



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**LEITURA DE HISTÓRIAS INFANTIS EM UTI  
NEONATAL:  
Uma estratégia voltada para a relação mãe jovem-  
bebê**

Marcela Souza de Almeida

**Rio de Janeiro  
Março de 2013**



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**LEITURA DE HISTÓRIAS INFANTIS EM UTI  
NEONATAL:  
Uma estratégia voltada para a relação mãe jovem-  
bebê**

Marcela Souza de Almeida

**Rio de Janeiro  
Março de 2013**



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**LEITURA DE HISTÓRIAS INFANTIS EM UTI  
NEONATAL:  
Uma estratégia voltada para a relação mãe jovem-  
bebê**

Marcela Souza de Almeida

**Dissertação apresentada à Pós-Graduação em  
Saúde da Criança e da Mulher, como pré-  
requisito para obtenção do título de Mestre em  
Ciências.**

Orientadora: Olga Maria Bastos

**Rio de Janeiro  
Março de 2013**

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE  
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO  
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE  
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

A4471 Almeida, Marcela Souza de.

Leitura de histórias infantis em UTI neonatal: Uma estratégia voltada para a relação mãe-jovem-bebê. / Marcela Souza de Almeida. – Rio de Janeiro, 2014.  
108f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2013.

Orientadora: Olga Maria Bastos

Coorientadora: Maria de Fátima Junqueira-Marinho

Bibliografia: f.98-104

1. UTI Neonatal. 2. Histórias Infantis. 3. Relação mãe-filho. 4. Mãe  
5. Adolescente. 6. Mãe Jovem. I. Título.

CDD 22.ed. 618.9201

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos meus pais, João Carlos e Maria. Sem vocês minha vida não teria o mesmo sentido. Obrigada pela doação de um amor incondicional que me trouxe confiança e fé na Vida.

Obrigada ao meu marido André Almeida pelo amor da vida inteira, por todo o apoio e paciência durante esses dois anos de estudos intensos. Com você por perto tudo fica mais fácil e mais bonito.

À Magdalena Oliveira – Madá, pela confiança em meu trabalho, por todo o carinho que recebo de você... Obrigada por entregar em minhas mãos o estudo do trabalho que você desenvolve com tamanho amor e zelo.

À Amanda Regina – Amandita. Minha Amiga, meu “pé de coelho”, Obrigada pela ajuda, pela presença, pela amizade. Você é o presente que o Mestrado me deu!

Às minhas orientadoras Olga Bastos e Fátima Marinho, meu agradecimento pelo conhecimento compartilhado, pelos ensinamentos valiosos, pela paciência sem tamanho.

As companheiras do Napec que tornam realidade o trabalho de leitura para as crianças do IFF, em especial à Mirtes Nascimento, amiga de todas as horas.

A todos os amigos e amigas que torceram por mim e que dividiram comigo a felicidade encontrada nesta etapa da vida.

Aos professores e colegas do curso de pós graduação pelo compartilhar e companheirismo.

Acima de tudo a Deus por sua presença em minha vida, em meu coração, em minhas certezas.

*Nunca é cedo demais para compartilhar um livro com as crianças.  
Se esperarmos que saibam ler para fazê-lo,  
É como se esperássemos que aprendessem a falar  
Para conversar com elas.*

(Penélope Leach)

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	vi
LISTA DE QUADROS.....	vii
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
<b>CAPÍTULO 1</b>	
1.1 Introdução.....	10
1.2 Objetivos.....	15
<b>CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO</b>	
2.1 Humanização do cuidado em UTIN.....	16
2.2 Internação em UTIN.....	20
2.3 Vínculo e desenvolvimento psicoafetivo do bebê.....	25
2.4 Juventude e maternidade.....	30
2.5 Leitura para bebê em UTIN.....	35
<b>CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA</b>	
3.1 Desenho do Estudo.....	42
3.2 Campo do estudo.....	43
3.3 População do estudo.....	43
3.4 Coleta de dados.....	45
3.5 Análise dos dados.....	46
3.6 Questões éticas.....	56
<b>CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
4.1 A promoção da leitura para bebês em UTIN sob a ótica das enfermeiras.....	57
4.1.1 Do estranhamento à aprovação, um caminho ainda em construção.....	58
4.1.2 A leitura de histórias infantis, como alternativa de cuidado, em espaços de terapia intensiva.....	66
4.1.3 A interação com o bebê internado em UTIN mediada pela atividade de leitura - a questão da relação mãe- bebê.....	72
4.2 A promoção da leitura para bebês em UTIN sob a ótica de mães-jovens.....	79
4.2.1 A experiência da maternidade para mães jovens.....	80
4.2.2 Contar histórias para bebês em UTIN - significados atribuídos pelas mães.....	84
4.2.3 A leitura de histórias contribuindo para a ressignificação da criança e da relação mãe-bebê.....	89
<b>CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	93
<b>REFERÊNCIA.....</b>	98
<b>APÊNDICE.</b>	
Apêndice A - Roteiro de entrevista com enfermeiras.....	105
Apêndice B - Roteiro de entrevista com mães.....	106
<b>ANEXO A - Folha de Rosto de Aprovação do(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa.....</b>	107

**LISTA DE ABREVIATURAS**

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UI	Unidade Intermediária
MS	Ministério da Saúde
IBEG	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RN	Recém-Nascido
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
PBV	Projeto Biblioteca Viva
BPN	Baixo Peso ao Nascer



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pré-análise Entrevista – ENFERMAGEM.....	48
Quadro 2 – Pré-análise Entrevista – MÃES.....	53
Quadro 3 – Idade materna / motivo internação do bebê.....	79

## RESUMO

O alto número de nascimentos de bebês que necessitam de internação em UTIN e os agravos decorrentes da mesma nos convocam a pensar e pesquisar alternativas no campo dos cuidados. Grande importância é dada ao desenvolvimento/ manutenção da relação mãe-bebê como medida capaz de amenizar as dificuldades a serem enfrentadas por essa dupla, bem como pelo núcleo familiar. Estas dificuldades são ainda maiores quando trata-se de uma mãe adolescente ou jovem. No que tange à assistência ao recém-nascido, significativos avanços tecnológicos e de humanização do cuidado são descritos na história recente.

O presente estudo tem como objetivo principal analisar, sob a ótica de enfermeiras e mães jovens, quais os sentidos atribuídos à atividade de leitura dirigida a bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e quais as possibilidades da leitura atuar como facilitadora da relação mãe jovem-bebê, considerando a metodologia do Projeto Biblioteca Viva.

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada. Foram entrevistadas 10 (dez) enfermeiras que trabalham em UTIN e 7 (sete) mães jovens de bebês internados na unidade referida.

A pesquisa demonstrou que a leitura de histórias infantis para bebês em UTI neonatal, que tem por objetivo aproximar mãe e bebê, possibilita para esse par um momento em que o foco principal não seja relativo ao adoecimento e vem a somar às propostas de atenção a essa clientela e às estratégias de aproximação da dupla mãe-bebê.

Este estudo revelou ainda que mães e profissionais de enfermagem compreendem a atividade de leitura como uma qualificação da assistência em UTIN, percebendo a promoção de leitura como meio de tornar a oferta de carinho uma dinâmica institucional e como alternativa de oferecer ao RN estímulos positivos ao seu desenvolvimento.

Palavras-chave: UTI Neonatal, Histórias Infantis, Relação mãe-filho, Mãe Adolescente, Mãe Jovem.

## ABSTRACT

The high number of needed-hospitalization babies born in NICU and its complications lead us to reflect and propose alternatives ways in the field of medical care. The development/keeping of mother-baby relationship as a manner to overcome the difficulties by themselves, as well as their families, is a thing to be considered. These difficulties are even harder when it is an adolescent or young mother.

As regard the newborns care, significant technological advances and in the humanization care field were recently described. This study has the aim to analyze, under the nurses and young mothers perspective, which are the meanings attributed to the reading activity to babies in Neonatal Intensive Care Unit, as well as its possibilities to become easier the young mother-baby relationship, considering the methodology of the Biblioteca Viva Project.

This is a qualitative study. For the data collection, a half-structured interview approach were used. We interviewed 10 (Ten) nurses that work in the NICU and seven (7) young mothers of hospitalized babies in the same unit. The results showed that the reading of children's stories to babies in NICU, allows them a time when the major focus is not the illness but the approximation of the mother-baby. This study also showed that mothers and nurses understand the reading activity as a qualification for NICU assistance, realizing that the promotion of reading is a way to become the care offering in a dynamic institution and as an alternative way to offer the newborn positive stimulation for their development.

Keywords: NICU, Children's Stories, mother-baby relationship, adolescent mother, young mother.

## Capítulo 1

### 1.1 INTRODUÇÃO

A experiência de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pode ser definida como um momento de crise e de incertezas para a família. A proximidade com esse ambiente assustador, frio, inóspito, onde cuidados altamente técnicos são empregados na manutenção da vida de bebês com a saúde comprometida em maior ou menor grau, é potencialmente traumática, e pode ser descrito como uma fase de grande desequilíbrio e fragilidade (Baldini, 2010).

Os pais diante do bebê real, que não corresponde facilmente ao imaginado e/ou desejado pelo casal durante a gestação, são envolvidos por sentimentos de culpa, ambivalência, temor, e não raramente acabam paralisados diante de um diagnóstico. No espaço de uma UTIN as dúvidas com relação ao que é permitido fazer com esse bebê e de que forma é possível se aproximar do mesmo, podem tomar grandes proporções. Assim, o impacto causado pelas dificuldades que a internação da criança traz é sentido pelos pais e por todo o núcleo familiar, solicitando um trabalho de apoio (Druon, 1999).

Segundo Wanderley (1999) a medicalização desse bebê, após uma trajetória de pareceres de diversos profissionais de saúde pode trazer para a mãe a insegurança quanto ao seu modo de exercer a maternagem. Assim, o bebê é visto desde o início de sua vida como uma criança dos médicos, dificultando a interação com os pais. Ainda de acordo com a autora, o bebê que necessita de cuidados intensivos é considerado de risco do ponto de vista

orgânico e psicológico. Por um lado, risco de não se tornar saudável, e por outro, de não poder se constituir como aquela criança idealizada que realizaria os sonhos de seus pais.

No intuito de dar um contorno diferente a essa experiência, propostas de cuidado diferenciado são apresentadas. O estabelecimento, manutenção e preservação dos vínculos afetivos entre pais e bebê ganharam destaque na elaboração da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (Brasil, 2011). Esta norma refere-se a uma modalidade de cuidado, lançando mão de um conjunto de medidas de assistência humanizada oferecida ao bebê, pais e família desde o nascimento (Lamy, 2006).

O Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) conta com o Projeto Biblioteca Viva (PBV), implantado em 2001, com o objetivo de promover um espaço de vitalidade e de desenvolvimento da saúde psíquica das crianças internadas ou em atendimento ambulatorial hospitalar, através da leitura de histórias. Em 2005 o PBV ampliou as mediações de leitura de histórias infantis para a UTIN, onde conta com voluntários que dedicam parte de seu tempo a contar histórias para os bebês internados na Unidade e seus acompanhantes.

No espaço específico da UTIN o PBV se propõe a atuar como facilitador da relação mãe-bebê mediando o diálogo da dupla, além de proporcionar aos dois um momento de prazer com a oferta de estímulos diferentes daqueles mais habituais a essas unidades tais como: ruídos, luminosidade intensa e alarmes intermitentes dos aparelhos. O início das mediações de leitura na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal concretizou-se a partir de uma proposta

conjunta entre a coordenação do Projeto e a equipe responsável pela Unidade, considerando os bons resultados que poderiam surgir dessa iniciativa (Oliveira, 2010).

Foram ainda ponderadas as dificuldades inerentes à experiência de hospitalização, ao afastamento precoce entre mãe-bebê, aos danos futuros que o distanciamento físico e emocional pode acarretar e a importância das experiências precoces com o ambiente. Tais aspectos são capazes de alterar positiva ou negativamente a organização das funções e estabilidade do bebê (Tamez, 2009).

O entendimento de que um bebê não existe fora de um contexto familiar, e de que para além de aparelhagem sofisticada ele precisa de investimento parental, atenção, carinho e cuidados, nos impulsiona a pensar e a reforçar alternativas que se alinhem às diretrizes traçadas para o cuidado do recém-nascido (Oliveira, 2005).

Junto à questão da hospitalização de recém-nascidos, pode ainda ser agregada outra: a internação de bebês, filhos de mães jovens. A juventude, aqui compreendida como etapa da vida entre 15 e 24 anos (IBGE, 2010), é por si só marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, sendo um momento de grandes transformações. Ao associar juventude e maternidade tem-se uma carga enorme de experiências novas e de importantes mudanças no cotidiano dessa jovem mãe, que terá que passar do lugar de filha ao de mãe, de menina à mulher em um período de tempo relativamente curto (Ribeiro, 2000).

Nesta perspectiva, é recomendável que seja destinada uma atenção adicional a esta parcela da população - mães jovens, com atuações e

iniciativas que permitam qualificar a relação mãe-bebê, e sirvam de estímulo ao estabelecimento dos laços afetivos desse par.

Na assistência ao recém-nascido que necessita de internação em unidades de terapia intensiva, grandes avanços já foram obtidos, mas há ainda espaço para ser preenchido por novas propostas de humanização e refinamento do cuidado, reforçando a formação de vínculos.

Considerado que a não formação de vínculos, pode ser um dos fatores relacionados a maus tratos, negligências e distúrbios no desenvolvimento infantil (Brasil, 2011), justifica-se o estudo de proposta de ações e estratégias de intervenção que privilegiem a interação mãe-bebê, seguindo as recomendações da política de humanização em UTI neonatal.

A partir dessas considerações, temos como objetivo para este estudo analisar sob a ótica de enfermeiras e mães jovens quais sentidos elas atribuem à leitura de histórias para bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e compreender quais as possibilidades de a leitura atuar como um facilitador da relação mãe-bebê.

O estudo está organizado em cinco capítulos, sendo o primeiro composto por introdução e objetivos. No segundo capítulo, abordamos os assuntos pertinentes ao estudo a partir de uma referência teórica dos mesmos, a saber: humanização do cuidado em UTIN; internação em UTIN; vínculo e desenvolvimento psicoafetivo do bebê; juventude e maternidade; leitura para bebê em UTI neonatal.

No terceiro capítulo expomos a metodologia, para que o leitor possa compreender a abordagem utilizada no campo de pesquisa, os critérios de

seleção das participantes, os procedimentos de construção e leitura dos dados, bem como o percurso das análises.

Os resultados e a discussão decorrentes das percepções das entrevistadas são apresentados no quarto capítulo, que é subdividido em duas partes. Primeiramente é feita a exposição da análise das entrevistas com enfermeiras e na sequência, a análise dos dados obtidos a partir das entrevistas com as mães.

No quinto capítulo apresentamos as considerações finais do estudo, tentando agregar conhecimentos às iniciativas e propostas de cuidado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.



## 1.2 – OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo principal analisar, sob a ótica de enfermeiras e mães jovens, quais os sentidos atribuídos por elas, à atividade de leitura dirigida a bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e quais as possibilidades de a leitura atuar como facilitadora da relação mãe jovem-bebê, considerando a metodologia do Projeto Biblioteca Viva.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a percepção de mães jovens sobre a leitura de histórias infantis para seus filhos recém-nascidos internados em UTIN e identificar os significados por elas atribuídos a essa proposta.
- Analisar a perspectiva das enfermeiras sobre a promoção da leitura para bebês internados em UTIN.

## Capítulo 2

### QUADRO TEÓRICO

#### 2.1 - Humanização do cuidado em UTIN

As concepções sobre humanização têm sido associadas a categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidade de saúde, qualidade da assistência, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção. (Minayo, 2006)

De acordo com Minayo (2006) a humanização necessita do aporte da ciência e da tecnologia, pressupõe investimentos financeiros, mas acima de tudo precisa contar com uma persistente proposta de sensibilização das pessoas, o que se apresenta como um desafio sofisticado, pois não pode ser contida nas normas uma vez que, em última instância, ela se dá no encontro singular entre pessoas.

A humanização surge como marco político no Brasil nos anos 2000 com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o objetivo de criar comitês de humanização. O PNHAH pretendia promover as relações humanas como valor essencial às práticas de saúde, estando a qualidade do relacionamento entre profissionais e usuários no processo de atendimento hospitalar, diretamente relacionada à qualidade da assistência. (Duarte, 2010)

Como nos traz Duarte (2010) o debate sobre o resgate dos sujeitos e de sua dimensão afetiva, ocorre em uma época de grandes progressos científicos e tecnológicos. A PNHAH traz à tona a dimensão da necessidade acumulada

de se repensar as consequências da perda de identidade de todos os envolvidos no cuidado. Aponta também para o valor do diálogo qualificando o humano e fortalecendo a comunicação como referencial para a humanização. Em 2004 o programa passa por reformulações e passa a ser uma política nacional. A Política Nacional de Humanização se apresenta como política transversal, volta seus esforços para todos os níveis de atenção à saúde e seu discurso está em consonância com a valorização de todos os envolvidos com a sua produção.

De acordo com Deslandes (2010) na última década, as iniciativas de humanização da assistência têm trazido ao debate a importância de se articular a qualidade técnica da atenção dispensada, às tecnologias de acolhimento e suporte aos pacientes. A humanização representa assim um conjunto de iniciativas que visa a produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários. É vista como uma proposta de articulação do bom uso de equipamentos tecnológicos, procedimentos, escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, sendo estes últimos recursos também vistos como forma de tecnologia, de tipo relacional.

No que diz respeito ao cuidado neonatal, a humanização fundamenta-se em várias ações propostas pelo Ministério da Saúde, que se baseiam na Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – adaptações ao Método Canguru. Lamy (2003) aponta o Método como pioneiro

nessa nova perspectiva de cuidado, que parte dos princípios da atenção humanizada.

O Método Canguru introduzido em algumas unidades de saúde no Brasil na década de 90, e posteriormente a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, já concentram uma série de recomendações a serem adotadas. Estas dizem respeito às individualidades, à garantia de tecnologia que permita a segurança do recém-nascido e o acolhimento ao bebê e a sua família. Nestes documentos ainda é dada ênfase a redução do tempo de separação entre mãe e bebê com o intuito de fortalecimento do vínculo durante sua permanência no hospital e após a alta, a redução do stress e da dor do recém-nascido, bem como a melhora na qualidade de seu desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo.

No sentido de elevar a qualidade do atendimento perinatal, que é um dos focos de atenção prioritária do Ministério da Saúde (MS), um conjunto de medidas fundamentadas em uma abordagem de cuidado que preza pela integralidade da assistência neonatal e da atenção humanizada à criança, pais e família, está sendo proposto aos profissionais envolvidos nesse cuidado pelo MS (Brasil, 2011).

A partir da década de 70, as UTINs possibilitaram a sobrevivência de bebês antes considerados inviáveis e em decorrência dessa conquista veio a necessidade de garantir uma melhor qualidade de vida a esses pacientes. Da década de 80 em diante, com o reconhecimento da complexidade dessas situações, a humanização nesses espaços é uma preocupação constante (Baldini, 2010).

Em ambientes de cuidado intensivo, a necessidade da utilização de tecnologias duras, que se referem a equipamentos, protocolos e insumos, pode ser utilizada como justificativa para diminuir o processo de escuta, desde que não seja desconsiderado o uso de tecnologias leves, que tratam das relações entre os sujeitos. É necessário que haja permeabilidade entre elas (Merhy, 1999). Em terapia intensiva, cuidar não se revela como uma construção que se restrinja a procedimentos e cumprimento de protocolos, mas ao ato de dialogar com todos os envolvidos, sobre possibilidades existentes, qualidade de vida e compartilhamento de decisões (Duarte, 2010).

Hoje se trabalha com a visão de um novo modelo, que é de atenção humanizada à criança, seus pais e família, respeitando suas características e individualidades. A atenção ao RN deve ser caracterizada pela segurança técnica profissional, por condições hospitalares adequadas, aliadas a suavidade no manuseio durante a execução dos cuidados, com especial enfoque à preservação dos aspectos psicoafetivos do bebê (Brasil, 2011).

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso (Brasil, 2000) traz um modelo de atenção perinatal em que questões referentes à atenção humanizada são complementares aos avanços tecnológicos. Havendo necessidade de permanência em unidade intensiva neonatal, é dada uma especial atenção no sentido de estimular a entrada dos pais nas unidades e incentivar o estreitamento do vínculo com o bebê.

São descritos alguns passos em direção à ligação afetiva entre mãe-bebê, dentre os quais, destacamos o encorajamento dos pais com o comportamento reflexo e automático que observam durante o cuidado do bebê e a visão positiva dos pais face aos movimentos responsivos do mesmo, como

virar-se na direção da voz de um dos membros da equipe de saúde, a felicidade e gratificação dos pais quando os bebês viram na direção de sua voz, ou quando o acariciam e percebem que o bebê se acalma, o que evidencia que há uma possibilidade de interação (Brasil, 2011).

A ligação afetiva entre o bebê que precisa de cuidados em UTIN e seus pais, assunto tão enfatizado nas recomendações de cuidado humanizado nesses espaços, teve como impulso a constatação de equipes de UTIN de que após a alta hospitalar, essas crianças retornavam ao atendimento de emergência pediátrica com queixas de crescimento inadequado, perda de peso e devido a maus tratos, sugerindo que os laços afetivos que deveriam contornar a vida do bebê, talvez ainda não tivessem sido estabelecidos, ou seriam muito frágeis (Brasil, 2011).

A qualidade de vida do bebê em sua incubadora é favorecida quando há contato com a mãe e o pai durante a permanência na UTI neonatal, evitando rupturas e separações para além do que é imposto pela condição de saúde do RN. Essa interação com o bebê deve levar em conta o ritmo e as condições físicas, sem que haja privação da interação, cabendo também à equipe da Unidade incentivar essas aproximações (Baldini e Krebs, 2011).

## **2.2 - Internação em UTIN**

A chegada de um filho é um momento único na vida de pais e mães, com repercussões em todo o núcleo familiar. Determina mudanças importantes na vida do casal e da família, suscitando reajustes de funções, criação de um espaço específico para esse bebê que irá chegar, elaboração de planos e projetos para o grupo familiar (Druon, 1999).

Um bebê começa a existir para seus pais ainda na infância, quando meninos e meninas brincam de repetir atividades observadas no comportamento dos pais. Essa perspectiva infantil é reatualizada com a aproximação do nascimento de um bebê real (Wanderley, 1999).

De um modo geral o bebê é sonhado e idealizado por seus pais durante toda a gestação. Partindo das sensações que ele provoca e das imagens de ultrassonografias, esse bebê começa a ganhar uma representação mais forte no imaginário do casal parental. Surgem vagas e várias idéias de como será o novo membro da família, que características físicas, ou de temperamento herdará (Brasil, 2011).

De acordo com Druon (1999) no momento do parto, esse bebê imaginado e idealizado, no qual os pais projetaram grandes atributos e qualidades, deverá ceder lugar ao bebê real, aquele que se apresentará no instante do nascimento, sendo a espera de um bebê geralmente carregada de sonhos, planos e expectativas.

Entretanto, esses nascimentos algumas vezes esbarram na necessidade de cuidados altamente técnicos e especializados em UTINs. Eles não acontecem sem dor e dificuldade, e há geralmente um momento delicado no qual vida e morte estão muito próximos, e onde só cuidados bastante específicos podem salvar esta nova vida (Druon, 1999).

Os pais passam por um estágio de luto quando nasce um filho com alguma doença de alto risco, não sendo facilmente identificado com o filho saudável que era aguardado. Experimentam sentimentos de choque, raiva, negação, depressão, impotência, isolamento e ansiedade (Baldini e Krebs, 2010). Não há nenhum meio ou preparação que sejam capazes de garantir que

os pais consigam conciliar seu bebê imaginário e imaginado com esse bebê real que para manter-se vivo depende de cuidados intensivos. (Morsch, 2007)

Segundo Morsch e Almeida (2007) o ambiente de alta complexidade de uma UTIN, em nível de tecnologia, intervenções e cuidados, causa impactos consideráveis sobre a criança e a família. Seja pela gravidade do quadro clínico de seus pacientes ou pela dinâmica que é peculiar ao ambiente, se configura como um espaço gerador de estresse, que traz medo e ansiedades aos que dela dependem.

Ainda de acordo com as autoras, em contrapartida aos sentimentos ambíguos dos pais, o bebê concentra toda sua energia para sua autorregulação, ficando em segundo plano eventuais interações, essas tão aguardadas pela família. O bebê estranha a ausência precipitada da placenta e a sua maneira protege-se do excesso de estímulos estressores que tanto destoam do ambiente intra-uterino nessa passagem abrupta, prematura e potencialmente traumática de feto a bebê.

O bebê em UTIN é submetido a cuidados de todo tipo, e a família, que geralmente acompanha as mães em nascimentos típicos e sem intercorrências, é substituída por profissionais altamente treinados que se dedicam com habilidade e perfeição de gestos (Druon, 1999). Neste período de grande instabilidade, as explicações médicas não são compreendidas de imediato, sendo muitas vezes distorcidas, o que aumenta os desentendimentos (Baldini e Krebs, 2010).

De acordo com Druon (1999) a culpa geralmente é companheira desses nascimentos e sentimentos ambivalentes, movimentos extremos de amor e ódio, de denegação da deficiência ou da proximidade da morte, estão



presentes nesse momento. As críticas, se não expressas, são sempre latentes fazendo com que a mãe experimente uma profunda tristeza diante do “seu fracasso”.

A estranheza materna diante de seu bebê leva muitas vezes as mães à tentativa de inscrevê-lo em algum lugar de pertinência e reconhecimento a partir do seu diagnóstico (Battikha. E, Faria. M, Kopelman. B, 2007). Há um hiato entre o bebê esperado/sonhado e este outro que chega de um modo diferente, no lugar de quem era aguardado, agora a criança do diagnóstico. A fala sobre os bebês se dá a partir do seu problema, podendo-se pressupor uma equivalência entre a doença do bebê e o bebê, como se o real desse corpo marcado impedisse qualquer possibilidade de simbolização a respeito dele (Jerusalinsky & cols., 1999).

Observa-se a ambiguidade das mães entre investir nesse filho ou afastar-se dele, evitando assim um luto muito doloroso no caso de um prognóstico ruim, podendo comprometer severamente o estabelecimento do vínculo (Brasil, 2011).

Em nascimentos sem contratempos vemos a mãe desenvolver a preocupação materno primária, definida por Winnicott (1990) como um estado de verdadeira fusão entre a mãe e o bebê, no qual a mãe está envolvida emocionalmente com seu filho, sendo capaz de se identificar com o mesmo, reconhecendo, antecipando e respondendo às necessidades dele devido a um aumento de sensibilidade. Apesar da importância da equipe de saúde, a mãe não precisa permanecer por longos períodos afastada de seu bebê e consegue se relacionar com ele sem maiores dificuldades.

Em nascimentos onde há necessidade de internação da criança para tratamento intensivo, com a separação repentina da mãe, devido a um estado de saúde que inspira cuidados, o bebê estará privado dos cuidados parentais mais rotineiros. Sua internação representa uma crise para a família, e tem repercussões bastante específicas na interação entre pais e filho. O ambiente da UTI neonatal é hostil, frio e mesmo assustador, levando muitos pais a sensações de total desamparo (Lamy, 2005).

É comum que a mãe desenvolva a chamada preocupação médica primária, tendendo a se ocupar mais de uma função médica do que propriamente maternal. A mãe nessas circunstâncias de limitação física e emocional se aproxima do filho com grande dificuldade, observando prioritariamente os parâmetros, a evolução clínica da saúde do bebê e os cuidados realizados pela equipe da unidade (Morsch e Almeida, 2007).

É importante que esta equipe de saúde esteja disposta e tenha orientação para tentar minimizar a separação e os efeitos negativos desta, favorecendo a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos entre a mãe e o bebê. Para tanto, um ambiente acolhedor, e uma equipe receptiva que diminua a hostilidade do espaço de uma UTI neonatal pode ser um grande facilitador de comportamentos espontâneos que tornem mais fluida essa vinculação (Brasil, 2011).

A preocupação com a separação precoce e prolongada do bebê, de sua mãe e também dos outros membros da família e a percepção do recém nascido como um ser com potencial de desenvolvimento e com necessidade de estímulo, apoio e carinho, incentivaram equipes de neonatologistas a propor intervenções centradas na presença da mãe e da família. Os resultados dessa

interação precoce, quando o bebê ainda está internado na UTIN, apontam para um maior desenvolvimento global da criança. (Brasil, 2011).

Com nos trazem Morsch e Almeida (2007) subjetividade só é constituída a partir do encontro de desejos e dele depende para tornar viável sua existência. Nesse caminho para que o sujeito possa se originar, para que o bebê viva em termos biológicos e psíquicos, privilegia-se a mulher-mãe na atenção e no cuidado.

### **2.3 - Vínculo e desenvolvimento psicoafetivo do bebê**

Vínculo, segundo Bowlby (1984) é um laço relativamente duradouro que se estabelece com um parceiro, e o apego é uma disposição para buscar proximidade com uma figura específica; seu aspecto central é o estabelecimento do senso de segurança. Tanto vínculo como apego, são estados internos. A teoria do apego considera que a qualidade das relações de apego depende das interações entre a díade mãe-criança. Ainda segundo o autor, a saúde mental da criança depende de que ela tenha a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe, na qual ambos encontrem satisfação e prazer.

No início da vida, o bebê tem a mãe como um prolongamento de si mesmo e como nos traz Bowlby (1984), os psicanalistas são unânimes em posicionar a primeira relação humana de uma criança como fundamental e sobre a qual se edifica sua personalidade. Este primeiro vínculo, geralmente se dá com a mãe, é denominado apego, e dele depende o desenvolvimento psíquico e fisiológico adequados da criança.

De acordo com Brazelton (1988) existe um sistema de *feedback* mútuo na relação mãe-bebê, que vai moldando a resposta do adulto. Este sistema propicia o sentimento de reciprocidade, identificação e da interação bem sucedida. A partir desse início de comunicação, a mãe sente-se mais competente e capaz de compreender as necessidades do filho e o desejo de cumprir sua função materna surge de forma intensa, permitindo uma sintonia cada vez mais afinada entre a dupla.

O processo de vinculação da mãe com seu bebê começa ainda na gravidez, antes mesmo do movimento fetal. Ele reconhece os movimentos realizados pelo corpo da mãe, embalos da marcha, repouso e suas alternâncias; enfim, tudo o que lhe vem do corpo materno imprime ritmo a seu desenvolvimento (Szejer, 1999).

De acordo com Brazelton (1988), pesquisas mostram que o comportamento de apego se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato entre mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal. Ainda segundo o autor, as mães apresentam, em graus variados a capacidade de reconhecer as necessidades, preferências e limites do bebê, e o reconhecimento da competência do recém nascido e de sua capacidade de percepção e comunicação evidenciam para a mãe, o papel ativo do bebê no mundo e nas relações diádicas. O comportamento do bebê interfere na vinculação materna, dessa forma podemos dizer que o processo de vinculação é recíproco.

Estudos sobre interação desenvolvidos pelo autor revelam que há uma ligação imediata entre mãe e bebê, e que pode ser observado entre a dupla um estilo particular de metacomunicação. Há o reconhecimento de um

funcionamento ativo do bebê e de sua influência no comportamento dos pais. A estimulação apropriada no tempo, intensidade e qualidade conduz o bebê a uma reação positiva, passando a buscá-la ativamente e a interagir com ela, o que traz consequências importantes para o seu desenvolvimento emocional (Brazelton, 1988).

Anzieu (1989) coloca que o bebê está ligado a seus pais por um sistema de comunicação audiofônico, a elementos indispensáveis à comunicação que desde muito cedo exercem um papel essencial na expressão das emoções. O autor nos traz que em uma análise feita em 1966 por Wolff, permitiu distinguir no bebê com menos de três semanas quatro choros estrutural e funcionalmente distintos. Esses choros induzem as mães, que procuram logo diferenciá-los, a reações específicas que visam cessá-lo, e a manobra mais eficiente de extinção é a voz materna. Desde o fim da segunda semana de vida, a voz materna pára o choro do bebê muito melhor do que qualquer outro estímulo, som ou presença visual. Antes do fim do primeiro mês, o bebê começa a ser capaz de decodificar o valor expressivo das intervenções sonoras do adulto.

Ainda de acordo com o Anzieu (1989) o bebê é introduzido na melodia da ilusão ao escutar o outro e só é estimulado à emissão ao se escutar, quando o ambiente é adequado em termos de qualidade, precocidade e volume sonoro.

É importante a sua constatação de que antes mesmo que o olhar e o sorriso da mãe produzam na criança uma imagem de si que seja visualmente perceptível e interiorizada pelo bebê, o “banho melódico” (voz materna, cantigas e a música que ela proporciona) coloca a disposição um primeiro

espelho que é sonoro.

O espaço sonoro seria para o autor o primeiro espaço psíquico. A música propriamente dita, a voz humana falada ou cantada com suas inflexões e invariantes são logo percebidas como características de individualidade e esses estímulos chegam ao bebê a partir do outro.

Ferreira (2001) nos traz a experiência com bebês um pouco maiores, por volta de dois, três meses, onde pode ser observado um “diálogo” entre uma mãe e seu filho, no qual a fala da mãe é feita de um jeito especial. Esse jeito particular que caracteriza a fala materna ganhou até um nome, que nós no Brasil chamamos “manhês”. Sabe-se que o manhês atua como linguagem significativa para o bebê, na medida em que suscita reações de sua parte.

No caso do diálogo entre a dupla, cabe a mãe o trabalho de interpretação e de tradução, atribuindo às vocalizações do bebê um significado. Nesse processo dialógico a mãe exerce a função materna porque através do seu olhar e de sua voz, o bebê deixa de ser puro real, e é elevado à categoria simbólica. Nas canções de ninar, por exemplo, onde os sons são repetitivos e rítmicos, a melodia é simples como no manhês. Desse modo para a autora, o espaço sonoro distinguir-se-ia como o primeiro espaço psíquico, conforme visto também em Anzieu (1989), constituindo-se esta corporeidade sonora da linguagem como veículo de prazer e interação para a criança.

Winnicott (1990) coloca que um bebê nunca existe sozinho, mais é essencialmente um dos termos de uma relação; aquele que tenta descrever um bebê, logo descobre que está descrevendo um bebê e mais alguém. Nesse primeiríssimo estágio, ainda não faz sentido pensar em um indivíduo.

Outro conceito introduzido pelo autor é o de *holding* (relação direta entre os pais e o bebê, no sentido de reter, conter, sustentar, segurar), considerado como indispensável para o desenvolvimento inicial do potencial do bebê, abrangendo tudo aquilo que uma mãe faz por ele. No caso dos recém-nascidos que necessitam de cuidados em UTI, poderíamos dizer: tudo aquilo que é possível para esta mãe fazer por seu bebê (Lamy, 2005).

Ainda segundo a autora, quanto mais oportunidades de interação entre mãe e bebê, mais forte será o vínculo e, conseqüentemente, melhor a resposta materna às necessidades do filho e menor a probabilidade de negligência, maus-tratos e abandono. A promoção e incentivo do vínculo mãe-bebê são fundamentais, e a presença da mãe envolve uma ação terapêutica e psicoprofilática ao desenvolvimento emocional do bebê (Morsch, 2004).

Segundo Jerusalinsky (1999) o distanciamento entre mãe e bebê, ou o não envolvimento entre ambos, compromete a formação do vínculo, fundamental para a constituição psíquica deste último. Ainda de acordo com a autora, a criança existe psiquicamente na mãe muito antes de nascer, mesmo antes de ser gerada. Ao nascer, a mãe significa, transforma em elemento de comunicação a atividade reflexa do bebê, suas expressões de tônus muscular, sua gestualidade. Daí a importância de priorizar e ser apoio na construção e manutenção desse laço.

Em nascimentos que são seguidos de internação em UTIN os sentimentos iniciais de angústia, medo, culpa e incapacidade, permanecem por algum tempo no imaginário dos pais. Todas essas sensações associadas à percepção de uma suposta fragilidade dos bebês podem dificultar o começo da relação afetiva entre mãe e filho (Braga e Morsch, 2006).

A espera de um movimento do bebê que caracterize os pais como tal e instaure o movimento de *feedback* já descrito anteriormente (Brazelton, 1988), é vivido com muita ansiedade, e quando já é possível reconhecer pequenas competências do filho, mínimos comportamentos e expressões passam a ser indicadores do desenvolvimento e da saúde do bebê. Através de pequenos gestos fornecidos pelo recém-nascido, é possível que se comece a perceber que ele é também um bebê, para além de seu diagnóstico (Brasil, 2011).

O vínculo entre mãe e filho poderá garantir a sobrevivência desse bebê, já que a existência da criança está indissociavelmente ligada à presença do Outro que virá atendê-la, que estará para ela em posição de continente (Mathelin, 1999).

## **2.4 - Juventude e maternidade**

Adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos representam 29% da população mundial e os jovens isoladamente representam 18% da população no Brasil. Usaremos como referência dados do Ministério da Saúde que em consonância com a OMS circunscrevem a juventude ao período de 15 a 24 anos de idade (IBGE, 2010).

A juventude é considerada um período fundamental do desenvolvimento e deve ser pensada em termos biológicos, psicológico e sociais. O componente biológico caracteriza-se por transformações anatômicas que incluem o crescimento, desenvolvimento e maturação sexual. É assinalado ainda como um período no qual o indivíduo reedita etapas anteriores de seu desenvolvimento e faz plano para a vida adulta. Outro aspecto a ser ressaltado



é que a possibilidade mais concreta de ter relações sexuais e conseqüentemente de procriação tem um grande impacto na juventude.

A participação de jovens em grupos de pares é frequente e de extrema importância. Os grupos desempenham um papel primordial para o desenvolvimento psíquico dos mesmos. A conjuntura social e cultural no qual este grupo está inserido tem uma grande influência em suas atitudes e escolhas. Nesse contexto a sexualidade, a reprodução e a socialização são esferas potencialmente geradoras de conflito e prazer.

Com relação à reprodução, informações do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o número de nascimentos por idade materna apontam que do total de mulheres que tiveram filhos no ano referido, 8,55% tem entre 15 e 24 anos. Para os nascidos vivos, filhos de mulheres com mais de 10 anos, no período de referência de 12 meses, 43% são filhos de mães jovens.

Mesmo havendo uma queda na fecundidade em todo o Brasil e no grupo contemplado por este estudo, segundo dados do IBGE, a gravidez entre jovens é preocupante, devido às circunstâncias em que geralmente ela acontece. De forma não/pouco planejada, e com uma rede de apoio social pouco organizada (Pinheiro, 2000).

Como nos traz Pinheiro (2000), a gestação em si é um momento delicado que requer atenção e assim como a juventude, possui particularidades. Nas duas experiências, destacamos semelhanças, como as mudanças físicas, somadas a outras psíquicas, lançando a jovem mulher em um complexo processo que implica o desempenho de novos papéis e

responsabilidades bem como o abandono, neste caso mais abrupto, da condição infantil.

Ainda segundo a autora, quando se juntam estes dois eventos, juventude e maternidade, temos um leque de transformações que levam a um turbilhão de emoções e acontecimentos. A gestação neste período é, de modo geral, enfrentada com alguma dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe, do querer colo, para dar colo. As mulheres que engravidam nessa fase da vida passam por uma transição muito rápida de mulher ainda em formação para mulher mãe, o que pode gerar conflitos.

O tema da gravidez na adolescência/juventude, de acordo com estudos de Mesquita (2008) tem sido enfatizado como um problema social, considerando o pressuposto de que as jovens não teriam as condições físicas necessárias a uma gestação adequada. Os argumentos mais citados seriam imaturidade física, maiores chances de nascimento prematuro e abortamento. As razões psicológicas que justificariam a gravidez de jovens como um problema, seriam os sentimentos ambivalentes comuns a essa fase da vida, associados à inseqüência, impulsividade e imaturidade para criar.

A autora constata que trabalhos com esse viés refletem uma tendência a considerar a gravidez na juventude como um fenômeno indesejável, prejudicial à saúde da mãe e ao seu projeto de vida e que potencialmente daria visibilidade a conflitos psicológicos, sociais, econômicos e familiares. Esse posicionamento reflete o conteúdo fortemente normativo dessas visões, que acabam por realçar o enfoque de risco e em uma visão negativa da sexualidade na juventude.

Pantoja (2003) critica a visão que estigmatiza nas pesquisas científicas e nos conteúdos divulgados na mídia, a gravidez na idade jovem como um problema social, quadro de gravidade, quando não um desvio moral.

Em uma revisão bibliográfica de artigos publicados no Scielo de 1997 a 2006, Mesquita (2008) encontra um consenso entre os autores sobre a diversidade na experiência de engravidar na juventude, entendendo que esta não é vivida de forma homogênea para a aceitação ou rejeição pelas mães e familiares.

A maioria dos artigos abordou a gravidez nesse período como minimamente problemática na vida da gestante e da família. Mesmo para as adolescentes com menos de 15 anos, os trabalhos revelam o predomínio da aceitação, sendo a maternidade vivenciada de maneira geral como uma experiência positiva e gratificante e também como fator de promoção social.

Foi verificado ainda que na presença de rejeição familiar, a gravidez na adolescência/ juventude pode ser acompanhada de grande sofrimento, sendo o apoio familiar o fator que mais ameniza o estresse psicológico na gestação.

No contexto escolar, Pantoja (2003) observou que o evento gravidez estabelece um clima de grande especulação sobre quem está ou não grávida, sobre a paternidade e a prática de abortamento. O posicionamento das meninas varia sobre a forma e o momento de anunciar a gravidez. Algumas são mais abertas na comunicação, enquanto outras tendem a esconder a barriga por um tempo maior. Encontrou também que existe uma grande troca de experiências sobre conciliar gestação, escola e trabalho.

Como nos trazem Santos e Schor (2003) a maternidade é uma experiência importante, independentemente da época da vida em que ocorra,

que demanda muita responsabilidade e que pode ser desempenhada a contento pelas mães jovens.

Magalhães (2007) sugere que os riscos biológicos diminuem à medida que a idade se eleva e a assistência pré-natal oferecida à gestante melhora. Para a autora, os riscos relativos à gravidez estão mais associados ao contexto social da gestante que a insere em uma situação de maior vulnerabilidade do que propriamente aos fatores biológicos.

Há estudos que discorrem sobre uma maior propensão a negligências, abusos físicos, acidentes graves e infecções agudas aos quais bebês prematuros e filhos de mães adolescentes ficam expostos (Maddaleno, 1995). Entretanto, segundo estudos que tratam desse tema, a gestação entre adolescentes e jovens, embora nem sempre seja desejada ou planejada, pode ser vivida de forma tranquila quando estão presentes apoio social e acolhimento diferenciado (Viçosa, 1997; Santos e Schor, 2003).

Yazlle (2006) sugere a necessidade de estratégias para a prevenção às repercussões negativas sobre a saúde do binômio mãe-filho e principalmente, sobre as perspectivas de vida futura de ambos acolhendo não só ao bebê, mas igualmente às mães jovens, de forma a atender também suas necessidades (Yazlle, 2006).

Dependendo da qualidade do cuidado e apoio oferecidos à mãe adolescente, ela terá mais chances de ter gestação e filho saudáveis. Quanto mais cedo essa mãe for motivada a desenvolver uma interação positiva com seu bebê, mais chance terá de se vincular fortemente com o filho e exercer com tranquilidade e fluidez a função materna (Rocha, 2006).

## 2.5 - Leitura para bebê em UTI neonatal

A palavra "biblioterapia" é composta por dois termos de origem grega, *biblion* (livro) e *therapeia* (tratamento). Desse modo a biblioterapia seria a terapia por meio de livros. De acordo com Ratton (1975) a biblioterapia é utilizada atualmente na profilaxia, educação, reabilitação e na terapia propriamente dita, em indivíduos nas diversas faixas etárias, com doenças físicas ou mentais.

A Associação das Bibliotecas de Instituições e Hospitais dos Estados Unidos (Caldin, 2001), adotou como definições de biblioterapia: a utilização de materiais de leitura selecionados como coadjuvante terapêutico na medicina e na psiquiatria; a orientação na solução de problemas pessoais por meio da leitura dirigida.

Tomando o histórico de iniciativas que entrecruzam a prática da leitura com a postura terapêutica, podemos verificar que na área de saúde a leitura já é considerada um elemento importante. Segundo Pereira (1987) ela pode ser utilizada antes mesmo da criança ser alfabetizada, proporcionando condições preparatórias para o desenvolvimento do gosto e hábito da leitura.

De acordo com Caldin (2001), a função terapêutica da leitura admite a possibilidade de a literatura proporcionar a pacificação das emoções, já que implica uma interpretação, que é em si mesma uma terapia, pois permite a atribuição de vários sentidos ao texto. O leitor rejeita o que lhe desgosta e atribui valor ao que lhe desperta interesse, dando vida e movimento às palavras, numa contestação ao caminho já traçado e numa busca de novos caminhos.

“Assim, as palavras se seguem umas as outras – texto escrito e oralidade, o dito e o desdito, a afirmação e a negação, o fazer e o desfazer, o ler e o falar – em uma imbricação que conduz à reflexão, ao encontro das múltiplas verdades, em que o curar se configura como o abrir-se a uma outra dimensão.” (Caldin, 2001. p. 6)

Considerando os benefícios provenientes da prática da leitura, o Projeto Biblioteca Viva em Hospitais (PBV) foi criado em 2001. Dentre os objetivos do Projeto estão a promoção e reconstituição de um espaço de vitalidade, desenvolvimento e preservação da saúde psíquica das crianças, oportunizando momentos de lazer, interação, espontaneidade e aliviando a tensão naturalmente causada pela ida ou permanência em um hospital, através da mediação de leitura. No IFF, o PVB<sup>1</sup> conta com a participação de 98 voluntários para levar histórias a adultos e crianças nos ambulatórios e enfermarias, incluindo as de tratamento intensivo.

Desde 2005 as mediações de leitura são também realizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde é introduzida com o objetivo de ser um facilitador da relação mãe-bebê, auxiliando no estabelecimento do diálogo vital da dupla, além de proporcionar à mãe e filho um momento de prazer, com a oferta de estímulos sonoros diferentes dos que lhe chegam através dos aparelhos tão comuns nessas unidades. Mesmo com o bebê na incubadora, é possível a leitura, a apresentação dos livros e a oferta desse estímulo ao RN.

Para desenvolver esse trabalho, voluntários são capacitados pela coordenação do Projeto em encontros que antecedem a entrada dos mesmos na UTIN. Nessas reuniões de capacitação são transmitidos a eles informações a respeito da dinâmica da unidade, precauções de contato e isolamento,

---

<sup>1</sup>Atualmente, O PBV do IFF não possui vínculo com projetos desenvolvidos em outras unidades hospitalares.

higienização das mãos e conservação do material utilizado (que é de uso exclusivo desta unidade, não sendo utilizado nas demais enfermarias e ambulatórios do Instituto) e sobre a forma como devem se aproximar das crianças e mães para oferecer a mediação de leitura.

No momento da mediação, as histórias são contadas pelos voluntários, entretanto as mães são incentivadas a ler para seus filhos em outras ocasiões. A participação da atividade é de livre escolha das mães.

Quando o RN já pode ser manipulado por seus acompanhantes, fica a critério deles se o bebê ouvirá as histórias na incubadora, ou em seu colo, não há interferência das voluntárias quanto a isso. As mesmas seguem a instrução de não retirar os bebês da incubadora, aguardar até que ele não esteja passando por nenhum procedimento, não manuseá-los e de não interromper o sono das crianças, caso estejam dormindo.

Os livros são selecionados especificamente para serem trabalhados nessa unidade, e essa escolha utiliza critérios relativos ao conteúdo e a sonoridade das histórias, que geralmente falam sobre afeto, carinho, atenção e cuidados, relação entre as crianças e suas famílias, ficando a disposição das mães para empréstimo.

É utilizado no Projeto um livro de registro, onde ao final de cada dia de mediação, os voluntários descrevem quantas e quais crianças ouviram histórias e como foram as mediações, trazendo o que mais lhes chamar atenção. Alguns aspectos percebidos e registrados nesses livros são: um maior contato entre mãe e bebê no momento da mediação, a emoção da mãe ao perceber as pequenas reações do filho durante a leitura, o desejo da mãe em escolher a história a ser lida (Oliveira, 2005).

Na perspectiva da assistência neonatal, uma grande atenção é dispensada ao estudo e as recomendações quanto ao tipo de atenção oferecida no atendimento do recém nascido. Para amenizar a angústia que é própria a esse ambiente de tratamento intensivo, humanizar o espaço e as relações e incentivar a formação do vínculo entre mãe e filho, propostas de cuidados diferenciados têm contemplado as unidades de tratamento intensivo neonatais. Uma dessas alternativas refere-se à leitura para recém-nascidos.

Em um primeiro momento, a sugestão de leitura para recém-nascidos pode causar estranhamento, principalmente se o espaço para essa atividade for o de uma unidade de tratamento intensivo, já que é um espaço onde tradicionalmente não há esse tipo de prática e o domínio do código lingüístico só ocorrerá bem mais tarde na vida do bebê. Entretanto, ao nascer o recém-nascido é dotado de praticamente todos os sentidos e está biologicamente preparado para experimentar sensações como ver, ouvir, cheirar e tocar (Pontes, 2005).

O sistema olfativo já está desenvolvido desde a 29 a 32 semanas e gestação. A partir de 25 a 28 semanas o bebê apresenta respostas de piscar ou de susto e da 28ª semana em diante reage a sons de sussurro e conversa em tom de voz normal (30-50dB). Quanto ao sistema visual, a partir da 30ª semana o RN já responde a luminosidade; entre 34ª e 36ª semanas já possui orientação espontânea à luz, começa a seguir objetos com o olhar e consegue prestar atenção a objetos, faces e formas, vendo objetos ao menos entre 26 e 30 cm de distância (Brasil, 2011; Tamez, 2009).

Em posse desse conhecimento quanto à habilidade sensorial do bebê, é possível dizer que a leitura pode proporcionar ao RN alguns dos primeiros



contatos com emoções e sentimentos, que são identificadas por ele, de acordo com as entonações e o ritmo dado às melodias da voz humana (Oliveira, 2005).

Como nos traz Pontes (2005, p.1) "desde a vida intra-uterina, o bebê é capaz de reconhecer a voz da mãe e reage às emoções vividas por ela, através de respostas fisiológicas, como os batimentos cardíacos", ressaltando a importância do contato com a mãe para o desenvolvimento físico e mental do filho.

Para as mães, a atividade de leitura pode proporcionar uma aproximação diferenciada com o filho. Segundo Oliveira (2005) esse momento de ouvir histórias exerce uma função mediadora da relação mãe-bebê, auxiliando a mãe a estabelecer um diálogo com o filho e, assim, fortalecer os laços de afeto.

Com a leitura para bebês objetiva-se a reconstituição de um espaço de preservação e desenvolvimento da saúde psíquica do bebê e também a possibilidade de apoio às mães. Todo trabalho assistencial que garanta o afeto, o amor e que fortaleça o vínculo entre a mãe e seu filho é positivo e de extrema importância para o sucesso de qualquer tratamento (Pontes, 2005).

O objetivo inicial do PBVH/IFF, na UTI neonatal é reduzir o impacto desse necessário período de permanência no hospital, tornando esse ambiente que é geralmente inóspito, em um espaço mais acolhedor. A mediação de leitura na unidade referida se iniciou a partir de uma aposta dos profissionais envolvidos nos bons resultados que esse trabalho poderia trazer. Após um curto período de tempo foi possível perceber que essas leituras provocavam reações positivas na equipe técnica e em seus acompanhantes. A "atenção"

prestada pelos bebês no momento da leitura é algo novo e gratificante para pais e equipe, e surge assim uma nova perspectiva de olhar voltado para esse bebê (Oliveira, 2005)

Mattos e Chagas (2001), ao estudarem sobre atenção ao bebê em UTIN e alternativas de cuidado, colocam que a humanização das unidades referidas é medida fundamental e envolve desde a construção de um ambiente adequado à criança, até o preparo de toda a equipe para lidar com o bebê que deve ser visto como centro do processo.

As autoras abordam a experiência da musicoterapia nessas unidades e acrescenta: “deve ser oferecido a ele (ao bebê) condições para relaxar, como o contato físico com os pais, mesmo dentro da incubadora e a oferta de musicoterapia”. (pág. 26)

Trazemos a experiência de quem atua com musicoterapia no intuito de fazermos um paralelo com a atividade de leitura para bebês, sobre a qual não há ainda estudos ou literatura disponível.

Stahlschmidt (2001) ao estudar também o papel da música para bebês em atividades desenvolvidas juntamente com as mães, nos traz que elas mencionam a importância da música para a relação com o bebê por estimularem brincadeiras.

A partir dessas falas podemos compreender a atividade musical como uma das formas de auxiliar a construir um espaço entre o bebê e a mãe, denominado por Winnicott (1975) como espaço potencial e considerado por este autor como o local onde acontecem trocas verdadeiramente significativas, possibilitando que uma relação autêntica se desenvolva. A música pode ajudar

mãe e bebê a “brincar”, onde a mãe esteja voltada para um momento de diversão e prazer com seu filho.

Na leitura com bebês, o livro e as palavras seriam instrumentos utilizados com a finalidade de criação ou suporte desse espaço potencial que une mãe e bebê podendo ser uma forma de comunicação entre a dupla.

Battikha (2001) coloca que a mãe é convocada desde o início da vida do bebê, a dar suporte às necessidades da criança, com o colo, com as palavras, e questiona quais as palavras possíveis de serem usadas para nascimentos traumáticos ou com intercorrências. Sabe-se que as palavras ditas destinam lugares para as crianças, e que essas primeiras palavras ditas à mãe, e pela mãe ao filho são primordiais.

De acordo com informações do PBV extraídos do livro de registros, no momento da leitura, o prazer, o lúdico e a curiosidade despertados pela história, dão indicativos de que a leitura, uma ação simples e de um domínio tão amplo e fácil, aproxima olhares, sincroniza gestos e atenua barreiras, sendo potencialmente um facilitador de encontros e trocas entre mãe e filho, podendo facilitar a construção do espaço potencial. (Oliveira, 2005)

## Capítulo 3

### METODOLOGIA

#### 3.1 - Desenho do Estudo

Para investigar quais possibilidades de mediação no fortalecimento da relação mãe-bebê podem ser associadas e atribuídas à leitura de histórias infantis para bebês em UTIN por mães jovens e enfermagem, utilizamos a metodologia qualitativa.

A abordagem qualitativa segundo Minayo (2010) nos possibilita trabalhar com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não poderiam ser reduzidos à operacionalização de variáveis, privilegiando os sujeitos que possuem os atributos que o investigador pretende conhecer. Ocupa-se em compreender uma realidade que não pode ser quantificada, possibilitando ao pesquisador descobrir particularidades do tema em questão. Ela é flexível e dinâmica. Compreende o fenômeno em seu contexto, já que os significados deste emergem das relações com outros signos (Caprara, A.; Landim, L.P. 2008). O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos constroem a respeito de si mesmos e dos outros. (Minayo, 2010).

### **3.2 - Campo do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida na UTIN do Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira, situado na cidade do Rio de Janeiro. Trata-se de uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do nosso campo de pesquisa está diretamente ligada ao departamento de neonatologia, reconhecido como referência no atendimento a bebês pré-termos, com baixo peso ao nascer, afecções respiratórias, afecções cirúrgicas, doença hemolítica perinatal, e infecções congênitas.

Está dividida entre Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (12 leitos), Unidade Intermediária (10 leitos), e Unidade Intermediária canguru (4 leitos), num total de 26 leitos. O quadro de funcionários da unidade é composto por médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogas, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem e suporte administrativo.

A escolha do campo é justificada, pois a UTIN do IFF dispõe da atividade de leitura de histórias infantis para recém-nascidos.

### **3.3 - População do estudo**

Participaram da pesquisa sete mães jovens e dez enfermeiras atuantes na UTIN, que estiveram de acordo em participar do estudo e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), entre os meses de agosto e dezembro de 2012.

Para os critérios de inclusão definimos: ser mãe jovem de bebê internado na UTIN que tenha participado da atividade de leitura; enfermeiras

que trabalhassem na unidade há pelo menos um ano<sup>2</sup> e que já tenham presenciado a atividade de leitura.

As entrevistas foram realizadas quando enfermeiras e mães estavam disponíveis e ainda no caso das mães, quando seus bebês estavam dormindo, visando a não interrupção da interação entre ambos. Para preservar a confidencialidade dos dados, atribuímos designações específicas a cada uma das entrevistadas; para enfermeiras os códigos: E de 1 a 10 e para as mães os códigos M de 1 a 7 (ex.: E8; M3).

O número de pessoas a serem entrevistadas não foi estabelecido previamente, já que em estudos qualitativos o número de participantes é avaliado no decorrer da mesma, na medida em que os dados são coletados. Adotamos o critério de saturação, entendido como o conhecimento formado pelo pesquisador de que conseguiu compreender a lógica de um grupo (Minayo, 2010).

Segundo Minayo (2010) o tamanho da amostra deverá refletir a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. Ainda segundo a autora, o investigador que trabalha utilizando a abordagem qualitativa, não estuda um somatório de depoimentos. Assim, é possível o uso de critérios numéricos, mas não necessariamente será esse o definidor de relevâncias. A importância não será dada estatisticamente, mas pela construção de significados que conformam a lógica de um grupo, ou mesmo suas múltiplas lógicas.

Para Gomes (2005) uma norma prática das abordagens qualitativas é considerar que o material construído no campo é suficiente quando se percebe

---

<sup>2</sup> Consideramos que esse período de experiência mínima de um ano seja suficiente para que o profissional de enfermagem esteja completamente habituado às rotinas da unidade e para que tenha tido oportunidade de presenciar a atividade de leitura para os bebês.

que as idéias acerca das questões principais da pesquisa começam a se repetir.

### **3.4 - Coleta de dados**

Utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada, pois possibilita o diálogo, permitindo a expressão de opiniões e impressões, ampliando o campo de investigação. De acordo com Minayo (2010) a entrevista nos permite enumerar de forma mais abrangente possível as questões a serem abordadas no campo, a partir de hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação. A entrevista é uma:

“Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e a entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”. (Minayo, 2010, pág. 261).

Ainda para a autora pode ser considerada uma conversa com finalidade que se caracteriza pela sua forma de organização. A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, possibilitando que o entrevistado discorra sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada e não se limita a uma coleta de dados, é sempre uma situação de interação.

As entrevistas foram registradas por um gravador digital, transcritas em sua forma integral. Uma das entrevistadas não nos autorizou o uso do gravador, sendo assim foi feito um registro por escrito tão logo terminamos a entrevista, tentando garantir que o texto fosse o mais fiel possível ao que foi dito pela mãe. Após a transcrição, feita uma leitura flutuante, procurando

compreender os significados e conteúdo de suas falas. A partir disso começamos a categorizar os dados obtidos.

As entrevistas foram compostas por duas partes: a primeira com dados pessoais, como escolaridade, idade e constituição familiar para o caso das mães e sobre tempo e rotina de trabalho para as enfermeiras. A segunda parte do roteiro de entrevista objetivou apreender os sentidos atribuídos pelas participantes, sobre a leitura de histórias infantis em UTIN. As mesmas foram realizadas na sala de reunião do Departamento de Neonatologia.

### **3.5 Análise dos dados**

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo – modalidade temática, onde foram levadas em conta as idéias expressas pelos sujeitos, os conteúdos latentes a essas idéias, bem como as observações efetuadas. Gomes (1993, pág.: 74) a respeito da técnica de análise de conteúdo nos diz:

“Podemos destacar duas funções na aplicação da técnica. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões (...). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.”

Conforme Bardin (1977), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos ao estudo.

O percurso da análise seguiu as etapas de pré-análise, onde foi feita uma leitura flutuante das entrevistas, buscando mapear os sentidos atribuídos pelos sujeitos para as perguntas realizadas; análise dos sentidos expressos e



latentes com o intuito de identificarmos eixos em torno dos quais as idéias gravitam; elaboração de temáticas que sintetizassem as falas acerca do objeto de estudo e por último a análise final onde trazemos a discussão das temáticas à luz do quadro teórico, transformando a informação bruta em informação significativa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

Na fase de pré análise, foram montados dois quadros, um para enfermeiras e outro para mães, contendo as questões principais das entrevistas e a síntese das respostas que aparecem com maior frequência, ou que sejam mais relevantes à compreensão do objeto de estudo. A montagem desses quadros expostos a seguir, facilitou a apropriação do conteúdo das entrevistas e a construção das demais etapas da análise do material.

Quadro1. Pré-análise Entrevista – ENFERMAGEM

QUESTÃO	SÍNTESE DAS RESPOSTAS
Há quanto tempo trabalha na unidade?	O tempo de trabalho das enfermeiras na Unidade variou de 4 a 28 anos, com média de 11 anos.
Enfermeira da rotina ou plantonista?	Das entrevistadas, 6 são plantonistas e 4 são enfermeiras da rotina.
Já prestou atenção á leitura feita para os bebês ou parou para assisti-la?	<p>Todas as enfermeiras, em algum momento, já assistiram a leitura. Algumas auxiliam as voluntárias e indicam crianças para ouvirem histórias. Geralmente os indicados são os bebês maiores. Muitas ficaram surpresas ao perceber que os bebês “prestam atenção” à leitura.</p> <p>Sobre a proposta, disseram que é: “fundamental”, “interessante”.</p>
O que achou assim que soube da proposta de leitura na UTIN?	<p>Houve uma mistura de estranhamento, desconfiança e descrédito na proposta. As enfermeiras não conseguiam imaginar que bebês pudesse se beneficiar, ou mesmo aproveitar algo daquela atividade.</p> <p>Ver o envolvimento dos bebês, a “atenção” e “participação” deles foi o diferencial para que pudessem perceber a atividade de forma positiva e diluir aos poucos a descrença anterior.</p> <p>A inserção de outros facilitadores que não somente o livro, como brinquedos e música</p>

QUESTÃO	SÍNTESE DAS RESPOSTAS
O que achou assim que soube da proposta de leitura na UTIN? (IDEM)	Foram citados como importantes facilitadores no trabalho com o neonato.
QUESTÃO	SÍNTESE DAS RESPOSTAS
O momento/ o Projeto de leitura provoca alguma alteração no ambiente da Unidade?	<p>A informação mais recorrente diz respeito à necessidade de falar mais baixo e usar um tom mais suave ao se dirigir aos bebês, o que é reforçado pela observação da atividade de leitura.</p> <p>As entrevistadas falaram sobre uma interação e comunicação entre equipes, principalmente no que diz respeito à orientação dada às voluntárias, sobre quais crianças devem ouvir histórias primeiro e sobre priorizar o atendimento a alguns bebês.</p> <p>As enfermeiras pontuaram que a atividade de leitura retira um pouco o foco do adoecimento, remetendo a uma experiência lúdica e a formas diferentes de cuidar. A atividade, segundo elas, deixa a equipe mais atenta à importância de um trabalho individualizado e menos mecânico e automatizado.</p> <p>Falaram sobre essa forma de cuidar que envolve a conversa, o lúdico, a troca de olhares, e que no senso comum é associada à maternagem. Sob a ótica das enfermeiras, essa forma de cuidar é também realizada pela equipe do Projeto e essa interação é valorizada pelas mães.</p> <p>Reportam o momento da leitura como um momento de paz e calma num ambiente “agitado, barulhento e de gravidade”.</p>

QUESTÃO	SÍNTESE DAS RESPOTAS
<p>Quando as mães estão presentes no momento da leitura, elas participam junto com seu bebê? Qual a reação delas geralmente?</p>	<p>As enfermeiras mencionaram que a mãe demonstra grande satisfação ao ver o filho ouvindo histórias.</p> <p>A maioria das entrevistadas percebeu que as mães consideram a atividade como um acolhimento/ cuidado diferenciado ao bebê e a elas próprias (as mães). Uma das enfermeiras chegou a dizer que as mães aproveitam mais do que as crianças, o momento da leitura.</p> <p>Algumas mães comentam com a enfermagem que o filho ouviu história, marcando as aquisições do bebê. Parte das entrevistadas disse que vê poucas mães participando desse momento e que seria bom que todas pudessem conhecer e participar da atividade.</p> <p>Sugerem que a leitura fosse feita em um horário mais delimitado, para que as mães já sabendo da presença das voluntárias, pudessem acompanhar a contação de histórias com maior frequência.</p> <p>Colocaram que a atividade de leitura é uma forma de incentivar que as mães interajam com seu bebê e que fortalece/ facilita o vínculo entre a dupla.</p>
<p>É possível que a atividade de leitura para bebês na UTI neonatal interfira na relação da dupla mãe-bebê? De que forma?</p>	<p>Todas as entrevistadas afirmaram que a leitura desenvolvida juntos aos bebês e suas mães beneficia o processo de formação e/ou fortalecimento do vínculo.</p> <p>Para as enfermeiras, ao evidenciar aquisições do bebê, como a atenção, acompanhar com o olhar, interagir com a voluntária e com o livro, a atividade ressalta para a mãe aspectos do bebê que estão para além do adoecimento e dizem respeito ao universo infantil e à saúde. Cria momentaneamente uma condição paralela a de internação e coloca o adoecimento em segundo plano.</p>

QUESTÃO	SÍNTESE DAS RESPOSTAS
<p>É possível que a atividade de leitura para bebês na UTI neonatal interfira na relação da dupla mãe-bebê? De que forma? (IDEM)</p>	<p>A leitura foi percebida pelas profissionais como uma forma adicional da mãe interagir com o bebê, mesmo nos casos mais complexos, onde não é possível levá-lo ao colo, ou amamentar. Ler para o bebê seria uma “atividade maternal” que não está incluída nas restrições de toque e interação (trocar fralda, amamentar, dar banho, etc.), por vezes definidas junto à mãe.</p> <p>As enfermeiras trouxeram em suas falas a dificuldade que muitas mães têm de se aproximar do bebê, seja pela culpa, pelo medo de que ele não sobreviva, pelo medo que o ambiente de uma UTIN gera para a família, e apontam a leitura como forma de amenizar esses sentimentos. É ressaltada a importância de trabalhos multidisciplinares e de conjugar esforços para garantir que essas mães estejam presentes ao lado de seus bebês.</p> <p>Novamente houve sugestões de um horário bem definido e delineado onde as mães estejam mais presentes para a observação e participação da atividade.</p>
<p>Caso fosse mãe/ pai de um bebê que necessitasse de internação em UTI neonatal, gostaria que alguém viesse contar histórias para seu filho?</p>	<p>Para a maior parte das entrevistadas a oferta da leitura seria bem aceita. Existe a percepção de que em um primeiro momento causaria estranhamento e despertaria curiosidade. Algumas falaram que gostariam de poder escolher, participar da atividade ou não.</p> <p>As enfermeiras apontaram que seria positivo se as mães fossem informadas sobre o trabalho e seus objetivos de antemão, antes que a voluntária chegasse para efetivamente para contar histórias.</p>

## Quadro2. Pré-análise Entrevista – MÃES

QUESTÃO	SÍNTESE DAS RESPOSTAS
Sobre a gravidez, o que sentiu quando descobriu que estava grávida, como passou esse período?	<p>De maneira geral, as mães mencionam muitos sentimentos negativos com relação ao início da gravidez. Medo da reação da família, medo de não conseguir atendimento médico adequado, medo de que a criança não sobrevivesse.</p> <p>Para a maioria a gravidez foi uma surpresa. Apenas duas mães planejaram a gravidez, e para uma delas houve o inesperado de serem trigêmeos. O período gestacional foi denso em preocupações.</p> <p>Uma das entrevistadas falou que sentiu alegria ao descobrir-se grávida. Vale a ressalva de que uma outra, queria e planejou a gestação, entretanto foi pega pela surpresa de ser uma gravidez de múltiplos.</p>
Sobre as reações da família.	<p>A maioria das famílias foi pega de surpresa, houve em muitas delas o choque inicial e depois a aceitação e o apoio.</p> <p>Apenas uma das mães não recebeu apoio do pai do bebê.</p> <p>Uma das mães fala que para o pai do bebê a notícia de gravidez foi normal e completa dizendo que em breve ele será “de maior”. Outra diz que para o pai foi uma felicidade e que ele já tinha 32 anos.</p>
Como lidou com a notícia da gravidez na escola e quais as reações de colegas?	<p>Grande parte das mães estava estudando. Apenas a mãe de 24 anos já não estudava mais. Das que estudavam, todas precisaram interromper seus estudos em função da gravidez e a mãe que já trabalhava na época da gravidez de trigêmeos precisou ser afastada do trabalho.</p>

QUESTÃO	SÍNTESE DAS RESPOSTAS
<p>Como lidou com a notícia da gravidez na escola e quais as reações de colegas? (IDEM)</p>	<p>Algumas falaram do medo de serem rejeitada por seus colegas, reforçando a importância de serem aceitas pelo grupo.</p> <p>Parte delas mencionou planos de retornar à escola. Uma das mães disse ainda que havia a sensação de que o professores não gostaram de saber que ela estava grávida.</p>
<p>Sobre a possibilidade do filho ficar internado, o que sentiram?</p>	<p>Algumas mães já sabiam que haveria essa possibilidade e para as demais o nascimento prematuro/necessidade de internação, não era previsto.</p> <p>O sentimento geral era relativo ao medo de que o filho não sobrevivesse.</p> <p>Algumas mães fazem referências à dinâmica da UTIN – barulhos, movimento, gravidade. Uma delas diz que a internação é uma experiência digna de ser compartilhada em um livro.</p>
<p>O que você pensa sobre a leitura de histórias que é feita para seu filho?</p>	<p>Algumas das mães já conheciam o projeto da enfermaria de gestantes, outras ficaram surpresas na primeira vez que a leitura foi oferecida. Três das mães mencionam ter perguntado às voluntárias se o bebê estava entendendo e as mesmas mães disseram acreditar que sim, após a observação da leitura.</p> <p>Todas têm uma boa percepção sobre o projeto e gostam de acompanhar a leitura e observar a reação dos filhos durante a atividade.</p> <p>Algumas dizem que posicionam melhor o bebê na incubadora ou os levam ao colo, para que eles escutem histórias e vejam melhor o livro.</p> <p>Elas percebem que a criança aproveita a atividade, seja observando,</p>

QUESTÃO	SÍNTESE DAS RESPOSTAS
O que você pensa sobre a leitura de histórias que é feita para seu filho? (IDEM)	interagindo com a voluntária, rindo, tentando levar a mão ao livro. Todas essas respostas dos bebês são ressaltadas e valorizadas pelas mães.
Como é participar dessa atividade?	<p>As mães que já conheciam projeto falam que elas também se beneficiaram, com uma sensação de tranquilidade e de divertimento. Disseram que é agradável/ traz satisfação, observar que alguém interage de uma forma “não clínica”, lúdica com seu bebê.</p> <p>As mães percebem a atividade de leitura como uma “preocupação a mais” com o bebê e com seu desenvolvimento. Apontaram a contação de histórias como sendo capaz de acalmar a criança.</p> <p>Algumas falaram que gostariam de ver mais vezes a atividade, e que continuarão contando histórias para o filho após a alta hospitalar.</p>
Em sua opinião, para que as voluntárias contam histórias para seu filho? Qual seria a intenção delas?	<p>Algumas mães perceberam que o objetivo da promoção de leitura na UTIN é estabelecer uma maior interação com o bebê, estimular e auxiliar no seu desenvolvimento.</p> <p>Parte das mães apontou que a leitura é uma possibilidade para que os bebês desacompanhados tenham alguém para conversar com eles no lugar que “deveria” ser ocupado pela mãe.</p> <p>Aparecem ainda como resposta a descentralizar do adoecimento/doença, resgate da normalidade, com associação da leitura à saúde. A atividade é ainda percebida pelas mães como forma da equipe da UTIN oferecer carinho ao bebê.</p>



### **3.6 Questões éticas**

A fim de garantirmos o cumprimento das questões éticas, essa pesquisa seguiu a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta e orienta quanto à pesquisa envolvendo seres humanos.

Todas as participantes receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IFF.

## Capítulo 4

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados separadamente começando pelos obtidos a partir das entrevistas com enfermeiras e posteriormente com os advindos das entrevistas com as mães.

A análise dos diferentes núcleos de sentido presentes nas respostas das profissionais de saúde e das mães apontou para temáticas em torno das quais é possível discutir as percepções das mesmas acerca da promoção de leitura de histórias infantis em UTIN.

#### **4.1 - A promoção da leitura para bebês em UTIN sob a ótica das enfermeiras**

Como mencionado na metodologia, entrevistamos dez profissionais. O tempo de trabalho das participantes na unidade varia de quatro a vinte e oito anos. Todas tiveram a oportunidade de assistir à leitura de histórias em inúmeras ocasiões. Desta forma, as enfermeiras já têm conhecimento e domínio da rotina e do comportamento do bebê, sendo seus depoimentos considerados significativos.

Com a pesquisa buscamos compreender se a atividade de leitura dirigida aos bebês na UTIN pode de alguma maneira interferir na relação mãe jovem - bebê. Somente uma enfermeira entrevistada sinalizou que não observava nenhuma diferença na relação mãe-bebê quando as mães eram jovens. As demais não abordaram a questão.

A análise das entrevistas e a conseqüente assimilação dos núcleos de sentido presentes nas mesmas possibilitaram a identificação de três grupos temáticos:

1 - Do estranhamento à aprovação, um caminho ainda em construção

2 - A leitura de histórias infantis, como alternativa de cuidado, em espaços de terapia intensiva.

3 - A interação com o bebê internado em UTIN mediada pela atividade de leitura - a questão da relação mãe- bebê.

#### **4.1.1- Do estranhamento à aprovação, um caminho ainda em construção**

As falas que compõem as entrevistas apontam que do início das atividades do Projeto Biblioteca Viva (PBV) na UTIN até o presente, um longo trajeto foi percorrido. Com o decorrer do tempo e a continuidade do trabalho percebemos nos depoimentos uma mudança em algumas perspectivas das enfermeiras de Unidade, quanto às percepções atribuídas ao Projeto.

O PBV já atuava em outros espaços do IFF atendendo a crianças e mesmo a bebês, entretanto, com idade superior aos bebês da UTIN e em situações de menor fragilidade física e gravidade.

A proposta de leitura de histórias infantis para bebês em unidade de terapia intensiva neonatal era inovadora, e não encontramos na literatura registros de experiência anterior. Apreendemos das entrevistas que o fato de ser uma experiência nova pode ter contribuído para a sensação de desconfiança e estranhamento relatada pelas profissionais, como exemplificam as falas a seguir:

*“No início a gente estranha, tudo que é novo. Parecia um pouco de falta do que fazer. No início a gente encarava assim, a equipe encarava assim. Falta do que fazer.” (E1)*

*“No início é esquisito. Como é que é? Entendeu? A primeira vez você tem até um certo assim, uma desconfiança. Será que vai dar certo? (E5)*

*“Eu acho que no início as pessoas têm resistência, como com qualquer outro projeto novo que tenha dentro da unidade”. (E10)*

A leitura na UTIN é dirigida a bebês, em sua maioria pré-termos, o que pode ser tomado, a partir da compreensão das entrevistas, como outro motivo para a resistência verificada.

*“Quando eu vi aquelas pessoas sentadas, lendo pra um prematuro eu achei muito engraçado”. (E1)*

Este estranhamento inicial se justifica uma vez que somente a partir da década de 60 com o advento das UTINs, começaram a surgir pesquisas sobre as competências do neonato. Os aspectos comportamentais do recém-nascido a termo foram estudados na avaliação desenvolvida por Brazelton e cols., em 1973, levando em conta alguns aspectos, dentre eles, o da interação com o cuidador. Sabe-se hoje que o bebê pré-termo passa precocemente a ser responsável pelo funcionamento de seu subsistema autônomo e que daí decorre um descompasso entre o que era esperado dos estímulos uterinos e o ambiente da UTIN. A isto associa-se a falta de energia para o funcionamento dos demais subsistemas – motor, comportamental, atenção/interação e regulador (Brasil, 2011).

Estudos evidenciam que RNs pré-termo se desenvolvem melhor quando o barulho é minimizado, havendo recomendações de diminuição do nível de ruídos e som em UTIN (Moreira *et al.*, 2006), e contar histórias para eles pode ter sido

num primeiro momento motivo de preocupação com a saúde dos bebês prematuros, principalmente com a dos prematuros extremos, como podemos identificar nesta fala:

*“Acho que a fala para esses bebês pequenos pode ser legal, mas dependendo do momento é um estresse a mais”. (E3)*

*“Acho que os que estão na incubadora interagem menos” (E5)*

*“Vejo que não tem muita interação com os menores” (E9)*

Moreira *et al.* (2006) ponderam sobre as precauções que devem ser tomadas com relação aos sons/ ruídos que chegam ao bebê pré-termo em UTIN e acrescentam ao debate sobre os estímulos sonoros oferecidos ao RN, que alguns sons podem até mesmo ser úteis, como por exemplo, a voz da mãe.

*“Portanto, conversar com ele, cantar, trazer uma fita gravada com sua voz ou ler uma história pode ser uma maneira de acalmá-lo. É importante, contudo, ter em mente que para muitos prematuros qualquer som extra pode perturbar” (pág. 34)*

Podemos supor que o conhecimento dessa literatura que trata das precauções sobre controle ambiental e sonoro em UTIN, tenha relação direta com algumas percepções expressada pela enfermagem, quando se opõe à atividade de leitura dirigida a bebês mais graves ou pré-termos extremos.

*“Tem crianças, que são bem graves e que qualquer estímulo faz com que ela caia em saturação. Então assim são crianças que precisam ser... não precisariam desse estímulo porque qualquer estímulo para elas seria ruim” (E9)*

Nos casos de pré-termos com idade gestacional inferior a 34 semanas, a interação é mais restrita em função da prematuridade/ gravidade. De acordo com a literatura, bebês com menos de 32 semanas rapidamente se tornam desorganizados e uma vez estimulados, podem continuar respondendo mesmo

quando exaustos. Bebês pré-termo podem ficar inativos ou irresponsivos como medida de manter a homeostase e a conservação de energia para o crescimento, o que é denominado de “apatia protetora”. A partir da 36ª semana começa o período de reciprocidade com o meio social (Brasil, 2011).

Em consonância com dados da literatura, que falam sobre as possibilidades de interação do bebê e a busca ocasional por interação social a partir da 34ª semana (Brasil, 2011), as enfermeiras observam de maneira positiva a resposta dos bebês a partir desta idade gestacional. A observação desses bebês maiores no momento da leitura contribuiu para que as enfermeiras creditassem um valor positivo à proposta do Projeto, como podemos perceber em suas falas.

*“A gente observa a reação das crianças, principalmente das crianças que já estão, a gente chama de crônicas, que já estão internadas por um período maior e que são bebês com uma idade gestacional maior, a atenção que eles dão durante a leitura das histórias” (E6)*

*“Eu entendo que isso é uma forma de ajudar nesse desenvolvimento e é bom para as crianças, vejo mais para as crianças de mais idade” (E9)*

De acordo com as entrevistas, as reações dos bebês ao estímulo oferecido através da história, como acompanhar com o olhar ou de se acalmar após algum tempo de leitura, foi o diferencial para que a sensação de desconfiança inicialmente mencionada por elas fosse gradativamente cedendo espaço à valorização do trabalho realizado em um processo de aceitação/aprovação lento e gradual.

*“Durante a leitura o bebê presta atenção, ele acalma e ele está receptivo pra esse tipo de estímulo”. (E6)*

*“E aí você vai vendo que a criança à medida que vai passando por isso, ele vai se interessando mesmo, então a gente começou a gostar né? E a valorizar esse trabalho”. (E1)*

Foi possível compreender a partir das entrevistas, que a princípio a apreensão da proposta pelas profissionais também foi influenciada pelo conhecimento de que o domínio do código lingüístico ainda não faz parte do repertório de aquisições do bebê (Pontes, 2005). Entretanto, pudemos perceber por suas colocações que essa perspectiva sofreu mudanças e atualmente as enfermeiras compreendem que o texto em si não é o mais importante e sim a forma como ele é enunciado.

*“A princípio muitas pessoas olhavam e falavam “puxa, mas essa criança não entende o que estão fazendo”. (...) Ela (a bebê) não sabe o que você tá dizendo, mas a entonação da voz é que importa. O tom da voz é o que traz significado”. (E6)*

Essa última fala vai ao encontro com as colocações de diversos autores. Anzieu (1988) nos traz que antes do final do primeiro mês de vida, o bebê começa a ser capaz de decodificar o valor expressivo das intervenções acústicas do adulto. Antes mesmo que o olhar e o sorriso da mãe produzam na criança uma imagem de si que lhe seja visualmente perceptível, o “banho melódico” põe à disposição, um primeiro espelho que é sonoro; o primeiro espaço psíquico seria para o autor, o espaço sonoro.

Embora o estágio de maturidade do bebê ao nascer não lhe permita acesso à linguagem articulada, as informações fornecidas pelos outros humanos lhe são fundamentais e o fato de os bebês não falarem, não significa que não devamos nos dirigir a eles. Depois do nascimento, a voz humana, as palavras e a sintaxe, intervêm como organizadores do campo simbólico do bebê (Szejer, 1999).

Druon (1999) sobre sua experiência com bebês pré-termo e de baixo peso, fala do perigo de novas estimulações com as mãos nos casos de bebês

fisicamente frágeis, e que o “toque” pode ser oferecido ao bebê não só pelas mãos, mas pelo olhar e pela voz; acrescenta que a comunicação originária entre o ambiente familiar e o bebê é um espelho ao mesmo tempo sonoro e tátil, onde comunicar-se seria primeiramente entrar em harmonia com o outro.

As resistências observadas com relação ao Projeto pelas enfermeiras eram mais enfatizadas quando as mesmas se referiam à fase de implantação da atividade de leitura na UTIN, como evidenciado abaixo.

*“Hoje em dia o projeto não interfere na rotina, se antigamente as pessoas achavam que iria interferir na rotina. Hoje ele (o Projeto) já está na rotina, já faz parte.” (E5)*

Apreendemos de suas falas que não há um consenso entre as enfermeiras em se referirem à equipe do PBV como equipe multiprofissional ou como equipe externa. Dialogando com os resultados encontrados na presente pesquisa, é possível pensar que a equipe do Projeto e a promoção de leitura de histórias infantis em UTIN ainda não está completamente incorporada como um trabalho da Unidade, mas percebido como uma atividade que se desenvolve na Unidade.

*“Ele é um bebê especial tanto para a gente que está efetuando os cuidados normais do dia-a-dia de uma unidade neonatal, quanto para pessoas que vem de fora (Voluntárias)”. (E2)*

*“Elas entram como se já fossem parte da equipe multiprofissional mesmo né?” (E5)*

Sobre a comunicação entre as voluntárias e equipe de enfermagem foi possível compreendermos a partir da fala das enfermeiras, que há um canal de diálogo estabelecido entre ambas as partes. Entretanto, há também o



reconhecimento de que os espaços para comunicação ainda não estão satisfatoriamente preenchidos. Suas colocações nos possibilitaram perceber que existe comunicação, mas que esta poderia ser mais afinada. Como exemplificamos com os trechos de entrevista abaixo, há essa percepção de que um nível de diálogo maior entre equipes seria bem-vindo.

*“Percebo que também tem um diálogo entre as voluntárias e as pessoas que acompanham a equipe da UTI. Então quando é necessária a intervenção, aí há uma conversa e consegue contornar a questão de ela vir contar história no momento de um procedimento, isso é contornável.” (E6)*

*“Muitas vezes o que eu percebo é pela falta de proximidade. (...). Então talvez..., faz falta hoje justamente essa proximidade entre a equipe que tá no momento (...). Até pra gente trabalhar mais junto, eu acho que falta ter isso.” (E4)*

Para Campos (1999) um grupo de profissionais só se configura como uma equipe, quando é capaz de trabalhar de modo cooperativo, concentrando seus objetivos em uma dada situação, de forma que haja complementaridade de ações. Acrescenta que trabalhar cooperativamente não implica em operar sem conflitos, cuja presença é inevitável e universal.

Sobre a comunicação em contextos institucionais de saúde, Moreira (2009) coloca que a forma como acontecem as dinâmicas de trabalho em saúde apontam para uma segmentação das funções, em cenários de baixa comunicação entre os envolvidos no processo. Acrescenta ainda que nessa perspectiva de segmentação, o entendimento de humanização é reduzido ao estabelecimento de relações cordiais, quando deveria ser pensado sob a perspectiva de negociação e comunicação. A autora aponta que, mais do que cordialidade ou tolerância, o diálogo é uma ferramenta para negociações e

enfrentamento de conflitos, que constituem motor para a interação entre sujeitos de uma equipe.

As enfermeiras falam, ainda em relação à dinâmica e funcionamento do Projeto, que consideram importante a presença das mães acompanhando a atividade de leitura. Muitas trouxeram essa questão, e propõem um horário mais delineado para que a leitura aconteça, com informação prévia para as mães sobre os objetivos do mesmo e horário em que acontecerá, com o intuito de aumentar a quantidade de mães participando/observando a atividade de leitura.

*“Seria interessante que fechasse um horário onde todas as mães estivessem, participassem. Para que elas pudessem ver com mais frequência.” (E9)*

*“O ideal seria que todas elas estivessem presentes quando é feita a leitura, mas muitas por alguns problemas não estão presentes.” (E2)*

*“Que em algum momento isso (a informação sobre a atividade de leitura) fosse inserido na vida delas para que quando a voluntária chegasse as mães já soubessem do que se trata. (E6)*

Souza (2006) faz a ressalva de que receber informações ainda não é suficiente para atestar se as mesmas foram processadas e elaboradas por quem as recebe. Diz ainda, que em uma UTIN o processo de trabalho só pode ser realizado através da ação integrada de várias categorias profissionais, podendo se estender às voluntárias. A autora coloca que em uma perspectiva de acolhimento, para atender às necessidades dos usuários, se faz necessário uma aproximação entre equipes e entre equipes e pacientes.

#### **4.1.2 - A leitura de histórias infantis, como alternativa de cuidado, em espaços de terapia intensiva.**

O ambiente de uma UTIN é, muitas vezes, estressante para os bebês e seus pais. De maneira geral é muito iluminado, os barulhos são constantes e a movimentação de pessoas é intensa. Os sons dos equipamentos costumam gerar muita ansiedade na família, nos pacientes e mesmo nos profissionais (Moreira *et al.*, 2006). Junqueira *et al.*, (2006) colocam que com relação ao trabalho em UTIN, que este é um dos ambientes mais tensos e agressivos do hospital não só para pacientes, mas também para a equipe que lá atua.

A UTIN constitui-se como um ambiente terapêutico adequado para o tratamento de uma clientela de risco e é considerado um espaço de alta complexidade. As múltiplas demandas com as quais profissionais de saúde tem que lidar nesses espaços, presença cada vez mais frequente dos pais e o cuidado de bebês cada vez menores, colocam a necessidade de atuação conjunta de diferentes categorias profissionais e a exigência da incorporação de novas práticas e tecnologias que garantam a humanização da assistência (Costa, 2011).

Nas falas abaixo fica em evidência a questão acima mencionada.

*“A leitura em si, claro que muitas vezes a gente sabe, a gente tem prematuros muito extremos, então talvez o olhinho tenha mais dificuldade, tem malformação... mas não é só isso, é o contexto todo. Então eu acho que é fundamental, porque eu considero isso (a promoção de leitura), um dos módulos da humanização da assistência”.* (E4)

*“Na UTI, a gente vê que tem uma grande, um grande numero de mães, de pais que se ausenta nesse primeiro momento, mas depois vão sendo resgatados, mas assim eu acho que temos que ajudar e isso é um trabalho que tem que ser multidisciplinar. Não adianta, uma pessoa sozinha não consegue.”* (E9)

Vemos que há uma compreensão por parte da enfermagem, de que diante de tantas demandas e de situações tão peculiares vivenciadas em UTINs, para que a assistência oferecida aos pacientes tenha êxito, é necessária a atuação conjunta dos componentes da equipe de saúde, bem como a articulação de saberes.

Deslandes (2006) fala sobre a humanização como uma proposta de articulação entre o bom uso de tecnologias, tais como equipamentos e determinados procedimentos, com a tecnologia que utiliza a escuta e a potencialização de afetos, estes últimos vistos como forma de tecnologia de tipo relacional.

A noção de tecnologia introduzida por Merhy (2002) tem uma ampla definição, por não se restringir ao que está ligado especificamente a equipamentos e máquinas. Inclui como tecnologia saberes que são constituídos para a criação de produtos singulares e organização das ações humanas nos processos produtivos. Assim, as máquinas, e os saberes são expressos como tecnologias e classificadas como duras, leve-duras e leves.

A tecnologia dura referida aos equipamentos e protocolos, associada aos riscos de vida decorrentes da gravidade do quadro clínico pode muitas vezes ser usada como justificativa para reduzir a escuta do outro. Entretanto, a tecnologia leve que diz respeito às relações, ao diálogo ativo e à escuta atenta, não deveria ser desconsiderada, devendo existir permeabilidade entre elas. Como exemplo de tecnologias leves, na assistência humanizada em UTIN, Lamy (2003) relata algumas estratégias presentes no Manual Técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, como acolhimento dos pais, avós e irmãos, contato pele a pele precoce e crescente.

Acompanhando as conceituações de tecnologia leve, percebemos nas falas das enfermeiras que elas consideram importante que um grupo desenvolva dentro da Unidade um trabalho que utiliza o lúdico e a valorização dos afetos enquanto dinâmica institucional e estratégia de cuidado. Houve, como veremos nos trechos a seguir, uma associação entre a leitura, afeto e cuidado.

*“Porque nós também brincamos muito com os bebês, né? Mas tem um grupo que faz disso uma dinâmica.” (E3)*

*“Isso é cuidado! E quando a gente fala em cuidado engloba desde uma troca de fralda até um oi, um toque né? Imagine você iniciar uma leitura em uma unidade de UTI neonatal, é fundamental”. (E4)*

*“É um momento de distração pro bebê, é um momento de cuidado, mas de uma forma mais carinhosa”. (E6)*

Dialogando com os sentidos atribuídos à leitura e a associação desta a “cuidado”, retomamos a questão da própria formação em enfermagem, onde o cuidado é extremamente valorizado e mesmo um dos alicerces da profissão. Cuidar para a enfermagem conjuga integridade física e emocional em um processo de troca entre o cuidador e quem cuida. Tem o sentido mais amplo, de “relacionamento com o outro, como uma expressão de interesse e carinho” (Waldon, 1998).

Junqueira et al.(2006) colocam que em seus relacionamentos com os bebês, os profissionais apresentam um movimento entre querer realizar os procedimentos técnicos e ter uma abordagem mais humanizada no atendimento à criança, sugerindo que nem sempre se compreende que o cuidado pressupõe a interação de ambas as formas de cuidar. As enfermeiras colocam que já incluíram em seu repertório de práticas assistenciais um contato mais lúdico e suave com os bebês e acrescentam que a observação da atividade de leitura

serve como reforço para lembrar questões relativas ao toque e a fala dirigida a estes.

*“O tom de voz é diferente, do meu que tá ali, “gente pega uma fralda”, “gente não sei o que”. É diferente”. (E4)*

*“Você aprende a falar com um tom de voz mais baixo, porque eu tenho um tom de voz altíssimo, então aqui eu acho que elas dão o aprendizado na tranquilidade, naquela calma delas”. (E5)*

Ainda considerando a humanização da assistência, outros aspectos pertinentes ao assunto aparecem nas falas das enfermeiras. Segundo as mesmas, a leitura consegue acalmar não só os bebês, mas também os profissionais e os efeitos positivos da atividade se refletem na equipe e no ambiente. Para Deslandes (2010) a humanização também pode ser pensada enquanto criação de espaços favoráveis ao exercício técnico e satisfação dos profissionais. Esta situação pôde ser observada nas seguintes falas:

*É legal porque inclusive parece que acalma os funcionários. Eu acho que isso se reflete em todas as pessoas que estão ali em volta e não só o bebê. (E2)*

*É a gente se sente é... não sei, é talvez aquela... humanização do trabalho, do cuidado né? (E8)*

Na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (MS, 2011) encontra-se uma crítica ao fato de que em algumas UTINs, cuidar do bebê equivale a prestar os “cuidados de rotina”, de forma burocrática, valorizando o trabalho que é realizado em outras Unidades, cujo cuidado é feito levando em consideração os sinais e respostas do bebê.

O aspecto chave deste cuidar está na observação dos sinais do bebê frente a um estímulo oferecido. A capacitação de profissionais para uma visão

mais refinada do bebê é importante para que os procedimentos e manuseios de rotina do recém-nascido sejam empregados de forma individualizada. A voz humana carinhosa é apontada como um estímulo eficiente para produzir interrupção de choro nas primeiras semanas de vida. Também é recomendado que antes de tocar o bebê, o cuidador/ técnico fale com ele suavemente, observando as “pistas fisiológicas e comportamentais” que ele dará (Brasil, 2011; Anzieu, 1988).

Corroborando este debate, Moreira et al. (2006), também falam sobre a importância de que o manejo do bebê esteja mais adequado às suas necessidades. Sinalizam que o contato com o bebê deve ser estabelecido, primeiramente através do olhar e da observação de seu comportamento, e a maneira como o bebê é manuseado, é uma questão a ser observada com critério, já que pode levar ao estresse fisiológico e a um desconforto generalizado.

Compreendemos no decorrer das entrevistas, como veremos abaixo, que a suavidade implícita à atividade de leitura com os bebês, chama a atenção das enfermeiras. Acreditamos que este cuidado diferenciado com o bebê coloca-o no lugar de sujeito em constituição e não somente objeto de intervenção da biomedicina, conforme discutido por Mathelin (1999).

*“A partir da leitura, as pessoas começam a perceber o bebê de uma outra forma, então não tem aquela mecanização da criança também né? Você não tá trabalhando em série, produzindo em série. Você tá cuidando de um bebê. E essa parte lúdica, ela (a leitura) chama atenção também pra isso.” (E6)*

*“Eu acho que isso (a atividade de leitura) mexe um pouco com a equipe nesse sentido (...), de você ter uma pessoa ali que está envolvendo a mãe e o neném, você vai chegar lá, acho que a gente pensa duas vezes antes de realizar um procedimento de uma forma mais agressiva né, de uma forma mecânica como a gente acaba fazendo.” (E10)*

Através de suas falas percebemos que as enfermeiras da UTIN têm pleno conhecimento da forma recomendada de manuseio e contato na interação com o bebê. Entretanto, como colocado na literatura, outros aspectos no cuidado devem ser valorizados:

“Além de nosso desejo de tratar e cuidar, de oferecer ao bebê o que melhor sabemos e aprendemos do ponto de vista fisiológico, infeccioso, respiratório, etc., precisamos estabelecer com ele uma parceria para que a comunicação possa ocorrer e com isto estejamos capacitados a reconhecer sinais significativos de suas necessidades.” (Brasil, 2011. pág.77)

As entrevistas exemplificadas acima nos possibilitaram compreender que alternativas de cuidado, como a leitura de histórias, auxiliam que esse saber já conquistado pelas profissionais seja retomado no dia-a-dia de trabalho e durante a rotina apressada da Unidade.

Outro aspecto que identificamos nas entrevistas refere-se à relação mãe-equipe, sob a ótica das enfermeiras. A atividade de leitura pode atuar favorecendo a aproximação das mães com as profissionais da Unidade. As enfermeiras entrevistadas acreditam que a leitura é percebida pelas mães como mais uma evidência do cuidado dirigido ao seu filho.

*“Melhora a relação com a equipe. Acho que com a equipe sim. Ela começa a ver o hospital e a equipe de uma outra forma. Que tem uma preocupação. Além do cuidado clínico, tem também a questão do cuidado na forma de trabalhar. Acho que melhora a relação da mãe com a equipe e muito, acho que sim.”* (E3)

*“Para a mãe acredito que dê uma sensação de conforto porque ela vai sentir como se estivesse recebendo algum tipo de atenção diferente da equipe multiprofissional.”* (E5)

Morsch e Aragão (2006) colocam que a partir do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, surgiram vários programas de recreação, citando inclusive o Projeto Biblioteca Viva, com áreas hospitalares



para a utilização de material lúdico por crianças e bebês. As autoras sugerem que tais programas sejam chamados “programas de psicoproteção”, referindo-se tanto aos cuidados, quanto àquelas intercorrências que podem causar danos ao sistema nervoso de bebês internados em UTIN. Sinaliza que de acordo com os paradigmas do cuidado hospitalar dito humanizado, “a parceria família/equipe tem um caráter terapêutico e não pode ser entendida como uma permissão da equipe” (pág. 238). A parceria entre família e equipe de saúde contribui para que as mães tenham uma percepção mais positiva da internação.

#### **4.1.3 - A interação com o bebê internado em UTIN mediada pela atividade de leitura - a questão da relação mãe- bebê.**

Um nascimento é geralmente celebrado pelos pais, família e também pela equipe médica. Os pais irão projetar em seus filhos expectativas e desejos, e os bebês poderão ser pensados como uma oportunidade de completude narcísica para os pais, como se a criança pudesse ser ilimitada e assim realizar as fantasias de completude e perfeição de seus genitores (Battikha e Camarotti 2001).

Quando se trata do nascimento prematuro ou de um bebê que aspira cuidados em UTIN, logo ao nascer, devido a suas condições clínicas, ele necessita ser separado de seus pais. No lugar dos cuidados materno e familiar, o bebê encaminhado à unidade de tratamento intensivo, passará por procedimentos invasivos, por vezes dolorosos e ficará privado por mais tempo do contato e carinho vindos de seus pais. Considerando as graves conseqüências que o afastamento precoce entre a mãe e o bebê pode acarretar, é recomendado que a equipe de saúde busque minimizar a

separação destes, favorecendo a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos (Brasil, 2011).

De acordo com Jerusalinsky (1984) a equipe multidisciplinar deve priorizar a aproximação dos pais de seus bebês, de forma que eles não se sintam apenas expectadores da assistência. Isto fica evidenciado na fala abaixo a qual nos possibilita compreender que a leitura é percebida por elas como uma ação que pode devolver à mãe características/ função de maternagem.

*“E é uma coisa que pode ser feito com qualquer criança independente da patologia. Talvez seja até uma maneira dela até de se sentir útil de alguma forma, já que não é ela que cuida. Não é, muitas vezes elas querem cuidar e não podem. É um momento delas serem as mães de verdade e criar esse vínculo e construir esse vínculo”.* (E8)

Em 1999, Santa Roza apontava para a importância da presença da atividade lúdica durante o período de internação de crianças. Para Mitre (2006) a presença de atividades lúdicas no hospital tem repercussões nos pacientes, equipe de saúde e familiares, e é um contraponto às experiências dolorosas decorrentes da hospitalização. As entrevistadas apontam que a atividade de leitura favorece uma descentralização da doença, pelo seu aspecto lúdico. Dessa forma a promoção de leitura em UTIN é percebida como promotora de um momento de ludicidade, que distrai e coloca a doença momentaneamente em segundo plano.

*“Existe uma visão do bebê lúdica, né? De estar ali estimulando, de uma forma lúdica e carinhosa.”* (E3)

*“A leitura não está voltada pra questão de saúde-doença da crianças, não é aquela coisa só patológica”.* (E2)

*“Tira o foco das crianças um pouco dessa situação da UTI neonatal”.* (E7)

*“É um momento que ela (a mãe) tá ali pensando só no bem pra essa criança. É um momento de interagir, sem pensar no problema que ele tem, nas dificuldades que ela tá passando. É um momento que ajuda tanto ao bebê quanto a ela né? Na criação mesmo do vínculo.” (E8)*

As enfermeiras percebem que para as mães alguns aspectos impostos pelo adoecimento e hospitalização passam momentaneamente a um segundo plano durante a leitura e que a atividade pode instaurar por alguns instantes um momento de tranquilidade para o bebê e para as próprias mães.

*“Naquela hora ali ela vê que uma pessoa se dirige ao filho dela para falar alguma coisa que não tem nada a ver com o que está acontecendo na UTI. E eu acho a forma como elas fazem essa transmissão de calma que elas passam eu acho, que elas confortam não só o bebê como a mãe (...). (E5)*

*“Elas ficam muito satisfeitas com isso, você percebe essa reação. Eu acredito que ela também... O bebê dela tá internado. Então ela tá num nível de estresse altíssimo então, pra ela também é um acalanto”. (E6)*  
*“Acho que isso é muito importante, para o bebê, e para a mãe. Eu acho, até porque se a mãe está bem consegue passar coisas boas para o neném, mas se ela tá mal...” (E10)*

Winnicott (1990) destaca a função da mãe como espelho e coloca que aquilo que a criança vê quando olha o rosto da mãe, é ela mesma. Laznik (1999) aponta o valor do olhar materno e a função da mãe como espelho. O bebê se reconhece na imagem do olhar da mãe que é antecipatório, e esse olhar tem um grande impacto sobre o bebê já que a auto-imagem é constituída na relação com o Outro. É o Outro que ratifica pelo olhar o que a criança percebe de forma especular, como ascensão de uma imagem que irá advir. Essa imagem especular que o bebê recebe de volta pelo olhar do Outro, dará a ele o sentimento de unidade, base de suas relações com seus semelhantes. A existência do bebê está indissociavelmente ligada a esse Outro que virá atendê-lo, oferecendo suporte, contorno e acolhimento.

Esse suporte como nos trazem Braga e Morsch (2006) dificilmente pode ser realizado pela equipe, por mais envolvida que ela seja. Essa é uma tarefa dos pais e a partir desse retorno dado ao filho pela mãe, o bebê aumenta sua força vital. Segundo as autoras, uma das possíveis formas de dar esse suporte é através da fala. À voz da mãe pode ser atribuída a função de “cordão umbilical sonoro”, podendo soar como música ao bebê, em sintonia às suas necessidades. Apesar de não compreender ainda o significado das palavras, o bebê pode captar a melodia das mesmas e apreender os sentimentos expressos através delas. As autoras colocam ainda que é comum observar em UTINs mães que “pegam seu filho no colo com o olhar ou com a voz, mesmo sem poder fazê-lo no sentido literal da expressão” (p. 62).

Moreira et al. (2006) colocam que a valorização do contato corporal entre a dupla deve ser vista de forma bastante cuidadosa em contextos de UTIN, já que para bebês prematuros ou instáveis do ponto de vista fisiológico, esse contato pode ser mais estressante do que confortável.

As enfermeiras pontuam que existem algumas interdições com relação ao toque e ao contato entre mãe e bebê durante a internação e que diante dessas restrições de contato, ler para o bebê é uma ação que poderia ser feita pela mãe e que a leitura seria, portanto uma possibilidade a mais de interação entre a dupla.

*“Elas falam isso para mim mesmo (...) e aí a gente tem algumas coisas que a gente vai tentando trazer para que a mãe se aproxime do neném, né, é passar a mão no seu neném, que não pode ir no colo, ordenhar o leite, (...) e eu acho que isso traz, aproxima um pouquinho né o bebê dela, com certeza favorece” (E10)*

*“Com a leitura, você traz mais uma forma de interação entre os dois.” (E7)*

Dolto (1992) fala sobre a importância de que haja um espaço envolvendo a criança e no qual ela seja reassegurada como sujeito. Segundo a autora, o espaço de segurança auditivo do bebê é maior que o visual e o tátil, sendo possível dizer que a subjetividade deste pode ser constituída e organizada a partir da voz materna, que funciona para o bebê como um organizador psíquico. Assim a sonoridade da voz da mãe, particularmente nas situações em que o contato corporal é mais restrito, tem um lugar prioritário, além de seu papel como tecnologia leve conforme assinalado na temática anterior.

A comunicação produz efeitos no bebê e em seus pais desde a vida fetal, mas principalmente após o nascimento. Somos seres de linguagem, inseridos em uma cultura e para que um bebê possa tornar-se humano, é necessário que lhe sejam dirigidas palavras carregadas de simbolismo (Dolto, 1999).

Junqueira *et al.* (2006) colocam que o contato com o bebê deve ser estabelecido também através da fala e que em situações onde o contato físico e o toque precisam ser limitados e restringidos, a comunicação oral pode ser pensada como forma de acolher e sustentar o bebê. A autora acrescenta que a voz da mãe é fundamental e que a dos profissionais de saúde também tem papel relevante. Quando um profissional de saúde conversa com o bebê na presença dos pais, ele assegura o valor desta comunicação e sugere que o bebê já adquiriu essa competência, pois atribui a ele a capacidade de compreensão. Assim, conversar com o bebê deve ser entendido como um meio para humanizá-lo, de torná-lo sujeito.

Sobre a leitura atuar como um reforço a esse contato verbal entre mãe e bebê diante de situações de limitação impostas pela condição clínica dos bebês internados em UTIN, as enfermeiras atribuem a esta atividade a possibilidade de ser um facilitador da relação/ interação mãe-bebê.

*“Teve o caso de uma mãe que o filho ouvia muitas histórias né? E aí ela passou a comprar livro também pra contar pro seu filho história. (...) quer dizer de alguma maneira, trouxe, poxa se isso tá fazendo bem eu quero fazer também”. (E8)*

*“Eu como mãe ia sentir assim: “meu bebê prestou atenção então vou conversar mais com ele (...). Se eu fosse a mãe, me estimularia”. (E5)*

Durante a leitura realizada pela equipe do Projeto Biblioteca Viva, a voz dirigida aos bebês não é a voz materna visto que as histórias são contadas pelas voluntárias. Entretanto as enfermeiras acreditam e observam que a leitura feita por um terceiro, como é o caso das voluntárias, estimula as mães a conversarem mais com seu bebê, como identificado nestas falas:

*“Talvez faça nascer nela essa vontade de querer contar historinha pro bebê dela, porque ela vê que pra ele tá fazendo bem, a importância disso pra ele.” (E6)*

*“Vai despertar na mãe (...), o hábito dela, ela vai falar “já posso fazer isso? (E4)*

Vimos em Brazelton (1988), que há um sistema de *feedback* na relação mãe-bebê, que modula a resposta do adulto, proporcionando reciprocidade e interação. Podemos supor, com base nesta publicação e na percepção da enfermagem, que as respostas do bebê à leitura nutrem esse sistema de retorno e que talvez incentive a mãe a uma melhor adaptação às suas necessidades e a uma sintonia mais afinada com o mesmo.

*“Percebo que elas acompanham (a leitura), e como elas vêem que a criança responde a esse estímulo, algumas delas passam a trazer livrinhos também pra ler pro bebê; pra contar suas histórias, ou mesmo*

*sem o livro, a contar histórias a partir dessa percepção de que durante a leitura o bebê presta atenção, ele acalma e ele está receptivo pra esse tipo de estímulo”. (E6)*

Jerusalinsky (1984) coloca que a criança já existe psiquicamente na mãe, muito antes de nascer e mesmo antes de ser gerada. No nascimento, a mãe transforma em elemento de comunicação a atividade reflexa do bebê, suas expressões, seu tônus muscular. Ver em seu bebê mais do que um corpo biológico, é fundamental para que ela possa se identificar com ele.

A identificação é segundo Winnicott (1990) passo imprescindível ao estabelecimento de relações verdadeiras. Para que seja possível para a mãe segurar um bebê, no sentido de dar suporte ao mesmo, seja física ou emocionalmente, é preciso antes de qualquer coisa que ela seja capaz de se identificar com ele.

As falas das profissionais demonstram que para elas, a leitura pode ser percebida pelas mães como um sinal de investimento afetivo da equipe de saúde ao bebê, e que tal ação contribui para que a própria mãe perceba aquela criança como seu filho, facilitando seu próprio investimento afetivo.

*“Se é aquela mãe que às vezes não está valorizando tanto ou está com medo e ainda com dificuldades de vínculo (...). Ela vai ver que ele tem o valor dele, que ele é um bebê especial.” (E2)*

De acordo com as entrevistadas, as mães comentam com elas quando seus bebês ouvem histórias. Sabendo o quanto é importante para a mãe a ressignificação de seu bebê, como afirma Lebovici (1987) podemos supor que observá-lo participando da atividade de leitura, o coloca em uma posição de semelhança com os bebês saudáveis.

#### 4.2 - A promoção da leitura para bebês em UTIN sob a ótica de mães-jovens

Foram feitas sete entrevistas com jovens mães, com idade variando entre quinze e vinte e quatro anos. Das sete mães, duas já estavam casadas antes da gravidez. Todas recebiam ajuda da família, algumas com uma rede de apoio mais organizada que outras. Eram mães pela primeira vez e em dois casos, de gestações múltiplas. A idade das mães e o motivo da internação de seus bebês seguem na tabela a seguir:

Quadro 3: idade materna / motivo internação do bebê

<b>Idade materna</b>	<b>Motivo de internação do bebê na UTIN</b>
15 anos	Infecção congênita
24 anos	Prematuridade
18 anos	Infecção congênita
15 anos	Prematuridade
17 anos	Prematuridade
15 anos	RN exposto a herpes genital
18 anos	Hérnia diafragmática

A leitura de histórias para os bebês foi observada/ acompanhada por essas mães pelo menos em dois episódios diferentes.

Após a análise do material coletado através das entrevistas, chegamos a três temáticas:

1. A experiência da maternidade para mães jovens
2. Contar histórias para bebês em UTIN – significados atribuídos pelas mães.
3. A leitura de histórias contribuindo para a ressignificação da criança e da relação mãe-bebê



#### 4.2.1 - A experiência da maternidade para mães jovens

As idades das mães que participaram da pesquisa, a dinâmica própria à juventude, hábitos e valores comumente presentes nessa etapa da vida, trouxeram algumas questões bastante específicas à análise do material, que não poderiam deixar de ser mencionadas. Falaremos a esse respeito nessa primeira temática.

Constatamos ao longo das entrevistas que, assim como verificamos na literatura (Pinheiro, 2000), a gravidez na juventude ocorre com alguma frequência de forma pouco/ não planejada.

Em nosso grupo de mães, como já assinalado, apenas duas planejaram a gestação. Para essas a notícia da gravidez foi vivenciada com alegria/satisfação.

Nos demais casos, o sentimento geral foi de surpresa e medo. As falas abaixo expressam esses sentimentos.

*“Ah eu fiquei muito feliz, muito feliz mesmo, porque eu tava esperando muito, tava esperando muito esse bebê, a partir do momento em que eu casei”.* (M3)

*“Não tinha planejado nada. Ah, foi um susto no começo. Porque eu não queria de jeito nenhum”.* (M5)

Segundo Menezes e Domingues (2004), o sentimento positivo da gravidez está diretamente relacionado ao seu planejamento, o que pudemos verificar junto a nossas entrevistadas.

Apreendemos pela fala das mães que o “medo” é um sentimento recorrente em seus discursos, diante da descoberta da gravidez. No primeiro momento aparece o medo de contar para os pais e para o pai do bebê, medo

da reação dos colegas de escola, seguido do receio de que a criança tenha algum problema de saúde associado à idade materna e ainda o medo de não conseguir atendimento médico adequado. Esses temores se dissolveram ao logo da gravidez e com o passar do tempo, as mães se adaptaram bem e com satisfação a essa nova condição.

*“Senti medo, muito medo. De falar para o meu pai, fiquei com muito medo de contar”. (...) Meu medo era de não conseguir (ser atendida no IFF), pois eu tinha certeza que elas iam nascer prematuras, tinha certeza que elas não iam passar de oito meses”. (M4)*

*“Não queria saber de nada, não me enturmava mais ficava sozinha no meu espaço, às vezes alisava a barriga, ficava com medo e eu chorava muito”. (M6)*

Eduardo (2005) coloca que o resultado positivo de gravidez pode significar para as mães jovens e adolescentes um momento de tristeza, medo, insegurança e até mesmo desespero já que ter um filho não estava em seus planos. Retomando o quadro teórico, vimos que Mesquita (2008) em revisão bibliográfica aponta para um consenso entre os autores sobre a variedade de sentimentos relativos à experiência de ser mãe jovem, sendo a maternidade muitas vezes vivenciada de forma positiva e percebida como uma possibilidade de promoção social.

Encontramos em nosso grupo de entrevistadas, que apesar do medo manifesto por elas com a reação da família, elas tiveram apoio familiar no decorrer da gestação, assim como do companheiro. Apenas uma das mães não recebeu nenhum tipo de auxílio do pai do bebê. Percebemos em suas falas, o quanto foi importante para todas poder contar com a participação dos familiares nos cuidados à gestação e ao bebê, após o nascimento do mesmo, como fica evidenciado nas falas a seguir.

*“Ele (o avô materno) foi arrumou o meu quarto para a gente ficar o tempo necessário para construirmos a nossa casa. Mas foi bom porque todo mundo aceitou. Minha família toda aceitou, minha avó...” (M4)*

*“Minha mãe comprava roupinha de bebê pra vê se eu me animava e foi aí que eu fui me animando”. (M5)*

*“Olha eu tava com um medo, mas ele (o avô materno) chegou lá e falou: é uma criança, vamos deixar vir, é isso aí né. E ficou tudo bem.” (M6)*

Levandowski et al. (2008) fazem uma revisão bibliográfica sobre gravidez e maternidade adolescente, com base em cinco temas, dentre eles “apoio familiar”. Os autores colocam que a família é geralmente a maior fonte de apoio de mães adolescentes, e mesmo que haja inicialmente o sentimento de tristeza pela notícia da gravidez, acabam por aceitá-la e participar dos cuidados à criança. O apoio familiar está diretamente relacionado com a qualidade dos cuidados dispensados à gestante. Em sua revisão, encontraram ainda que as jovens que tiveram apoio familiar e dos amigos, se referiam a um maior nível de satisfação com a decisão de assumir a gravidez.

Verificamos nas entrevistas que as mães, ainda estudantes em sua maioria (apenas uma delas já havia concluído o ensino médio), ficaram apreensivas quanto à reação dos colegas e professores. Em todos os casos existiu, mesmo que momentaneamente, a idéia de não retornarem à escola após a descoberta da gravidez.

Essa preocupação foi também superada, após a aceitação da notícia pelos amigos da escola.

*“Na escola, sim tinha um monte, muita menina grávida, mas na minha sala não tinha ninguém. Eu não queria ir para escola, falei que não queria, mas aí minha mãe ficou falando que era para eu ir e quando eu fui, meu primo que era da mesma sala que eu, já tinha falado pra minhas amigas e elas ficaram toda bobas, não se afastaram de mim, porque o meu medo era esse”. (M4)*

Uma das entrevistadas fala ter percebido uma reação negativa por parte dos professores.

*“Os professores ficaram meio invocados, não gostaram muito”.* (M1)

No que diz respeito à escola, vimos no quadro teórico que fazer parte de grupos de pares é fundamental para o desenvolvimento dos jovens, tendo um papel primordial nas suas vidas. Diante da preocupação quanto à reação dos colegas, algumas adolescentes preferem aguardar mais tempo até que seja revelada a gravidez (Pantoja, 2003).

Sobre a necessidade de internação de seus filhos em UTIN, apreendemos a partir das entrevistas que independentemente da idade materna, essa experiência foi difícil para todas. Não percebemos dentre os discursos das mães diferenças que possam ser relacionadas ao fator idade. O ambiente da UTIN foi descrito pelas entrevistadas como estressante, incômodo, gerador de insegurança.

*“Olha tem que ser forte e como! Acho até que dá para escrever um livro, estava até pensando. Você vê mãe chorando, mãe dormindo na cadeira. É engraçado, é difícil aquilo ali. Aqueles monitores ficam apitando, aquilo ali fica na sua cabeça, ai já apita você fica olhando... Ai meu Deus. Ah é tenso aquele ambiente, é muito tenso e é agitado. Aquilo ali é muito tenso. Eu não gosto daquilo ali.”* (M1)

Baldini e Krebs (2010) fazem referência a um estudo com pais de crianças menores de cinco anos que foram internadas em UTI onde sugere-se que os mesmos ainda persistem com sintomas de estresse relacionado à internação após seis meses de alta.

Compreendemos a partir do depoimento das mães que a vivência da internação dos filhos em UTIN é potencialmente traumática, mesmo quando há o conhecimento prévio da possibilidade do bebê necessitar de internação

como, por exemplo, nos casos de gestação múltipla. Exemplificamos a seguir com a fala de uma das mães, esse desencontro entre achar-se preparada e tentar se preparar para enfrentar a internação de um filho nessas unidades.

*“Eles diziam: “você sabe que tem que se preparar porque eles vão ficar na neonatal”. E eu dizia: “não, eu estou preparada” (risos). Eu ainda ficava assim, eu já sei... Sabe aquela coisa assim... Não precisa me dizer isso que eu já sei. Mas não dá pra se preparar”. (M2)*

Corroborando essa fala, Braga e Morsch (2006) pontuam que ao entrar na Unidade pela primeira vez, os pais vivenciam um misto de sensações, que abrangem perplexidade e medo, mesmo tendo sido previamente informados sobre a necessidade de internação do bebê após o nascimento e tendo feito uma visita prévia à Unidade.

#### **4.2.2 - Contar histórias para bebês em UTIN – significados atribuídos pelas mães.**

Verificamos a partir dos relatos das mães que a atenção dirigida a elas e aos bebês pelas voluntárias do PBV, é percebida como cuidado e forma de acolhimento. Compreendemos por suas falas que a ação desenvolvida pelo Projeto qualifica o atendimento oferecido e parece aumentar o nível de satisfação das mães quanto à assistência recebida durante o período de internação.

*“Eles estão sendo privilegiados. Há toda uma preocupação com o bebê, não só preocupação clínica (...). Eu pensei assim: nossa que luxo. Que legal. Eu estou aqui e vem alguém querer contar história pra mim, nossa, eu me senti assim super, me senti assistida mesmo. (M2)*

Morsch e Aragão (2006) colocam que a partir de 1990, através do Estatuto da Criança e do Adolescente, ficou garantida a possibilidade de pais acompanharem seus filhos durante a internação. Passados dez anos, seria a vez dos recém-nascidos virem a receber uma atenção diferenciada do Ministério da Saúde, como já visto, com a instituição do Programa de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru (Brasil, 2000). Em diferentes unidades hospitalares, a introdução de programas lúdicos e de recreação, e grupos de trabalho terapêutico para as mães, têm mostrado repercussões positivas na forma como a família percebe a hospitalização.

Com uma das questões dirigidas às mães, procuramos compreender qual o significado para elas, da proposta de leitura para bebês. A partir de suas falas, vimos que os sentidos atribuídos a proposta, variaram entre “oferta de carinho”, estímulo ao desenvolvimento do bebê, descentralização do adoecimento e alternativa de cuidado.

Quanto à oferta de carinho, percebemos que a afetividade sinalizada pelas entrevistadas como inerente a interação voluntária de leitura-bebê é um aspecto valorizado pelas mães. Para algumas, o principal componente da proposta é a manifestação de carinho como cuidado à saúde e oferta de conforto ao bebê.

*“Carinho. É carinho porque às vezes a mãe não pode estar ali do lado sempre. Ai às vezes conforta a criança, não sendo a mãe, mas sendo uma pessoa entendeu... Conforta, é bom. Eu gosto acho interessante.” (M6)*

Em relação ao desenvolvimento do bebê, a leitura foi vista como um fator de estímulo, tanto em termos de linguagem quanto aos aspectos cognitivos.

*“É porque assim ouvindo história a criança desenvolve acredito eu, que desenvolve mais a linguagem, para o desenvolvimento dela deve ser muito importante”.* (M2)

*“É importante a leitura para o desenvolvimento deles, cognitivo. Eu acho que para o cognitivo faz muito bem e criança já vai escutando, criando aquele hábito”.* (M1)

*“Isso é bem melhor pra ele, pro desenvolvimento dele, até mesmo porque ele foi uma criança que teve essa hemorragia na cabecinha, ele é uma criança que tem que ter muitos estímulos”.* (M3)

Apesar da variabilidade de estímulos estressores comumente dirigidos ao bebê em UTIN, Braga e Morsch (2006) falam sobre algumas outras formas de estimular ou manusear o bebê que podem facilitar sua organização, dentre elas o toque prolongado, a troca de olhar, contorno corporal dando-lhe a noção de limite espacial e a voz materna. Para Stern (1992) mesmo o bebê muito jovem apresenta bons níveis de estimulação, abaixo dos quais a estimulação será buscada e acima destes, ela será evitada.

Outro sentido é dado à promoção de leitura pelas mães. Algumas colocam que esta é uma forma de desviar a atenção dos bebês dos estímulos rotineiros em UTIN, descentralizando a doença. Uma das mães relaciona a atividade a uma expectativa de “normalidade”. Podemos pensar que pela leitura ser uma atividade característica à infância, e própria ao nosso repertório de experiências culturais, tal associação tenha sido feita.

*“O objetivo é as crianças não ficarem tão focadas, naquele foco de tomar remédio, ter que ficar ali internado entendeu?”* (M4)

*“Acho que elas contam pra distrair as crianças, pra fazer alguma coisa diferente, mostrar cor, bichinhos. A M. gosta muito.”* (M7)

*“Elas ficaram entretidas olhando. É bom que passa o tempo e elas não ficam ouvindo aquele barulhinho chato (...). Não só eu mas outras pessoas também estão querendo que ele seja uma criança normal.” (M3)*

Mitre e Gomes (2004) apontam que a atividade lúdica no hospital propicia o resgate de um contexto familiar à criança, aparecendo como marca identitária. Permite que a criança, e aqui acrescentaríamos as mães, encontrem no espaço hospitalar elementos familiares e situações que fazem parte de seu repertório pessoal.

Um último sentido atribuído diz respeito a alternativa de cuidado que a leitura para bebês propõe. Apreendemos através de seus relatos que as mães depositam nessa proposta a expectativa de que, em sua ausência, outras pessoas estabeleçam com seu filho uma interação que não esteja voltada aos cuidados clássicos administrados em unidades de terapia intensiva neonatal.

*“No momento que eu tô com ele só eu dou carinho pra ele, só eu converso com ele. Mas é bom saber que outras pessoas também estão chegando e conversando com ele.” (M3)*

*“Porque assim, tem muitas mães que não vem, e só assim elas ouvem histórias.” (M5)*

Goés (1999) constatou em um estudo que pais de bebês internados em UTIN apontam o “carinho”, e a “dedicação” percebidos no trato da equipe com o bebê como alguns dos itens que mais agradam aos pais durante a internação de seus filhos. Quando questionados sobre o que mais lhes agradou no período de internação do bebê, 61% deles responderam ter sido a atenção e o cuidado da equipe dispensado aos bebês e a eles próprios, ficando essa porcentagem bem acima da resposta “alta do bebê” que atingiu o percentual de 14%.



Voltando-nos à questão da humanização na assistência prestada ao bebê, Lamy (1997) coloca que esta se relaciona diretamente a como os pais percebem a internação de seus filhos. Assim, é de fundamental importância que a equipe de saúde esteja atenta aos fatores que podem contribuir negativa ou positivamente na formação do vínculo entre bebê, pais e equipe.

Como afirma Winnicott (1999, p.71):

“A sociedade precisa de técnicos para os cuidados médicos e de enfermagem, mas onde houver pessoas e não máquinas, o técnico precisará estudar a forma como as pessoas vivem e crescem ao longo de suas experiências”.

Ao longo das entrevistas identificamos que a experiência de internação do filho suscita ansiedades e alto nível de estresse para as mães. Segundo suas falas a atividade de leitura pode ser uma forma e/ou um momento delas próprias relaxarem um pouco, “descontraírem”, e voltarem sua atenção a outros aspectos para além do adoecimento e internação.

*“A voluntária contou poemas engraçados para a gente poder descontrair né?” (M2)*

*“Eu fiquei ali (na unidade) a minha pressão tava alta e eu queria ir embora e aí que ela aumentava e não abaixava (...) e nesse período que eu ouvi a história e na hora fiquei mais tranqüila.” (M5)*

Alguns autores falam sobre o papel da literatura e a importância da mesma na formação do sujeito. Petit (2006) reconhece na leitura uma função reparadora e destaca que ler instaura um espaço de intersubjetividade entre leitor e texto, criando oportunidade para o sujeito falar em nome próprio, desencadeando um processo de elaboração dos sentidos do texto. Para Barone (2004) a leitura de histórias tem a dupla função de transmissão de valores e sentidos de uma cultura, e terapêutica, na medida em que se

encontram no texto elementos ligados a seus conflitos, valores e desejo. Ambos os autores afirmam que a literatura humaniza e possibilita a elaboração de traumas vividos e a releitura da história pessoal.

#### **4.2.3 - A leitura de histórias contribuindo para a ressignificação da criança e da relação mãe-bebê**

A chegada de um bebê é um momento de grandes expectativas. No caso de nascimentos prematuros, ou de um bebê adoecido, é sentido um impacto pelos pais principalmente quando o desencontro entre o bebê real e o bebê imaginário é muito grande (Lebovici, 1987). Nesses cenários a vinculação materna pode encontrar algumas dificuldades.

*“Não imaginava delas nascerem tão pequenas do jeito que elas nasceram”. (M4)*

*“Ela não tem problema nenhum, ela tá bem, mas só come e dorme, come e dorme, não faz nada”. (M1)*

Mathelin (1999, p. 67) fala sobre a dificuldade de algumas mulheres em sentirem-se mães de bebês “que não dão sinal, que não mamam ao seio, que não olham, que não sendo em momento algum tranquilizante, não fabricam mãe”.

Alguns autores discorrem sobre a experiência de mães diante de nascimentos com complicações e colocam que é essencial não deixar os pais a sós com sentimentos de angústia, ambivalência e culpa. Além dos aspectos médicos, é preciso ajudar os pais o quanto antes a observar o seu bebê e a descobri-lo, perceber suas reações, marcando também o que vai bem no desenvolvimento do RN. Assim, a confiança e os projetos encontrariam lugar para reaparecer (Chaillou *et al.*, 1999).

Como vemos na fala a seguir, à medida que a mãe percebe a melhora clínica do bebê, assim como avalia que o mesmo já a reconhece, experimenta uma sensação de conforto, fortalecendo seu lugar de mãe.

*“Mas como fui vendo a recuperação, fiquei mais calma”. (M4)*

*“Ele fica muito bem também quando eu chego, ele já abre o olho e fica acordadinho, ele percebe quando eu chego perto dele.” (M3)*

Braga e Morsch (2006) colocam que a espera de um movimento do bebê que garanta a condição de pais a seus genitores caracteriza o período inicial de internação. Próximos à incubadora, a mãe aguarda que algum sinal do bebê mostre que ele a reconhece, e que com o passar do tempo, ela vai descobrindo competências do bebê a partir de pequenos comportamentos e expressões, que serão interpretados como indicadores de saúde e desenvolvimento. Segundo Szejer (1999) cabe à equipe incentivar e privilegiar a troca/interação entre mãe-bebê e a proximidade física da dupla, fortalecendo a formação de laços, para que seja possível tentar recuperar o sentido de “acontecimento feliz” ao nascimento.

As reações do bebê, seus movimentos, seu olhar, podem ajudar as mães a iniciar/ manter uma comunicação com o mesmo. Durante a leitura, elas observaram, como identificamos em suas falas, capacidades do bebê, como estar desperto e “prestar atenção”. Pode-se supor que essa observação talvez facilite/ estimule a vinculação entre ambos.

*“Eu vi e achei legal. É certo que ele ficou acordadinho”. (M3)*

*“Gostei muito por que eu vi a reação delas eu achei que foi muito bom estar aqui presente para ver como elas iam reagir (...). Elas estavam olhando, prestando atenção”. (M4)*

*“Ela fica rindo, dá para ver que ela percebe que estão contando história para ela.” (M1)*

As reações do bebê modulam a resposta da mãe, e a partir do reconhecimento de habilidades e possibilidades de comunicação do bebê, a vinculação entre ambos ocorre mais facilmente, sendo a formação do vínculo um processo recíproco (Brazelton, 1988).

As mães demonstraram-se satisfeitas pela participação dos filhos na atividade de leitura: comentam com familiares e falam com satisfação sobre as reações do bebê frente à contação de histórias. Isto nos leva a pensar na possibilidade de uma associação entre ouvir histórias e o que geralmente se espera/ deseja na ocasião do nascimento de um bebê saudável.

*“Eu falei: mãe você tem que ver elas prestaram muita atenção, você ia morrer de rir de ver elas olhando, parecia que elas estavam entendendo o que estava acontecendo”. (M4)*

*“Ela já ouviu histórias muitas vezes, nem precisa mais ver os livros, antes mesmo das voluntárias tirarem os livros da bolsa, ela já fica toda animada. Reconhece as voluntárias pelo jaleco. Levanta os bracinhos, sorri; todas as voluntárias já conhecem ela também”. (M7)*

Com relação ao conteúdo das histórias, identificamos a partir das entrevistas com as mães, a compreensão das mesmas de que a leitura dirigida aos bebês não é feita a partir da suposição de que ele possa discernir o significado do texto. Elas percebiam que a finalidade da proposta relaciona-se à interação com o bebê.

*“Eu olhei assim: eles entendem? Entendem (...). Dá para ver que ela percebe que estão contando história para ela. Eu achava que eles não entendiam, mas é bom porque dava para ver que ela gosta, ela ficava vendo as imagens, não só ela, mas todos”. (M1)*

*“E eu acho que o objetivo mesmo é de interação né?” (M2)*

Sobre o sentido das palavras ditas ao bebê e aos significados das mesmas, diz Mathelin (1999. p. 44):

“A questão de saber se a criança compreende ou não o sentido dessas palavras nos parece, com efeito, ser menos essencial. Cercamo-la, tocamos-la, falamos com ela e somos tocados por essa criança que se constituirá na troca, contanto que nela suponhamos “sujeito””.

Para Dolto (1992) desde o início da vida a criança está em “estado de palavra”. Não pode ela própria falar verbalmente, mas tem o entendimento das mesmas e está constantemente em busca de comunicação com o outro, o que lhe daria prova de sua participação no mundo.

Cogitamos que essa comunicação com o outro pode ser expressa e manifesta de maneiras diversas, através do olhar, do toque, da voz, e observamos durante as entrevistas, que o momento da leitura traz uma nova oportunidade de aproximação/ comunicação mãe-filho.

*“Olha eu acho bacanérriimo, eu fiz isso na barriga (contar história para o bebê) (...). Era difícil porque logo no início eles estavam dormindo muito, agora não, se ela for lá eu mesma os acordo. Se chegarem para mim “ah, você quer que conte história?” Com certeza, conte agora! Deixe um livro aqui comigo para eu contar” (M2)*

*“Eu prefiro segurar ele no colo que é muito melhor. Eu acho, porque ele deitadinho, ele acaba não vendo direito (o livro). No colo não. Eu quero olhar nos olhinhos dele.” (M6)*

Braga e Morsch (2006) afirmam que há muito a se fazer por pais e filhos em uma UTIN, no sentido de facilitar que pontes entre os aspectos físicos e psíquicos do bebê sejam construídos. As mães têm a capacidade de exercer um cuidado único e especial, diferente do oferecido pela equipe. Por meio do toque e da palavra, elas conseguem unir as experiências iniciais do bebê, facilitando sua integração.

## Capítulo 5

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal analisar, sob a ótica de enfermeiras e mães jovens quais os sentidos atribuídos à atividade de leitura de histórias infantis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e quais as possibilidades da leitura como facilitadora da relação mãe-bebê, tomando como modelo de intervenção o Projeto Biblioteca Viva.

A partir das entrevistas realizadas com as enfermeiras da Unidade e com mães de bebês internados na UTIN conhecemos similares e complementares percepções das mesmas quanto à leitura dirigidas aos pacientes da unidade.

No que diz respeito às mães, não verificamos nas entrevistas que tenha havido diferenças de percepção e reação relativas à idade destas - jovens, diante da proposta de leitura. As especificidades que poderiam ser relativas à idade materna, ficaram circunscritas à forma de lidar com a gestação diante da família e grupos de pares.

As percepções observadas dizem respeito: às reações dos bebês, das mães e da equipe frente à atividade de leitura e do efeito que essas respostas produzem em quem as assiste; mudanças percebidas no ambiente da neonatal com a entrada das voluntárias; percepções sobre a dinâmica e organização do Projeto; e ainda sobre as possibilidades de intervenção da atividade na relação mãe-bebê.

Observamos um discurso bastante recorrente das enfermeiras sobre o estranhamento e desconfiança sentida assim que a leitura começou a

acontecer na Unidade, passando dessa resistência inicial a uma aprovação da proposta em sentidos gerais. Apesar de ter causado surpresa assim que a proposta foi implantada na unidade, observar a reação das mães frente a seu filho ouvindo histórias, e a percepção de que para elas o momento da leitura é importante e prazeroso, também colaborou para a aceitação da atividade.

Diferente das enfermeiras entrevistadas, as mães deram menos ênfase à proposta de leitura para os bebês como algo inesperado, tendo sido assimilada por elas a percepção de que o objetivo da atividade de leitura está principalmente associado à interação com o bebê, e não propriamente com a apreensão do sentido do texto pelo RN. Isto pode ser explicado pelo fato de que durante a realização das entrevistas, seus bebês estavam internados. Tal contexto pode ter contribuído para que suas falas se concentrassem mais sobre as dificuldades vivenciadas com a internação e sobre as respostas e reações de seus filhos diante do estímulo proporcionado pela leitura.

Diante dessas perspectivas distintas entre mães e enfermeiras supomos que as primeiras tiveram a compreensão da atividade de leitura, facilitada pelo senso comum, já que contar histórias para crianças é algo familiar e compartilhado culturalmente. Para além disso, verificamos que a aproximação afetuosa com o bebê, e a questão do simbolismo das palavras dirigidas aos mesmos, são extremamente valorizadas pelas mães. No caso das enfermeiras, refletimos se elas se apropriam do conhecimento técnico de que a aquisição de linguagem formal virá em fases posteriores do desenvolvimento, e de que dependendo da qualidade do estímulo, este pode ser um estressor a mais para o bebê. Tais questões podem, a princípio, ter dificultado a apreensão da perspectiva de interação e valorização das relações, proposta pelo Projeto.

Para os dois grupos entrevistados o principal fator que contribuiu para a valorização e aceitação do trabalho executado pelas voluntárias foi a resposta dos bebês ao estímulo oferecido por meio da voz e dos livros. A observação das reações dos bebês com maior idade gestacional trouxe crédito à atividade desenvolvida, tanto para mães, como para as enfermeiras.

Apreendemos das entrevistas com as enfermeiras que existem dúvidas quanto ao aproveitamento da atividade de leitura, e quanto aos efeitos positivos e/ou negativos da mesma, quando dirigida a RNs considerados pelas entrevistadas como menos estáveis e com baixa idade gestacional. Sugerimos, portanto, a realização de estudos que se proponham a avaliar os possíveis resultados da leitura para esses bebês. Nas entrevistas com as mães, não houve questionamento referente a esse aspecto. Provavelmente pelo fato delas desconhecerem as reações clínicas que podem decorrer da exposição desses RNs ao estímulo ou ao excesso destes.

Entre as profissionais, não há consenso em considerar a equipe de voluntárias do PBV como parte do grupo multidisciplinar da Unidade ou como externa e paralela a esta. Podemos supor que, uma das razões para isso, estaria relacionada ao déficit na comunicação entre equipes, pontuado pela própria enfermagem. Acreditamos que uma remodelagem da metodologia de inserção do PBV na UTIN, que viabilize uma relação de maior proximidade entre as equipes, assim como uma melhor articulação das mesmas, trará ganhos aos envolvidos nesse cenário – mães, equipe de saúde e bebês. Quanto às mães, essa dupla percepção é inexistente. Elas consideraram o trabalho do PBV uma ação institucional.



As enfermeiras e mães apontam que a promoção de leitura desloca temporariamente o foco do adoecimento e da gravidade, lançando luz sobre a ludicidade, suavidade e importância dos afetos. Dessa maneira, evidencia para a mãe que seu bebê é investido de diversas maneiras pela equipe hospitalar, reforçando a relevância de ela estar presente, da necessidade de proporcionar ao filho outras aproximações que não a dos cuidados técnicos. As entrevistadas compartilharam a perspectiva de que a leitura é uma forma a mais de cuidado dispensada aos bebês e à própria mãe.

Considerar o bebê como um ser complexo que necessita de laços afetivos que garantirão seu pleno desenvolvimento, passa pelo caminho de compreender que a assistência vai além dos cuidados tradicionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, se estendendo a ações que possibilitem interação entre profissionais, famílias e pacientes com vistas a um cuidado mais efetivo e abrangente.

O trabalho do PBV é percebido como alternativa multidisciplinar de aproximação entre mãe-bebê, que pode trazer à tona capacidades e competências adquiridas pela criança ao longo de seu desenvolvimento. Acreditamos que a oferta de palavras ternas e de carinho que chegam às mães no momento da história contribua para aumentar o repertório de enunciados que ela mesma dirigirá ao filho, passado o período da leitura.

Defendemos que novas tecnologias de cuidado sejam desenvolvidas para sustentar a urgência de uma assistência mais humanizada. O presente estudo nos permitiu considerar a promoção de leitura em unidades intensivas como uma tecnologia leve, visto que diz respeito à produção de relações, de vínculos e acolhimento – condições fundamentais ao cuidado. Da mesma

forma, constatamos que a utilização da leitura de histórias infantis para bebês em UTINs pode ser um instrumento facilitador da manutenção e estabelecimento dos laços que sustentam a relação mãe-filho.

Considerando a importância do sucesso da relação mãe-bebê para o desenvolvimento psicoafetivo do RN, e para a saúde e bem-estar das mães, acreditamos, a partir dos resultados deste estudo, que seja relevante a expansão da promoção de leitura a outras Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.

## REFERÊNCIAS

Anzieu, D. O Eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

Baldini, S. M. (Org.); Krebs, V. L. J. (Org.) . Humanização em UTI Pediátrica e neonatal. Estratégias de intervenção junto aos pacientes, aos familiares e à equipe. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

Bardin, L. Análise de conteúdo. Edições 70, 1977.

Barone, L. M. C. Brincar e narrar: possibilidades de organização da experiência. Revista de Psicopedagogia, 21 (66): 239-244, 2004.

Battikha, E. C.; Faria, M. C.; Kopelman, B. I. As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 23, n. 1, mar., 2007.

Battikha, E., and M. C. Camarotti. "Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê especial em uma unidade de terapia intensiva neonatal." Atendimento ao bebê, uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Bowlby, J. Apego e perda: apego (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes, 1984.

Braga N.A e Morsch D.S. Os primeiros dias na UTI, In MEL Moreira, (orgs.). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

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

Caldin CF. A leitura como função terapêutica: Biblioterapia, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc. saúde coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

Caprara, A e Landim, L.P. *Etnografia: usos, potencialidades e limites na pesquisa em saúde*. Interface: Comunicação, saúde e educação, 2008.

Carvalho M. Prefácio. In: Moreira MEL; Braga N de A, Morsh DS.(Org.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 9-11 (Coleção Criança, Mulher e Saúde)

Chaillou, E; Ollivier, A. M.; Raynaud, D. Risco de deficiência no recém-nascido uma ação médico-psicossocial precoce. In.: *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Coleção de Calças Curtas. Bahia: Ágalma, 1999.

Deslandes, S; Souza, K.M.O. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2):471-480, 2010.

Dolto, Françoise. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

Dolto, Françoise. *Tudo é linguagem*. Martins Fontes, 1999.

Druon, C. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In, Wanderley, D. B. (Org) *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999.

Duarte, M.C.S. *Os significados do cuidado em unidade de terapia intensiva pediátrica*. Tese Mestrado – Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.

Eduardo, K.G.T.; Aquino O.S., Pinheiro A.K.B. Reações da adolescente frente à gravidez. *Escola de Enfermagem Revista Anna Nery*, 9 (2):214-220, 2005.

Ferreira, S.S. Porque falar ao bebê se ele não compreende. In.: Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Goés, C.D.A. Avaliação de questões relacionadas ao atendimento em equipe em uma unidade de cuidados intensivos neonatais sob a perspectiva dos pais após a alta. In.: Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade. Coleção de Calças Curtas. Ed. Ágalma, Bahia: 1999.

Gomes, R. A Análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In MINAYO, M. C. de S. (org.), Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1993.

Gomes, R.; Malaquias, J.V.; Minayo, M.C.S.; Silva, C.F.R.; Souza E.R. Organização, processamento e análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. in ass ssg, minayo mcs e souza era, organizadores. avaliação por triangulação de métodos abordagem de programas sociais. Editora fiocruz, p. 185-221, Rio de Janeiro: 2005.

IBGE. Censo 2010. Sinopse dos Resultados do Censo 2010.

Jerusalinsky A., (Orgs.) Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar. Artes e Ofícios Editora, Porto Alegre: 1999.

Junqueira et al. Os desafios da humanização em UTI neonatal cirúrgica. In.: Deslandes, Suely Ferreira. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas; Fiocruz, 2006.

Jerusalinsky, A. A psicanálise do autismo. Artes médicas, Porto Alegre: 1984.

Lamy Z. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal, pp. 141-156. In MEL Moreira, NA Braga & DS Morsch (orgs.). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Fiocruz, Rio de Janeiro: 2006.

Lamy, Z. Carvalho et al . Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. Ciênc. saúde coletiva, v. 10, n. 3, set, Rio de Janeiro: 2005.

Laznik, Marie-Christine. "Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança." *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*, 1999.

Lebovici, S. "O bebê, a mãe e o psicanalista." *O bebê, a mãe e o psicanalista*, 1987.

Levandowski, D. C., Piccinini, C. A.; Lopes, R. D. S. *Maternidade adolescente*. *Estudos de Psicologia*, 25(2), 251-263, Campinas: 2008.

Magalhães, R. *Gravidez recorrente na adolescência: o caso de uma maternidade pública*. *Adolescência & Saúde*; fevereiro, volume 4; nº 1, 2007.

Mathelin C. *Da pulsão de morte ao desejo de vida, ou as vicissitudes de uma terapia intensiva*, pp. 61-79. In: DB Wanderley (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Ed. Ágalma, Salvador: 1999.

Mattos, S.; Chagas, C. *Cardiologia perinatal: uma abordagem multidisciplinar*. In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. Casa do Psicólogo, São Paulo: 2001.

Menezes, I. H. C. F.; Domingues, M. H. M. S. *Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia*. *Revista de Nutrição*, 17 (2), 185-194, 2004.

Merhy, E.E. *O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais*. *Ciência e saúde coletiva*, 1999.

Mesquita, A. M. O. *O significado da gravidez na adolescência a partir da ótica dos profissionais de saúde*. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: 2008.

Minayo, M. C. S. *Apresentação*. In.: Deslandes, S.F. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 2006.

Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. Hucitec, São Paulo: 2010.

Maddaleno, M; Munist, M. M; Serrano, C. V; Silber, T. J; Suárez O. E. N; Yunes, J. La salud del adolescente y del joven / Health of adolescent and youth. Organización Panamericana de la Salud, Washington: 1995.

Mitre, R. M. A.; Deslandes, S. F. "O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos." Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Fiocruz 283-300, Rio de Janeiro: 2006.

MOREIRA, M.C.N. Uma cartografia dos dispositivos institucionais de humanização da atenção à saúde em ambientes hospitalares: um enfoque a partir do processo de trabalho e do associativismo em saúde. Relatório Técnico de Pesquisa apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Edital Universal MCT/CNPq 02/2006 Processo: 479487/2006-5), Rio de Janeiro: 2009.

Moreira, M.E.L., et al. "Conhecendo uma UTI neonatal; In: Moreira M.; Braga, N.de A; Morsh, D.S.(Org.). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Fiocruz (Coleção Criança, Mulher e Saúde), Rio de Janeiro: 2006.

Morsh, D.S.; Aragão, P.M. "A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização." Deslandes S.F., organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Fiocruz, Rio de Janeiro: 2006.

Morsch, D.S.; Braga, M.C.A. À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam, v. 10, n. 4, dez, São Paulo: 2007 .

Oliveira, M.; Lamego, D.; Almeida, M. A literatura como estímulo para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê na UTI Neonatal do Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ. Prêmio Viva leitura, Rio de Janeiro: 2010.

Oliveira, M.M.Q.; Moteiro, R. IFF instala leitura em UTI neonatal. Agência Fiocruz de notícias, 2005.

PANTOJA, A.L.N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad. De Saúde Pública, 19 (Sup.2):S335-S343, Rio de Janeiro: 2003.

Pereira, A.M.G.S. A biblioterapia em instituições de deficientes visuais: um estudo de caso. UFPB, João Pessoa: 1987.

Petit, M. A leitura em espaços de crise. Revista Brasileira de Psicanálise, 40 (3), 149-167, 2006.

Pinheiro, V.S. Repensando a maternidade na adolescência. Estud. Psicol., v. 5, n. 1, jun, Natal: 2000.

Pontes, A.; Moteiro, R. IFF instala leitura em UTI neonatal. Agência Fiocruz de notícias, 2005.

Ribeiro E.R.O.; Barbieri M.A.; Bettiol H.; Silva, A.A.M. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública, 2000.

Ratton, A.M.L. Biblioterapia. R. Esc. Bibliotecon, v.4,n.2, p.198-214, set. UFMG, Belo Horizonte: 1975.

Santa Roza, E.; Reis, E.S. "Um desafio às regras do jogo." Da análise na infância ao infantil na análise: 161-188, 1997.

SANTOS, S.R.; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Rev. Saúde Pública, vol.37, n.1 [citado 2013-03-01], pp. 15-23, 2003.

Souza, K. M. O. "O PROCESSO DE TRABALHO DA UTI NEONATAL EA PRODUÇÃO DE CUIDADOS HUMANIZADOS: LIMITES E POTENCIALIDADES." Dissertação de mestrado em saúde da criança e da mulher - IFF, Rio de Janeiro: 2006.

Stahlschmidt, A.P.M. Dos sons à palavra: um ensaio sobre a musicalidade da relação mãe-bebê. In: Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar. 1ª ed. Casa do Psicólogo, São Paulo: 2001.

Stern, D. "O mundo interpessoal do bebê.", 1992.

Szejer, M.A. Escuta psicanalítica de bebês em maternidade. Casa do Psicólogo, São Paulo: 1999.



Tamez, R.N. Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro, UTI neonatal. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro: 2009.

Viçosa, G.R. A interação mãe-bebê na maternidade precoce. in: Fichtner, N. Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência. Artes Médicas, P136-45, Porto Alegre: 1997.

Waldon, V.R. Cuidado Humano: o resgate necessário. Sagra Luzzatto, Porto Alegre: 1998.

Waldon, VR. Cogitando sobre o cuidado humano. Cogitare Enferm, v.3,n.2, p. 7-10, Curitiba: 1998.

Wanderley, D.B. (Org) Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade. Ed. Ágalma, Salvador: 1999.

Winnicott, D. W. O brincar e a realidade. Imago, Rio de Janeiro: 1975.

Winnicott, D.W. O ambiente e o processo de maturação. Artes Médicas, Porto Alegre: 1990.

Winnicott, D.W. Os bebês e suas mães. Martins Fontes, São Paulo: 1999.

Yazlle, M.E.H.D. Gravidez na adolescência. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, v. 28, n. 8, ago. Rio de Janeiro: 2006.

## APÊNDICES

### Apêndice A

#### Roteiro de Entrevista com Enfermeiros

Data da Entrevista: ..... / ..... / .....

Dados Gerais:

Nome:

Há quanto tempo trabalha na unidade?

Enfermeiro da rotina ou plantonista?

Roteiro de Entrevista:

- 1) Alguma vez já prestou atenção á leitura feita para os bebês ou parou para assisti-la? O que você acha desse projeto de leitura para bebês na unidade (UTI neonatal)?
- 2) O que achou assim que soube da proposta de leitura na UTIN?
- 3) Você acha que o momento/ projeto de leitura provoca alguma alteração no ambiente da Unidade?
- 4) Quando as mães estão presentes no momento da leitura, elas gostam de ouvir a história junto com seu bebê? Qual a reação delas geralmente?
- 5) É possível que essa atividade de leitura para bebês na UTI neonatal interfira na dupla mãe-bebê? De que forma?
- 6) Caso fosse mãe/ pai de um bebê que necessitasse de internação em UTI neonatal, gostaria que alguém viesse contar histórias para seu filho? Você gostaria de participar da atividade?

## Apêndice B

### Roteiro de Entrevista com Mães Adolescentes

Data da Entrevista: ..... / ..... / .....

Dados Gerais:

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Constituição familiar: Quantas pessoas moram com você e quem são elas?

Idade Gestacional ao nascimento:

Nome do filho (a):

Data do nascimento do filho:

Roteiro de entrevista:

- 1 Fale um pouco sobre sua gravidez, o que sentiu quando descobriu que estava grávida? Como você passou esse período?
- 2 Já sabia que havia a possibilidade de internação em UTIN após o nascimento? Como se sentiu sabendo que ele (a) precisaria ficar internado?
- 3 O que você pensa sobre a leitura de histórias que é feita para seu filho? Como ele se comporta quando tem alguém lendo pra ele?
- 4 Como é participar dessa atividade?
- 5 Em sua opinião, para que as voluntárias contam histórias para seu filho? Qual seria a intenção delas?

## PROJETO DE PESQUISA

**Título:** LEITURA DE HISTÓRIAS INFANTIS EM UTI NEONATAL: UMA ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA RELAÇÃO MÃE ADOLESCENTE-BEBÊ

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Olga Maria Bastos

**Versão:** 1

**Instituição:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ

**CAAE:** 03228512.7.0000.5269

## PARECER DO RELATOR

**Número do Parecer:** 33024

**Data da Relatoria:** 28/06/2012

### Apresentação do Projeto:

#### Introdução

O alto número de nascimentos de bebês que necessitam de internação em UTIN e os agravos decorrentes dos mesmos nos convocam a pensar em alternativas no campo dos cuidados. Grande importância é dada ao desenvolvimento/ manutenção da relação mãe-bebê como medida capaz de amenizar as dificuldades a serem enfrentadas por essa dupla bem como pelo núcleo familiar. A leitura de histórias infantis para bebês em unidades de terapia intensiva neonatal tem por objetivo aproximar mãe e bebê possibilitando para esse par um momento em que o foco principal não seja relativo ao adoecimento, mas ao que é comum a qualquer nascimento que são as de troca de olhares e de afeto, favorecendo dessa forma o fortalecimento do vínculo entre a dupla.

#### Justificativa

Na assistência ao recém-nascido, grandes avanços tecnológicos e de humanização das ações de cuidado são descritos na história recente. A leitura de histórias infantis para bebês em UTI neonatal pode vir a somar às propostas de atenção a essa clientela. Entretanto para que afirmações mais sólidas sejam feitas a esse respeito é preciso que tal atividade seja devidamente pesquisada.

#### Metodologia

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, será utilizado uma entrevista semi-estruturada e registro em diário de campo. A população do estudo será composta por mães adolescentes de bebês internados em UTIN, enfermeiras (os) atuantes na UTIN, bebês filhos de mães adolescentes internados na UTIN. Para analisar os dados levantados utilizaremos a análise de conteúdo, modalidade temática. A pesquisa será realizada na UTI neonatal do Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira.

### Objetivo da Pesquisa:

#### Objetivos

**Geral** - Investigar quais as possibilidades da leitura de histórias infantis, considerando a metodologia do PBVH, para recém-nascidos internados em UTI neonatal, como mediadora da relação mãe adolescente-bebê, segundo a perspectiva de mães-adolescentes e enfermeiros.

**Específicos** - Descrever a percepção das mães adolescentes sobre a leitura de histórias infantis para bebês e identificar os significados por elas atribuídos a essa proposta; investigar a perspectiva dos enfermeiros sobre a promoção da leitura para bebês em UTI neonatal;

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

#### Riscos

Pode haver o risco de que a mãe se emocione ao lembrar e mencionar fatos associados a esse momento de maior tensão que é o da internação do bebê. Para minimizar esse possível risco, as mães e mesmo os enfermeiros serão informados de que poderão interromper a entrevista a qualquer momento e se recusar a responder qualquer uma das perguntas. As entrevistas serão realizadas por uma psicóloga apta a oferecer o suporte necessário nos casos supracitados ou em outras eventualidades.

#### Benefícios

O estudo contribuirá para um melhor entendimento do papel da leitura como um facilitador da relação mãe-bebê no contexto de internações em UTIN. Os achados desta pesquisa virão a somar na literatura sobre UTIN, cuidados, humanização e saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa inovadora, com tema atual e pertinente. O projeto está desenhado de forma adequada e coerente, com objetivos plausíveis e referencial teórico de acordo com a questão a ser investigada. Certamente trará contribuições não apenas ao IFF, mas ao cenário da atenção à saúde da criança.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou 3 TCLEs - enfermeiros, mães entrevistadas e mães de bebês observados. Os TCLEs estão escritos em linguagem clara, mas necessitam de pequenos ajustes: 1) Em todos 3 sugere-se colocar o nome da pesquisadora a ser contactada em caso de dúvida, ao lado dos telefones disponibilizados; 2) No TCLE para os enfermeiros rever a redação do item 5 - está escrito que será mantido o "seu anonimato e de seu bebê", entretanto, por tratar-se dos profissionais, é apenas "será mantido seu anonimato"; 3) No TCLE para os enfermeiros rever a redação do item 7 - o que será interrompido neste caso não será a observação (como está escrito) e sim a participação na pesquisa; 4) Nos 3 TCLEs substituir no item 3 o termo "ficaram em posse da pesquisadora" por "ficarão em posse da pesquisadora" pois esta será uma ação futura, a guarda das fitas e transcrições.

**Recomendações:**

Projeto sem maiores problemas para sua execução, necessita apenas realizar as modificações sugeridas acima.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não existem pendências éticas

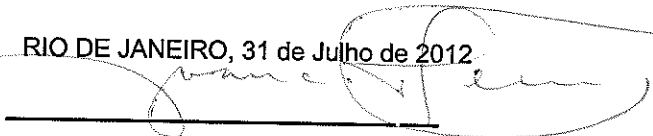
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A pesquisadora somente poderá iniciar as entrevistas após a liberação dos TCLE's pelo CEPIFF que deverão estar datados, carimbado e assinados pela coordenadora

RIO DE JANEIRO, 31 de Julho de 2012.

  
Assinado por:  
Juan Clinton Llerena Junior