



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - RIMS

BRUNA BERRI

**O CUIDADO À PUÉRPERA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS

2019

BRUNA BERRI

**O CUIDADO À PUÉRPERA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde com ênfase em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança.

Orientadora: Elisangela Böing, Dra.

FLORIANÓPOLIS

2019

O cuidado à puérpera na instituição hospitalar: um relato de experiência

*Bruna Berri
Elisângela Böing*

Resumo

O nascimento de um filho é um período de transição importante no ciclo de vida familiar. Diante de uma situação de crise aguda, verifica-se a necessidade de oferecer à puérpera os cuidados necessários para o seu bem-estar biopsicossocial. Comumente a função de cuidado recai aos familiares, mas pode ser realizada pelos profissionais de saúde em uma hospitalização. Este relato de experiência teve como objetivo apontar, a partir do conceito de maternagem de Winnicott, as possibilidades de intervenções realizadas pelo Serviço de Psicologia relacionadas ao cuidado oferecido às puérperas que acompanham a internação hospitalar de seus bebês. Torna-se possível cuidar dessa puérpera por ações como: visita à Unidade Neonatal; contato com rede social; compreensão da amamentação; orientação sobre autocuidado e cuidados com o recém-nascido; entre outros. Oferecer suporte de qualidade significa cuidar das necessidades integrais dessa mulher, trazendo novas possibilidades acerca do materno, tanto para a mãe quanto para o bebê.

Palavras chave: intervenção psicológica, maternagem, apoio social, puerpério.

Introdução

O nascimento de um filho se caracteriza como um período de transição importante no ciclo de vida familiar que traz consigo a necessidade da formação de novos papéis na dinâmica da família. Esta transição pode gerar aumento de tensão familiar e um desequilíbrio temporário no funcionamento desse sistema (Martins, Siqueira, Tyrrel, Barbosa, & Santos, 2008). No período puerperal, os membros da família e, especialmente a mulher-mãe, sofrem um intenso desgaste físico e psíquico e a resposta da família a essas mudanças é resultado de fatores individuais, relacionais e ambientais. A formação de uma rede de apoio familiar pode trazer um significativo bem-estar à puérpera além de aliviar os estressores trazidos pela nova dinâmica (Rapoport & Piccinini, 2006).

Além disso, ao longo da história modificaram-se os papéis sociais das mulheres e homens em relação à criação dos filhos e a maternidade já possuiu diferentes conceitos e valores sociais. Contudo, sabe-se que o desenvolvimento de uma criança depende de uma série de cuidados integrais, sobretudo em um período muito inicial da vida em que essa se encontra em uma total dependência física e psicológica (Gradwohl, Osis, & Makuch, 2014). Esses cuidados integrais são comumente associados à função materna, entretanto, a função materna não diz necessariamente sobre a mãe biológica deste bebê, embora tradicionalmente esta seja a pessoa que costuma exercer essa função, mas de qualquer pessoa que assuma o exercício de

cuidado principal dessa criança. O cuidado pode ser compartilhado entre membros da família ou até mesmo por profissionais de instituições hospitalares ou instituições de abrigamento (Boing & Crepaldi, 2004).

Primordialmente a mulher não nasce configurada como mãe, as funções maternas são construídas socialmente e efeitos de uma operação psíquica (Kitzinger, 1978). A maternidade refere-se tradicionalmente à relação consanguínea entre mãe e filho, enquanto a maternagem diz respeito à vinculação afetiva e de cuidado da mãe para o filho (Kitzinger, 1978). Para Winnicott (2000), o conceito de maternagem relaciona-se aos recursos psíquicos que a mãe dirige a seu filho para que esse se constitua quanto sujeito; e uma boa função materna seria aquela capaz de atender às necessidades do bebê. O cuidado nesse âmbito inclui respostas às necessidades básicas do bebê, bem como uma disponibilidade emocional: as palavras que são dirigidas a esse, o tom de conversação, o toque corporal, o embalo, o contato olho a olho, o investimento de expectativas. E dessa forma se dá a configuração de um vínculo mãe-bebê (Cordeiro, Gomes, & Luca, 2007).

Os principais influentes de como se formará a construção desse vínculo são relacionados às características pessoais da mãe (biológicas, psicológicas e sociais); suas relações intrapessoais; sua história como mulher, como filha e como cuidadora; sua cultura; e as características da criança também influenciam ativamente nessa relação (Iungano & Tosta, 2009). A maneira como a própria mãe da nova mãe se adaptou e atendeu às suas necessidades influenciam o processo de maternagem. Segundo Winnicott (2006), a mulher inicia no fim da gestação uma espécie de regressão emocional que permite que ela se identifique com o bebê e compreenda suas necessidades de forma mais intuitiva.

No caso das mães biológicas que exercem a função materna, é comum que encontrem dificuldades ao longo do processo de identificação com o seu bebê, sobretudo quando a realidade do nascimento foge daquilo que elas haviam idealizado. Contudo, quando essa mãe tende a realizar espontaneamente o processo de maternagem e ser suficientemente boa para o bebê quando é apoiada para que cumpra sua função, preenchida em suas necessidades básicas e assegurada de um entorno protegido que não a perturbe no desenvolvimento de seu papel (Winnicott, 2006).

Iungano e Tosta (2009) referem a necessidade de se oferecer à mãe os mesmos cuidados que são necessários a seu bebê. Geralmente a função de cuidado à puérpera recai aos familiares mais próximos, como o parceiro ou mãe da puérpera (Rapoport, 2003), mas pode ser atribuído aos profissionais de saúde em uma situação de internação do recém-nascido ou prolongamento da internação da puérpera. A essa rede de apoio cabe a função de promover um ambiente

facilitador e de cuidado para que essa mãe se sinta segura, atendida em suas necessidades, e, por conseguinte, possibilitada de identificar-se com seu bebê e responsabilizar-se pelos cuidados deste.

No caso da hospitalização de um bebê, sabe-se que a situação traz consigo cuidados constantes, técnicos e científicos, distanciando-se muito do cuidado intuitivo e afetivo geralmente oferecido pelas mães, e em alguns casos, a função materna não pode ser realizada como em um contexto natural (Iungano & Tosta, 2009). Nesse sentido, mãe e bebê acabam sendo distanciados, o que fragiliza o estado fusional e espontâneo de ambos. Em muitos casos as mães se encontram em um estado de cuidadoras auxiliares, longe de suas famílias, longe do ambiente que haviam preparado para a chegada deste bebê, distanciadas fisicamente, e às vezes, sentindo-se impossibilitadas de promoverem até mesmo os cuidados básicos. É uma falta imposta pelo ambiente e que muitas vezes dificulta a identificação da mãe com o recém-nascido, sendo necessária uma reorganização emocional para que possam ser compreendidas as novas necessidades desse bebê em condições especiais.

Para que se crie esse processo de maternagem apropriada ao bebê real, é necessário que a puérpera encontre um ambiente que lhe assegure o cuidado necessário para que esta se sinta segura em relação a si e, por consequência, também possa dirigir sua energia psíquica na direção do bebê. O puerpério é mencionado como um período de crise na autoconfiança, oscilação de sentimentos e reorganização dos papéis relacionados ao autoconceito de ser mulher; ressalta-se que as mulheres por vezes buscam ajustar-se a esse novo papel e que a vulnerabilidade emocional as deixa mais acessíveis para receberem cuidado e ajuda (Merighi, Gonçalves, & Rodrigues, 2006).

Usualmente, observa-se nessa puérpera a necessidade de ser *maternada*, se não por sua família, pelos profissionais de saúde que estarão responsáveis pelos cuidados com ela e/ou de seu bebê, no intuito de atendê-la em suas necessidades físicas, emocionais e relacionais, sem interferir em seu processo natural de relacionar-se com sua cria. Destaca-se que a assistência prestada deve ser fundamentalmente singular, respeitando a individualidade de cada vivência puerperal, pois por mais que o processo de mudança no ciclo de vida se assemelhe, nenhuma mulher o vivenciará da mesma forma e com as mesmas necessidades.

Nesse estudo se objetiva apontar, a partir do conceito de maternagem desenvolvido por Winnicott, as possibilidades de intervenções psicológicas realizadas pelo Serviço de Psicologia da Maternidade do HU/UFSC relacionadas ao cuidado oferecido às puérperas que estão acompanhando a internação hospitalar de seus bebês na Unidade Neonatal.

A Psicologia Hospitalar dentro da Maternidade HU/UFSC

Fundado em 1980, o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - EBSEH (HU/UFSC) é um hospital geral, referência no estado de Santa Catarina, que atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. O HU/UFSC por ser um Hospital de Ensino possui grande relevância para o Sistema de Saúde tendo em vista que visa formar recursos humanos, construir conhecimento por meio de pesquisa científica e projetos de extensão, desenvolver e testar novas tecnologias e, sobretudo, realizar atendimentos de alta complexidade à população brasileira (Brasil, 2004; Medici, 2001).

A maternidade do HU/UFSC foi inaugurada em 1995 com a missão de assistir ao parto de modo humanizado, recebendo em 1997 a titulação de Hospital Amigo da Criança e nos anos 2000 a premiação Professor Galba de Araújo, do Ministério da Saúde, por seu destaque na humanização da assistência à mulher e ao recém-nascido, bem como foi indicada para ser o Centro Nacional de Referência para a Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru na região sul do Brasil (Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, 2019). Desde a sua fundação, a Maternidade teve como premissa estabelecer uma filosofia coerente com sua missão de assistência humanizada e que pudesse guiar a atuação da equipe profissional de modo integrado. Acredita-se que no processo de gravidez, parto e puerpério é direito de toda mulher, recém-nascido (RN) e família receber atendimento personalizado que garanta a assistência adequada e, especialmente, qualificada.

A fim de oferecer um serviço de boa qualidade, os sistemas de saúde estão progressivamente valorizando a atuação de uma equipe multiprofissional que fortalece o olhar para o modelo integral de saúde, aumenta os resultados e reduz os custos (Tonetto & Barbosa, 2007). A organização de equipes multiprofissionais está associada à complexidade das demandas, uma vez que os profissionais ao se depararem com seus próprios limites podem encontrar subsídios para a compreensão do caso nos colegas de outras profissões (Tonetto & Barbosa, 2007). Além das reflexões sobre o processo de saúde e doença, há de se contextualizar que a inserção do psicólogo no hospital geral e, sobretudo, em uma instituição pública, traz consigo a condição do sistema público de saúde, condições de acesso e características sociais da população, condições de trabalho dos profissionais (Almeida, 2000); características essas que podem (des)fortalecer a qualidade do atendimento ao usuário.

A atuação da Psicologia da Saúde olha o sujeito para além da sua condição de saúde, pois se interessa pela forma como este vivencia e percebe seu estado de saúde a partir da sua relação consigo e com o mundo. Além disso, pode-se refletir juntamente com o sujeito novas

formas de projetos de vida que incluam comportamentos ativos de promoção de saúde, estimulando o autocuidado e a criação de estratégias de enfrentamento ao adoecimento (Almeida & Malagris, 2011). No que se trata dos atendimentos da área obstétrica percebe-se que os processos técnico-biológicos podem ser potencializados por meio da compreensão da dinâmica psicológica do ciclo gravídico puerperal (Caldas, Silva, Boing, Crepaldi, & Custódio, 2013).

O Serviço de Psicologia está inserido na Maternidade do Hospital Universitário da UFSC desde a sua fundação e está consolidado em variadas unidades: Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal; conta atualmente com três psicólogas, duas psicólogas residentes e duas estagiárias do curso de psicologia. No imaginário social, a concepção de maternidade está relacionada ao nascimento, alegria, começo de vida; contudo, existem intercorrências no ciclo gravídico puerperal que aparecem quase como um contrassenso àquilo que é idealizado (Maushart, 2006). A Psicologia dentro da Maternidade atua em diversos contextos como o pré-natal de alto risco, interrupção legal da gestação, abortos espontâneos recorrentes, óbito fetal ou neonatal, má-formações fetais, doença infectocontagiosa materna, gestação na adolescência, drogadição, transtornos psiquiátricos, gestação de alto risco, prematuridade, internação do recém-nascido na Unidade Neonatal, ou ainda, por busca ativa através da passagem de plantão da equipe de enfermagem ou pedido de parecer psicológico. Nestes diferentes contextos e demandas com as quais o Serviço de Psicologia da Maternidade atua, destaca-se a valorização de toda equipe multiprofissional, pois acredita-se que o cuidado integral ao usuário como se preconiza no SUS (Brasil, 1990) deve estar fundamentado na filosofia do local e estimulado através da capacitação de profissionais e da atuação conjunta, a fim de consolidar a humanização dos atendimentos conforme previsto na Política Nacional de Humanização – PNH (Ministério da Saúde, 2010).

Aspectos psicofisiológicos do puerpério na crise aguda

Puerpério é o nome dado ao período pós-parto que se caracteriza como uma fase ativa do ciclo gravídico-puerperal no qual a mulher vivencia múltiplos fenômenos de natureza psíquica, hormonal e metabólica (Cabral & Oliveira, 2010). O período puerperal se inicia logo após o parto e estende-se de seis semanas a aproximadamente três meses (Vieira, Bachion, Salge, & Munari, 2010). Nesse período, a mulher passa por modificação psico-orgânicas que possuem a finalidade de retorno do organismo ao seu estado pré-gravídico bem como o estabelecimento do processo de amamentação (Strapasson & Nedel, 2010). Psiquicamente o

pós-parto se caracteriza por sentimentos ambivalentes de euforia, alívio, medo e ansiedade relacionados à amamentação e aos cuidados com o recém-nascido (Strapasson & Nedel, 2010); emocional e cognitivamente a puérpera volta ao seu estado pré-gravídico em até dois anos após o nascimento de um filho.

O período pós-parto exige um ajustamento à nova identidade materna, uma reestruturação das relações familiares (Costa, Pacheco, & Figueiredo, 2007) e por vezes impõe um confronto entre as expectativas construídas no período gravídico com a realidade trazida pelo nascimento do bebê (Emídio & Hashimoto, 2010). Assim como nos outros momentos, no ciclo gravídico-puerperal a mulher deve ser assistida integralmente, sendo fundamental considerar seu componente psíquico, visto que é um período vulnerável para a manifestação de crises emocionais (Lopez & Pedalini, 1999).

Quando esse nascimento ocorre prematuramente ou alguma condição clínica da mãe ou bebê exigem uma internação hospitalar prolongada, instala-se uma situação de crise aguda que pode comprometer a formação dos vínculos afetivos e a trajetória do desenvolvimento dos indivíduos e da família enquanto grupo (Custódio, 2010; Maldonado, 1989). Ainda, há de se pensar que para além da mãe de um recém-nascido ou puérpera hospitalizados, há uma mulher contemporânea inserida no mercado de trabalho e que concilia a autonomia de si mesma com a preservação de papéis tradicionais de mãe, esposa, organizadora do espaço doméstico, profissional (Souza, Souza, & Rodrigues, 2013).

A mulher vai se identificando com o ser mãe já no período da gravidez, quando começa a sentir a presença do filho em seu corpo (Andreani, Custódio, & Crepaldi, 2006). É nesse momento do ciclo que a mulher, sobretudo a gestante primípara, vai deixando de ser filha e se tornando mãe e assim revive experiências anteriores, de sua infância e da sua relação com a maternidade (Piccinini, Carvalho, Ourique, & Lopes, 2012). Neste momento do ciclo, aspectos inconscientes podem surgir por meio de sintomas ou sonhos, havendo possibilidade da elaboração de conflitos antigos e transformações da identidade da mulher (Piccinini *et al.*, 2012). Essas mudanças de ordem psíquica, física, social influenciam significativamente nas mudanças de ordem individual da mulher, mas também influem nas suas inter-relações, conjugais e familiares, e em aspectos sociais como o planejamento socioeconômico e trabalho. Por outro lado, uma gestação não desejada pode ser encarada de forma passiva, pouco permitindo o caminhar da reestruturação biopsicossocial (Andrade, Silva Baccelli, & Benincasa, 2017).

Maldonado (1991) considera o puerpério como o quarto mês da gestação e refere como marco do período a oscilação emocional, na qual há uma rápida alternância entre euforia e

tristeza. É nesse momento que se concretiza a relação mãe-bebê até então muito idealizada por meio das expectativas geradas durante a gestação. O bebê, por ser um mamífero dependente, é incapaz de sobreviver através de seus próprios recursos e precisa assim ter suas necessidades atendidas por um cuidador. Diversos estudos enfatizam a importância do recém-nascido ter uma figura de cuidado constante com a qual estabelecerá uma relação de segurança e afeto que favorecerá um bom desenvolvimento biopsicoafetivo (Spitz, 1979; Szejer, 1999; Winnicott, 1993).

Comumente, nos dias e semanas que seguem o nascimento, a mulher vai se tornando capaz de se identificar com seu bebê, criando uma consciência especial de suas necessidades de forma que não pode ser ensinada; esse processo é chamado de preocupação materna primária (Winnicott, 1983). É no estado de preocupação materna primária que a mãe é capaz de oferecer ao bebê um contexto favorável para a constituição do seu ser. Ao se colocar no lugar do bebê, a mãe vai correspondendo às suas necessidades corporais e do ego. Isso faz com que a mulher deseje renunciar ou se desligar de alguns interesses pessoais para direcioná-los a cria. Ainda, Winnicott (1983) refere que nem sempre a presença de uma condição orgânica não esperada prejudica o vínculo mãe-bebê. Uma mulher pode aceitar mais facilmente a criança real se o seu próprio ambiente inicial foi suficientemente bom. Como já mencionado, o autor se dedica a estudar as ações de cuidado da mãe voltadas ao bebê, que ele denominou de maternagem.

Segundo Winnicott (1975) a “maternagem suficientemente boa” conta com três funções essenciais: *holding* (sustentação), *handling* (manejo) e a *apresentação dos objetos*. O *holding* diz respeito à forma, concreta e/ou simbólica, como o bebê é sustentado no colo da sua mãe. Segurar este bebê com firmeza e segurança, o acalentando e protegendo num momento de dependência absoluta fundamenta a sua capacidade de se sentir real e integrado, oferecendo assim o suporte necessário para o seu desenvolvimento e maturação. Já o *handling* se caracteriza pelos cuidados ambientais e, especialmente, pela forma como o bebê é tratado, ou seja, como se maneja os cuidados referentes ao seu corpo e a seu ser. Por último, a *apresentação dos objetos* se refere ao momento em que a mãe apresenta ao bebê novas relações interpessoais e novos objetos mais adequados ao seu estágio de maturação, podendo se mostrar substituível, abrindo espaço para a realidade externa desse bebê.

O prazer que a mãe sentirá ao cuidar de sua cria está substancialmente relacionado com um contexto com menos tensões e preocupações por parte desta e também de seu entorno (Winnicott, 1983). O bebê anuncia suas necessidades através do choro e a mãe ao estar identificada com ele é a pessoa mais indicada para lhe oferecer ajuda, carinho e compreensão (Winnicott, 2012). Essa experiência silenciosa e repetida ajuda o recém-nascido a construir seu

primeiro vínculo a um objeto externo - a mãe. A mãe, por sua vez, se oferecerá como o primeiro ambiente que o bebê necessita para constituir seu psiquismo. Do ponto de vista do recém-nascido, é necessário um processo biológico e maturacional para que esteja preparado a realizar as mudanças advindas do nascimento, quando o nascimento é antecipado, esse processo pode ser afetado (Winnicott, 1983). Ainda, se o nascimento for tido como um evento traumático, mãe e bebê poderão ter dificuldades no curso do desenvolvimento da relação.

Mesmo quando nasce um bebê no tempo esperado, os pais precisam se adaptar ao bebê real que é diferente daquele que tinha sido idealizado durante a gestação. Quando há o nascimento prematuro de um bebê, essa adaptação é ainda maior fazendo-se necessário a elaboração do luto do bebê imaginário (Maldonado, 1989). O parto prematuro ocorre no último trimestre da gestação, momento em que a mãe estaria ainda processando as transformações que surgem após o nascimento do filho. Dessa forma, ao não poder realizar essa mudança psíquica, a mãe do prematuro possui mais dificuldade para instalar o estado de preocupação materna primária. De uma gestação interrompida e ainda não elaborada por completo, nascem uma mãe e pai prematuros (Andreani, Custódio, & Crepaldi, 2006).

A internação hospitalar da mãe no pós-parto ou do bebê nascido prematuramente interrompe o decorrer natural do desenvolvimento da relação de ambos, contudo, Winnicott (2006) afirma que os bebês a termo quando necessitam de cuidados intensivos podem estar em condições psíquicas menos favoráveis que os prematuros, uma vez que necessitam mais de contato corporal. Há um afastamento físico que se impõe entre a puérpera e um bebê prematuro ou um bebê com estado de saúde agravado, o que pode gerar uma dificuldade em estabelecer a preocupação materna primária, até mesmo o *holding* fica afetado uma vez que o manuseio e o contato corporal é limitado. Desse modo, é frequente que as mães se sintam compartilhando a cria com os membros da equipe da Unidade Neonatal e se sintam impotentes no ato de cuidar. Essas barreiras que são criadas entre mãe e bebê acabam interferindo na relação afetiva entre eles (Andreani, Custódio, & Crepaldi, 2006). Mas presença da mãe e as conversas tranquilizadoras que essa pode ter com o seu bebê podem recuperar a sensação de segurança, conforto e esperança de ambos, o que pode assegurar a manutenção do vínculo de vida entre eles (Wilheim, 2006).

O Manual do Método Canguru (Ministério da Saúde, 2017) define a maternagem como o conjunto de cuidados oferecidos ao bebê pela mãe ou cuidador substituto. Quando esse cuidado é impedido de acontecer nos primeiros dias após o nascimento do bebê, alguns fatores podem repercutir negativamente no exercício da maternagem. O puerpério na crise aguda envolve a demora em conhecer o recém-nascido e, na maioria das vezes, a puérpera se percebe

impossibilitada de usufruir a prazerosa interação de pele na pele, olho no olho, amamentação com o bebê, e vivencia o que Agman, Druon, e Frichet (1999) denominaram de “preocupação médico primária”.

Zani, Tonete, e Parada (2014) relatam que a maternagem dentro de uma Unidade Neonatal se desenvolve de forma diferente daquela que seria desenvolvida com um bebê saudável, tendo em vista que exige uma grande adaptação; sendo fundamental a criação de um ambiente e relações facilitadoras desse processo onde seja possível a formação de memórias - até mesmo positivas - entre mãe e bebê. Para as puérperas nesse contexto, o desenvolvimento da maternagem é muito diferente do que se aprendeu sendo maternada ou no convívio e experiências de vida com outras mulheres do meio social (Nascimento, 2018). Dessa forma, faz-se possível refletir sobre intervenções da rede institucional que visem cuidar, *maternar* a puérpera que vivencia o seu puerpério numa crise aguda, que além de estar se adaptando à condição imposta pela internação também está distanciada de sua rede de apoio social.

Rede de apoio institucional e a *maternagem* à puérpera

Ao se depararem com as dificuldades e dúvidas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, mãe, pai ou casal encontram na rede de apoio o fortalecimento de suas estratégias de enfrentamento da nova condição familiar. E a família ampliada comumente aparece como o vínculo de suporte para auxiliar na adaptação e aprendizado dos novos papéis e tarefas (Dessen & Braz, 2000). Rede de apoio pode ser definida como o sistema de relações significativas de uma pessoa, seja a família nuclear ou extensa ou outros conjuntos de vínculos que agem sobre esse sistema como a escola, trabalho, amigos e comunidade (Dessen & Braz, 2000).

Por rede social entende-se um sistema composto por pessoas que exercem determinadas funções em diferentes contextos, oferecendo apoio emocional e instrumental (Lewis, 1987). Cada vínculo dessa rede pode apresentar uma ou mais diferentes funções, como: a ajuda prática e material, apoio emocional, executando tarefas domésticas, cuidando dos outros filhos, companhia social, auxílio informacional, apoio espiritual, entre outros; podendo ser composta por familiares, amigos e até mesmo instituições (Custódio, 2010; Dessen & Braz, 2000; Sluzki, 1997). É importante que a equipe da Maternidade esteja atenta às particularidades do puerpério na crise aguda, para que sirva como agente facilitador da construção de vínculos de cuidado e afeto.

A rede de apoio no puerpério dentro de uma rotina hospitalar é envolvida em um sistema complexo que abrange desde aspectos biológicos das particularidades de cada condição

de saúde, aspectos do ambiente - seja pela tecnologia dura utilizada ou pela atuação da equipe multidisciplinar e aspectos relacionados à vida privada daquela mulher e família (Custódio, Crepaldi, & Linhares, 2014). De acordo com Custódio (2010), as mães de bebês pré-termos apresentam uma particular necessidade de serem acolhidas em sua dor e reasseguradas frente aos cuidados que oferecem aos filhos posto que compartilham dos cuidados especializados com a equipe da Unidade Neonatal. A vivência psíquica de um puerpério em uma condição de crise é intensa e pode despertar na puérpera sentimentos de medo, culpa, ansiedade e solidão (Maldonado, 1989). Considerando que a rede mais íntima e pessoal da puérpera que passa por uma situação de crise muitas vezes ocupa-se das responsabilidades externas. Quando as puérperas possuem redes pequenas ou fragilizadas, fica a encargo da rede institucional oferecer o suporte possível “do lado de dentro” do hospital.

Na maior parte dos casos, juntamente com a internação de um bebê grave há uma mulher passando por um momento crucial do seu ciclo de desenvolvimento, fazendo-se essencial o olhar sensível dos profissionais a essa questão. Toda a equipe de saúde que presta assistência a essas mulheres deve ser perspicaz ao identificar sentimentos muitas vezes não verbalizados, promover um espaço de escuta, acolher as dúvidas e permitir que elas as expressem para que se faça possível o cuidado integral (Carvalho, Reis, Dias, Monteiro, & Pinheiro, 2007).

Os atendimentos psicológicos voltados às mulheres internadas ou às mães de recém-nascidos internados são orientados pela técnica de psicoterapia breve. Fundamentada por Fiorini (2004) a psicoterapia breve fornece subsídios para o psicólogo hospitalar uma vez que, tendo um papel ativo, o profissional pauta suas intervenções no sentido de ampliar e clarificar o relato do paciente, fornecer informações, focar em pontos essenciais que apareceram no discurso, fortalecer os aspectos resilientes já presentes na paciente, compreender o significado dos comportamentos e crenças do mesmo. Dessa forma, o atendimento auxilia na criação de estratégias de enfrentamento e na resolução de conflitos, bem como fortalece as estratégias funcionais já existentes, contribuindo para a redução dos riscos psicológicos e sociais da gestação e puerpério (Caldas *et al.*, 2013).

É essencial que a equipe de saúde dirija estratégias de cuidado à mulher em pleno puerpério de modo integral. A seguir serão apresentadas algumas formas de intervenções realizadas pelo Serviço de Psicologia que visam o cuidado à puérpera e, por conseguinte, ao recém-nascido e outros familiares próximos. Não são categorizadas como um manual a ser seguido, mas sim apontadas para a reflexão acerca da oferta de um cuidado para além do

tradicional que pode diminuir os impactos gerados pela hospitalização e facilitar o exercício e desenvolvimento da maternagem.

Possibilidades de intervenções psicológicas no período pré-natal

O período pré-natal é um momento oportuno para se planejar intervenções que visem diminuir os impactos emocionais gerados nas primeiras instâncias do pós-parto. O exercício de cuidado à mulher gestante-puérpera e seu bebê pode se iniciar logo que essa interne no leito de gestação de alto risco, período que pode ser abordado seu histórico de vida, modo de funcionamento, relação com a gestação, rede de apoio, condição atual de saúde. E, especialmente, quando se sabe que essa tem indicação que seu bebê seja internado na Unidade Neonatal após seu nascimento, faz-se possível abordar informações e crenças acerca da saúde de seu filho e elaborar intervenções que diminuam os impactos da “primeira vista” e fortaleçam a qualidade da relação dos pais com o bebê que terão.

Os atendimentos psicológicos e reflexões realizadas a partir desse contribuem para que as gestantes – e também as puérperas – vivenciem o luto do bebê idealizado e, então, abram espaço para o recém-nascido real. Muitas vezes as mulheres se veem obrigadas a percorrerem por caminhos muito diferentes do que haviam imaginado e neste momento o *holding* fica ameaçado. É preciso que as mães sejam apoiadas em seu tempo para lidar com a possível tristeza de nascer um filho diferente ao que se queria; e à medida que aceitam as perdas das projeções realizadas na gestação vão conseguindo dar lugar e assumir o bebê que tiveram (Braga & Morsch, 2003).

Visita à Unidade Neonatal no pré-natal

A fim de facilitar a criação da imagem do bebê real, a equipe de psicologia realiza juntamente com os pais, quando de desejo deles, a visita à Unidade Neonatal já durante a gestação. Nessa visita se oferece informações sobre os setores da Unidade Neonatal, a equipe que está presente, os equipamentos (berço aquecido, incubadora, ninho, acessos venosos, *cpap*, cateter de oxigênio, entre outros), algumas regras sobre o funcionamento, e sobretudo, busca-se esclarecer as dúvidas que vão surgindo ao longo da visita. Também, quando possível, é observado juntamente aos pais um bebê que está internado na Unidade que estima-se que tenha peso, idade gestacional ou condição clínica semelhante ao bebê que irá nascer. Percebe-se que essa ação contribui significativamente para que os pais projetem o bebê que virá mais próximo do real e, comumente, gera muitas reflexões durante os atendimentos que seguem.

No nascimento de um filho prematuro mãe e pai estão em diferentes fases biopsíquicas do ciclo gravídico, muitos pais podem estar no processo inicial de fortalecimento de vínculo com o filho ou nem mesmo estavam ainda nesse processo. Dessa forma, se por um lado temos um bebê que ainda “não estava pronto” para sobreviver sem cuidados técnico-especializados e para se comunicar com seus pais, por outro lado também temos pais que “não estavam prontos” para essa chegada inesperada e para as exigências que a internação trará (Ministério da Saúde, 2017).

Primeira visita à Unidade Neonatal após o nascimento

Oferecer uma série de cuidados à puérpera e família deste bebê já nos primeiros momentos do recém-nascido na Unidade Neonatal para além do apoio, pode servir como estratégia fortalecedora do vínculo que se irá manter com essa família. Devido ao tempo de recuperação da puérpera, é o pai – ou a pessoa que acompanhou o parto – o primeiro a ser convidado a entrar na Unidade e conhecer o filho e é ele quem será o porta-voz das informações do seu bebê para os demais membros da família (Ministério da Saúde, 2017). Quando possível é o Serviço de Psicologia, juntamente com outros membros da equipe, que acompanha essa primeira visita ao bebê a fim de acolher a família e ofertar informações com o cuidado necessário que o momento exige.

Enquanto isso, a puérpera pode vivenciar na sala de recuperação sentimentos de medo, solidão e frustração, e ao ficar sem notícia pode pensar que lhe estão escondendo informações sobre o filho (Ministério da Saúde, 2017). Dessa forma, a psicóloga ou outro membro da equipe pode lhe trazer informações sobre o recém-nascido e os cuidados que este vem recebendo. O profissional deve estar disponível para escutar essa mulher e responder as dúvidas geradas por essa, tomando cuidado para não atropelar com a quantidade de informações fornecidas, uma vez que o intuito deste momento é tranquilizar a mãe e aproximá-la de seu bebê bem como aproximá-la também da equipe da Unidade Neonatal.

Ao encontrar-se pela primeira vez com o recém-nascido cada mulher tem um tempo e uma forma de fazê-lo, o que deve ser respeitado. Neste momento o papel da equipe é de facilitar a aproximação mãe-bebê e dar orientações sobre todas as necessidades de cuidados que esta pode ofertar a seu filho (Ministério da Saúde, 2017). Os bebês internados precisam de cuidados especializados que são realizados pela equipe de saúde, podendo gerar nas mães a sensação de que são impotentes enquanto cuidadoras deste bebê. Dessa forma faz diferença ressaltar para a puérpera que apesar de divisão do cuidado, há uma série de outros cuidados que são únicos e

podem somente serem por ela oferecidos, sendo esses fundamentais para o desenvolvimento psicoafetivo do bebê.

Sentimentos distintos podem ser despertados pela interação de um recém-nascido em diferentes integrantes da família, faz-se necessário estar atento a essas diferenças para oferecer um cuidado direcionado à necessidade de cada sujeito; as primeiras vivências relacionais com o filho podem influenciar na resolução ou não de conflitos com este nascimento e até mesmo influenciar na relação futura (Ministério da Saúde, 2017). A mãe-puérpera de bebê pré-termo muitas vezes nos primeiros contatos com o filho não reconhece a sua cria, e é preciso dar tempo para que essa descubra nas expressões do filho sinais que despertem o sentimento de pertencimento (Ministério da Saúde, 2017).

Nem sempre as mães estão nesses primeiros encontros sentindo-se preparadas ou seguras o suficiente para ofertar os cuidados de maternagem com o recém-nascido. Quando recebe um bom suporte por parte da família e/ou equipe, a mãe vai se adaptando à rotina do ambiente, vinculando-se aos profissionais da equipe, e aos poucos vai tocando, conhecendo seu bebê e sentindo-se apta para oferecer cuidado a ele (Ministério da Saúde, 2017). De acordo com Rapoport e Piccinini (2006) o momento em que o apoio é dado é uma variável importante, pois uma vez que este é oferecido precocemente, pode auxiliar a família a criar estratégias pessoais de enfrentamento que facilitem a autonomia futura. Por outro lado, se este apoio é oferecido tardiamente, podem ser gerados sentimentos de fracasso por parte da família.

Intervenções quando a puérpera está internada na Unidade de Tratamento Intensivo

Quando é a condição clínica da mulher que a coloca em condicional de vaga de UTI no pós-parto, o bebê também é internado na Unidade Neonatal para a realização dos cuidados clínicos. Algumas estratégias de aproximação com o recém-nascido podem ser pensadas em conjunto com a gestante/puérpera, como: gravar áudios de mensagens com a sua voz para que o bebê ouça após o nascimento, colocar “feijõezinhos” (pequenas almofadas) entre os seios da mãe e depois levá-los para que o bebê sinta o cheiro da mãe, definir com ela e com os familiares quem se responsabilizará mais intensamente pelos cuidados do recém-nascido enquanto a mesma estiver internada na UTI. Após o nascimento, quando a condição clínica da mãe já esteja estável, é possível fazer o movimento contrário: levar à mãe notícias, fotos, vídeos de seu filho. Assim, ambos começam a conhecer um ao outro, apesar da distância física imposta.

Intervenções psicológicas de apoio à amamentação

Comumente, logo nas primeiras horas após o nascimento, ou até mesmo antes disso, há uma preocupação materna relacionada à capacidade de amamentar que se estende ao longo da internação do bebê. A amamentação de um recém-nascido em estado agravado é fato que gera preocupação, sobretudo, com relação ao ganho de peso e imunidade do bebê. Ainda, a separação imposta pelo ambiente ou falta de estímulo ao seio dificulta a produção do leite, sendo necessário a atuação multiprofissional integrada que valorize os pequenos esforços relacionados a isso. Mesmo quando a produção de leite ainda é inicial e há apenas poucas gotas de colostro no seio materno, há de se considerar a importância que essas “gotas milagrosas” têm sobre a imunidade do recém-nascido, tendo em vista que podem ser ordenhadas para o uso de colostroterapia (Lopes, Oliveira, & Soldateli, 2018).

Segundo Nascimento (2018) considerar o próprio leite como benéfico é uma estratégia para o bom desenvolvimento da maternagem, e destaca-se a importância da rede de apoio para a manutenção do aleitamento materno (Prates, Schmalfluss, & Lipinski, 2015). Para que a puérpera, apesar das dificuldades relacionadas à internação, consiga estabelecer uma desejada rotina de aleitamento há um caminho de incentivo e compreensão a ser trilhado (Nascimento, 2018). A comunicação sincera e apoio de todos os membros da equipe em relação à extração do leite, à pega do bebê, às formas de amamentar são formas de incentivá-la, assim como criar dentro a rotina da Unidade um espaço para as mães cuidarem dos seus filhos e exercerem naturalmente a maternagem. Ainda, é preciso que esta mulher em pleno puerpério esteja se sentindo cuidada e também contemplada em suas próprias necessidades, uma vez que a experiência dela e seu bem-estar também devem ser priorizados.

Também, nos casos das mães que não podem ou não desejam amamentar, é possível que experienciem um contato físico e íntimo com o bebê (Winnicott, 2006). Para isso, orienta-se as mães sobre os benefícios do ato de alimentar o bebê de modo afetivo seja por meio de copinho, sonda gástrica ou mamadeira. São os momentos de contato físico com o bebê, de tomá-lo em seu colo, segurá-lo enquanto o alimenta, olhar em seus olhos, que favorecem a vivência de integração e conexão entre mãe e bebê no quais ambos passam a se conhecer e consolidar o vínculo.

O atendimento psicológico voltado para o aleitamento visa conhecer a história dessa mulher em relação à amamentação, suas vivências familiares, suas crenças, seus desejos e informações sobre o leite que produz e sobre o bebê que amamenta, a fim de contribuir para o fortalecimento dessa comunicação entre puérpera e bebê. Autores referem que a experiência de alimentar o filho internado na UTI, contemplando as suas variadas formas, é associada a um

dos momentos de maior satisfação relacionado ao contato físico com o bebê (Baum *et al.*, 2012; Baylis *et al.*, 2014; Nascimento, 2018).

Acompanhamento da rotina na Unidade Neonatal

Passados os primeiros dias após o nascimento, encerra-se a licença paternidade e a família ampliada tende a ter que voltar para seus afazeres cotidianos, cabendo, na grande maioria das vezes, à puérpera acompanhar a internação hospitalar do recém-nascido. O vínculo com a equipe já começa a ser estabelecido nos primeiros contatos com a família, mas é ao decorrer da internação do recém-nascido que vai se consolidando o vínculo com a puérpera e o cuidado com a mesma, e é especialmente neste período que a rede institucional faz diferença da vivência dessa puérpera, bebê e família. A equipe deve atuar de forma conjunta de modo a facilitar o desenvolvimento natural da maternagem da mãe ao bebê, auxiliando e estimulando as competências que a puérpera pode desenvolver durante esse período.

A Unidade Neonatal é o primeiro microsistema do bebê onde há uma multicomposição de profissionais com diferentes conhecimentos, todos importantes para o cuidado do recém-nascido e sua família (Custódio, 2010). Dessa forma a equipe profissional se apresenta como a primeira rede institucional desse bebê, por seu tamanho e heterogeneidade muitas vezes os pais podem se sentir pouco à vontade para expressar suas dificuldades financeiras ou emocionais, perguntar sobre o estado do bebê ou questionar sobre o funcionamento da unidade (Custódio, 2010). Por isso, é importante que cada profissional esteja atento às necessidades dessa família, posto que se observa que o suporte profissional às mães durante esse período minimiza os estresses ocorridos pela situação de crise (Martins *et al.*, 2008).

Segundo Meneses e Santos (2010) o cuidado da equipe de enfermagem, quando direcionado ao bem-estar também da puérpera, facilita a maternagem; uma vez que ensina a mãe a assumir uma nova forma de cuidar direcionada a um bebê prematuro ou com estado de saúde agravado. A maternagem ofertada pela mãe nas experiências iniciais do recém-nascido auxilia na sua integração e o protege nos âmbitos psíquicos, fisiológicos e imunológicos (Braga & Morsh, 2003).

A rede de apoio da puérpera como peça fundamental

Uma puérpera que possui o filho prematuro ou com alguma condição agravada de saúde necessita de uma rede, que dentre outras funções, também ofereça a função de suporte emocional que vá disponibilizar uma relação de empatia, incentivo e compreensão (Sluzki, 1997). Essa rede é representada pelos familiares e amigos íntimos que sejam significativas

para essa puérpera. Ainda, para poder acompanhar a internação de seu filho muitas vezes é necessário um apoio social ou financeiro para que a puérpera não se preocupe com sua casa, os outros filhos, contas para pagar, entre outros. No atendimento psicológico aos familiares, é possível auxiliar essa rede íntima na organização das tarefas e clarear, sob a percepção da história dessa família, as formas de apoio que podem ser oferecidas à mulher que acompanha o filho hospitalizado.

As puérperas necessitam diferentes tipos de apoio conforme seu próprio padrão de funcionamento e também de acordo com o período de internação, às vezes o apoio é uma orientação, uma palavra de carinho ou ajuda prática (Rapoport & Piccinini, 2006). Mesmo que a ajuda não tenha sido solicitada ou até mesmo não seja recebida, é importante que a mulher saiba que tem pessoas com que pode contar caso tenha necessidade. Algumas mulheres possuem dificuldade de pedir ou aceitar ajuda ou encontram dificuldades de compartilhar os cuidados do bebê mesmo com uma rede disponível para ajudá-la. Também, pode ser que o apoio recebido não esteja correspondendo àquele esperado, fato importante a ser nivelado uma vez que oferecer o suporte adequado às necessidades da puérpera não só beneficia a ela como também o bebê (Rapoport & Piccinini, 2006).

Enquanto membro de apoio da rede institucional dessa puérpera, o psicólogo assume um papel importante na identificação e acionamento da rede de apoio social dessa (Dessen & Braz, 2000) para que esta a ajude no desempenho da função materna. Percebe-se que mães que possuem uma rede de apoio mais extensas e consistentes e que apresentam altos níveis de satisfação em relação a essa estabelecem relações mais sensíveis e satisfatórias com seus bebês (Jennings, Stagg, & Connors, 1991; Simioni & Gelbi, 2008). Dessa forma, oferecer o telefone da instituição para que a puérpera possa fazer uma ligação à família e conte uma notícia ou solicite o apoio pode ser importante para a aproximação dos familiares. Também, quando identificado necessidade, é função do psicólogo acionar essa rede, compreender o seu funcionamento, e na medida do possível incluí-la no cuidado à puérpera e ao bebê.

A presença dos familiares como forma de cuidado

A presença da família, e sobretudo dos pais, dentro da Unidade Neonatal não pode ser vista como ameaçadora, mas como uma ferramenta essencial para o cuidado. Dessa forma, ao acolher e incluir a família do recém-nascido na unidade, considera-se que outros familiares para além dos pais também são importantes para a manutenção do cuidado do recém-nascido (Nascimento, 2018). Os avós, em especial, possuem um papel privilegiado posto que desempenham ações de cuidado e atenção tanto ao recém-nascido quanto à puérpera, demais

filhos da mesma, e poderão dar continuidade aos compromissos extra-hospitalares dessa família (Nascimento, 2018).

Segundo Braga *et al.* (2001) a avó materna é o membro da rede que, na maioria das vezes, participa de forma mais intensa pois atribui um cuidado diferenciado à sua filha/puérpera. Dessa forma, a rede de apoio institucional pode se aliar à rede de apoio familiar dessa puérpera em vista de que juntas podem alcançar formas de cuidado mais articuladas e adequadas. Às vezes, são as próprias mães das puérperas que identificam fragilidades em sua filha e solicitam o acompanhamento psicológico a fim de sentirem que suas filhas estão protegidas e recebendo cuidado na sua ausência.

Também, a própria internação do neto pode mobilizar memórias passadas, oportunizando que a relação avó-mãe seja avaliada e ressignificada, tornando-se viável a construção de novos trajetos afetivos. Observa-se que a participação ativa das avós da Unidade Neonatal pode facilitar o surgimento da preocupação materna primária, essencial ao desenvolvimento da maternagem, tendo em vista que a puérpera ao ser apoiada por sua principal figura de maternagem pode se sentir mais competente para experienciar a sua própria relação mãe-bebê (Ministério da Saúde, 2017). Dessa forma, tais visitas se caracterizam como terapêuticas e facilitadoras de vínculo e apego, devendo ser facilitadas pela equipe da unidade.

Por vezes no atendimento psicológico é identificado, nos discursos dos avós e familiares, as suas maneiras de se relacionarem afetivamente, como entendem a hospitalização, como se deu a história dessa família até então, permitindo compreender algumas atitudes dos pais (Ministério da Saúde, 2017), possibilitando uma intervenção focada na dinâmica familiar. Também, a família por vezes pode não entender os termos técnicos utilizados pela equipe médica, sendo possível que o psicólogo busque compreender com a equipe os aspectos biológicos do quadro clínico do bebê para traduzir à puérpera e família de modo tangível. Até mesmo porque é esse grupo, juntamente com o pai do bebê, que participará dos cuidados do recém-nascido após a alta hospitalar, e que poderá apoiar e incentivar o aleitamento materno, a contato pele a pele e a manutenção das consultas de acompanhamento em saúde.

Quando é identificado no atendimento psicológico que a família está com dificuldade de pagar o transporte para as visitas ao bebê, é possível planejar uma intervenção juntamente com a equipe do Serviço Social para que esta possa garantir o acesso aos direitos dessa família. Se o filho mais velho da puérpera está fazendo aniversário durante a internação do recém-nascido, o vínculo e presença desse filho pode ser facilitado ao se encher alguns balões e providenciar uma vela para recebê-lo e cantar junto à mãe os parabéns à criança. Entende-se que mulheres que possuem uma rede social efetiva mostram-se mais sensíveis na internação

com o bebê, por terem suas necessidades emocionais mais atendidas tornam-se mais disponíveis a atender as necessidades do bebê (Rapoport & Piccinini, 2006).

Reconhecimento das necessidades da puérpera como base de intervenção

De acordo com Almeida e Silva (2008) as mulheres apresentam, no puerpério imediato, a necessidade de serem acolhidas, respeitadas em suas queixas, sentimentos e necessidades e garantidas de um cuidado qualificado. Também, necessitam serem ouvidas e se sentirem seguras, o que é facilitado por meio de uma boa relação interpessoal e uma escuta qualificada por parte do profissional. Necessitam de orientação e informação quanto aos cuidados consigo e com o recém-nascido. Necessitam de rede de apoio e ajuda mútua com as colegas de quarto que, passando por situações semelhantes, formam uma rede de solidariedade entre elas. Ainda, necessitam de cuidados físicos com o seu corpo, com o vestuário adequado e conforto do ambiente que convivem, um ambiente que possibilite fácil acesso ao filho. Também necessitam de um suporte nutricional, recebendo uma alimentação de qualidade com porções extras de alimentos e lanches e disponibilidade de bebidas como água e chás (Almeida & Silva, 2008). Segundo as autoras, as puérperas também necessitam de momentos de descanso e lazer para que não se sobrecarreguem fisicamente e emocionalmente. Essencialmente, manter minimamente essas principais formas de cuidado à puérpera valorizam os aspectos biopsicossociais de sua saúde.

Mãe e bebê neste momento estão em estado de fragilidade e necessitam de intenso cuidado de seus laços familiares e da equipe de saúde que os acompanham. A mulher precisa de amparo e cuidado, é necessário que se alimente, descanse, se sinta ouvida. Dentro do hospital, na ausência da família e rede de apoio íntima, são os profissionais que estarão mais próximos dessa puérpera e que podem manter seus olhos atentos às necessidades da mesma. Para além dos atendimentos psicológicos em forma de psicoterapia breve, muitas vezes o profissional psicólogo pode ser o *holding* dessa puérpera para que essa tenha condições para desempenhar o seu papel.

Quando se identifica no atendimento que a puérpera está com dificuldade com a alimentação recebida é essencial que se repasse a informação para a nutricionista, se durante o contato pele a pele com o bebê a mãe está com sede e fica difícil que está se mobilize em busca de alguma bebida, é possível lhe oferecer e alcançar um copo de água. Verificar se para além de seus aspectos subjetivos, suas necessidades básicas estão sendo atendidas. Quando no atendimento psicológico aparece uma demanda relacionada à amamentação, o psicólogo pode

servir como ferramenta facilitadora ao articular com a equipe que envolve o aleitamento as melhores formas de atender a puérpera e alcançar a raiz de sua dificuldade.

O suporte oferecido para os cuidados direcionados ao recém-nascido

Quando a mulher apresenta plenas condições de saúde, os cuidados ao recém-nascido poderão ser executados sempre que possível pela própria puérpera. Especialmente nas primíparas é comum haver insegurança quanto ao banho, cuidados com o coto umbilical, no manuseio de um bebê com baixo peso, entre outros.

Neste momento a equipe de enfermagem mostra-se essencial para compartilhar num primeiro momento à assistência e oferecer orientações para que a mãe possa aos poucos tornando-se segura dos cuidados (Oliveira, Quirino, & Rodrigues, 2012) e o Serviço de Psicologia ao oferecer apoio e compartilhar informações com a Equipe de Enfermagem pode favorecer o exercício dessa assistência de modo mais adequado às características dessa puérpera. Estudos demonstram que a enfermagem pode facilitar o desenvolvimento da maternagem dentro da UTIN quando permitem que a mãe interaja com o bebê e demonstre suas preocupações e as auxilia no desenvolvimento das responsabilidades relacionadas ao cuidado do recém-nascido (Melo, Souza, & Paula, 2014; Neiva et al., 2013).

Oferecer apoio e segurança

As demandas da puérpera às vezes aparecem de forma silenciosa, ressalta-se a importância de ter os sentidos aguçados nesse momento. Por vezes, durante uma internação longa, se a puérpera está se sentindo segura com relação aos cuidados que o filho recebe da equipe na Unidade Neonatal, é possível avaliar com a puérpera uma saída do hospital a fim de ter um momento descanso, na companhia de sua família, para que ela se sinta cuidada também enquanto mulher sem culpabilizar-se por isso. Cabe aos profissionais que cuidam dessa puérpera oferecer o sustento inicial e garantir o seu conforto e segurança. O sustento, nesse caso, é o suporte oferecido: suporte emocional, informacional, financeiro. As puérperas também precisam de um ambiente facilitador para se inserirem nesse novo mundo.

Devido ao momento de crise aguda, o estado emocional da puérpera se apresenta sensível, e o cuidado oferecido não pode ser feito de forma técnica ou mecânica a fim de preencher um protocolo de ações, uma vez que é a qualidade desse contato que dará o significado necessário para essa vivência: dessa forma o manejo da equipe institucional pode significar o *handling* necessário para a integração do cuidado. É a sensibilidade e empatia que nos aproximará das necessidades silenciosas dessa mulher, oferecendo a nossa segurança

enquanto base para o desenvolvimento e fortalecimento de sua própria segurança e competência enquanto mãe.

Intervenções e encaminhamentos no momento de ir para casa

Dessa forma, ao receber a desejada alta hospitalar, não somente o bebê terá condições para ir para a casa, mas também a puérpera terá condições para continuar o caminhar natural da maternagem que teve como desvio o lugar do hospital. A assistência em saúde deverá continuar sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família que seguirá o acompanhamento dessa família oferecendo consultas à puérpera e à criança. Mas ainda, ligações telefônicas para a puérpera podem ser realizadas pelo Serviço de Psicologia do hospital, periodicamente após a alta hospitalar a fim de dar seguimento ao cuidado e verificar se a mesma buscou vincular-se a outras instâncias da rede de saúde e se precisa de auxílio para tal.

Uma boa comunicação, quando possível, com a rede de apoio íntima da mulher pode garantir que esta continue recebendo o suporte necessário na volta ao lar, garantindo a continuação do fortalecimento da relação mãe-bebê e o desenvolvimento saudável da criança e da família (Marsiglia, 2005). Ainda, faz-se necessário referenciar à puérpera aos mecanismos de saúde disponíveis na rede de atenção básica do SUS, como a Equipe de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); e do SUAS, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), para que assim se promova a continuidade do cuidado integral dessa mulher, bebê e família.

Considerações finais

As mudanças ocorridas no período gravídico-puerperal trazem fragilidades à mulher e à sua família, podendo ocasionar sofrimento psíquico. No que se refere ao puerpério dentro do contexto hospitalar, seja por internação materna ou do recém-nascido, percebe-se algumas vezes uma falta de clareza acerca do papel materno, acarretado pela inadequada assistência nos momentos iniciais do nascimento o que pode tornar difícil a transição para a maternidade (Carvalho *et al.*, 2007).

Diante desse contexto, esse estudo propôs destacar, a partir do conceito de maternagem, as possibilidades de intervenções psicológicas relacionadas ao cuidado dessa puérpera, considerando que a hospitalização muitas vezes a afasta dos membros de sua rede de apoio, que é fundamental para o apoio emocional e estrutural dessa mulher. Nota-se que a mulher no

período pós-parto precisa se adaptar a um recém-nascido hospitalizado que é diferente daquele imaginado, mas que também necessita de seu suporte enquanto mãe. Essa mãe precisa da mesma atenção que seu recém-nascido, pois ambos acabaram de nascer.

O puerpério é um período marcado por dúvidas, medos, inseguranças, novidades, no qual a mulher assume grande responsabilidade, pois ao mesmo tempo que é mãe, também é puérpera, sendo fundamental a necessidade de suporte. A equipe hospitalar como um todo, mas especialmente os atendimentos psicológicos, podem visar estratégias de intervenção para além da psicoterapia breve, que também ofereçam o cuidado necessário para o desenvolvimento da maternagem. Por meio da oferta de cuidados relacionados a sua alimentação, ampliando o contato com a sua rede de apoio familiar, compreendendo e incentivando o ato de amamentar, orientando e informando sobre suas possibilidades de autocuidado e cuidados com o recém-nascido, reforçando as ferramentas que a mesma já possui para o enfrentamento da situação, entre outros, se oferece um cuidado de maternagem à essa puérpera.

Quando o apoio à puérpera é suprido em seus diferentes contextos, esta pode se sentir mais capaz de estabelecer bons resultados na manutenção da vida de seu bebê por meio de seu desenvolvimento físico e estabelecerá vínculos emocionais com esse em um movimento de identificação com a cria e atendimento sensível de suas necessidades (Winnicott, 2006). A assistência a essa puérpera e essa família devem partir do princípio da singularidade, sendo essencial conhecer como a mesma identifica suas potencialidades, dificuldades e esforços e quais as necessidades silenciosas que estão sendo comunicadas; desse modo, as possibilidades de intervenções são inúmeras uma vez que devem ser criadas e adequadas para cada atendimento. Dentro desse contexto, oferecer suporte de qualidade significa cuidar das necessidades psicofisiológicas dessa mulher e elaborar juntamente a ela estratégias de enfrentamento para a sua condição clínica e de seu filho, trazendo novos (re)significados a experiência vivida.

O presente estudo teve como finalidade fazer uma reflexão teórica a partir da experiência profissional com puérperas no contexto hospitalar, a fim de incentivar o desenvolvimento do conhecimento acerca do fenômeno estudado. Para o preenchimento de lacunas científicas, incentiva-se que futuras pesquisas aprofundem a temática de modo a investigar com os sujeitos envolvidos nesse processo: puérpera, família e equipe de saúde, como os mesmos percebem essas intervenções e quais os efeitos dessas para a diminuição do sofrimento emocional acarretado pelo estado de saúde agravado e para a promoção de vínculo e desenvolvimento.

Destaca-se que a rede institucional é promotora do desenvolvimento dessa família posto que atende às suas demandas num momento considerado de crise aguda e facilita a organização e adaptação dessa família a este momento transacional do ciclo vital. Custódio (2010) ressalta que a função predominante da rede de apoio institucional é o suporte emocional por meio da demonstração de afeto e boa vontade. A maternidade é desenvolvida social e culturalmente a partir das próprias experiências cotidianas que a mulher-mãe teve em sua vida. Nesse sentido, destaca-se a diferença que a equipe hospitalar pode fazer nesse momento crucial do ciclo de vida familiar ao oferecer, sobretudo à puérpera, o cuidado integral necessário o qual proporcionará bem-estar e favorecerá o desenvolvimento da maternagem ao recém-nascido

Referências

- Agman, M., Druon, C., & Fricet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. Em D. B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma.
- Almeida, Raquel Ayres de, & Malagris, Lucia Emmanoel Novaes. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183-202.
- Almeida, Mariza Silva, & Silva, Isília Aparecida. (2008). Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 347-354. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200019>
- Almeida, Eliane Carnot de. (2000) O psicólogo no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20 (3), 24-27. <https://dx.doi.org/10.1590/S141498932000000300005>
- Andrade, Cristiano de Jesus, & Silva Baccelli, Marcela, & Benincasa, Miria (2017). O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise Winnicottiana. *Vínculo - Revista do NESME*, 14(1), 1-13.
- Andreani, Grace, Custódio, Zaira Aparecida O., & Crepaldi, Maria Aparecida. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, (24), 115-126.
- Baum, N., Weidberg, Z., Osher, Y., & Kohelet, D. (2012). No longer pregnant, not yet a mother: giving birth prematurely to a very-low-birth-weight baby. *Qualitative Health Research*, 22(5), 595-606.
- Baylis, R., Ewald, L., Gradin, H., Hedberg Nyqvist, K., Rubertsson, C., & Thernstrom Blomqvist, Y. (2014). First-time events between parents and preterm infants are affected

- by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica*, 103(10), 1045–1052.
- Böing, Elisângela, & Crepaldi, Maria Aparecida. (2004). Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(3), 211-226. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103166X2004000300006>
- Braga, N., & Morsch, D. (2003). Os Primeiros Dias na UTI. Em M. E. L. Moreira (Org), *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal* (pp. 51-68). Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz.
- Braga, N. A., Morsch, D.S., Lopes, J. M. A., & Carvalho, M. (2001). Maternagem ampliada – a transgeracionalidade em UTI neonatal. *Pediatria Moderna*, 47, 312-317.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Brasil. Portaria Interministerial Nº 1.000 de 16 de abril de 2004. (2004). Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília, DF: Presidência da República.
- Brito, R. C., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. Em A. M. Carvalho (Org.), *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação* (pp. 115-129). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cabral, F. B., & Oliveira, D. L. L. C. (2010). Vulnerabilidades de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Rev Esc Enferm USP*, 44(2), 368-75.
- Caldas, Denise Balança, Silva, Ana Luísa Remor da, Böing, Elisângela, Crepaldi, Maria Aparecida, & Custódio, Zaira Aparecida de Oliveira. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 66-87.
- Carvalho, A. L. S., Reis, A. C. S., Dias, F. R., Monteiro, M. A. A., & Pinheiro, A. K. B. (2007). Sentimentos de puérperas com bebês hospitalizados em unidades de terapia intensiva neonatal. *Rev Rene*, 8(1), 26-31.
- Cordeiro, F., Gomes, M., & Luca, M. (2007). Entre uma enfermagem e a maternagem: um estudo sobre uma interação enfermeira e recém-nascido. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(1), 80-85.

- Costa, Raquel, Pacheco, Alexandra, & Figueiredo, Bárbara. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34(4), 157-165. <https://dx.doi.org/10.1590/S010160832007000400001>
- Custódio, Zaira Aparecida de Oliveira. (2010). *Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Custódio, Zaira Aparecida de Oliveira, Crepaldi, Maria Aparecida, & Linhares, Maria Beatriz Martins. (2014). Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31(2), 247-255. <https://dx.doi.org/10.1590/0103166X2014000200010>
- Dessen, Maria Auxiliadora, & Braz, Marcela Pereira. (2000) Rede social de apoio durante transições familiares do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 221-231.
- Emidio, Thassia Souza, & Hashimoto, Francisco. (2010). Poder feminino e poder materno: reflexões sobre a construção da identidade feminina e da maternidade. *Colloquium Humanarum*, 5(2), 27-36.
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e técnicas de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes.
- Gary, F. C., Paul, C. M., & Norman, F. G. (2000). *Obstetrícia de Williams* (20ª ed.). Editora Guanabara: Rio de Janeiro.
- Goffman E. (1968). *Stigma: notes on the mangement of spoiled identity*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Gradwohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando fam.*, 18(1), 55-62.
- Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. (2019). *Histórico Institucional* [website]. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13 Acessado em: 10 de outubro de 2019.
- Iungano, E. M., & Tosta, R. M. (2009). A realização da função materna em casos de adoecimento da criança. *Acad. Paul. Psicol.*, 29(1), 100-119.
- Jennings, K. D., Stagg, V., & Connors, R. E. (1991). Social networks and mothers' interactions with their preschool children. *Child Development*, 62, 966-978.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença.
- Lewis, M. (1987). Social development in infancy and early childhood. Em J. D. Osofsky (Org.), *Handbook of infant development* (pp. 419-493). New York: Wiley.

- Lopes, Jéssica Blatt, Oliveira, Luciana Dias de, & Soldateli, Betina. (2018). Colostroterapia: uma revisão da literatura. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 13(2), 463-476.
- Lopez, J. R. R. A., & Pedalini, R. (1999). Depressão pós-parto: revisão epidemiológica, diagnóstica e terapêutica. *Inf. Psiquiatr.*, 18(4), 115-118.
- Maldonado, M. T. (1991). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (12ª Ed.). Petrópolis: Vozes.
- Maldonado, M. T. (1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família* (Vol. 2). Petrópolis: Vozes.
- Marsiglia, R. M. G. (2005). Famílias: questões para o programa de saúde da família (PSF). Em A. R. Acosta & M. A. F. Vitale (Org.), *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez.
- Martins, C. A., Siqueira, K. M., Tyrrell, M. A. R., Barbosa, M. A., Carvalho, S. M. S., & Santos, L. V. (2008). Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 1015-25.
- Maushart, S. (2006). *A máscara da maternidade*. São Paulo: Melhoramentos.
- Medici, A. C. (2001). Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev Ass Med Brasil*, 47(2), 149-56.
- Melo, C. J., Souza, I. E. O., & Paula, C. C. (2014). The voice of the woman-mother of a premature baby in the neonatal unit: a phenomenological approach. *Online Braz. J. Nurs.*, 13(2), 194–202.
- Meneses, Inês Maria dos Santos, & Santos, Rosângela da Silva. (2010). A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para a assistência de enfermagem neonatal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2(Ed. Supl.), 692-696.
- Merighi, Míriam Aparecida Barbosa, Gonçalves, Roselane, & Rodrigues, Isabela Granghelli. (2006). Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 775-779. <https://dx.doi.org/10.1590/S003471672006000600010>
- Ministério da Saúde. (2017). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico. 3ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

- Nascimento, Juliana. (2018). *Maternagem entre o seio que espera e a sonda que amamenta: transições de mães de recém-nascidos com sondas gástricas*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Neiva, C., Guimarães, K., Vale, I., & Carmona, E. (2013). Opinião de mães de bebês hospitalizados sobre intervenções de enfermagem: um estudo descritivo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 12(4), 844-53. <https://doi.org/10.5935/16764285.20134197>
- Oliveira, Juliana Fachine Braz de, Quirino, Glauberto da Silva, & Rodrigues, Dafne Paiva. (2012). Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe- de saúde no puerpério. *Rev Rene*, 13(1), 74-84.
- Piccinini, C. A., Ourique, L. R., & Lopes, R. S. (2012). Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 27-33
- Prates, Lisie Alende, Schmalfluss, Joice Moreira, & Lipinski, Jussara Mendes. (2015). Rede de apoio social de puérperas na prática de amamentação. *Escola Anna Nery*, 19(2),310-315. <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>
- Rapoport, Andrea. (2003). *Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê: apoio social e ingresso na creche*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Rapoport, Andrea, & Piccinini, Cesar Augusto. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Journal of Human Growth and Development*, 16(1), 85-96.
- Souza, Bruna Moreira da Silva, Souza, Simone Flores de, & Rodrigues, Rosana Trindade dos Santos. (2013). O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. *Revista da SBPH*, 16(1), 166-184.
- Simioni, A. S., & Geib, L. T. C. (2008). Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Revista Brasileira Enfermagem*, 61(5), 645-51.
- Sluzki, C. A. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spitz, R.A. (1979). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Strapasson, M. R., & Nedel, M. N. B. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), 521-528.
- Szejer, M. (1999). *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Tonetto, Aline Maria, & Barbosa, William Gomes. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 89-98.
- Vieira, F., Bachion, M. M., Salge, A. K. M., & Munari, D. B. (2010). Diagnósticos de enfermagem da Nanda no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, 14(1), 83-89.
- Wilhein, J. (2006). *O que é psicologia pré-natal* (4ª Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. Em D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Editora Imago
- Winnicott, D.W. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2012). Por que choram os bebês? Em D. W. Winnicott (Org.), *A criança e o seu mundo* (pp. 64-75). Rio de Janeiro: LTC.
- Zani, A. V., Tonete, V. L. P., & Parada, C. M. G. L. (2014). Maternal representations about the provision of care to newborns at risk: a collective discourse. *Online Braz. J. Nurs.*, 13(3), 321–331.