

Intervenções psicológicas com famílias de bebês prematuros em Unidade de Terapia Intensiva neonatal

Psychological Interventions with families of premature babies in Neonatal Intensive Care Unit

Ana Paula Magosso CAVAGGIONI¹  0000-0003-4100-2603

Michelle Cristine TOMAZ¹  0000-0002-5719-9992

Miria BENINCASA¹  0000-0003-1034-6999

RESUMO

Apesar das taxas atuais de sobrevivência dos bebês prematuros excederem os 85%, estima-se que 50% a 70% dos recém-nascidos pré-termo ou com baixo peso desenvolvem disfunções cognitivas e comportamentais bem como atrasos no desenvolvimento socioemocional, motor e linguístico, que persistem até a vida adulta e impactam de forma significativa o vertiginoso aumento da incidência de transtornos psicopatológicos da infância na atualidade. A Organização Mundial da Saúde estima que 15% a 20% das crianças que frequentam consultas pediátricas de rotina apresentam um diagnóstico psicopatológico. É imprescindível o desenvolvimento de intervenções voltadas às necessidades psicossociais dos bebês pré-termo e seus pais, prevenindo interferências nas interações estabelecidas entre eles, fundamentais para a instauração do processo de constituição do sujeito e organizadoras do desenvolvimento das funções orgânicas

¹ Universidade Metodista de São Paulo, Escola de Ciências Médicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde. Av. Dom Jaime de Barros Câmara, 1000, Planalto, 09895-400, São Bernardo do Campo, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: APM CAVAGGIONI. E-mail: <anapaulamagosso@gmail.com>.

Como citar este artigo/How to cite this article

Cavaggioni APM, Tomaz MC, Benincasa M. Intervenções psicológicas com famílias de bebês prematuros em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Rev Ciênc Méd. 2017;26(3):93-106. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v26n3a3873>

e instrumentais do bebê. Este artigo apresenta uma revisão da literatura científica produzida entre 2010 e 2015, mediante consulta às bases de dados MedLine, Index Psi, LILACS, Ibecs, BDNF, acerca de intervenções, com famílias de neonatos prematuros, que incluam a participação do psicólogo e atuem na promoção e prevenção da saúde mental. Verificou-se um número extremamente reduzido de intervenções familiares dessa natureza, retratando o predomínio do reconhecimento da importância do desenvolvimento biológico e comportamental, em detrimento do desenvolvimento psíquico.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil. Nascimento prematuro. Neonatologia. Promoção da saúde. Psicologia.

ABSTRACT

Despite the current survival rates of premature babies exceed 85%, it is estimated that 50% to 70% of preterm or low-weight newborns develop cognitive and behavioral disorders, as well as delays in the social and emotional, motor and language development which persist until adulthood and impact significantly on the current increased incidence of psychopathological disorders of childhood. World Health Organization estimates that between 15% and 20% of the children attending pediatric routine examinations receives a psychopathological diagnosis. This article portrays a review of the essays about the interventions with the families of premature newborns, the inclusion of the psychologist within this context and the related effect on the newborn subjective development, enabling the mental health prevention and promotion. A bibliographic research was conducted in the databases MedLine, Psy Index, LILACS, Ibecs, BDNF, through Bireme's virtual library for the period between 2010 and 2015. It was found few psychological studies addressing the interventions between the parents and premature newborns, in the Neonatal Intensive Care Unit environment, in the sense of mental health promotion and prevention. The prevalence of the organicity in detriment of subjectivity, without any room to reflect on the development of the individual, is evident.

Keyword: Child Development. Premature birth. Neonatology. Health promotion. Psychology.

INTRODUÇÃO

Tem-se observado um aumento exponencial dos diagnósticos de psicopatologias da infância, dentre elas o autismo, o Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a depressão e as fobias, dentre outras [1,2]. Os bebês prematuros, nascidos antes da 37ª semana gestacional [3], especialmente quando se faz necessária a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, têm risco aumentado de apresentar entraves em seu desenvolvimento cognitivo e psíquico. Estes culminam nessas psicopatologias ao longo da vida, especialmente pelas dificuldades encontradas no estabelecimento dos vínculos iniciais primordiais entre o bebê e seus pais [4,5].

Segundo o Ministério da Saúde, de 2000 para 2010 notou-se um aumento da proporção de nascimentos pré-termo no Brasil, de 6,7% para 7,1%; porém, pela dificuldade de coleta de dados sobre a duração da gestação, acredita-se que esses números são subestimados. Em consultoria ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pesquisadores de 12 universidades brasileiras, liderados pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, desenvolveram um método para avaliar a frequência de nascimentos prematuros no Brasil, revelando que, em 2011, 11,8% das crianças nascidas foram prematuras, taxa significativamente elevada quando comparada a outros países similares [6]. No entanto, poucos estudos na área da Psicologia têm explorado

intervenções que podem ser realizadas com os pais e os bebês prematuros, em ambiente de UTI neonatal, no sentido da promoção e prevenção de saúde mental [7].

Este trabalho constitui uma revisão da literatura produzida ao longo dos últimos cinco anos, acerca das intervenções realizadas com famílias de bebês nascidos prematuramente, pesquisando ainda a inserção do psicólogo nesse contexto e seu impacto na constituição subjetiva do bebê, o que colocaria tais programas em posição de atuar na prevenção e promoção da saúde mental.

Sabe-se que muitas psicopatologias da infância têm seu início muito precocemente na relação pais-bebê e que, no caso de prematuros, o sucesso dessas primeiras relações pode ficar comprometido pela situação de emergência que acompanha o parto [8]. Trata-se de uma ocorrência que não apenas coloca em risco a vida do bebê e, algumas vezes, a da mãe, mas também ameaça seus vínculos afetivos, suas marcas subjetivas e sua demanda aos pais para que o adotem simbolicamente. Dessa forma, instaura-se um hiato entre o filho imaginário, sonhado durante a gestação, e o filho real que esses pais recebem [5]. Na urgência que envolve o nascimento prematuro, predomina a preocupação com a sobrevivência do bebê enquanto organismo, desconsiderando-se os fatores emocionais e psíquicos que interferem no estabelecimento da relação pais-bebê, o que pode comprometer o seu desenvolvimento tanto emocional e psíquico como também biológico e cognitivo. Dessa forma, deve-se ter em mente que o cuidado com o prematuro não é apenas de uma questão de vida ou morte, mas de ações de promoção de saúde mental e prevenção de psicopatologias da infância, sendo imprescindível o cuidado com os primeiros vínculos constituídos entre pais-bebê, fundamentais ao seu desenvolvimento psíquico [4].

As pesquisas realizadas com bebês desde o final da década de 70, bem como as pesquisas mais recentes, atualizam a visão da existência do bebê como um ser que é dotado, desde a vida intrauterina, de um aparato biológico que o torna capaz de interagir ativamente com o meio e com o outro [4].

Torna-se então impossível ignorar a necessidade de dirigir a atenção aos aspectos psíquicos, bem como a possibilidade de intervir em seu desenvolvimento quando este se encontra ameaçado, como no caso dos bebês nascidos prematuramente, através de meios simbólicos tanto com os pais quanto com o bebê. Sabe-se que as experiências originais vividas podem dar lugar a uma vida mental saudável ou a situações de sofrimento psíquico, segundo a qualidade das primeiras relações estabelecidas [9,10].

Tal fato já foi comprovado por inúmeros teóricos, dentre eles Bowlby [11], que postula a existência de uma organização psicológica interna situada no sistema nervoso central, responsável pela formação e manutenção dos laços emocionais íntimos entre indivíduos. Suas pesquisas demonstram que a propensão em estabelecer laços é considerada um componente básico da natureza humana, tal como a alimentação e o sexo. Tal propensão encontra-se presente no neonato em forma germinal, quando os primeiros laços persistem e são complementados por novos, estendendo-se pela vida até a velhice. O autor afirma que a vivência afetiva do bebê, desde os seus primeiros momentos de vida, influencia de forma determinante seu desenvolvimento ao longo de sua existência, estando na base do desenvolvimento da personalidade e da saúde mental. Ressalta a importância dos cuidados, especialmente o cuidado materno, e das vivências das primeiras experiências afetivas para saúde mental do ser humano. Segundo ele, muitas patologias podem ser atribuídas à privação ou descontinuidade desse contato afetivo e amoroso durante os primeiros anos de vida, sendo essa descontinuidade vivenciada pelo bebê prematuro de forma imediata quando se faz necessária a internação na UTI neonatal.

Também Spitz [12,13] demonstra em suas pesquisas aumento da taxa de mortalidade entre bebês expostos à privação emocional, situação muitas vezes vivenciada pelos prematuros. O autor afirma que, nessa população, observa-se ocorrência de atraso motor, progressiva e crescente predisposição à infecção, dificuldades em se vestir sozinho, problemas no controle esfinteriano, vocabulário pobre e alta porcentagem de marasmo e morte.

Já Winnicott [14] chama a atenção para as condições de quem presta os cuidados ao bebê. Demonstra que a base da saúde mental é estabelecida nos primórdios da infância, por meio dos cuidados dispensados ao bebê por uma mãe “suficientemente boa”, propondo que a psique só pode originar-se dentro de um determinado enquadre, no qual a mãe é capaz de, inicialmente, dedicar-se totalmente ao seu bebê. O autor considera o início da vida do bebê uma etapa especialmente delicada do desenvolvimento, de cujo sucesso depende o estabelecimento da saúde ou da psicose. O parto emergencial de um bebê prematuro é uma situação de *stress* que provoca nos pais sentimentos intensos de ansiedade, medo e angústia, podendo comprometer suas condições de oferecer ao bebê o ambiente de que ele necessita para se desenvolver. A necessidade de internação em UTI neonatal torna-se um agravante na medida em que é retirado dos pais o papel parental, em prol do necessário (mas não único nem exclusivo) saber médico [4].

A presença do pai também é fundamental desde o nascimento do bebê. A figura paterna contribui de maneira fundamental para o desenvolvimento psíquico da criança, responsável pela instalação da subjetividade (sobre a qual se apoiam os vínculos afetivos) e de desejo, os quais se constroem muito cedo e ditam a direção das relações do indivíduo no curso de sua existência. A contribuição paterna ocorre na medida em que sua presença e cuidado oferecem sustentação para que a mãe possa fazer-se “suficientemente boa” ao filho. Além disso, propicia, juntamente com ela, as bases do sentido de família, que tem no pai e na mãe suas principais características estruturais [15,16].

A partir do exposto, verifica-se que no desenvolvimento humano incidem os processos maturativos de ordem neurológica e genética e, na mesma medida, os processos de constituição psíquica, o que denota a impossibilidade de pensar um bebê dissociando mente-corpo-ambiente. As experiências vividas nos primórdios da vida humana impactam o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e psíquico do indivíduo, tornando-se imprescindível a

existência de um olhar interdisciplinar, que leve em conta os aspectos da formação psíquica, envolvida no trabalho de promoção de saúde e intervenção a tempo das psicopatologias da infância [17].

MÉTODOS

Neste artigo apresenta-se uma revisão da literatura acerca de ações voltadas a pais de bebês prematuros, com a participação de psicólogos, com o objetivo de promover condições para o desenvolvimento emocional e psíquico do bebê e atuar efetivamente na promoção e prevenção de saúde mental, à luz da teoria psicanalítica. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, de forma independente, por dois pesquisadores, mediante consulta às bases de dados MedLine, Index Psi, LILACS, Ibecs, BDEF, através da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME, com a utilização das seguintes palavras-chave em português: “prematuro” (aplicando filtro de descritor de assunto), “família” e “psicologia” (abrangendo título, resumo e assunto), considerando o período de 2010 a 2015.

RESULTADOS

Verificou-se a existência de um número reduzido de estudos sobre intervenções familiares em UTI neonatal. Foi encontrado um total de 71 artigos, sendo que quatro deles estavam em duplicidade, restando exatos 67 artigos para análise, distribuídos nas seguintes categorias: causas da prematuridade (1 artigo), alimentação (1 artigo), cuidados domiciliares com o bebê (3 artigos), necessidades dos pais (15 artigos), intervenção com bebê prematuro (3 artigos), decorrências da prematuridade (13 artigos), características de pais de prematuros (3 artigos), estudo de caso (6 artigos), instrumentos de avaliação (1 artigo), intervenção familiar (21 artigos). Dentre as categorias apresentadas, apenas os 21 artigos categorizados em “intervenção familiar” abordam o tema objeto desta pesquisa. Apesar dos artigos pertencentes à categoria “necessidades dos pais” aproximarem-se do tema, não abordam as

intervenções familiares necessárias para a prevenção e promoção de saúde dos bebês nascidos pré-termo, sendo assim excluídos desta análise. Os artigos categorizados como “estudo de caso” não abordam tampouco intervenções familiares. As demais categorias foram excluídas da análise por não se enquadrarem no tema desta pesquisa.

Dentre os 21 artigos encontrados que abordam intervenções com famílias de bebês prematuros, apenas três foram produzidos pela área da Psicologia (3, 10 e 20, conforme Quadro 1). A partir da análise desse material, foram identificados alguns modelos de intervenções com famílias de bebês nascidos prematuramente: focados na mãe, no pai, na dupla mãe-bebê e na família, como se descreve a seguir.

Intervenções focadas na mãe

Intervenção de alimentação padronizada ou previsível: Trata-se de um modelo de intervenção neuroprotetiva que objetiva melhorar o desenvolvimento cerebral de bebês prematuros em UTI neonatal, por meio de alimentação oral fornecida como resposta a uma necessidade natural do corpo, de maneira regular e congruente com a expectativa do sistema neurológico. Os resultados apontam benefícios no desenvolvimento neurocomportamental do bebê pré-termo. Seus efeitos em longo prazo consistem em conexões neurais melhoradas e reforço no desenvolvimento sináptico [18], facilitando o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê [26]. Porém, não existem protocolos amplamente aceitos para a iniciação da fase oral da alimentação, usualmente administrada por enfermeiras, realizada por tentativa e erro, sendo necessárias maiores investigações na área [18].

Intervenções focadas no pai

Sobre meu bebê prematuro – coisas que um pai deve saber: Trata-se de um programa voltado para pais de bebês prematuros, com o objetivo de apoiá-los e empoderá-los de sua função paterna, além de impactar a redução de *stress*. A intervenção

é realizada por meio de um folheto de 25 páginas contendo textos concisos, escritos em segunda pessoa, de forma a se alinhar com os sentimentos vivenciados pelos pais e prepará-los para ocuparem seu lugar em fase inicial de admissão em UTI neonatal. O uso do folheto promoveu maior habilidade nas funções paternas, maior percepção por parte dos pais em relação ao apoio oferecido pela equipe de enfermagem, impactando ainda a redução do *stress* paterno. O programa, porém, não apresenta dados longitudinais para verificação de resultados em longo prazo [34], nem apresenta dados sobre o desenvolvimento psicológico do bebê.

Intervenção focada na dupla mãe-bebê

Family Nurture Intervention (FNI): Trata-se de programa projetado para induzir conexão entre a mãe e o bebê pré-termo tão cedo quanto possível, envolvendo o apoio do marido e dos membros da família, a fim de alterar a trajetória do desenvolvimento do bebê pré-termo e reduzir a duração da estadia na UTI neonatal. A proposta consiste em intervir nas fases da internação, tanto enquanto o bebê permanece confinado na incubadora, quanto após alcançar estabilidade, sendo o “ciclo-calmante” e a educação parental as características centrais dessa intervenção. Apesar de utilizar técnicas pouco estudadas em bebês prematuros quanto à segurança, o programa mostrou-se viável e seguro, mesmo não reduzindo o tempo de internação. Pela alta carga de estudo exigida dos participantes do programa, muitas famílias recusaram-se a participar. Foi documentada melhora na atividade de eletroencefalograma (EEG) em comparação ao grupo controle [39].

H-HOPE (Hospital to home: optimizing the infant's environment): Integra uma intervenção remediadora com o bebê em estimulação Auditiva, Tátil, Visual e Vestibular (ATVV), com reeducação materna orientada por uma enfermeira treinada [31]. O ATVV é uma intervenção multissensorial que se mostra promissora, fornecendo estimulação cinestésica e sensorial modulada para bebês que nascem acima de 30 semanas gestacionais, promovendo maior

Quadro 1. Resultados quantitativos.

1 de 2

| | Título | Autor | Base de dados | Ano | Área |
|----|---|---|----------------|------|-----------------------|
| 1 | A model of neurodevelopmental risk and protection for preterm infants. | Pickler RH, McGrath JM, Reyna BA, McCain N, Lewis M, Cone S, <i>et al.</i> [18] | MedLine | 2010 | Medicina |
| 2 | A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. | O'Brien K, Bracht M, MacDonell K, McBride T, Robson K, <i>et al.</i> [19] | MedLine | 2013 | Medicina |
| 3 | Aplicaciones clinicas em el tratamiento on parental readiness for premature infants. | Tarragó-Riverola R, Mañosa-Mas M [20] | Ibecs | 2014 | Psicologia e Medicina |
| 4 | Communication with parentes concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology. | Janvier A, Barrington K, Farlow B [21] | MedLine | 2014 | Medicina |
| 5 | Digital scrapbooking as a standard of care in neonatal intensive care units: Initial experience. | Subhani MT, Ifrah I [22] | MedLine | 2012 | Medicina |
| 6 | Effect of an educational intervencion in parental readiness for prematures infant discharge from the neonatal intensive care units. | Chen Y, Zhang, J, Bai J [23] | MedLine | 2016 | Enfermagem |
| 7 | Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: A cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. | O'Brien K, Bracht M, Robson K, Ye XY, Mirea L, Cruz M, <i>et al.</i> [24] | MedLine | 2015 | Medicina |
| 8 | Family support and education. | Goldstein LA [25] | MedLine | 2013 | Fisioterapia |
| 9 | From tube to breast. | Pozzati F [26] | MedLine | 2010 | Enfermagem |
| 10 | Gestalt, grupoterapia e arte: a resignificação do bebê pré-termo em unidade neonatal. | Morais KCB, Silva TG, Medeiros WCM, Vieira CM [27] | Index Psicolog | 2013 | Psicologia |
| 11 | Infant neurobehavioral development. | Lester BM, Miller RJ, Hawes K, Salisbury A, Bigsby R, Sullivan MC, <i>et al.</i> [28] | MedLine | 2011 | Medicina |
| 12 | Innovative technology offers virtual visitation for families. | Thibeau S, Ricouard D, Gilcrease C [29] | MedLine | 2012 | Enfermagem |
| 13 | La théorie de l'attachement dans un contexte pédiatrique. | Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E [30] | MedLine | 2010 | Medicina |
| 14 | Mother-infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads. | White-Traut R, Norr KF, Fabiya C, Rankin KM, Li Z, Liu L [31] | MedLine | 2013 | Enfermagem |
| 15 | Neonatal family care for 24 hours per day: Effects on maternal confidence and breast-feeding. | Wataker H, Meberg A, Nestaas E [32] | MedLine | 2012 | Enfermagem |
| 16 | Randomized controlled trial of Family Nurture Intervention in the NICU: Assessments of length of stay, feasibility and safety. | Welch MG, Hofer MA, Stark RI, Andrews HF, Austin J, Glickstein SB, <i>et al.</i> [33] | MedLine | 2013 | Medicina |
| 17 | The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. | Lee TY, Wang MM, Lin KC, Kao CH [34] | MedLine | 2013 | Enfermagem |

Quadro 1. Resultados quantitativos.

2 de 2

| | Título | Autor | Base de dados | Ano | Área |
|----|--|---|---------------|------|---------------------|
| 18 | The role of single-patient neonatal intensive care unit rooms for preterm infants. | Ortenstrand A [35] | MedLine | 2014 | Medicina |
| 19 | The single-patient room in the NICU: Maternal and family effects. | Pineda RG, Stransky KE, Rogers C, Duncan MH, Smith GC, Neil J, <i>et al.</i> [36] | MedLine | 2012 | Terapia Ocupacional |
| 20 | Trabajo con padres de hijos prematuros en una unidad de neonatos. | Esteves MC [37] | Ibecs | 2012 | Psicologia |
| 21 | The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on length of stay and infant morbidity. | Ortenstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Akerström S, Brune T, <i>et al.</i> [38] | MedLine | 2010 | Enfermagem |

regulação fisiológica em curto prazo [18]. Dessa forma, o programa cria uma oportunidade para que mães e seus bebês pré-termo estabeleçam interações positivas; promove melhor organização e maturação do comportamento do recém-nascido; aumenta sua capacidade de manter o estado de quietude alerta, importante para a interação social; e facilita à mãe interpretar seus sinais comportamentais. O estudo apresenta algumas limitações, relacionadas à seleção da amostra, que impedem a generalização dos resultados. Também é necessário maior aprofundamento dos estudos para estabelecer o papel da intervenção na promoção de interações positivas e benefícios em longo prazo, além do desenvolvimento de medidas confiáveis da interação mãe-bebê e facilitação no contexto de aplicação [31].

Intervenções focadas na família

Family Centered Care (FCC): Nesse programa, os pais são encorajados a permanecer 24 horas por dia envolvidos ativamente nos cuidados do recém-nascido, e recebem informações e orientações diárias, preferencialmente por meio de uma enfermeira-referência, responsável pelos cuidados da família e da dupla mãe-bebê. Isso promove maior confiabilidade e segurança por parte dos pais ao cuidar do recém-nascido, além de reduzir o nível de *stress* parental [32,35]. Levando-se em conta a fragilidade dos pais, mostra-se importante a capacitação da equipe de UTI neonatal, tanto para estabelecer com eles uma

comunicação personalizada, quanto para ajudá-los a compreender os dados fornecidos e auxiliá-los nas tomadas de decisão acerca das intervenções necessárias com o bebê [33]. Resultados após três meses da alta hospitalar apontam para um aumento no índice de amamentação e na habilidade de interpretar os sinais do neonato nas mães que participaram do FCC, mas não verificam o processo de apego ou desenvolvimento emocional [32].

Single Parent Room (SPR): A proposta da utilização de quartos individuais para o bebê e seus pais, com abertura da UTI neonatal por 24 horas, em oposição às baias coletivas, busca alcançar melhorias referentes à saúde materna e observar possíveis mudanças nas práticas parentais em relação ao recém-nascido, uma vez que estes estariam protegidos do ambiente estressante da UTI neonatal [28,35]. Os resultados apontaram aumento na quantidade de horas de visitação ao bebê durante a internação, porém o índice de *stress* materno também se mostrou mais elevado. Sendo um estudo limitado, com baixa amostragem e sem controle adequado de variáveis, não é possível generalizar os resultados, necessitando de pesquisas mais amplas [36]. Outras pesquisas que verificam o impacto da abertura da UTI neonatal aos pais por 24 horas indicam redução de tempo de internação [38].

Family Integrated Care (FIC): A participação no FIC exige o compromisso dos pais em permanecer

no mínimo oito horas diárias na UTI neonatal, promovendo a maior parte dos cuidados do bebê de segunda a sexta-feira, por pelo menos três semanas ou até a alta hospitalar. A equipe que compõe esse programa é composta por farmacêutico, nutricionista e consultor em lactação [19,24]. Há evidências de que a presença do consultor em lactação induz a maior adesão à amamentação [26]. Os recém-nascidos cujos pais participaram do FIC apresentaram maior ganho de peso e maior índice de adesão à amamentação, observando-se também redução do *stress* materno no momento da alta. Além de mostrar-se viável e seguro, o FIC pode oferecer às famílias e seus bebês outros benefícios em longo prazo, sendo necessária a realização de pesquisas de maior porte para verificação [24,33].

Intervenções educacionais focadas na alta hospitalar

Trata-se de intervenções educacionais voltadas a preparar os pais em direção à alta dos bebês [23].

Em um dos estudos encontrados, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais educam os pais sobre os passos em direção à alta do bebê, fornecendo-lhes instruções passo a passo de forma individualizada e estimulando-os a se envolver mais ativamente nos cuidados com seu recém-nascido. O material de leitura recebido pelos pais é dividido em tópicos, e as atividades são sequenciadas cronologicamente, com base na idade da criança e suas competências. O programa oferece aos pais a oportunidade de acompanhar os avanços alcançados pelo filho e os encoraja a participar de seus progressos, desde as atividades de cuidados na UTI neonatal até completar um ano de vida [25].

Outro estudo relata intervenção realizada por enfermeiras, na qual os pais são submetidos a sessões educativas com duração de uma hora, com o objetivo de se tornarem mais aptos a cuidar de seus bebês após a alta hospitalar. Foi constatado que a educação de qualidade pode melhorar a prontidão parental após a alta hospitalar [23].

Arte terapia: É uma intervenção psicológica que, utilizando as artes plásticas e os princípios da

psicoterapia gestáltica, procura favorecer o processo de ressignificação do bebê a partir da identificação das dificuldades subjetivas na relação entre a família e o recém-nascido prematuro, bem como da compreensão do bebê enquanto sujeito psíquico e da emergência do potencial criativo da família na situação vivida. O trabalho realizou-se através de sessões de grupoterapia na UTI neonatal com bebês prematuros estáveis e seus familiares durante sete semanas. Os resultados foram alcançados após análise fenomenológica interpretativa dos dados, concluindo-se que a arte terapia facilita a relação dialógica e a criação de um espaço familiar para a ressignificação do bebê e seu reconhecimento enquanto sujeito psíquico, além de possibilitar a emergência de novas significações em torno do bebê nascido prematuro. Não é possível a verificação do benefício em longo prazo da intervenção [21].

Intervenção psicológica em UTI neonatal: A presença do psicólogo como membro da equipe da UTI neonatal tem como objetivo auxiliar na promoção de um espaço continente, físico e psíquico, dos pais de recém-nascidos prematuros, muitas vezes identificados com a fragilidade do bebê. Cuida da preservação da vida do bebê, de seu desejo de viver, e da capacidade amorosa dos pais. A intervenção realizada com os pais demonstrou que a elaboração de um projeto comum, realizado pela equipe da UTI neonatal com a participação do psicólogo, foi capaz de auxiliar os pais no manejo das fantasias frente à emergência do nascimento do prematuro, na retomada de suas funções parentais e na formação do vínculo inicial pais-bebê. Foi possível auxiliá-los no processo de introjeção do prematuro, bem como na efetivação de uma dupla identificação – com o bebê cuidado e com a equipe responsável pela prestação desses cuidados – seja respeitando a modalidade de aproximação desses pais, seja oferecendo-lhes suporte para o exercício da parentalidade [37].

Cuidados centrados no desenvolvimento e na família: Essa intervenção tem como objetivo principal auxiliar os pais no estabelecimento do vínculo e do sistema de interações com o bebê, promovendo o exercício da parentalidade já no ambiente de UTI

neonatal e contribuindo para o desenvolvimento psicológico do bebê. Foi utilizada a Escala de Massie e Campbell para a observação da qualidade do vínculo de apego. Foram realizadas entrevistas abertas com os pais, visando auxiliá-los em suas dúvidas, angústias e expectativas em relação ao bebê. Foram também realizadas observação do bebê e intervenções junto às díades pais-bebê, auxiliando os pais a compreender a importância do toque, da fala, da imitação e do contato visual com o bebê, bem como da busca de diálogos inconscientes e sintonia de sentimentos [20].

Exploração pele a pele (Método Canguru): Trata-se de uma estratégia na qual o neonato permanece em decúbito prono, na posição vertical, ligeiramente vestido, apoiado contra o peito do adulto [38]. O objetivo é aumentar o vínculo mãe-bebê e atenuar aspectos negativos da UTI neonatal, diminuindo, por exemplo, a resposta comportamental do recém-nascido a intervenções dolorosas. Além disso, busca facilitar o envolvimento da mãe em seus cuidados e propor algumas práticas que facilitem a amamentação [26,35]. Os resultados acerca da redução do tempo de internação em UTI neonatal não se mostram consistentes [39]. Durante essa intervenção, há a possibilidade de o psicólogo atuar junto aos pais, auxiliando-os a reconhecer o que lhes diz seu bebê e a reassumir sua função parental junto a ele [20,37]. Porém, apesar de requerer poucos recursos, essa intervenção exige treinamento da equipe que atua na UTI neonatal e aumento do número de profissionais disponíveis, além de demandar investimentos em equipamento para melhorar o ambiente, o que dificulta a sua implementação em longo prazo [18].

Programa de Avaliação e Cuidados ao Desenvolvimento Individualizados ao Recém-Nascido (NIDCAP): O NIDCAP promove o desenvolvimento da criança por meio de cuidados individualizados com o bebê e a família. As pistas comportamentais do recém-nascido e as respostas emitidas por ele são utilizadas como base para todos os cuidados [18,26,36]. Os estudos demonstram diminuição no número de dias de ventilação mecânica, de alimentação enteral e do tempo de internação, além

de facilitar o envolvimento da mãe nos cuidados com o neonato, propondo algumas práticas que facilitem a amamentação [18,26]. Porém, os resultados apresentados não se mostram muito consistentes [39].

Inovações tecnológicas: Inovações tecnológicas têm sido implementadas com objetivo de reduzir o *stress* parental e melhorar o vínculo pais-bebê e a relação com a equipe de enfermagem [22,29]. A entrega de *scrapbook* digital às famílias de bebês prematuros com fotos que registram desde o nascimento até o momento da alta da UTI neonatal, resultou no estabelecimento de vínculo mais positivo entre os pais e as enfermeiras que registravam momentos importantes, como o primeiro banho ou o primeiro toque dado ao recém-nascido [22]. Outra alternativa apresentada para uso da tecnologia é a visitação virtual, por meio da instalação de *webcams* na UTI neonatal, o que oferece aos pais a possibilidade de visitarem virtualmente o filho. Observa-se que a intervenção melhora o vínculo pais-bebês e reduz o *stress* dos pais [29].

Em geral, as intervenções precoces em bebês prematuros e suas famílias mostram-se eficazes na promoção do desenvolvimento cognitivo, independentemente do tipo de intervenção – porém elas não são integradas aos cuidados de rotina na UTI neonatal [28,35]. Apesar de eficazes, nenhuma dessas intervenções mostra-se capaz de abordar a complexidade do neurodesenvolvimento do bebê prematuro [18], e apenas três delas abordaram a preocupação com o seu desenvolvimento psíquico [20,21,37].

DISCUSSÃO

As pesquisas encontradas apontam para o fato de que, apesar das taxas atuais de sobrevivência dos bebês nascidos prematuramente excederem os 85%, a incidência de distúrbios neurocomportamentais nessa população, incluindo paralisia cerebral e alterações neurossensoriais, ocorre entre 5% e 15% dos sobreviventes. Estima-se que 50% a 70% dos bebês nascidos pré-termo ou com baixo peso desenvolvem disfunções cognitivas e comportamentais bem como

atrasos no desenvolvimento socioemocional, motor e linguístico [31,39]. Verifica-se que tais deficiências comprometem o sucesso escolar e persistem até a vida adulta, incluindo *deficit* de atenção e de funções executivas, depressão, distúrbios psicóticos e transtorno do espectro autista, por exemplo [18].

Porém, é importante um olhar para o bebê não apenas no que concerne a seu desenvolvimento enquanto organismo, mas também no que diz respeito a seu desenvolvimento subjetivo, sem desconsiderar as necessidades psicossociais dele e de seus pais [19,20,32,35,38]. Caso contrário, poderá haver interferência nas interações estabelecidas entre eles, as quais são fundamentais para o desenvolvimento psíquico do bebê, cuja ocorrência organiza o desenvolvimento de suas funções orgânicas e instrumentais ou funcionais [8,17]. Os recém-nascidos prematuros, especialmente abaixo de trinta semanas de idade gestacional, apresentam o pior prognóstico de desenvolvimento dentre todos os bebês.

Reconhece-se a importância de auxiliar os pais a se empoderarem de suas competências como medida para promover o equilíbrio psicobiológico do neonato [18], o que reforça a necessidade de se implementarem intervenções junto às famílias dos neonatos prematuros.

O nascimento prematuro é comumente um acontecimento emergencial e um fator estressor para os pais. Estes acabam vivenciando sentimentos como medo, angústia e ansiedade, que podem levá-los a condutas de isolamento e dificuldade em oferecer aconchego ao bebê, fazendo-o sentir-se relegado a segundo plano em seus cuidados [19-21,23,24,28,35,37,38]. Os pais encontram-se marcados por um impasse, sem saber como iniciar a relação com o recém-nascido prematuro. Tal situação pode se desenvolver como uma importante limitação ao exercício das funções materna e paterna, fundamentais para o desenvolvimento psíquico do bebê [27]. Além disso, há a imposição de uma submissão ao saber médico e da equipe técnica, sendo cedido a estes, de forma compulsória, o lugar privilegiado que lhes caberia como interlocutores do

bebê, o que contribui para o surgimento de entraves no desenvolvimento psíquico deste que acaba de nascer [20,40].

Além de serem separados do filho logo após o nascimento, não resta opção aos pais a não ser iniciar suas primeiras interações com ele no ambiente estressante e pouco familiar da UTI neonatal [25,29]. Ficam então expostos a diversos fatores que podem afetar sua habilidade e percepção da própria capacidade em aprender a cuidar de seu bebê em recuperação. Também pode abalar sua prontidão em assumir o papel parental, que pode permanecer alterado mesmo após a alta hospitalar [19,24]. Dentre esses fatores destacam-se as preocupações com as condições médicas do recém-nascido, o futuro dele e da família, bem como problemas e demandas profissionais e dificuldades financeiras – sendo o *stress* o fator identificado como uma das barreiras mais comuns para o exercício da parentalidade, o que faz dele um dos importantes preditores de dificuldades no desenvolvimento do bebê [31,36].

A manutenção de um ambiente favorável em torno do bebê é importante para dar sustentação ao desenvolvimento do potencial herdado, que é inato e está ligado à tendência em direção ao crescimento e desenvolvimento [15]. O cuidado materno, amparado pelo cuidado paterno, propicia o ambiente sustentador do desenvolvimento do recém-nascido desde os primórdios de sua vida, sendo imprescindível para seu desenvolvimento biopsicoafetivo e sua saúde mental [13,15,41]. A internação em UTI neonatal pode prejudicar a ação da “mãe suficientemente boa”, capaz de prover o cuidado materno satisfatório que auxiliará o desenvolvimento saudável do bebê através de identificações positivas com ele [42].

A atitude e o estado emocional da mãe conferem ao bebê experiências afetivas vitais, especialmente pela imaturidade dos aparelhos sensorio-perceptivos e de discriminação sensorial do recém-nascido [12,20]. Para que a mãe possa construir uma interação positiva com o bebê, é importante que emita respostas a partir dos sinais emitidos por ele, realizando pausas durante a interação e outras situações que promovam a

evolução socioemocional e cognitiva. Dessa forma, facilitará a compreensão do bebê sobre os sinais emitidos por ela, potencializando o engajamento e a responsividade mútuas. Esse tipo de interação positiva, facilitada por intervenções realizadas junto à família, ajuda a estabelecer competência social e apego seguro, o que é essencial para o posterior desenvolvimento social, linguístico e cognitivo [20, 21,32,34,37].

O pai, por sua vez, vivencia intensa angústia com a incerteza acerca da saúde do filho e, muitas vezes, também da esposa. Demonstra medo em vincular-se com o bebê devido a sua fragilidade, não sabe interpretar seus sinais nem tampouco reagir a eles [34]. Também costuma ser colocado de lado pela equipe da UTI neonatal, que tende a destinar a maior parte dos cuidados, informações e intervenções educativas à figura materna, podendo então facilmente distanciar-se da relação familiar. A falta de manejo apropriado do *stress* paterno pode afetar o desenvolvimento da relação pai-filho, de modo que intervenções no *stress* paterno são facilitadoras do vínculo [37].

Nas intervenções familiares estudadas, observa-se uma preocupação no desenvolvimento de intervenções que impactam positivamente a relação pais-bebê [20]. Porém, os resultados apontados na maioria dos estudos encontrados não objetivam verificar o impacto dessas intervenções no desenvolvimento comportamental e neurodesenvolvimental em longo prazo [18,19,24-26,31, 36,38,39], tampouco no desenvolvimento psíquico do neonato [20,21,37], apesar de se reconhecer que tais essas ações impactam esses aspectos [20,35,37]. São usualmente verificados resultados em relação a tempo de internação, ganho de peso, redução de *stress* parental, adequações no ambiente, maior envolvimento dos pais nos cuidados com o neonato, que afetam o desenvolvimento da subjetividade do bebê [24,34].

A dificuldade na compreensão dos sinais comunicativos emitidos pelo bebê na UTI neonatal é um fator significativo e prejudicial. Ao contrário dos recém-nascidos nascidos a termo – que oferecem

sinais comunicativos claros, importantes para o estabelecimento da sintonia entre a dupla mãe-bebê –, o prematuro não oferece esses sinais com tanta clareza. Sua imaturidade biológica prejudica a qualidade de emissão de seus sinais comportamentais e dificulta o estabelecimento das interações com a mãe [18,20,31]. O próprio estado de prematuridade dificulta que a mãe seja capaz de supor nele a existência de um sujeito, de uma demanda. Para que isso possa acontecer, é importante a presença do psicólogo nas intervenções familiares, para que estas não tratem apenas de aspectos orgânicos e neurodesenvolvimentais. O psicólogo pode se fazer de ponte entre o bebê e seus pais, através do circuito transferencial, devolvendo-lhes o saber sobre seu bebê e conferindo a este o lugar de sujeito [8,20,27]. Ressalta-se que foi constatada a presença do psicólogo em apenas três dos estudos encontrados [20,21,37].

Outro fator nocivo ao desenvolvimento psíquico do bebê prematuro, por interferir negativamente na continuidade e qualidade dos cuidados parentais [15], é a permanência por longos períodos na UTI neonatal, ambiente extremamente aflitivo, estressante e ansiógeno não apenas para os pais, mas também para os recém-nascidos, com seus longos períodos de luz, ruídos pouco naturais e perturbação constante para procedimentos e cuidados [18,20,28,29,34,35,37,38]. Tal ambiente interfere negativamente, prejudicando o desenvolvimento emocional do neonato. Observa-se que as intervenções familiares em UTI neonatal focam em promover melhor resultado para o desenvolvimento do bebê através do enriquecimento do ambiente, bem como em melhorar o envolvimento dos pais em seus cuidados, mas elas têm sido subutilizadas [39]. Intervenções familiares que propõem a implantação de ambientes mais confortáveis podem facilitar o envolvimento parental e o desenvolvimento do apego seguro, criando efeitos positivos em longo prazo na relação mães-bebê e na saúde materna, podendo gerar melhores resultados no desenvolvimento do prematuro [20,30,37].

A importância do meio ambiente e das funções materna e paterna no desenvolvimento do

bebê torna necessária a criação de estratégias e programas de prevenção concentrados em oferecer suporte para as famílias [18]. Fica clara a importância da criação de programas que incluam a participação do psicólogo, para que este atue na facilitação da aproximação dos pais com seus bebês desde o momento de seu nascimento, e que esse profissional seja mantido constante quando se faz necessário o encaminhamento à UTI neonatal [37]. Dessa forma, é dada à família a oportunidade de reordenar o lugar simbólico preestabelecido ao nascimento de uma criança saudável, possibilitando-lhe encontrar para o bebê prematuro um lugar de filiação e pertencimento, facilitando o estabelecimento do vínculo dos pais com seu bebê [20,30], que pode ser visto por eles além de sua fragilidade, patologia ou incapacidade [21,37].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revela a necessidade de atenção aos aspectos subjetivos envolvidos no parto prematuro. Evidencia, ainda, a prevalência da organicidade na atenção às famílias de bebês prematuros que necessitam de internação na UTI neonatal, em detrimento da subjetividade. O foco dessas intervenções baseia-se ainda em marcadores biológicos e comportamentais, desconsiderando, dessa forma, a relevância de aspectos psíquicos que incidem no desenvolvimento humano desde o nascimento.

É indiscutível a importância do desenvolvimento de intervenções que possam atuar na prevenção em saúde mental, cujo risco é aumentado no nascimento prematuro em adição às já existentes intervenções médicas. Apesar da preocupação presente entre os profissionais envolvidos nos cuidados do recém-nascido pré-termo no estabelecimento das primeiras relações pais-bebê, a reduzida presença do psicólogo no desenvolvimento e implementação das intervenções com famílias de bebês nascidos prematuramente retira da família a possibilidade de uma intervenção precoce na promoção do desenvolvimento psíquico do bebê. Não há dúvidas de que, quanto mais cedo é realizada a intervenção, melhores

são os resultados, pois não se perde a oportunidade de lidar com os sinais patológicos antes que eles se cristalizem, durante a fase de intensa plasticidade cerebral e início do desenvolvimento psíquico.

Faz-se necessária a realização de novos estudos que apresentem estratégias que auxiliem na redução da falha que se forma no vínculo entre o bebê e seus pais, e que os auxiliem a manter o investimento afetivo necessário ao desenvolvimento psíquico, destinando ao recém-nascido um local de filiação.

COLABORADORES

APM CAVAGGIONI foi responsável pela revisão bibliográfica e elaboração do texto. MC TOMAZ realizou a verificação da revisão e da categorização proposta. M BENINCASA foi orientadora e revisora do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Identified prevalence of autism spectrum disorder. Washington (DC): National Academies Press; 2010.
2. Lacet CC. A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
3. World Health Organization. About WHO. Geneva: WHO; 2011 [cited 2015 Sept 27]. Available from: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
4. Bernardino LMF. É possível uma clínica psicanalítica com bebês? In: Kupfer MCM, Teperman D. O que os bebês provocam nos psicanalistas. São Paulo: Editora Escuta; 2008. p.13-30.
5. Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
6. Victora C, Barros F, Alicia M, Silveira M. Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas [tese]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2013.
7. Silveira MF, Santos IS, Matijasevich A, Malta DC, Duarte, EC. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Cad Saúde Pública. 2009;25(6):1267-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600009>

8. Bernardino LMF. A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: Bernardino LMF. O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição. São Paulo: Editora Escuta; 2006. p.19-41.
9. Lerner R, Kupfer MCM. Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Editora Escuta; 2008.
10. Kupfer MCM. Autismo: uma estrutura decidida? Uma contribuição dos estudos sobre bebês para a clínica do autismo. In: Kupfer MCM, Teperman D. O que os bebês provocam nos psicanalistas. São Paulo: Editora Escuta; 2008. p.41-8.
11. Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
12. Spitz RA. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood. *Psychoanal Study Child*. 1945;1:53-74.
13. Spitz RA. The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. New York: International Universities Press; 1965.
14. Winnicott DW. Primitive emotional development. *Int J Psychoanal*. 1945;26(3-4):137-43.
15. Winnicott DW. Maturational processes and the facilitating environment. London: Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis; 1965.
16. Winnicott DW. Home is where we start from. In: Winnicott DW. Essays by a psychoanalyst. New York: W.W. Norton; 1986.
17. Jerusalinsky J. Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Álgama; 2002.
18. Pickler RH, McGrath JM, Reyna BA, McCain N, Lewis M, Cone S, *et al*. A model of neurodevelopmental risk and protection for preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2010;24(4):356-65. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e3181fb1e70>
19. O'Brien K, Bracht M, MacDonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, *et al*. A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(Suppl 1):S12. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S12>
20. Tarragó-Riverola R, Mañosa-Mas M. Aplicaciones clínicas en el tratamiento de niños prematuros. *Cuad Psiquiatr*. 2014;(57):35-41.
21. Morais KCB, Silva TG, Medeiros WCM, Vieira CM. Gestalt, grupoterapia e arte: a resignificação do bebê pré-termo em unidade neonatal. *Rev Abordagem Gestál*. 2013;19(1):21-30.
22. Subhani M, Ifrah I. Digital Scrapbooking as a standart of care in neonatal intensive care units: Initial experience. *J Neonatal Nurs*. 2012;31(3):162-8. <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.31.3.162>
23. Chen Y, Zhang J, Bai J. Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care units. *J Adv Nurs*. 2016;72(1):135-46. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12817>
24. O'Brien K, Bracht M, Robson K, Ye XY, Mirea L, Cruz M, *et al*. Evaluation of the family integrated care model of neonatal intensive care: A cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatr*. 2015;15:210. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0527-0>
25. Goldstein LA. Family support and education. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2013;33(1):139-61. <http://dx.doi.org/10.3109/01942638.2012.754393>
26. Pozzati F. From tube to breast. *Minerva Pediatr*. 2010;62(3):211-2.
27. Melo MS, Bernardino, LMF. A função do desejo dos pais e da escuta psicanalítica na ativação da plasticidade neuronal em um bebê com encefalopatia. In: Barbosa CF, Parlato-Oliveira E. Psicanálise e clinica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância. São Paulo: Instituto Langage; 2009. p.33-48.
28. Lester BM, Miller RJ, Hawes K, Salisbury A, Bigsby R, Sullivan MC, *et al*. Infant Neurobehavioral development. *Semin Perinatol*. 2011;35(1):8-19. <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.003>
29. Thibeau S, Ricouard D, Gilcrease C. Innovative technology offers virtual visitation for families. *J Contin Educ Nurs*. 2012;43(10):439-40. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20120925-94>
30. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. 2010 [cité 2015 oct 20]. Recupéré dans: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>
31. White-Traut R, Norr KF, Fabiyi C, Rankin KM, Li Z, Liu L. Mother-infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads. *Infant Behav Dev*. 2013;36(4):694-706. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.07.004>
32. Wataker H, Meberg A, Nestaas E. Neonatal family care for 24 hours per day: Effects on maternal confidence and breast-feeding. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012;26(4):336-42. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e31826d928b>
33. Janvier A, Barrington K, Farlow B. Communication with parents concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology. *Semin Perinatol*. 2014;38(1):38-46. <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2013.07.007>
34. Lee TY, Wang MM, Lin KC, Kao CH. The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive

- care unit. *J Adv Nurs*. 2013;69(5):1085-95. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06097>
35. Ortenstrand A. The Role of single patient neonatal intensive care unit rooms for preterm infants. *Acta Paediatr*. 2014;103(5):462-3. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.12566>
36. Pineda RG, Stransky KE, Rogers C, Duncan MH, Smith GC, Neil J, *et al.* The single-patient room in the NICU: Maternal and family effects. *J Perinatol*. 2012;32(7):545-51. <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2011.144>
37. Esteves MC. Trabajo con padres de hijos prematuros en una unidad de neonatos Working with parents of premature children in a neonatal unit. *Rev Psicopatol Salud Ment Niño Adolesc*. 2012;15:53-61.
38. Ortenstrand A, Westrup B, Brostrom EB, Sarman I, Akerstrom S, Brune T, *et al.* The Stockholm Neonatal Family Centered Care study: Effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*. 2010;125(2):e278-85. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-1511>
39. Welch MG, Hofer MA, Stark RI, Andrews HF, Austin J, Glickstein SB, *et al.* Randomized controlled trial of Family Nurture Intervention in the NICU: Assessments of length of stay, feasibility and safety. *BMC Pediatr*. 2013;13:148. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-13-148>
40. Bernardino LMF. *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
41. Bowlby J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
42. Winnicott DW. *Human nature*. London: Free Association; 1988.
- Recebido: março 9, 2017
Versão final: setembro 15, 2017
Aprovado: outubro 20, 2017