

A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR INTRÍNSECO AO DESENVOLVIMENTO DE VÍNCULO MATERNO

PIRES, MAB^{*1}
BLEY, AL²

¹Hospital Pequeno Príncipe - Rua Desembargador Motta, 1070 - Rebouças, Curitiba - PR. Tel: +55 41 3310-1010. E-mail: mara.blackman@yahoo.com

²Hospital Pequeno Príncipe - Rua Desembargador Motta, 1070 - Rebouças, Curitiba - PR. Tel: +55 41 3310-1010. E-mail: angelabley@yahoo.com

RESUMO: Este trabalho é parte de uma pesquisa acerca do desenvolvimento do vínculo materno em UTI Neonatal. Pretendeu-se compreender como se desenvolve o vínculo materno em casos de bebês internados em UTI Neonatal, além de aspectos relacionados ao processo. Para tanto, desenvolveu-se um roteiro de entrevista semi-aberta, além de observações realizadas durante as visitas das mães à seus filhos na unidade de internamento. Os participantes foram oito mães com filhos internados em uma UTI Neonatal de um Hospital da Cidade de Curitiba, no momento da coleta de dados. As informações revelaram que o processo de estabelecimento do vínculo entre a díade é complexo e multifatorial, onde diversas variáveis podem interferir. Porém, ao longo da análise dos dados pode-se perceber a temática da humanização permeando os diversos momentos de atenção à mãe e ao bebê, sendo um importante fator para a construção desta relação precocemente atravessada pelo sofrimento. Percebe-se a necessidade de apoio tanto a gestante quanto a família, neste processo que é doloroso e pode tornar-se traumático, conforme prevê a Política Nacional de Humanização. Portanto, a Humanização deve ser um dos pilares do atendimento neste contexto e em outros tantos não apenas no SUS como em serviços particulares.

Palavras-chave: Relações mãe-filho; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Humanização.

Área de Concentração: Psicologia

Modalidade de Apresentação: Apresentação Oral

A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR INTRÍNSECO AO DESENVOLVIMENTO DE VÍNCULO MATERNO

PIRES, MAB*¹
BLEY, AL²

¹Hospital Pequeno Príncipe - Rua Desembargador Motta, 1070 - Rebouças, Curitiba - PR. Tel: +55 41 3310-1010. E-mail: mara.blackman@yahoo.com

²Hospital Pequeno Príncipe - Rua Desembargador Motta, 1070 - Rebouças, Curitiba - PR. Tel: +55 41 3310-1010. E-mail: angelalbley@yahoo.com

RESUMO: Este trabalho é parte de uma pesquisa acerca do desenvolvimento do vínculo materno em UTI Neonatal. Pretendeu-se compreender como se desenvolve o vínculo materno em casos de bebês internados em UTI Neonatal, além de aspectos relacionados ao processo. Para tanto, desenvolveu-se um roteiro de entrevista semiaberta, além de observações realizadas durante as visitas das mães a seus filhos na unidade de internamento. Os participantes foram oito mães com filhos internados em uma UTI Neonatal de um Hospital da Cidade de Curitiba, no momento da coleta de dados. As informações revelaram que o processo de estabelecimento do vínculo entre a díade é complexo e multifatorial, onde diversas variáveis podem interferir. Porém, ao longo da análise dos dados pode-se perceber a temática da humanização permeando os diversos momentos de atenção à mãe e ao bebê, sendo um importante fator para a construção desta relação precocemente atravessada pelo sofrimento. Percebe-se a necessidade de apoio tanto a gestante quanto a família, neste processo que é doloroso e pode tornar-se traumático, conforme prevê a Política Nacional de Humanização. Portanto, a Humanização deve ser um dos pilares do atendimento neste contexto e em outros tantos não apenas no SUS como em serviços particulares.

Palavras-chave: Relações mãe-filho; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Humanização.

INTRODUÇÃO

Durante a gestação é comum que os pais imaginem como será o seu filho e criem expectativas, esperando por um bebê saudável. O nascimento de um bebê doente ou prematuro é um evento traumático, cujo impacto pode ser sentido não só nos pais como em toda a família. O efeito deste impacto é proporcional à distância entre o bebê ideal e o real. Acrescenta-se ao nascimento deste bebê de alto risco, o

internamento em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), pois devido a sua condição clínica, estes recém-nascidos não podem ficar em um berçário.

A UTI Neo é uma unidade de alta complexidade, com aparelhos sofisticados e profissionais especializados que visam garantir a sobrevivência destas crianças. Por si só, é um ambiente gerador de estresse, pois os pais devem lidar com este ambiente novo, com regras que limitam o contato com seus bebês, a obrigatoriedade de lidar com a equipe, os equipamentos nunca antes vistos, além do estado de saúde de seu filho.

A literatura tem sido unânime em afirmar a importância do vínculo mãe-bebê no momento inicial de vida. Compreendendo esta dinâmica, poderemos elaborar estratégias para incentivar o desenvolvimento do vínculo de maneira sadia, beneficiando não somente mãe e filho, mas a família e equipe multidisciplinar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo. As pesquisas descritivas são caracterizadas pelo levantamento de características conhecidas que compõe um fenômeno, no caso, o vínculo materno (SANTOS, 2006).

O objetivo desta pesquisa é investigar como se desenvolve o vínculo materno em casos de crianças internadas em UTI Neonatal e, para tanto, procurou-se identificar quais fatores podem influenciar na formação deste vínculo.

Os dados foram coletados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital pediátrico. A clientela desta unidade é composta por bebês com até 28 dias de vida ou crianças com peso até 10Kg.

O levantamento de dados foi baseado em entrevistas realizadas com as mães de crianças internadas em UTI Neonatal, além de observações da interação da díade a partir de indicadores de vínculo materno levantados pelas autoras. Cada uma das entrevistas foi feita de maneira individual, e os depoimentos foram gravados e, posteriormente, transcritos. Os resultados foram trabalhados a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade de análise temática descrita por Minayo

(2006). As observações das díades mãe-bebê foram realizadas durante o horário de visitas no local, durante um total de 40 minutos com cada díade, com o objetivo de levantar dados quanto ao comportamento destas mães em relação ao seu filho. Para registro e análise das informações, foi elaborado pelas autoras um instrumento de registro de comportamentos maternos e comportamentos do bebê. A escolha dos indicadores de vínculo materno se deu baseada nos trabalhos de Rocha; Simpionato; Mello (2003), Scortegagna et al (2005), Pommé (2008), Kupfer et al (2009), com adaptação das autoras.

É de suma importância destacar que as entrevistadas que foram convidadas a participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido que continha de forma sucinta a explicação dos objetivos da pesquisa, cuidados éticos dos procedimentos adotados e o nome e telefone da pesquisadora responsável. Foi assinado pela mãe da criança em duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e a outra com a participante. Este protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição a qual as autoras pertencem.

Amostra

| Perfil Social | | | |
|------------------|---------------------------|-------------------|------------|
| | | Frequência (f) | Percentual |
| Idade | 20-23 | 2 | 25 |
| | 24-29 | 2 | 25 |
| | 30-35 | 3 | 37,50 |
| | 36-40 | 1 | 12,5 |
| | Casada | 5 | 62,5 |
| Estado Civil | União Estável | 3 | 37,5 |
| Escolaridade | Ens. Fundamental completo | 1 | 12,5 |
| | Ens. Médio Incompleto | 1 | 12,5 |
| | Ens. Médio Completo | 5 | 62,5 |
| | Técnico | 1 | 12,5 |
| Numero de Filhos | 1-2 | 6 | 75 |
| | 3-4 | 2 | 25 |

| | | | |
|------------|----------|---|------|
| Internação | SUS | 5 | 62,5 |
| | Convenio | 3 | 37,5 |

Tabela 1: Perfil social das mães

| Perfil da Criança | | | |
|-------------------|--------------|-------------------|------------|
| | | Frequência (f) | Percentual |
| Sexo | Masculino | 4 | 50 |
| | Feminino | 4 | 50 |
| Dias de Vida | 20-32 | 2 | 25 |
| | 33-45 | 0 | 0 |
| | 46-58 | 3 | 37,5 |
| | 59-71 | 1 | 12,5 |
| | 71-85 | 1 | 12,5 |
| | 85-120 | 1 | 12,5 |
| Leito | Incubadora | 2 | 25 |
| | Berço | 6 | 75 |
| Setor da UTI | Isolamento | 2 | 25 |
| | Cirúrgico | 2 | 25 |
| | Clinica | 3 | 37,50 |
| | Come e Dorme | 1 | 12,5 |

Tabela 2: Perfil dos bebês internados em UTI Neonatal

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já citado, os discursos das mães foram trabalhados a partir da técnica de análise de conteúdo. As falas semelhantes foram organizadas em categorias para melhor compreensão e análise.

Período Pré-Natal

A maternidade marca uma nova fase na vida da mulher. A gravidez é normalmente considerada um estágio de crise e a experiência de ter um filho acarreta consideráveis mudanças, suscitando na mulher reações, sentimentos, fantasias, expectativas. Esse estágio do desenvolvimento envolve uma mudança de identidade e uma nova definição de papel, a gestante além de filha e mulher, passa a ser mãe (MARSON, 2008).

O gráfico abaixo expressa as informações coletadas a respeito do planejamento da gravidez:

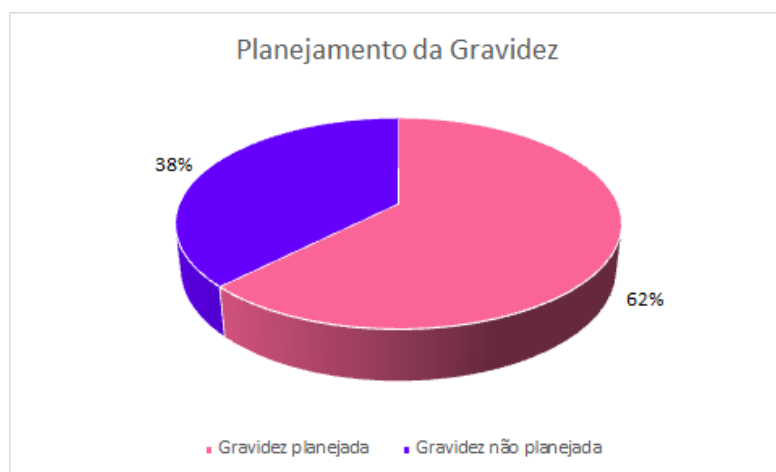


Gráfico 1 – Planejamento da Gravidez

Um dos fantasmas que rondam a gravidez é o medo de não gerar uma criança normal. Quando há algum problema com a gestação ou com o bebê, esses fantasmas ganham vida, tornam-se poderosos e deprimem ainda mais a mulher (GOLDENSTEIN, 1998). Cabe ressaltar que esta apreensão vai desde o início até o fim da gestação, sofrendo ao longo da mesma, variações em sua intensidade, conforme a aproximação do parto, indo desde uma gestação normal até aquela em que os acontecimentos não transcorrem da forma esperada (GONÇALVES, 2011).

A atuação multiprofissional com gestantes deve abarcar muitos fatores, não somente clínicos como sociais e psicológicos. A assistência deve ser capaz de

proporcionar à mulher e ao bebê um período satisfatório de bem-estar, visando o fortalecimento do vínculo mãe-feto.

Os fatores que geralmente influenciam negativamente no binômio materno-fetal têm sua gênese no período pré-concepcional ou pré-natal. Durante esse período, os serviços de saúde têm oportunidade de trabalhar adequadamente tais fatores, procurando contribuir para promoção de uma gestação mais saudável (MÄDER et Al, 2002 apud FALCONE et Al, 2005).

Ainda segundo os autores, um bom vínculo mãe-fetal constitui a melhor proteção contra os perigos do mundo e seus efeitos não se limitam ao período intrauterino, determinando o futuro da relação mãe-filho, e conseqüentemente prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das gestantes e seus filhos (MÄDER et Al, 2002 apud FALCONE et Al, 2005).

Parto

O parto é considerado um processo social, afetando a relação não somente entre marido e mulher como também com o grupo em que ambos estão inseridos, levando ainda a uma redefinição da identidade da mulher que passa agora a assumir o papel de mãe (KITZINGER, 1978).

Segundo Maldonado (1989), quando um bebê nasce no tempo esperado, os pais precisam se adaptar a esse bebê real, às vezes muito diferente do imaginado. No caso do bebê prematuro o ajuste é ainda maior. “É um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações” (MALDONADO, 1989, p.42 apud ANDREANI; CUSTODIO; CREPALDI, 2006). A interrupção abrupta de todo esse processo preparatório que é a gestação, impossibilita a mãe de um bebê prematuro experimentar a passagem do “bebê imaginário para o bebê real” (STERN, 1997; KLAUS; KENNEL, 1982).

Quanto às mães entrevistadas, 63% tiveram um parto normal e 37% cesária, como mostra o gráfico a seguir:

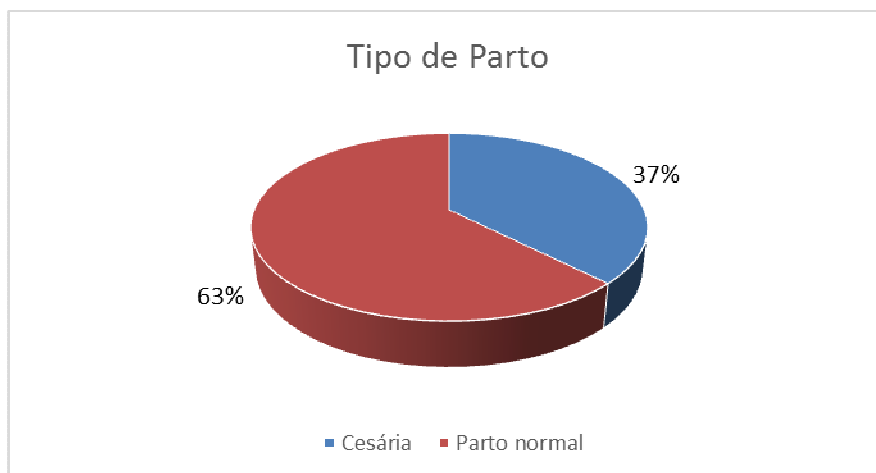


Gráfico 2: Tipo de parto

Com frequência, o momento do parto torna-se, em muitas maternidades, um entra-e-sai do pessoal médico e equipe. Para Goldenstein (1998), depois que a criança nasce ninguém se importa muito com a mãe:

“Acabou de nascer Sua Majestade, o bebê, e a ele serão dadas todas as honras. Vi muita mãe abandonada na sala de parto, após o nascimento do filho. Seminua, coberta por lençóis muitas vezes sujos de sangue, tremendo de frio devido à anestesia e sozinha, com medo.” (GOLDENSTEIN, 1998, p. 17)

Em sua prática, a autora ainda ressalta:

“O bebê era sempre afastado para que “descansasse”. De concreto, a mãe só era avisada simplesmente do peso do bebê e de seu estado geral” (GOLDENSTEIN, 1998, p. 18).

Durante as entrevistas, as mães confirmaram estes dados relatados por Goldenstein (1998), mencionando descaso e negligência por parte das equipes de saúde:

“... O doutor passou e falou: esse aqui vai pra interromper a gravidez... Nossa! Daí bateu o desespero! Dai não perguntam pra gente se você quer ou não. Simplesmente falam que você vai.” F.

“... fui com o SAMU pro hospital. Contração... Contração assim sabe... Daí eles me examinaram, me internaram pra poder segurar ela, mas não teve jeito. Me deram uma injeção pro pulmão sabe, mas não teve jeito. Daí a médica me deixou lá e eu com contração! Ai eu falei: Pelo amor de Deus chama o médico pra vir fazer o toque aqui, porque eu acho que eu estou quase ganhando ela!” R.

Ser deixada sozinha durante o trabalho de parto não é apenas assustador, mas apresenta uma severa ameaça ao autoconceito da mulher. Ser protegida faz com que a mulher se sinta valorizada em um momento de intenso egocentrismo e o tipo de atendimento que a mulher recebe, neste momento de vulnerabilidade, é crucial para a subsequente da experiência, para seu comportamento maternal posterior e para seu autoconceito (ROHENSKOHL, 2000 apud KLAUS; KENNEL, 2001).

O parto pré-termo traz ao mundo um bebê frágil e pequeno, e que exige cuidados intensivos de uma equipe especializada. Nestes casos, como indica Catherine Mathelin (1991), as mães podem enfrentar uma dificuldade de reconhecimento do bebê prematuramente nascido. É como se o bebê continuasse em seu ventre, como se ainda não tivesse dado a luz (MARSON, 2008).

“Sabe, ao mesmo tempo você tem e não tem... que eu tive ela e não tive né. Até agora eu falei que só ganhei ela, depois que eu for pra casa vou ter outro parto, só que sem dor...” R.

Os nascimentos realizados com o auxílio de uma equipe medica, podem muitas vezes tornar o encontro entre pais e filho mais difícil. Nestes casos os pais são confrontados ao mesmo tempo com a esperança e com o desespero em relação à expectativa de vida de seu bebe (SZEIER, 1997 apud DIAS, 2008).

De acordo com as mães entrevistadas, 37% não tiveram qualquer contato com o bebê logo após o nascimento; 25% puderam apenas ver o bebê nos braços de algum profissional; 25% puderam beijar o filho antes destes serem levados pela equipe; apenas 13% das mães entrevistadas conseguiram segurar seu bebê no colo após o nascimento.

“Não consegui pegar ela e nem ver. Fui ver ela no outro dia...” R.

“Nem cheguei a ver também, ele foi direto pra UTI.” F.

“Não peguei, só vi assim, o pediatra passou com ele, me mostrou e já levou lá pra dentro...” L.

“Eles me mostram rapidinho, mas dei um beijinho nela quando ela nasceu...” M.

“Eles já tiraram e já levaram ela né, pra ver como que tava tudo né. Dai logo depois elas trouxeram um pouquinho ela pra mim né.” J.

Segundo Klaus & Klaus (2001), os pais que perdem esses primeiros momentos com o bebê ou não sentem um amor imediato por ele, imaginando-se incapazes de vincular-se e de apegar-se ao bebê de maneira normal, ou acreditam que alguma coisa está perdida no seu futuro relacionamento com ele.

A fala de uma das mães expressa a dificuldade em vincular-se com a filha logo após o parto:

“...Eles foram me buscar lá, que eu não fui por conta própria, daí eles foram... porque você fica meio abatida né... Eu não ia muito ver ela sabe, tinha uma sensação assim de perda sabe, eu não sei o que era sabe que estava passando pela minha cabeça.” R.

Diagnóstico

O recém-nascido de alto risco é aquele que tem maior chance de morrer durante ou logo após o parto, ou ainda que necessita de intervenção imediata. À medida que a ciência evolui, muitos recém-nascidos que no passado teriam morrido, hoje sobrevivem. Muitos destes bebês exigem cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI Neonatal). Além da equipe médica e de enfermagem especializada, capacitada e presente 24 horas por dia, o serviço deve oferecer completo suporte

vital, equipamento de reanimação, monitoração e extenso serviço auxiliar de apoio (psicologia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, etc) (MARSON, 2008).

O nascimento de um bebê prematuro tende a ser vivido como um momento de crise aguda, gerando ansiedade e desgaste. A separação imposta pela internação do bebê numa UTI Neonatal é dolorosa para a mãe, para o pai e também para o bebê. A culpa e a ansiedade são sentimentos característicos dos pais que permanecem apreensivos quanto à sobrevivência do seu filho e quanto a sua normalidade (ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006).

“Ela sente a minha falta. Então eu venho nos dois horários, mesmo cansada, com vontade de dormir. Eu vou dormir tarde e tudo, mas eu quero tá aqui perto dela.” M.

“Dai eu fui embora né, com o coração partido na mão porque o bebezinho ficou lá né.” F.

“Eu não podia ficar perto dele né, não podia ficar tocando, não podia pegar... tadinho! Tava todo entubadinho, todo vermelhinho... Eu não podia fazer nada por ele lá.” F.

Equipe

A época da proibição de mães adentrarem os berçários terminou. Hoje, ao contrário, há um incentivo para que haja um contato direto. Pedem aos pais que entrem e toquem nos bebês, mesmo ele estando na incubadora. O pré-termo se desenvolve e melhora muito mais rápido em ambiente em que os médicos e enfermeiras trabalham juntos e comprometidos com a família e com o bebê do que em ambientes em que estes simplesmente agem sem envolvimento (Goldenstein, 1998).

A UTI é um ambiente composto por luzes, aparelhos, fios, profissionais especializados, sons incessantes, alarmes e ruídos, o que produz incerteza e insegurança na mãe em relação à vida de seu filho (ARAÚJO, 2007).

A internação do recém-nascido em UTI Neonatal estabelece uma quebra no relacionamento entre mãe e filho. Há pouco tempo esse bebê era parte do corpo da

mãe e, a partir de sua internação na UTI Neonatal, além do desligamento corporal, o contato físico entre os dois se torna esporádico e à distância, em um ambiente frio e hostil tanto para a mãe como certamente para o recém-nascido (CAMARGO; TORRES; OLIVEIRA, 2004).

Em estudo realizado por Gayva e Scoch (2002), a relação dos profissionais com os pais parece ter como característica principal a despersonalização. Observou-se neste estudo que a equipe dirige-se aos pais tratando-os por “mãe” e “pai” e, raramente chamando-os pelo nome. Já os pais também podem reproduzir o tratamento impessoal, despersonalizado que recebem dos profissionais. Porém, aquela mãe cujo prematuro está a muito tempo internado, já é chamada pelo nome, principalmente pela equipe de enfermagem, com quem estabelece um vínculo maior pela proximidade e convivência (PORTA, 2001).

“Todo dia é um médico diferente e todo dia uma enfermeira diferente cuida dos bebês... que eu acho ruim também... Ou passa um médico e fala assim, que nem no começo, e fala assim: Tá estável. Mas estável é bom ou ruim? É complicado, você não entende! A gente já não entende, é meio difícil de saber...” F.

“A enfermagem assim, tem umas que gosta de ficar perto, umas que prefere que você se afaste, não fique assim... Eu evito ficar muito...” F

Neste caso, fica explícita a relação desigual estabelecida entre equipe e familiares, dificultando inclusive o contato com o bebê nos horários de visita.

Parece haver uma relação assimétrica entre equipe e familiares, e muitas vezes os profissionais acabam dominando a relação e fazendo dos familiares meros ouvintes.

“Deveria ter um pouco mais de esclarecimento, por exemplo, estão investigando a síndrome do meu filho né, fazendo exame de síndrome... daí a gente vai procurar na internet, daí a gente vê na internet tanta coisa assim que... vai deixando a gente assim... sem saber o que é e a gente acaba ficando mais assim né, nervosa.” L.

Os pais têm dificuldade em decifrar o seu bebê e, por algum tempo, as orientações que os orientam são os dados que constam nos aparelhos que monitoram seu filho, assim como a palavra do especialista. Szejer (1997) utiliza o termo “limbo” para descrever essa condição (DIAS, 2008).

“Nossa, são muito queridos sabe... a gente pega uma amizade né, um vínculo. Porque aqui, querendo ou não né, é a minha segunda casa.” R.

“Tem dias que eu vou embora bem tranquila, que eu consigo deitar e dormir...” L.

“Dá pra ver que eles estão torcendo por ela, sempre focados nela. As enfermeiras também, todas sempre presentes. A psicóloga eu gosto bastante, não tenho do que reclamar.” J.

A sensibilidade da equipe é de suma importância na medida em que o olhar dos pais encontra-se mediado pelo olhar da própria equipe terapêutica. Nestes casos, o saber dos pais sobre seu filho é posto em suspenso pelo saber do especialista, pois este que possui o saber que pode salvar a criança (DIAS, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento de um bebê doente ou prematuro é um evento traumático, e o impacto desse nascimento é reflexo entre a distância entre o bebê imaginado e esperado e o bebê real. Estes bebês de alto risco necessitam de internamento em uma UTI Neo, o que restringe o contato com a mãe e pode ser um dos fatores a influenciar o vínculo entre a díade.

Através das entrevistas e observações foi possível perceber que o vínculo entre a mãe e seu filho é um processo multifatorial. Durante a gestação, todas as mães, de diversas maneiras, relatam o desejo preexistente de engravidar. O parto é um evento importante neste processo, e pode-se perceber que mesmo em SUS ou pelo Convênio, as equipes de saúde não estão preparadas para incentivar o vínculo, por vezes oferecendo um atendimento até desumano para estas mães.

A equipe de saúde tanto da maternidade quanto da UTI Neo é extremamente importante após o nascimento, pois consiste no único elo entre a família, principalmente a mãe, e o bebê. As mães que tinham um bom relacionamento com a equipe mostraram-se mais tranquilas com a separação que o internamento impõe. Dificuldades no relacionamento e na comunicação equipe-família pode tornar este momento ainda mais doloroso e dificultar a constituição do vínculo.

Após a realização deste estudo, recomenda-se a implantação de Serviços de Psicologia direcionados às gestantes e mães e a todos os profissionais envolvidos, nas maternidades e UTIs Neonatal, com o objetivo de melhorar o atendimento dispensado a todos os envolvidos. Cabe ao profissional de psicologia oferecer escuta a estes pais, prepará-los para as visitas em UTI, aproximá-los de seu filho, ajudando-os a reconhecer as respostas do bebê, ou ainda prepará-los para possíveis sequelas e óbito.

REFERÊNCIAS

ANDREANI, Grace; **CUSTÓDIO**, Zaira Aparecida O.; **CREPALDI**, Maria Aparecida. *Tecendo as redes de apoio na prematuridade*. Aletheia, n.24, p.115-126, jul./dez. 2006

ARAUJO, M. B. B. *Vivenciando a internação de um filho prematuro na UTI reconhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais*. 2007. 74p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CAMARGO L.C, Torre P.M, Oliveira F.A, Quirino D.M. *Sentimentos Maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva*, 2004 Maringá, v. 3, n. 3, p. 267-275, set/dez. 2004).

DIAS, M. A. M. *A clínica do bebê pré-termo e a escuta dos pais: questões para a psicanálise*. 2008. 225f. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FALCONE, Vanda Mafra. *Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes*. Ver Pública de Saúde, 2005. 39 (4) : 612-8

GOLDENSTEIN, Eduardo. *Sua majestade, o bebê: conversando com papai e mamãe*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GONÇALVES, Taylane Guimarães; **XAVIER**, Rozania Bicego; **ARAÚJO**, Luciana Menezes; **ARIAL**, Lílian Fernandes. *Contribuição da enfermagem para a construção do vínculo mãe-bebê com malformação congênita*. R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. abr/jun. 3(2):1776-90

KLAUS, Marshal H.; **KENNEL**, John H. Pais/Bebê: A formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

KUPFER, M. C. M. et al. *Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica*. Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio de 2009.

MARSON, Ana Paula. *Narcisismo Materno: quando meu bebê não vai para casa...*Rev. SBPH v.11 n.1 Rio de Janeiro jun. 2008

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

POMMÉ, Eliana Lemos. *O vínculo mãe-bebê: primeiros contatos e a importância do holding*. Dissertação de mestrado em psicologia. São Paulo, PUCSP, 2008.

PORTA, L. K. *Experiências vinculares entre mães e crianças em UTIs*. 2001. 241f. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2001.

ROCHA S.M.M.; **SIMPIONATO**, E.; **MELLO**, D.F. *Apego mãe-filho: Estudo comparativo entre mães de parto normal e cesária*. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003 mar/abr;56(2):125-129

SANTOS, Antonio Raimundo dos. *Metologia científica: a construção do conhecimento*. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

SCORTEGAGNA, S. A. et al. *O processo interativo mãe-bebê pré-termo*. Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 6, nº 2, p. 61-70, Jul./Dez. 2005.

STERN, D. N. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997