e bebê pré-termo internado em UTIN, quando o profissional de saúde pode ter função importante no favorecimento deste vínculo. Nessa direção, o presente estudo teve como propósito discutir como profissionais de Neonatologia percebem seu cuidado assistencial como dispositivo de promoção do vínculo materno e do desenvolvimento infantil com base na percepção de sua própria realidade profissional. Para tal, os resultados encontrados serão discutidos com base no referencial teórico apresentado anteriormente, no qual o médico neonatologista é visto como um profissional que tem a função de favorecer o vínculo afetivo entre a mãe e seu bebê (WIGERT et. al., 2013; CAMILO, 2007). Nesse sentido, compreende-se que o discurso médico é um dos principais fatores que interferem na forma como a mãe e seu bebê irão se relacionar afetivamente e formar seu vínculo de apego, elemento fundamental para o desenvolvimento sócio-afetivo infantil (BATTIKHA; CARVALHO; KOLPELMAN, 2014; LAZNIK, 2013; SEMENSATO; BOSA, 2014).

Com base na análise dos relatos verbais dos profissionais participantes foi possível observar, de modo geral, que os neonatologistas apresentavam diferenças na percepção e na compreensão da importância do vínculo mãe-bebê, sendo notado que nem todos associam o vínculo ao desenvolvimento infantil tardio e acabavam por apresentar uma percepção mais imediatista das repercussões do vínculo, associando esse a evolução imediata do bebê. Apesar disso, a promoção deste vínculo é indicada como uma das atribuições que os neonatologistas reconhecem como sua função. De modo geral, verificou-se também o exercício de uma assistência sensível a fim de que os neonatologistas minimizar o sofrimento familiar. Essa conduta pode representar a compreensão deles acerca das repercussões que sua atuação tem para a assistência à mãe e para o vínculo mãe-bebê, ainda que nos seus relatos esta ideia não estivesse diretamente relacionada com a promoção do desenvolvimento infantil. Além disso, os aspectos institucionais e as características familiares e do próprio profissional foram destacadas dentre os aspectos que interferem na assistência ao bebê internado em UTIN. Importante ressaltar que, tal análise é fruto do discurso de profissionais experientes na área de Neonatologia, tendo em vista que o grupo entrevistado possuía 14 anos em média de atuação na assistência em UTIN, cumprindo carga horária média de 49 horas semanais, o que demonstra experiência no contato com as constantes demandas das mães e bebês de UTIN.

Especificamente sobre a categoria “Importância do vínculo mãe-bebê”, que refere sobre as repercussões do vínculo na percepção do neonatologista. Foi observado entre 5 dos neonatologista a percepção de que o vínculo influenciaria no desenvolvimento cognitivo infantil, assim como no desenvolvimento sócio afetivo, ou seja, para a forma como a criança irá se relacionar e se expressar no futuro. Este dado converge com a afirmação de Guerra-Ramirez e Muñoz (2013, p. e 216) sobre as importantes repercussões da relação afetiva entre mãe e bebê para o desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo infantil, como também pode ser visto neste relato: a) “É importante para várias coisas, inclusive para o desenvolvimento neurológico e da psique do bebe e da criança mais para frente”

Embasados na prática, 8 neonatologistas compreendiam que o vínculo entre mãe e filho interfere na evolução clínica do bebê durante a internação na UTIN. Esse dado aponta para a percepção de que o quadro clínico do bebê não tem influência apenas de interferências biológicas, tal como afirma Mathelin (1999). Para esta autora, cada criança é recebida e falada pelos médicos e pela família de formas diferentes, o que teria repercussões na forma como o corpo infantil reage e explicaria a diferença da evolução clínica de crianças com quadros clínicos semelhantes e receptoras do mesmo cuidado. O trecho a seguir revela um discurso que se relaciona a essa premissa: “[...] com muita frequência a gente observa bebês com patologias muito parecidas que evoluem de formas muito diversas [...] clinicamente você esperaria que eles tivessem uma evolução semelhante, [...] cada indivíduo por ser único, né, vai ter respostas diferentes a uma determinada patologia, eu acredito que esse cuidado da mãe, esse contato da mãe, ele conhecia muito fortemente essa evolução”(E07)

Preocupações que o tratamento tenha continuidade, quando necessário, e que as necessidades básicas do bebê sejam garantidas no pós-alta também foram observados nos relatos de 4 neonatologistas como relacionados ao vínculo mãe-bebê. Também para 2 neonatologistas esse vínculo pode ser um meio para amenizar o sofrimento materno, uma vez que um relacionamento afetivo entre mãe e bebê auxiliaria à mãe a se sentir mais capacitada para enfrentar as dificuldades resultantes da prematuridade e da internação na UTIN e ter, assim, seu sofrimento amenizado. Por outro lado, o vínculo afetivo mãe-bebê também foi percebido como um estímulo para o próprio neonatologista se sentir mais investido e motivado a realizar seu trabalho; logo, o vínculo afetivo entre mãe e bebê repercutiria no cuidado e na assistência médica profissional.

Diante disso, faz-se importante discutir a categoria “Função do neonatologista”. Para esta categoria foi observado diferentes percepções dos neonatologistas entrevistados; porém, a grande maioria (n=12) percebeu como sua função favorecer a relação afetiva entre mãe e

bebê, relacionado ou não a outras funções, tal como ilustra esse relato: “Eu acho que o médico tem que auxiliar essa interação da mãe com o bebê. [...] Eu acho assim, como neonatologista, que eu tenho função de facilitar assim, essa interação da mãe com o bebê e buscar alternativas e algumas maneiras de ajudar ela, na amamentação e nos cuidados mesmo” (E14)

Concomitante a isso, grande parte dos entrevistados que atribuem a si a função de favorecer o vínculo mãe-bebê, também se reconheciam como fonte de suporte emocional para a mãe, ainda que esta função apareça dissociada da função de favorecedor do vínculo afetivo mãe-bebê. Por exemplo, para nove (9) entrevistados o suporte emocional, percebido como função do neonatologista, aparece vinculado à necessidade de dar apoio a mãe fragilizada emocionalmente e não associado à compreensão de que esse suporte pode favorecer a relação afetiva entre mãe e bebê, como ilustra este relato: “[...] você vai tá participando, né, dessa função que é dá uma assistência, vamos dizer assim, é de conforto de determinadas situações que a gente encara no dia.”(E11). Tal como ilustrado no relato a seguir, esta função pauta-se na tentativa de amenizar o sofrimento materno, não havendo a compreensão de que essa atuação também faz parte do tratamento do bebê: “...essa assistência inicial é mais uma conversa do que um tratamento propriamente” (E05)

A compreensão de que a forma como abordam as mães e transmitem as informações interferem na construção do vínculo mãe-bebê é relatada por apenas três (3) neonatologistas, que percebem a comunicação médico-família como suporte para construção do vínculo afetivo, como ilustrado a seguir: “[...] diminua essa angústia e eu acho que isso acaba que quando você tira as dúvidas dessa mãe, você diminui um pouco aquela expectativa e o medo que ela tem, muitas têm medo até de colocar a mão no próprio filho, eu acho que se o médico chega e acolhe essa mãe, eu acho que só tem a ganhar nessa relação ai, né, ela se aproximar mais do bebê num momento tão difícil” (E02). Essa percepção vai de encontro ao pressuposto de que a forma como o médico é perpassado pela condição do bebê e constrói seu discurso simbólico sobre ele interfere no favorecimento da relação afetiva entre a mãe e o bebê, tal como propõe Laznik (2013). Exemplo de relato que ilustra esta percepção é o seguinte: “Então dentro da neonatologia acho que é bem diferente a relação com o bebê e você [...] dependendo do tipo de informação que você passa, da maneira como você fala, do quanto você restringe essa mãe do contato com o bebê, você interfere diretamente [no vínculo afetivo mãe-bebê]” (E12)

Dos 16 neonatologistas entrevistados, mais da metade (n=9) consideraram que a promoção do vínculo está associada ao toque e à prestação de cuidados pela mãe. Mediante essa percepção, os médicos relataram incluir a mãe na sua assistência para que ela seja capaz

de prestar os cuidados básicos ao bebê. Dessa forma, os neonatologistas buscavam incentivar a mãe a interagir com seu filho, tocando e conversando com ele. Esse convite ao cuidado, relatado pelos médicos, é valorizado na literatura da área (OBEIDAT; BOND; CALLISTER, 2009; WIGERT, et al., 2014), que considera que as barreiras ao cuidado materno na UTIN interferem no desenvolvimento do vínculo afetivo mãe-bebê. A inclusão da mãe no cenário da UTIN, destacada pelos neonatologistas é, portanto, viabilizadora do processo de construção e consolidação do vínculo afetivo e é prática adotada na instituição estudada, tal como destacado nesse trecho: “A gente tenta sempre, de alguma forma, envolver a mãe no cuidado do bebê, pra que esse distanciamento não aconteça, às vezes, é mínimo esse tipo. Segurar uma seringa na hora que tá fazendo a gavagem, a mãe tá fazendo alguma coisa, senão ela se sente na verdade incapaz em relação ao cuidado do bebê dela” (E09)

Esses dados revelam a compreensão de que o vínculo se faz por meio do contato físico mãe-bebê, o que respalda uma assistência humanizada que valorize a aproximação entre os membros da díade. Por outro lado, a percepção de que o vínculo pode ser viabilizado, também, na comunicação médica das informações clínicas sobre o bebê mostra-se ainda pouco disseminada entre os neonatologistas, já que foi identificado nos relatos de apenas 3 dos 16 entrevistados. Para esses, é fato que a forma como abordam e conversam com a mãe tem interferência no vínculo afetivo mãe-bebê.

Na categoria “Atendimento à família”, os relatos verbais não se restringiram a assistência a mãe. Os neonatologistas compreendem a mãe como membro da família, referindo uma assistência que não é exclusiva a ela, mas sim que a inclui como parte de uma dinâmica e contexto familiar do bebê ali internado. Para todos os neonatologistas o contexto da UTIN representa um ambiente de instabilidades clínicas e emocionais que tem impacto na vivência de toda família. Como a família vivência a internação na UTIN e como ela é afetada emocionalmente pelo quadro clínico do bebê é tema já discutido na literatura (SANTOS; SILVA, 2006; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2014; CASSIANO; LINHARES, 2015). A forma como a família enfrenta esta situação de vulnerabilidade facilita ou não a comunicação médica, já que o médico buscará sempre individualizar e personalizar o atendimento. Diante da vivência familiar, o médico se preocupa em ajustar a linguagem e a forma de se comunicar com a mãe e familiares. Por meio dessa conduta busca-se também não causar mais sofrimento à família, pois quando os familiares compreendem mais claramente o diagnóstico poderão agir de forma coerente com o que foi informado, ajudando no tratamento. Tom de voz e expressões sensíveis para fornecer as informações de forma a amenizar o sofrimento da família é uma prática que foi observada nos relatos analisados: “A gente lida com momento

de fragilidade e delicadeza das famílias, muito mais do que da mãe até. A gente entra naquela família com notícias pesadas, com informações duras, de coisas que essas mulheres não estavam planejando [...] Então eu acredito que a gente tem uma abordagem que tem que ser muito diferenciada das dos outros profissionais da área de saúde, porque em pediatria você não tá esperando a morte né?” (E15)

Frente a um contexto que reconhecem como de fragilidade emocional e de instabilidade clínica foi observado a preocupação dos neonatologistas em realizar um atendimento que prepare a família para as piores notícias. Essa preocupação torna-se ainda mais preponderante diante da instabilidade e da gravidade de alguns quadros clínicos observados na UTIN. Para isso, os médicos optavam por transmitir as informações de forma mais enfática e detalhada, buscando deixar clara a existência dos riscos. Nesses quadros de piora clínica, a literatura aponta que as emoções do médico e da família podem contribuir para que o médico apresente dificuldades na seleção do limite das informações, optando por dizer tudo o que está ocorrendo com a finalidade de preparar e proteger os pais, sem avaliar que aquilo que é dito pode ser demais para a família e se contrapor a tentativa de preparação (BATTIKHA; CARVALHO; KOPELMAN, 2014). O anseio em preparar a família mediante a explicação detalhada aparece também nos relatos analisados: “Ele tem isso, isso e isso”, e eu quero a mãe tenha essa consciência, eu sei que é difícil, eu sei que muitas vezes ela não vai aceitar, mas o meu discurso é que ela entenda a gravidade, que vai melhorar, que pode melhorar, mas que ela entenda o que tá acontecendo naquele momento exatamente, pra se acontecer alguma coisa e piorar, pra ela não achar que tava sendo enganada”(E10)

Ao prestarem o atendimento à família, 5 entrevistados revelaram que aguardavam pela demanda dos familiares para, então, fornecer as informações aos poucos, considerando que eles necessitam de um tempo para elaboração subjetiva da situação. Para Battikha; Carvalho e Kolpelman (2014), essa conduta é importante na promoção do vínculo mãe-bebê, uma vez que a informação quando oferecida aos poucos, respeitando o tempo de elaboração dos pais, viabiliza a capacidade imaginativa e o investimento deles em seus filhos. O relato a seguir ilustra este tipo de conduta no grupo entrevistado: “Então devagarzinho ela vai perguntar. E devagarzinho você vai respondendo às perguntas dela. E se você dá um monte de informação em um dia só ela não absorve nem dez por cento do que você falou. Então assim, deixa as dúvidas irem aparecendo e a gente vai liberando as informações” (E03). Aspectos afetivos dos médicos também podem interferir no atendimento à família e devem ser considerados, como por exemplo, a ansiedade do profissional em ser eficiente na sua comunicação, exemplificada a seguir: “...as vezes, aquilo pra família pode não ser bom, pode gerar confusão. Então a gente

às vezes precisa conter também a nossa ansiedade de querer, principalmente praquela família que você tá vendo pela primeira vez e que você não conhece, às vezes, uma fala sua pode desandar um trabalho que tem sido feito” (E07).

Mesmo em situações críticas, como o óbito do bebê, os neonatologistas percebiam a necessidade de respeitar a demanda da família por informações, tal como ilustra o relato: “Eu gosto de deixar as pessoas me fazerem a afirmação de que as coisas estão acontecendo. Assim, “o coração não está funcionando bem e nananana”, mas eu nunca digo “seu bebê vai morrer” ou “seu bebê tem risco de morrer”. Eu espero que eles digam, que eles me perguntem. Eu acho que quando a pessoa faz a pergunta, ou elabora a frase, ela está preparada para ouvir a resposta” (E15). Assim, é preciso oferecer aos que recebem a notícia tempo suficiente para que eles possam assimilar o que foi escutado e, assim, expressar e moldar suas emoções (AGMAN; DRUON; FRICHET, 2011). Assim, permite-se a eles expressarem suas preocupações antes de ser comunicado o diagnóstico e os aspectos do tratamento, sempre em linguagem acessível (CRUZ, 2012). Não se pode esquecer que o médico representa para a família do bebê a possibilidade de cura do filho (BATTIKHA, CARVALHO; KOLPELMAN, 2014).

Ainda no atendimento à família, assegurar os pais de que a equipe profissional estaria engajada e preocupada com o tratamento do bebê também foi observado no relato de 6 neonatologistas. Parte dos neonatologistas (n=7) também relataram que revelavam para os pais suas próprias impressões e sentimentos sobre a condição clínica do bebê, se sentindo confortáveis em dividir com eles seus próprios sentimentos frente à situação do bebê para, assim, demonstrar real interesse em um prognóstico positivo, tal como no trecho: “Quantos casos tristes eu choro. Isso ai não me impede nada sabe, ai tem gente que fala “ah, isso é pior”, não, não é pior, você simplesmente tá sendo você sabe, e você se envolveu, aquilo, né, te causou uma emoção, acho que não tem nada a ver você colocar pra fora né, você exteriorizar o teu sentimento, então eu acho que é por aí.”(E01). Compartilhar seus sentimentos de compaixão frente ao sofrimento da família contribui para a percepção familiar de que os profissionais também são afetados emocionalmente pelas condições clínicas do bebê, o que os humaniza frente a família e serve de fonte de apoio (WIGERT ET AL.,2014).

Os aspectos que viabilizam e dificultam o atendimento descrito na categoria anterior foram discutidos com base na análise da categoria “Interferência na assistência”. Nesta categoria, as características institucionais foram notadas como principal aspecto de interferência no atendimento à família, sendo citada por 12 neonatologistas. A sobrecarga de trabalho, marcada pela reduzida quantidade de funcionários e pela superlotação da UTIN, faz

com que o atendimento à família fique em segundo plano e se priorize a assistência técnica ao bebê em virtude da emergência dos casos. Esse dado já vem sendo indicado pela literatura, tal como consideram Baroni e Percora (2015) para quem a falta de tempo é fator principal que dificulta a disponibilidade do médico para conversar com o paciente e familiares.

No presente estudo, as limitações impostas pela instituição foram responsáveis por dificultar o atendimento à família e, conseqüentemente, a promoção do vínculo mãe-bebê, tal como ilustra o relato a seguir: “Acho que quando você está muito sobrecarregado de trabalho também. Às vezes você não consegue dispensar um tempo que seria necessário para aquela família. Essa é uma dificuldade que às vezes não tem muito por onde correr” (E16). Tais aspectos fazem com que o atendimento à família passe a ser algo secundário, no qual o tempo limitado do médico dificulta que ele convide a família a se envolver nos cuidados ao bebê (WIGERT; HELLSTROM; BERG, 2008). Literatura na área ressalta que as barreiras ao cuidado materno na UTIN interferem na construção do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê (OBEIDAT; BOND; CALLISTER, 2000; WIGERTET al., 2014). Dessa forma, a implementação de estratégias que estimulem a proximidade e o contato da díade mãe-bebê tem repercussões importantes na apropriação da mulher do seu papel de mãe, viabilizando afetivamente sua relação com o bebê (OCAMPO, 2013). **Vivências anteriores** como já ser mãe, a internação de alguém próximo e o tempo de experiência profissional foram destacadas por **13 dos neonatologistas** como aspectos que viabilizam um atendimento mais adequado à mãe e à família.

Por sua vez, o **tipo de informação** a ser comunicado também é retratada como algo que interfere no atendimento, segundo **11 dos neonatologistas**, como exemplifica este relato: “É muito ruim você dar a notícia de uma doença grave, de uma doença possivelmente fatal, de uma doença com risco cirúrgico, isso a gente tenta fazer com cautela, com calma”(E03). Essa constatação é corroborada por autores como Santos e Silva (2006) que afirmam que quanto mais grave o bebê e as notícias que precisam ser transmitidas mais delicada é a relação do médico com o paciente e sua família e, portanto, mais difícil a comunicação. A dificuldade nesse tipo de comunicado e a necessidade de fazê-la, visto ser uma função do médico, é notada no seguinte trecho: “Ah, vou falar da minha parte, eu tenho uma dificuldade grande de falar coisas ruins, mas não deixo de falar, entendeu? [...] não é fácil receber notícias ruins, nem dá-las né, muito complicado pra gente, talvez essa seja a pior parte do nosso trabalho, né, em dar essas notícias ruins, não tem como eu não me compadecer daquela dor...” (E02)

Características individuais dos familiares e dos próprios médicos foram citadas por **13** neonatologistas como condicionantes do atendimento familiar. Nestes relatos são destacados a

personalidade e o nível social dos familiares como fatores que interferem no relacionamento médico-paciente e, conseqüentemente, no atendimento à família. O médico, por sua vez, reconhece que reage a essa relação com base em suas próprias características pessoais e que, por vezes, repassam o caso para um colega que estabeleceu um relacionamento mais positivo e de confiança com a família e que possui determinadas particularidades, como ilustrado a seguir: “...eventualmente existem situações que você percebe que a família, ou o pai, ou a mãe, ou ambos, tá tendo uma postura agressiva, né [...] acho que cabe a nós reconhecer isso e não querer peitar uma né, então fala com outro colega, de repente com outro colega a coisa flui melhor, né, isso muitas vezes acontece, não é incomum não.” (E07).

A valorização do manejo dessa comunicação está atrelada à preocupação dos neonatologistas em estabelecer com a família uma relação de confiança, sendo esta vista como facilitador na compreensão e na aceitação das informações pelos familiares. A reflexão de que as características individuais têm influência na forma como o atendimento é prestado é notada a seguir: “Aí vai muito da personalidade de cada família né. Tem famílias mais agressivas, mais arrogantes. Então o temperamento também ajuda ou dificulta né. Manejar isso é complicado.” (E03). Dentre os neonatologistas que valorizam as características individuais como facilitador ou obstáculo à assistência, tem-se a ideia de que determinadas mães e famílias adequam-se mais ao perfil de determinados médicos e que alguns comportamentos hostis podem ser contornados quando os familiares se sentem mais confiantes. Dessa forma, para minimizar as interferências no atendimento, os médicos adotam a prática de permitir que a família seja atendida por quem lhe gera mais conforto e segurança. Tal atitude propicia um ambiente de maior confiança para que a família se aproxime do bebê: “é difícil você fazer, você se vincular com todas as mães é muito difícil. Você vai ver que felizmente os membros da equipe acabam se vinculando com mães diferentes que por um lado é bom, porque todas ficam de alguma forma assistidas” (E09)

Vale destacar que nessa e nas outras categorias de análise emergiu a constante preocupação da equipe em propiciar um ambiente de confiança para a família. Nesse sentido, a preocupação com as questões institucionais é importante, uma vez que a relação de confiança do paciente com a própria instituição interfere na sua relação com o médico (BARONIO; PECORA, 2015). O reconhecimento das características particulares de cada família, da possibilidade da família ser assistida pelo médico com quem se sente mais à vontade e do médico em assistir a família com quem mais se identifica, contribuem para viabilizar uma relação de confiança entre médico e família.

A percepção dos neonatologistas é de que seu atendimento é fundamental e essa percepção se pauta na interpretação dele sobre sua atuação prática, mas não necessariamente corresponde à sua prática em si. Logo, destaca-se como limitação principal do estudo aspectos de ordem metodológica, como, por exemplo, o uso da observação participante para fornecer dados que possibilitassem uma análise e interpretação comparativa entre a percepção e a prática propriamente dita destes profissionais. A observação permitiria também que fossem analisadas as ações da prática médica que corresponderiam ao que o neonatologista interpreta relacionado à sua função como promotor do vínculo mãe-bebê. A observação seria de grande valia nesse contexto, uma vez que permitiria verificar condutas viabilizadoras do vínculo que não são notadas pelos neonatologistas como tal, assim como aquelas relatadas por eles que não necessariamente cumpriram esta função. Frente a isso, sugere-se a realização de futuros estudos que verifiquem como a assistência ao binômio mãe-bebê é efetivada e não só percebida.

Por fim, cabe destacar que o estabelecimento da confiança entre médico e paciente, a comunicação clara do diagnóstico e das possibilidades de tratamentos, e a sensibilidade às formas como o paciente interage e vivência o contexto hospitalar, situam-se não apenas como parte do cuidado e do atendimento que devem ser valorizados e propiciados pelo médico, mas também como facilitadoras da adesão ao tratamento com efeitos imediatos ao paciente (CRUZ, 2012). Todos esses aspectos foram observados no presente estudo e percebidos por todos os neonatologistas como parte do tratamento ao recém-nascido pré-termo e da assistência à família em UTIN. Por fim, ressalta-se a importância de se propor ações que sensibilizem os profissionais médicos destas unidades para adotarem uma prática assistencial em Neonatologia pautada no reconhecimento de sua função como promotores do vínculo afetivo mãe-bebê internado em UTIN, o qual é reconhecidamente um mecanismo de proteção ao desenvolvimento infantil naqueles contextos hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto é possível afirmar que os médicos neonatologistas buscam estabelecer condutas assistenciais que priorizem incluir as mães nos cuidados do bebê pré-termo internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Igualmente, eles se percebem como tendo uma função importante no favorecimento do vínculo afetivo mãe-bebê, assim como proporcionando um suporte emocional para que a mãe possa lidar com o sofrimento inerente à sua condição de fragilidade e de vulnerabilidade psicológica naqueles contextos. A compreensão de que esse suporte emocional e a forma como os neonatologistas

percebem o bebê, falam com suas mães e lidam com a família interferem na construção desse vínculo ainda é pouco explorada no meio médico. A formação acadêmica do médico parece ainda incipiente nesse sentido, tendo em vista os relatos de alguns participantes que não percebiam claramente a sua função no favorecimento da relação e do vínculo afetivo mãe-bebê, assim como as repercussões disso para o desenvolvimento infantil.

Apesar do discurso de grande parte dos neonatologistas não estar vinculado à ideia de que o discurso pode e deve assumir a função de favorecer o vínculo afetivo mãe-bebê, ainda assim eles percebem a condição de fragilidade das mães e familiares e se preocupam em não causar mais sofrimento à família. Isto por si só sustenta a percepção daqueles médicos do quanto é importante e necessário uma assistência sensível e humanizada nas UTINs. Mesmo que este não seja o objetivo inicial e principal dos neonatologistas na sua prática assistencial, suas condutas refletem, em certa medida, a preocupação em favorecer aquele vínculo afetivo, nem que seja através de uma aproximação física entre a mãe e o bebê. Destaca-se, assim, a relevância de sensibilizar médicos neonatologistas sobre as repercussões de sua assistência tanto na garantia da manutenção da vida do bebê, como, e principalmente, na facilitação da formação do vínculo mãe-bebê e do processo de constituição psíquica daquele indivíduo que acabou de nascer prematuramente. Dessa forma, esse médico estaria cumprindo também a função de prevenção das repercussões psíquicas para o bebê deste vínculo prematuramente estabelecido, assim como dos riscos da vulnerabilidade psicológica materna, que tem impacto nessa relação inicial. Nesse cenário, o profissional de psicologia pode ser um importante aliado para a atuação médica, uma vez que, ciente dos processos de constituição psíquica, ele é o profissional que pode auxiliar toda a equipe de saúde a refletir sobre este processo e escolher formas de viabilizar esse vínculo afetivo mãe-bebê com vistas a promover a saúde física e psíquica materna e infantil.

REFERÊNCIAS

AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D. de B. (Org.). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. 2. ed., Salvador: Álgama, 2011. p. 17-34.

ANJOS, L. S. et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.4, p. 571-577, 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400004>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977.

BARONIO, M.; PECORA, A. R. A relação de cuidado na perspectiva de médicos e pacientes durante a internação em hospital-escola. **Psic. Rev.**, v.24, n.2, p. 199-228, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27796/0>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

BATTIKHA, E. C.; CARVALHO, M. T. M.; KOPELMAN, B. I. A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. paul. pediatr.**, v.32, n.1, p. 11-16, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n1/pt_0103-0582-rpp-32-01-00011.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comun**, v.25, n.2, p. 229-239, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/16476/12373>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

BELTRAMI, L.; MORAES, N.B.; SOUZA, A. P. R. de. Constituição da experiência da maternidade e risco ao desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, v.16, n.6, p. 1828-1836, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000601828>. Acesso em: 17 de maio de 2016.

BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CAMILO, S. I. D. S. **Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros**. 2007. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Algarve, Portugal, 2007. Disponível em: <<http://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/328>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

CASSIANO, R. G. M.; LINHARES, M. B. M. Temperamento, prematuridade e comportamento interativo mãe-criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.28, n.2, p. 416-424, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v28n2/0102-7972-prc-28-02-00416.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v28n2/0102-7972-prc-28-02-00416.pdf>.

CRUZ, J. A relação médico-paciente em algumas obras literárias. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 3, p. 272-275, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302012000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2016.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

GONZALEZ, R. F.; BRANCO, R. Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. **Rev bioét.**, v.20, n.2. 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/744>. Acesso em: 17 jul. 2016

GUERRA-RAMIREZ, M.; MUÑOZ-DE R. L. Expresiones y comportamientos de apego madre-reciénnacido hospitalizado em Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. **Enferm. univ**, v. 10, n. 3, p. 84-91, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de abril de 2016.

LAZNIK, M.C. O feito da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. In: WANDERLEY, D. B. (Org.). **A voz da sereia**: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. 3. ed., Salvador: Ágalma. 2013. p. 36-48.

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

MOORE, P.; GOMEZ, G.; KURTZ, S. Comunicación médico paciente: uma de las competencias básicas pero diferente. **Aten Primaria**, v.44, n.6, p. 358-365. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/251534460_Comunicacion_medico-paciente_una_de_las_competencias_basicas_pero_diferente>. Acesso em: 28 abr. 2016.

OBEIDAT, H. M.; BOND, E. A.; CALLISTER, L. C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. **J.Perinat Educ.**, v.18, n.3, 23-29, 2009. Disponível em: <<http://europepmc.org/articles/PMC2730907/reload=0>>. Acesso em: 3 maio 2016.

OCAMPO, M. P. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. **Aquichán**, v.13, n.1, p. 69-80, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972013000100007&lng=pt>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SANTOS, K. M. A. B. dos; SILVA, M. J. P. da. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 1, p. 61-66, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672006000100012&lng=e>. Acesso em: 15 maio 2016.

SEMENSATO, M. R.; BOSA, C. A. Apego em casais com um filho com autismo. **Fractal Revista de Psicologia**, v.26, n.2, p. 379-400, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/839>>. Acesso em: 12 maio 2016.

SIMÕES, S. C. C. et al. Prediction of children's attachment regarding maternal rearing style and family type. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.26, n.1, p.168-176, 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000100018>>. Acesso em: 13 maio 2016.

TURATO, E. R. Introdução à Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 2, n. 1, p. 93-108, 2000. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720111>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

WIGERT, H.; DELLENMARK, M. B.; BRY, K. Strengths and weaknesses of parent – staff communication in the NICU: a survey assessment. **BMC Pediatr**, v. 13, n.71, p.1-14, 2013. Disponível em: <[Strengths and weaknesses of parent – staff communication in the NICU: a survey assessment](#)>. Acesso em: 10 mar. 2016.

WIGERT, H.; HELLSTROM, A.; BERG, M. Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care – a field study. **BMC Pediatr**. v. 8, n. 3, p.1-9. 2008. Disponível em: <<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-8-3>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o referencial teórico trabalhado é possível destacar que, se o neonatologista apropriar-se de sua função no favorecimento do vínculo mãe-bebê e estiver atento à importância dela para o desenvolvimento futuro do bebê, ele poderá estabelecer condutas que favoreçam essa aproximação afetiva, intervindo precocemente no desenvolvimento infantil. Conhecer o vínculo e suas repercussões para o desenvolvimento infantil, bem como apropriar-se da função de favorecê-lo, contribui para uma assistência do médico voltada para essas questões. Nesse sentido, é essencial a sensibilização dos neonatologistas sobre a importância do vínculo mãe-bebê e da função dele nesse campo.

Podemos afirmar, a partir da discussão tecida ao longo desse trabalho que os neonatologistas buscam estabelecer condutas que incluem as mães nos cuidados do filho, propiciando, assim, o vínculo afetivo entre mãe e bebê. Entretanto, ainda pouco explorada a compreensão de que o apoio emocional e a forma como percebem o bebê e falam com os pais interfere na construção desse vínculo. A formação médica para esta questão aparece como incipiente, tendo em vista as argumentações dos profissionais participantes pautadas na prática e na percepção empírica sobre a relação mãe-bebê e suas repercussões, as quais conduzem seus atendimentos.

Apesar de não ser explícita a vinculação da comunicação e do apoio emocional à promoção do vínculo, a percepção de que os familiares vivenciam uma condição de fragilidade e o temor daqueles profissionais em causar mais sofrimento fundamenta uma assistência humanizada e sensível para as questões próprias da prematuridade. Tais aspectos sustentam as condutas assistenciais, que em certa medida podem favorecer a aproximação afetiva entre a mãe e o bebê, mesmo que não seja esse o objetivo inicial.

Conclui-se ainda que esse trabalho trouxe contribuições ao nível científico por apresentar em seus resultados a produção de um manuscrito intitulado “Não é uma simples conversa: percepção do neonatologista sobre o vínculo mãe-bebê”, que aguarda publicação no periódico científico Revista Paidéia (Qualis Capes A1 para área de Psicologia). No manuscrito foram abordadas as discussões acima citadas, nas quais destaca-se a relevância de alertar os neonatologistas sobre as repercussões de sua assistência, não só na garantia da manutenção da vida do bebê, mas também na facilitação da formação do vínculo mãe-bebê e do processo de constituição psíquica.

Nesse sentido, podemos concluir que a função do neonatologista no contexto da UTIN é uma função de prevenção das repercussões psíquicas prejudiciais advindas dessa relação inicial prematuramente estabelecida. Igualmente, o trabalho da equipe interdisciplinar baseada nessa proposta pode contribuir para à assistência integral ao bebê, assim como manter os médicos atentos a essa função, deixada em segundo plano devido à emergência própria da rotina de uma UTIN. A percepção dos neonatologistas acerca da forma como percebem seu próprio atendimento é fundamental, uma vez que percepções e crenças ditam as atitudes e, conseqüentemente, as práticas assistenciais. No entanto, a forma como essa assistência é de fato realizada ainda merece aprofundamento com estudos que contemplem o que é percebido com o observado na prática assistencial. Estudos futuros com esse objetivo seriam de grande valia nesse contexto, uma vez que permitiriam verificar quais condutas são viabilizadoras do vínculo, mas que sequer são notadas pelos neonatologistas como tal. Nesse cenário, o profissional de Psicologia é um importante aliado a atuação médica, uma vez que ele, ciente dos processos de constituição psíquica, pode refletir junto ao médico sobre as possibilidades e meios que ele e todos da equipe têm para juntos favorecer o vínculo mãe-bebê para garantia da saúde física e psíquica dessa díade.

REFERÊNCIAS

AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D. de B. (Org.). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. 2. ed., Salvador: Álgama, 2011. p. 17-34.

ANJOS, L. S. et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.4, p. 571-577, 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400004>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

BAASCH, D.; LANER, A. dos S. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n.1, p. 1097-1105, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700041&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 jun. 2016.

BALINT, E. A técnica do “flash” – sua liberdade e sua disciplina. In.: BALINT, E.; NORELL, J. S. **Seis minutos para o paciente: Estudos sobre as interações na consulta de clínica geral**. São Paulo: Manole, 1986. p.19 – 26.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977.

BARONIO, M.; PECORA, A. R. A relação de cuidado na perspectiva de médicos e pacientes durante a internação em hospital-escola. **Psic. Rev.**, v.24, n.2, p. 199-228, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27796/0>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

BASTOS, L. A. de M. **Corpo e subjetividade na medicina: impasses e paradoxos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

BATTIKHA, E. C.; CARVALHO, M. T. M.; KOPELMAN, B. I. A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. paul. pediatr.**, v.32, n.1, p. 11-16, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n1/pt_0103-0582-rpp-32-01-00011.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comun**, v.25, n.2, p. 229-239, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/16476/12373>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

BELTRAMI, L.; MORAES, N.B.; SOUZA, A. P. R. de. Constituição da experiência da maternidade e risco ao desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, v.16, n.6, p. 1828-1836, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000601828>. Acesso em: 17 de maio de 2016.

BERTOLDI, S. G.; FOLBERG, M. N.; MANFROI, W. C. Psicanálise na educação médica: subjetividades integradas à prática. **Rev. bras. educ. med.**, v. 37, n. 2, p. 202-209, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022013000200007&lng=pt> Acesso em: 20 abr. 2016.

BOSS, R. D. et al. Neonatologist training to guide family decision-making for critically ill infants. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v. 163, n.9, p. 783 – 788, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19736330>>. Acesso em: 28 maio 2016.

BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. Os primeiros dias na UTI. In.: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. (org.). **Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 51-68.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria De Atenção à Saúde. Política Nacional De Humanização Da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação De Risco Nos Serviços de Urgência**. Brasília : Ministério da saúde, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 12 de dezembro de 2012.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CABASSU, G. Palavras em torno do berço. In: WANDERLEY D. B. **Palavras em torno do berço**. Salvador: Ágalma, 1997. p. 21-32.

CAMILO, S. I. D. S. **Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros**. 2007. 104 f. Dissertação Mestrado em Ciências Humanas e Sociais) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Algarve, Portugal, 2007. Disponível em: <<http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/328>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

CASSIANO, R. G. M.; LINHARES, M. B. M. Temperamento, prematuridade e comportamento interativo mãe-criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.28, n.2, p. 416-424, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v28n2/0102-7972-prc-28-02-00416.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ, J. A relação médico-paciente em algumas obras literárias. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 3, p. 272-275, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302012000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2016.

CULLERE-CRESPIN, G. A clínica precoce: constituição ao estudo da emergência do psiquismo no bebê. In.: CULLERE-CRESPIN, G. **A Clínica Precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p 13-46.

DALBEM, J. C.; DELL' AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/40/57>>. Acesso em: 18 maio 2016.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

DRUON, C. Ajuda ao bebê e aos pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, D. de B. (org.). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 1999. p. 35-54.

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente?. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.1, p.21-27, 1993. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1993000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2016.

FREUD, S. **A dinâmica da transferência**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GARCIA DIAZ, F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. **Med. Intensiva**, v. 30, n. 9, p. 452-459, 2006. Disponível em: <<https://bibliovirtual.files.wordpress.com/2009/07/comunicando-malas-noticias-en-medicina-recomendaciones-para-hacer-de-la-necesidad-virtud.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILL, C. Tipos de entrevista na clínica geral “O flash”. In.: BALINT, E.; NORELL, J. S. **Seis minutos para o paciente: Estudos sobre as interações na consulta de clínica geral**. São Paulo: Manole, 1986. p.33 - 42.

GONZALEZ, R. F.; BRANCO, R. Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. **Rev bioét.**, v.20, n.2. 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/744>. Acesso em: 17 jul. 2016.

GUERRA-RAMIREZ, M.; MUÑOZ-DE R. L. Expresiones y comportamientos de apego madre-reciénnacido hospitalizado em Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Enferm. univ*, v. 10, n. 3, p. 84-91, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300003&lng=en&nrm=iso>

HOIRISCH, A. Identidade médica. In.: MELLO FILHO, J. et al. **Psicosomática hoje**. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 1992. p. 70-73.

JUNQUEIRA, M. de F. de A. et al. A importância do olhar do pediatra nos primórdios da relação pais-bebês para a promoção da saúde mental. **Primórdios-CPRJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 2010, p.27-42. Disponível em:<http://cprj.com.br/primordios/27-42_a_importancia.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

LAZNIK, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In.: WANDERLEY, D. B. (Org.). **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Ágalma, 2013. p. 21-35.

LAZNIK, M.C. O feito da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. In: WANDERLEY, D. B. (Org.). **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. 3. ed., Salvador: Ágalma. 2013. p. 36-48.

LUGARINHO, C. et al. Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis em maternidades prioritárias brasileiras. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 54, p. 64-76, 2016.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes, 1985.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1988.

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

MINAYO, M. C.de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOORE, P.; GOMEZ, G.; KURTZ, S. Comunicación médico paciente: uma de las competencias básicas pero diferente. **Aten Primaria**, v.44, n.6, p. 358-365. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/251534460_Comunicacion_medico-paciente_una_de_las_competencias_basicas_pero_diferente>. Acesso em: 28 abr. 2016.

MOREIRA, M. E. L. et al. Conhecendo uma UTI neonatal. In.: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. (Org.) **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p 29 - 42.

MOREIRA, M. E. L.; BONFIM, O. L. Um nascimento diferente. In.: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. (Org.) **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p 23-28.

MORITZ, R. D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. Ter. intensiva**, v. 19, n. 4, p. 485-489, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a14v19n4.pdf>> Acesso em: 28 abr. 2016.

OBEIDAT, H. M.; BOND, E. A.; CALLISTER, L. C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. **J.Perinat Educ.**, v.18, n.3, 23-29, 2009. Disponível em: <<http://europepmc.org/articles/PMC2730907/reload=0>>. Acesso em: 3 maio 2016.

OCAMPO, M. P. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. **Aquichán**, v.13, n.1, p. 69-80, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972013000100007&lng=pt>. Acesso em: 28 abr. 2016.

PARDO, M. del C.; LOMBARTE, Á. A. Apuntes sobre larelación médico-paciente en medicina, general . **Cuadernos de temas grupales e institucionales**, n.2, p.1-6, 1995. Disponível em: <<http://www.area3.org.es/Uploads/a3-2-relaciónmedicopaciente.MCastilloyAAntoñanzas.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

PUGGINA, A. C. et. al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em unidade de terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 277-283, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000200277&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 03 maio 2016.

ROCHA, A. P. F.; SOUZA, K. R. de; TEIXEIRA, L. R. A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. **Physis**, v. 25, n. 3, p.843-862, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300843&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2016.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. de. Conceptions of humanization of health professionals in neonatal intensive therapy units. **Estud.psicol.**, Campinas , v. 32, n. 1, p. 109-119, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000100109>. Acesso em: 07 jun. 2016.

SANTOS, K. M. A. B. dos; SILVA, M. J. P. da. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 1, p. 61-66, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672006000100012&lng=e>. Acesso em: 15 maio 2016.

SANTOS, M. S.Construcción de una escala de observacióndel vínculo madre-bebé internado enUCIN: resultados preliminares de la aplicacióndel protocolo de observación. **Anu. Investig**, v.15, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100054> Acesso em: 03 abr. 2016.

SCORTEGAGNA, S. A. et al. O processo interativo mãe-bebê pré-termo. **Psic.**, v. 6, n. 2, p. 61-70, 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167673142005000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 28 ago. 2016.

SEMENSATO, M. R.; BOSA, C. A. Apego em casais com um filho com autismo. **Fractal Revista de Psicologia**, v.26, n.2, p. 379-400, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/839>>. Acesso em: 12 maio 2016.

SHAHHEIDARI, M.; HOMER, C. S. E. Impact of the design of neonatal intensive care units on neonates, staff, and families: a systematic literature review. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**. v.26, n.3, p.260-6, 2012. Disponível em: <<https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/18482/1/2011006121.pdf>> Acesso em: 5 maio 2016.

SIMÕES, S. C. C. et al. Prediction of children's attachment regarding maternal rearing style and family type. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.26, n.1, p.168-176, 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000100018>>. Acesso em: 13 maio 2016.

SIQUEIRA, M. B. de C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2016.

TURATO, E. R. Introdução à Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 2, n. 1, p. 93-108, 2000.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>>. Acesso em: 27 de jul. de 2016.

VILLAR, J. C. M.. Relaciones difíciles. Semergen, N° Extra 1, p. 3-16, 2009. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5676839>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

WIGERT, H.; BLOM, M. D.; BRY, K. Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. **BMC Pediatr**. v. 14, n.:304, p.1-8, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276021/>> Acesso em: 03 maio 2016.

WIGERT, H.; DELLENMARK, M. B.; BRY, K. Strengths and weaknesses of parent – staff communication in the NICU: a survey assessment. **BMC Pediatr**, v. 13, n.71, p.1-14, 2013. Disponível em: <[Strengths and weaknesses of parent – staff communication in the NICU: a survey assessment](#)>. Acesso em: 10 mar. 2016.

WIGERT, H.; HELLSTROM, A.; BERG, M. Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care – a field study. **BMC Pediatr**. v. 8, n. 3, p.1-9. 2008. Disponível em: <<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-8-3>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

YEE, W.; ROSS, S. Communicating with parents of high-risk infants in neonatal intensive care. **Paediatr Child Health**, v.11, n.5, p.291-294, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518680/>> Acesso em: 30 abr. 2016.
ZIMERMAN, D. E. A formação psicológica do médico. In.: MELLO FILHO, J. et al. **Psicosomática hoje**. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 1992. p. 64-69.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA: A PERCEPÇÃO E CUIDADO PRESTADO
PELO NEONATOLOGISTA NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO MÃE-
BEBÊ**

CODIGO: _____

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

Roteiro de entrevista: A percepção e cuidado prestado pelo neonatologista na construção do vínculo mãe-bebê

Formulário de registros gerais dos profissionais entrevistados

Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de atuação em neonatologia:

Número de instituições em que trabalha:

Carga horária semanal:

Entrevista Semi Estruturada

- 1) Qual a função do médico neonatologista na assistência ao binômio mãe bebê?
- 2) Você poderia descreva como você realiza o atendimento ao binômio mãe-bebê no contexto da UTIN?
- 3) Como você avalia o seu atendimento a mãe que está nesse contexto de UTIN?
- 4) Que dificuldades e facilidades você identifica no atendimento a mãe do bebê internado em UTIN?

Data da coleta de dados: / / .

APÊNDICE B - TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO**UNIVERSIDADE
DO BRASIL**
UFRJ**Centro de Filosofia e Ciências Humanas****Instituto de Psicologia – IP/UFRJ****Maternidade escola da UFRJ****TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO**

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa **“Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos”**, coordenado por mim, Prof. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha, do Instituto de Psicologia desta Universidade e que será realizado na Maternidade-Escola da UFRJ, como atividade de pesquisa e extensão para alunos de Pós-graduação (Residência) dos Programas de Residência Multiprofissional da UFRJ e de Graduação em Psicologia do IP/UFRJ. Você foi selecionado por ser atendido na Maternidade-Escola da UFRJ e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou ao seu atendimento na Maternidade. Todo o material recolhido pela observação, avaliação e intervenção realizadas será utilizado somente em trabalhos acadêmicos e científicos com o objetivo de objetivos específicos: a) identificar ações de prevenção primária e secundária existentes na instituição; b) identificar fatores de risco e vigilância do desenvolvimento infantil precoce, no caso de prematuridade e condição crônica de desenvolvimento e saúde; c) identificar de indicadores emocionais (estresse, ansiedade, depressão, apego materno-fetal, impacto da sobrecarga no cuidador) no enfrentamento da condição de vulnerabilidade a que estão expostos (gravidez de risco, prematuridade, condição crônica de desenvolvimento e saúde, estresse ocupacional) e d) identificar do padrão de mediação na interação familiar. Para tanto, serão realizadas observações e avaliação psicológica e nutricional, utilizando-se protocolos e instrumentos de avaliação padronizados. Todas as atividades poderão ser registradas em áudio (gravadas) para melhor processar e analisar os dados coletados. A pesquisa oferecerá

informações para a Maternidade elaborar futuros projetos de atenção integral à saúde. Fica garantido o sigilo dos dados confidenciais e assegurada à privacidade dos participantes em todas as formas possíveis de identificação na divulgação de seus resultados. Seguindo as normas da resolução 462/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, os participantes do projeto têm todas as garantias de liberdade para aceitar a participação voluntária na pesquisa ou de abandoná-la a qualquer tempo. Quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados ao Comitê de Ética da Maternidade-Escola da UFRJ, pelo telefone (21) 2285-7935 (ramal 261), para o Instituto de Psicologia pelo telefone (021) 3873-5335 ou, ainda, para a própria Coordenadora do Projeto, Dra Ana Cristina B. Cunha, pelo telefone (21) 8185-9182.

Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de livre consentimento e esclarecimento em duas vias de igual teor.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2016.

Participante

Pesquisador

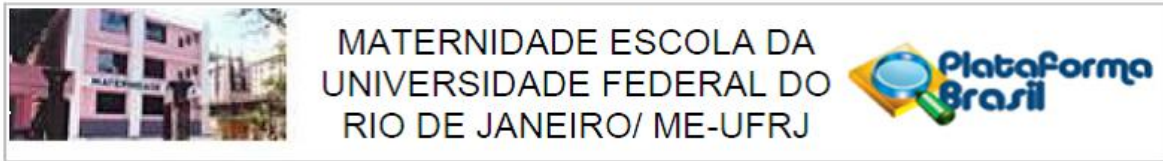
Prof^a. Dr.^a *Ana Cristina Barros da Cunha*

<http://lattes.cnpq.br/9017520746153592>

Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia/UFRJ

Coordenadora e orientadora do Projeto

APÊNDICE C – APARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde

Pesquisador: Ana Cristina Barros da Cunha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54895216.3.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: FUN CARLOS CHAGAS F. DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FAPERJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.792.522

Apresentação do Projeto:

Considerando condições de risco à saúde e ao desenvolvimento como fatores estressores responsáveis por acarretar maior vulnerabilidade física e psicológica, exigindo estratégias de enfrentamento (coping) mais resilientes, o presente projeto apresenta uma proposta de pesquisa-intervenção no campo da Psicologia Pediátrica e Perinatal, em consonância com estudos anteriores conduzidos por mim desde 2010, quando ingressei como pesquisadora na Maternidade-Escola/UFRJ (ME/UFRJ). O objetivo geral do projeto será investigar possíveis associações entre variáveis moderadoras e mediadoras do enfrentamento do estresse em populações sob condições de vulnerabilidade física e psicossocial no contexto hospitalar a fim de propor estratégias de prevenção aos riscos e de promoção do desenvolvimento e saúde

Objetivo da Pesquisa:

Com interesse no estudo de novas possibilidades de avaliação (medida de biomarcadores, autorregulação e otimismo) e intervenção (mindfulness e acupuntura) psicológicas na área da Saúde Materno-infantil e em consonância com estudos

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.792.522

anteriores realizados desde meu ingresso no GT Psicologia Pediátrica em 2008 e na Maternidade-Escola da UFRJ, a proposta geral desse projeto será investigar variáveis moderadoras e mediadores do enfrentamento do estresse a fim de propor medidas de prevenção aos riscos e de intervenção/promoção do desenvolvimento e saúde em populações sob condição de vulnerabilidade física e psicossocial no contexto hospitalar, desde mulheres e casais que vivenciam uma gravidez de risco até profissionais de saúde que lidam com condições de risco à gravidez e ao nascimento, e seus consequentes estressores. Em linhas gerais, tais medidas serão planejadas com base na avaliação, identificação e análise de indicadores emocionais e de estratégias de enfrentamento do estresse, buscando estudar variáveis relacionadas a esse enfrentamento, como a autorregulação, o otimismo, dentre outros, que afetam a forma como as pessoas enfrentam situações de vulnerabilidade física e psicológica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os procedimentos a serem realizados apresentam riscos mínimos para os participantes na medida que será oferecido a eles local apropriado no momento da coleta de dados para que se sintam confortáveis e motivados no momento da avaliação e da intervenção. As pesquisas realizadas neste projeto poderão trazer benefícios para os participantes, assim como para o serviço público de saúde, particularmente da Maternidade-Escola da UFRJ, na medida em que se espera que os tratamentos propostos (terapias complementares) apresentem resposta de redução significativa de níveis de ansiedade, estresse e depressão no grupo estudado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto bem elaborado, com metodologia compatível com o desenho da pesquisa. A pesquisa não infringe a ética e apresenta pequeno risco para os participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados no projeto estão corretos. Nenhum termo adicional foi necessário para a emenda proposta.

Recomendações:

Aprovação do projeto.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br



MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 1.792.522

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações relacionadas ao aspecto ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_814216 E1.pdf	21/10/2016 20:46:09		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	03/04/2016 10:16:26	Ana Cristina Barros da Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAnaCunha.pdf	02/04/2016 12:40:48	Ana Cristina Barros da Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CV_Ana_Cunha.pdf	31/03/2016 01:10:19	Ana Cristina Barros da Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Livre_Consentimento.pdf	31/03/2016 01:03:06	Ana Cristina Barros da Cunha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Outubro de 2016

Assinado por:
Ivo Basilio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br