

TORNAR-SE MÃE: IMPLICAÇÕES DA MATERNIDADE NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE EM UMA UTI NEONATAL

Marcella de Araújo Fleuri Pinheiro¹

Antonio Leonardo Figueiredo Calou²

Rivalina Maria Macêdo Fernandes³

Abstract: This research aims to analyze the subjective aspects that involve the maternal experience before the hospitalization of a preterm, clarifying the paths taken in maternity to the present, considering the maternal feelings that manifest due to gestational idealizations, or impact with the baby. real and bereavement, and the loss of an imaginary baby, which may alter maternal perception, influences bereavement strategies due to maladaptive feelings. The search for understanding the duality of the imaginary and the real baby around the psychic functioning of the mother is necessary for the study in question. Given this, a qualitative bibliographic research would be proposed, considering the phenomena as presenting themselves

in their essence. The discussion takes place under the view of cognitive behavioral therapy, in the case of thinking about differentiation of mother and baby relationship in a natural circumstance and prematurity, considering the process of grief experienced, illustrating a new family use, such as the characteristics of the maternity hospital. , as well as visualize the neonatal intensive care unit (ICU) responsible for providing essential care for preterm care and the role of hospital psychology that hears expert and welcoming in the face of conflicts experienced by the family in the institution. Given the above, the concern, the interest and the relevance of the text can be interpreted as the support to a maternal resource provided directly and

¹ Bacharel em Psicologia e especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Centro Universitário INTA (UNINTA).

² Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Cientista Social com mestrado na área. Professor do curso de especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental do Centro Universitário INTA (UNINTA).

³ Mestre em Gestão de Organizações Aprendentes pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Psicóloga e professora do Centro Universitário INTA (UNINTA).

activated directly to the satisfactory development of the child, and as such, intercommunication with reduction of neonatal death rates.

Keywords: Maternity. Prematurity. Mother-baby bond. Neonatal ICU.

Introdução

A compreensão dos aspectos subjetivos que envolvem a maternidade no contexto da prematuridade é um campo que ainda deve ser explorado. A pesquisa evidencia a singularidade da mulher que assume o papel de mãe – entre tantos outros papéis sociais e culturais adquiridos ao longo do tempo – e vivencia a realidade de não ser capaz de prover um bebê saudável; não poder oferecer os cuidados primordiais ao mesmo devido à separação que sucede após o nascimento com a internação do pré-termo (recém-nascido com menos de 37 semanas gestacionais) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e estar distante do ambiente familiar. Diante de tantos conflitos emocionais, esta mulher tem a incumbência de fornecer um ambiente propiciador para o desenvolvimento do pré-termo através do acolhimento e interação contínua com

o mesmo.

Discute-se que nas últimas décadas, a tecnologia tem sido aliada a sobrevivência dos pré-termos na UTI neonatal, com isso, a taxa de óbitos neonatais vem sendo consideravelmente reduzida, porém, a tecnologia não pode avançar isolada, há a necessidade da participação materna de maneira contínua nos cuidados com o recém-nascido. Estudos apontam que o vínculo afetivo estabelecido durante a internação do pré-termo é essencial para que o mesmo possa alcançar um estado de saúde mental e orgânico satisfatório.

Como ressaltado, a mãe tem a tarefa de criar uma esfera de acolhimento à criança que está adoecida, no entanto, e por vezes, a mesma encontra-se fragilizada por dar-se conta de que não tem em suas mãos o bebê idealizado. Diante dessa situação/problema pergunta-se: Quais os sentimentos que permeiam esta vivência? O objetivo desta pesquisa – por meio da revisão bibliográfica – é compreender de que maneira se constitui a vivência da maternidade diante da hospitalização de um pré-termo em uma UTI neonatal. Para tal, é necessário considerar as representações sociais e culturais da maternidade, a percepção materna diante

da perda do objeto de desejo e as especificidades do processo de hospitalização de um prematuro em uma UTI neonatal.

Para tanto, buscamos estabelecer uma busca qualitativa que considera os significados dos fenômenos apresentados dando visibilidade ao contexto e considerando a natureza dos dados obtidos diante do cerne do fenômeno encontrado (Lakatos, 1992). O marco teórico mencionado na pesquisa apresenta-se fomentado através da revisão bibliográfica que contemplou artigos pesquisados na base de dados Scielo e Google acadêmico, e através de livros que são referências no assunto abordado. De acordo com Ludwig (2012), a pesquisa bibliográfica fornece um amplo acervo de informações, uma vez que permite a procura, análise e interpretação de conteúdos através de uma documentação efetiva que considera a temática discutida. Para isso, a mesma propõe que se realize busca em livros, periódicos, revistas, sites, dissertações, entre outras fontes.

Correia e Sousa (2010) afirmam que a pesquisa de cunho bibliográfico confere subsídios ao pesquisador, uma vez que atende à demanda objetivando a problemática explanada de forma a ceder

resultados. É necessário, portanto, um levantamento para a definição de quais textos evidenciam resultados favoráveis ao que está sendo estudado, se preciso e pertinente ao trabalho, como também, podem ser utilizados questionários e observação, dentre outras ferramentas metodológicas.

Neste artigo foram utilizadas revistas e livros, textos de autores como, Bowlby, Spitz, Judith S Beck entre outros. As palavras-chave utilizadas foram Maternidade, Prematuridade, Vínculo mãe-bebê, UTI neonatal, e foram assim mencionadas para estender o número de artigos que podem ser encontrados a partir da pesquisa das mesmas, que culminaram em um achado literário para a composição do trabalho. Os textos que foram considerados para compor a pesquisa delimitam-se aos últimos seis anos em que a temática se apresenta.

Após o levantamento dos dados serem constituídos, buscamos estabelecer alguns momentos de discussão, onde análises interpretativas e ligações teóricas foram feitas e articuladas.

No primeiro momento foi realizado um apanhado histórico sobre o papel da mulher frente a maternidade e a

representação social desta, contemplando os desdobramentos da função materna e como esta atravessou diferentes conjunturas sociais e adentrou em uma nova configuração que adota a multiplicidade de papéis, a necessidade de ser mãe e a ponderação em adiar esse evento significativo, para corresponder as novas expectativas sociais em torno de sua condição feminina.

Já no segundo, buscamos compreender a teoria postulada por Aron Beck e suas considerações acerca do modelo psicológico de funcionamento humano frente a perspectiva da relação materna com o bebê adoecido, e, como essa, poderia tornar-se saudável, ou de outro modo, adoecedora. Elucida-se como acontece o processo de luto e a instauração do mesmo de maneira patológica como vivência propiciadora de sentimentos de desamparo, ansiedade, tristeza, cognições negativas entre outros que se dão no acontecimento que não há a superação da perda do bebê ideal.

No terceiro, contribuimos falando sobre a percepção familiar diante do bebê adoecido e do processo de hospitalização que pode culminar em sentimentos de inutilidade, despreparo e medo, frente a iminência de morte que

assola a família como um todo. Ainda sobre a nova dinâmica com ausência de figuras importantes no convívio familiar e a adaptação a um ambiente considerado hostil, o papel secundário exercido pelo o pai em relação aos cuidados com prematuro e a sensação de abandono sentida pelo irmão que não participa dos primeiros momentos como novo membro da família. Dessa forma, apontamos que o apoio psicológico é indispensável, uma vez que fornece acolhimento ao sofrimento materno e apoia o processo de mudança de percepções negativas e disfuncionais da nova realidade, como também, proporciona a família estratégias para lidar com o luto.

Este texto está justamente interessado em aprimorar conhecimentos referentes aos processos de subjetivação que cercam a maternidade diante do nascimento de um prematuro, dando visibilidade à importância da implicação materna para o desenvolvimento do pré-termo e, conseqüentemente, diminuição da taxa de mortalidade infantil.

Sobre maternidade e sociedade

A maternidade está envolta de processos de representações sócio-

histórico-cultural que fazem alusão ao exercício maternal na contemporaneidade, dessa maneira, é necessário que se entenda todo o contexto que a figura feminina enquanto mãe perpassou perante a sociedade através do tempo e quais as transformações que acarretaram mudanças na função maternal exercida na atualidade (Gutierrez, Castro e Pontes, 2011).

Segundo Ariés (1981), o arranjo familiar na antiguidade era marcado pela primazia paternal. Nesta posição, o homem submetia a família a valores religiosos cristãos para que os mesmos pudessem ter a vivência arraigada da moral frente à sociedade. Além disso, não havia valor sentimental atribuído à criança que ocupava apenas uma posição social no seio familiar, enfrentando a severidade, punição do pai e o distanciamento da mãe. O papel materno era silencioso e resignado, e por muitas vezes a amamentação era restrita às amas de leite, culminando assim, no flagelo do abandono infantil.

Ariés (1981) diz que nos séculos XVII e XVIII, uma nova configuração adentrava às famílias. Estas passavam a enxergar a criança como parte fundamental e fonte de afeto,

geradora de diversão e prazer. Havia maior investimento na criança que agora era vista como um ser de produtividade para o estado, o que corroborou com o vínculo mãe e filho. Desde então, a mulher passou a dar significado aos laços afetivos estabelecidos com a criança que agora era idealizada por toda a família.

No passar das décadas, as mulheres antes vistas como domésticas, passivas, que dedicavam suas vidas a cuidar da casa, marido e filhos, aderem a uma nova realidade, ganham o mercado de trabalho e vivenciam a multiplicidade de papéis atuando como esposa, mãe e provedora do lar. Neste contexto, assim como a maternidade é valorada e almejada, está sendo também postergada (Carter e Mcgoldrick, 2008).

O nascimento de um filho, todavia, é uma experiência singular para a mulher, é uma fase de transição marcada por expectativas, fantasias e desejo que lhe asseguram uma nova identidade. Os primeiros meses são marcados pela ambivalência de sentimentos relacionados ao bebê e à presença da segregação de papéis. Ser mãe é ter que portar a incumbência e o medo de não dar continuidade à gestação ou de gerar uma criança que possa nascer adoecida, prematura; situações estas que

acabam desencadeando regressão e introversão, condutas que beiram a infância como o desejo de colo, mimos e proteção. Os meses posteriores da gestação são concretizados através do sentir, em que a mulher consegue perceber as mudanças corporais, onde há um novo ser em sua barriga e então começa a viver um misto de conflitos caracterizado por medo de possíveis consequências advindas do parto e do abandono do parceiro (Quayle, 2005).

Aspectos psicológicos da relação mãe-bebê no contexto da prematuridade e a terapia cognitivo comportamental

Em meados da década de 1960, o psiquiatra Aaron Beck propôs uma nova forma de considerar aspectos psicológicos do funcionamento humano através de um olhar voltado a psicoterapia, hoje denominada de Terapia Cognitivo-Comportamental. O mesmo expôs um modelo para tratar a depressão caracterizado por ser breve, estruturado e focado em mudanças funcionais cognitivas, comportamentais e na resolução de problemas. O tratamento proporcionado pela terapia cognitivo comportamental é concebido através do reconhecimento de crenças e

padrões específicos de comportamento que são evidenciados em um transtorno (Beck, 2013).

Segundo Beck (2013) todos os transtornos psicológicos funcionam devido a manutenção de pensamentos desadaptativos que induzem o estado de humor e pensamento do paciente. Ao explorar e constatar como acontece esse processo, o paciente consegue reestruturar pensamentos e crenças sob forma adaptativa.

Nesse sentido o terapeuta trabalha a conceituação de caso do paciente, investigando quais os pensamentos disfuncionais que são mantidos através de crenças intermediárias e nucleares; como estas crenças permitem que o paciente veja o mundo a si mesmo e o outro. E a partir disso, pode haver melhora duradoura e mudanças significativas diante do estado adoecido (Beck, 2013).

A TCC tem sido uma abordagem amplamente difundida e reconhecida devido a comprovação da sua eficácia através de estudos empíricos que comprovam sua validade, sendo adaptável para diversos grupos culturais com diferentes faixas etárias. Atualmente, é utilizada em diversos contextos, desde especializações em

saúde, programas de orientação vocacional até em sistemas prisionais (Beck, 2013).

A relação mãe-bebê tem sido um assunto abordado por vários autores que questionam e fundamentam esta díade. Este assunto tem fomentado a ideia de que a relação mãe-bebê pode ser propiciadora de um desenvolvimento infantil saudável, quando a mãe oferece o aporte emocional necessário para sustentação desse vínculo desde o primeiro contato com o bebê, permitindo que o mesmo contemple e organize-se psiquicamente para as novas experiências (Klaus, Kennell e Klaus, 2000).

Spitz (2004) define o termo díade como uma relação circular onde a mãe e o bebê estão em conexão com os desejos de ambos, desta maneira, vivem em uma constante atitude persuasiva frente ao outro. O autor afirma que eles vivem um amor egoísta quando o ambiente se torna secundário diante do poder do vínculo que os une. Nesta relação, o termo empatia é evidenciado quando a mãe é responsiva às necessidades do bebê e este por ter a capacidade de perceber o humor dela e ajustar-se aos seus desejos inconscientes.

A subjetividade só pode ser

alcançada pelo bebê quando o mesmo consegue sentir a presença do outro, neste sentido, a mãe oferece esse aporte nos cuidados que dedica ao bebê, sendo ainda uma figura desconhecida para o mesmo. A relação permite que a criança viva um cuidado humanizado (Avellar, 2011).

Bowlby (1985) fala sobre o conceito de “apego” para descrever a relação que estimula a criança ao contato afetivo com os pais e familiares, para sustentar a ela mesma uma posição de segurança que constitui um funcionamento psíquico saudável. Uma rede de apoio satisfatória fornecida pelos pais, pode alavancar o desenvolvimento infantil, encorajando a criança a enfrentar o sofrimento que a envolve e nutrindo um modelo de apego que prevalecerá na vida adulta da mesma.

Spitz (2004) afirma que o cuidado materno voltado ao bebê possibilita que se evidencie de maneira significativa a relação. Quando não há o investimento materno, o bebê é desprovido de afeto e torna-se carente, o que o conduz a um desenvolvimento infantil fragmentado, adoecido.

Com esta perspectiva, Klaus e Kennell (1992) ressaltam a ideia do bebê imaginário e real. O imaginário é o bebê

idealizado durante toda a gestação, enquanto que o real é aquele em que pode ser acariciado e segurado.

Stern (1997) considera que a prematuridade transcorre para a mãe de forma conflituosa, pois há o momento necessário a ser vivido, o momento da destituição da ideia do bebê imaginário para a receptividade do bebê real, em que a mãe adota novas representações a respeito deste, recompondo e significando a nova realidade. O autor denomina esse período de “constelação da maternidade”, porém, com a vinda antecipada da criança, é inconcebível a passagem por esta fase, causando confusão na nova ordem psíquica adotada pela mulher.

A prematuridade ocorre quando o bebê nasce antes da trigésima sétima semana de gestação. O parto acontece de forma precoce, e assim, a mãe e a criança correm riscos devido a doenças obtidas, como pré-eclâmpsia, doenças infecciosas, hipertensão, entre outras. Devido a estas complicações, o bebê e a mãe são separados, a mãe é lotada em uma enfermaria, enquanto o bebê segue para internamento na UTI neonatal, ou seja, só há proximidade de ambos quando sucede a visita da mãe ao pré-termo (Gomella, Cunningham, Eyal e

Zenk, 2006).

A equipe da UTI neonatal é incumbida a prestar cuidados ao recém-nascido, para isso, os mesmos averiguam quais os procedimentos que deverão ser adotados para cada caso, se há necessidade de ganho de peso para o pré-termo, controle da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial. Tudo através de sondas, catéteres e escalpes para acesso venoso e aplicação medicamentosa e alimentar. Em casos de gravidade, outras medidas para a reabilitação são tomadas, fazendo com que haja a percepção aguçada da fragilidade de vida do bebê, estendendo-se assim, o seu tempo de internação, o que limita a vida familiar e social da mãe devido à dedicação que deve ser voltada à criança e à rotina estabelecida no hospital (Marchetti e Moreira, 2015).

Ferrari e Donelli (2010) mencionam que quando o parto acontece de maneira imponderável não há uma noção para a mãe de cisão do outro e de que o mesmo é um novo ser dotado de peculiaridades distintas. Este momento torna-se então impactante por evidenciar a incapacidade da mãe de controle diante do filho. Os laços que os une são fragmentados e ela deve aceitar a ideia de morte que passa a envolver a

realidade da criança, sentindo-se incapaz de exercer sua função frente a um arranjo acordado desde a entrada do bebê na UTI neonatal.

Comumente há uma culpabilização materna referente ao bebê adoecido. A mãe sente que falhou por não ter concebido o bebê ideal que foi fantasiado, nesse sentido, ela pode assumir posições frente a tal demanda, especificamente três, que são: superproteção, visando tratar o bebê adoecido até além do que pode ser feito, com o intuito de findar o sentimento de culpa internalizado pela mesma; abandono, que acontece devido a criança estar sobre o cuidado do outro ou por haver dificuldade de estabelecer um vínculo afetivo; e por fim, uma continuidade da gestação do prematuro (Sales, 1992 apud Netto e Duarte, 2010).

A hesitação materna é o resultado do não reconhecimento do bebê do qual se esperava, agora enfermo, ele começa a ser visto desajuste a dinâmica familiar. Mudando a direção da vida almejada, torna-se estranho, sem pertencimento ao meio, gerando uma privação do bebê ideal (Levin, 2005).

O processo de luto e a terapia cognitivo comportamental

A resposta da perda é o luto que se instaura nesse período, reverberando suas diferentes facetas no funcionamento psíquico do ser, o que faz o mesmo sentir emoções e vivenciar comportamentos singulares. Pode-se significar o luto como a descontinuidade afetiva em uma relação, devido à ruptura com o objeto proporcionador de satisfação, podendo haver o luto normal, que é elaborado através de outra compensação afetiva e no trabalho focado na aceitação a partir do meio que se está inserido e o luto patológico, onde o indivíduo recusa a perda investindo afetivamente e demandando reciprocidade da pessoa que não poderá atender às suas necessidades, ocasionando sentimentos ambíguos de negação e esperança, fixando o sujeito em um vínculo abstrato (Freitas, 2000).

Bowlby (1985) distingue o luto através de quatro fases. Uma delas é a fase do choque, na qual o indivíduo pode apresentar-se inerte diante de conflitos internos e descargas emocionais, pode ter acessos de raiva e pânico, e nesta situação é imprescindível o acompanhamento e acolhimento dos demais. A fase seguinte é a de busca pela concretização do desejo através da ideia

do retorno da figura desaparecida. Nesse caso, acontece uma busca incessante do objeto que foi perdido concebendo o sentimento de frustração diante da sensação de perda e esperança de retorno do objeto. A terceira fase se caracteriza com vivências de desespero e desorganização frente à exposição da realidade. A última fase é a de reorganização que é atrelada à condescendência com a perda.

Encontramos na vivência do luto materno, a culpa, negação e a ambivalência. Dentre estes, podemos destacar a primeira, referida na crença de ter falhado no papel de "protetora" ou "geradora" (nascimento pré-termo) desse filho. A morte desmascara a onipotência, atando todo e qualquer movimento da mãe em torno da recuperação do filho, pois é inelutável (Baltazar, Gomes e Segal, 2014, p. 95).

Para Basso e Wainer (2011) e assim como mencionado anteriormente, na perspectiva da TCC a trajetória de vida de um indivíduo permite que o mesmo experiencie situações e obtenha cognições que permitem a construção de uma visão de si, do outro e do futuro. Com isso, é recorrente que aconteça distorções de pensamentos gerando sofrimento psíquico. Nesse contexto, Dattilio e Freeman (2004) afirmam que pode haver o desencadeamento de

crenças disfuncionais frente a uma situação de perda se configurando em um evento crítico para o indivíduo.

A percepção do indivíduo sobre a perda poderá influenciar diretamente na maneira com que as estratégias de enfrentamento serão adotadas pelo mesmo. A aprendizagem que foi subjetivada e os padrões de sentimentos e comportamentos serviram de preditores de respostas emocionais (Remor, 1999).

Dessa forma, o luto pode causar intenso estresse, quando não elaborado de forma desadaptativa, sentimentos de raiva, auto recriminação, ansiedade, tristeza, cognições negativas, isolamento social, sensação de despersonalização e desamparo entre outros (Parkes, 1998).

Contudo, e diante de tantas questões que a mãe vivencia no âmbito do nascimento de um bebê prematuro, é necessário que haja uma ressignificação voltada ao bebê adoecido, para que a mesma possa elaborar a noção de prematuridade que acomete ambos e estabelecer uma interação no tocar, olhar, ou seja, uma comunicação vinciativa (Klaus e Kennel, 2000).

Percepções familiares acerca da

prematividade

A família frente a uma estrutura limitante como da hospitalização de um dos seus membros se depara com o confronto de uma mudança repentina nos hábitos do cotidiano, isso gera uma esfera de insegurança e sensação de desconstrução de tudo o que a família alcançou, trazendo à tona sentimentos de medo, segregação e mudanças comportamentais, o que se intensifica com a falta de domínio e iminência de morte que cerca a nova realidade imposta (Oliveira e Sommerman, 2008).

Na prematividade há o afastamento de duas figuras do ambiente familiar, mãe e filho, o que reforça sentimentos negativos para os envolvidos. No entanto, pouco se ouve falar do papel da paternidade diante de um recém-nascido pré-termo. Normalmente, os pais estão em um processo de construção de uma nova forma de dinâmica, onde a mãe encontra-se à mercê do bebê no que confere o tempo e a dedicação, e o pai, exercendo papel secundário nesses cuidados direcionados à criança. A mãe detém toda a responsabilidade para si por não conseguir adaptar-se à nova configuração paterna, ocupando-se dos

cuidados e afetos ao prematuro e, dificultando assim, a interação pai e filho neste período. Isso repercute diretamente nos desajustes emocionais vivenciados pela mãe (Barros, Trindade, Meandro e Bonomo, 2003).

Segundo Morsch e Braga (2003), outro membro da família que é afetado é o irmão do pré-termo, pois este tem suas expectativas frustradas e ao mesmo tempo a figura da mãe lhe é roubada. Este irmão deve suportar a mudança brusca que acomete sua vida e muitas vezes a falta de apoio afetivo da mãe ou do pai que necessita trabalhar e se esquivar do ambiente familiar.

A família pode ser resiliente e adaptar-se à nova dinâmica, ou pode desajustar-se por não conseguir lidar com demandas psíquicas conflitantes. Por isso é essencial a figura do psicólogo hospitalar nestas circunstâncias (Oliveira e Sommerman, 2008).

O atendimento psicológico em um hospital maternidade e as contribuições da terapia cognitivo comportamental.

A introdução da psicologia no âmbito hospitalar vem com a proposta de

compreensão e tratamento no que se refere aos aspectos psicológicos do paciente em adoecimento. São destacados como aspectos psicológicos, todas as vivências que permeiam a vida do sujeito, como crenças, fantasias, concepção de vida e do adoecer. Estes aspectos envolvem a vida do paciente de tal forma que podem desencadear a doença ou ser o fator fortalecedor dela. No contexto hospitalar, a psicologia não se aplica somente ao adoecer, ela aparece como um instrumento facilitador nas relações estabelecidas na instituição, assim como na angústia que se torna presente na vida do paciente, familiares e na equipe de saúde. O psicólogo funciona como espectador do paciente, uma vez que não pode prever o curso da doença e coadjuvante, quando auxilia o mesmo a passar pela experiência do adoecimento (Simonetti, 2013).

No que concerne às vivências maternas na instituição hospitalar, a psicologia compreende o atendimento na obstetrícia com gestantes em todas as dimensões que permeiam esta experiência e até posteriormente do puerpério, quando há necessidade de internação de prematuros na UTI neonatal, no berçário e/ou no suporte em casos de perda, luto (Fortes, 2016).

O centro obstétrico disponibiliza atendimentos para gestantes de risco, que apresentam as mais variadas intercorrências, como de parto prematuro, doença hipertensiva da gravidez, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, aborto, óbito fetal, entre outras, para parturientes e puérperas. Na gestação de alto risco, a psicologia atua cedendo e facilitando espaços que possam proporcionar reajustamentos psicológicos com o intuito de readaptar a mulher a uma nova configuração no que se refere à gestação (Baptista e Furqim, 2010).

O parto representa uma nova etapa na vida emocional da mulher, que entra em uma fase conflituosa de um misto de sensações como fragilidade, medo de afastar-se do feto, da perda da vagina – que fantasiosamente a mulher sente que foi retirada junto com o recém-nascido, – da dor e morte. A mulher necessita de acolhimento, orientação a respeito da importância da sua participação ativa no processo, para que se sinta útil frente ao nascimento do filho e assim possa estabelecer vínculo com o mesmo. É importante que nos casos de intercorrência durante o parto, a equipe esteja prontificada para orientar a parturiente a respeito dos procedimentos

que serão realizados e apoiarem durante todo o desfecho do parto (Zimmermann *et al*, 2001).

O puerpério é um período que pode durar em torno de 40 dias. Logo após a expulsão da placenta, a mulher passa a vivenciar este estágio, envolvida de novas percepções. Essa é uma fase transformadora em que a mulher reconhece que não carrega um feto e sim um novo ser, real, um filho, no qual será dependente de sua atenção e cuidados. Isso faz com que a puérpera passe a nutrir fantasias e expectativas em torno da criança (Zimmermann *et al*, 2001).

No caso de nascimento de um bebê prematuro que necessita de cuidados intensivos em uma UTI neonatal, o papel materno, como dito anteriormente, se configura em estranhamento, medo, ansiedade e impotência. A mãe preocupa-se em como pode manter seu lugar diante do filho. O psicólogo desenvolve seu trabalho voltado ao apoio e auxílio aos pais e familiares que precisam entender o seu papel frente a esta nova etapa de vida e buscar clarificar a importância do estabelecimento de vínculo que devem propiciar para a criança (Morsch e Delamonica, 2015).

O atendimento psicológico no

125
hospital vem elucidar questões que trazem sofrimento ao paciente, devido a aspectos cognitivos, comportamentais e físicos que se apresentam disfuncionais, pode-se citar a TCC como efetiva e necessária nesse sentido (Dattilio e Freeman, 2004).

Mazutti e Kitayama (2008), consideram que há crenças limitantes e irrealistas, distorções cognitivas como a catastrofização na qual o paciente focaliza e supervaloriza situações de forma negativa, e, com isso, julga de maneira intensa e limitante a sua vivência frente ao adoecimento.

Nessa perspectiva, é importante a investigação de tais crenças de forma que o paciente consiga ressignificá-las. Para isso, a utilização de algumas técnicas pode servir de suporte ao paciente nesse período, como a criação de aliança terapêutica, o foco colaborativo do atendimento – que se mostra como potencializador frente a posição muitas vezes de passividade do paciente, – o estabelecimento de objetivos alcançáveis e realistas, avaliação das estratégias de enfrentamento adotadas e a busca pelo desenvolvimento de um relacionamento autêntico e empático (Beck, 2013; Dattilio e Freeman, 2004).

Segundo Lustosa (2010), é necessário que o profissional que vai utilizar esta técnica como sua abordagem de trabalho, seja capacitado para realizar uma participação ativa e dinâmica nesse processo. O autor destaca que há pacientes que não se encaixam nesse tipo de atendimento, assim como existem terapeutas que não estão preparados para exercer o devido papel que a psicoterapia breve exige.

Torna-se indispensável citar o acolhimento da psicologia diante do luto que passa a ser presente na vida de uma grande parcela de pais que vivenciaram uma perda gestacional ou perinatal. Esses pais ficam desorientados em relação à temporalidade, por pensarem que a morte deve acontecer de forma crescente, em que os pais devem morrer antes dos filhos e, dessa forma, buscam adaptar-se ao momento de maneira célere. Diante disso, acabam negando a realidade e constituindo, ou melhor, produzindo conflitos psicológicos. O psicólogo, como citado acima, além de acolher, deve apoiar o processo de elaboração dessa perda, assim como proporcionar estratégias de intervenção e orientação dos mesmos, para participarem de grupos de pais enlutados, a fim de fazer-se perceber e

identificar-se como mais um em mundo de tantas perdas (Iaconelli, 2007).

Considerações finais

Comumente a maternidade representa um privilégio conferido à mulher. Ela tem capacidade de prover um ser humano que pode ser respondente aos seus desejos e transformador da dinâmica familiar, trazendo consigo um amor inabalável e singular. Porém, a maternidade além de ter uma parcela de representatividade social, é um cenário cheio de ambivalência de sentimentos que se fortalecem devido as crenças disfuncionais adotadas pela mesma. Esta mulher que se torna mãe idealiza um bebê perfeito que a faça renascer e quando se depara com o bebê real, vive conflitos que podem levá-la a não estabelecer um vínculo com ele/ela, principalmente se este for adoecido, como a pesquisa explanou, prematuro.

Uma nova experiência se apresenta à maternidade, pois, em épocas anteriores, ao nascer adoecido, o bebê muitas vezes não sobrevivia por não haver tecnologia que assegurasse a sua saúde, porém com cenário atual, dispõem-se hoje de aparatos tecnológicos e profissionais especializados para a

sustentação da vida do bebê. Contudo, está sustentação não ocorre em vias de mão única, é necessário o apoio materno e familiar para o desenvolvimento da criança. Em muitos casos, a mãe não apresenta uma vivência hospitalar anterior e encontra-se desorientada com o processo de internação de um ser frágil, carregando consigo aparelhos que transmitem a ideia de empecilho para o estabelecimento de vínculo, que por muitas vezes, não se pode amamentar e dar colo ao bebê.

O luto, como citado, acontece pela perda do objeto de desejo da mãe, sendo necessário que a mesma faça ressignificação deste objeto para atender às necessidades do bebê, porém este processo de ressignificação pode acontecer lentamente, ou, se não houver auxílio, pode não ser elaborado. Nesse contexto a terapia cognitivo comportamental serve como importante ferramenta a atuação do psicólogo, uma vez que o profissional proporciona ao paciente formas adaptativas de enfrentar a realidade e lidar com o processo emocional, oferecendo vazão aos sentimentos disfuncionais e não perceptivos pelo mesmo, a presença do psicólogo também é necessária para fornecer subsídios para o bem-estar do

paciente na instituição, servindo como um elo a equipe de saúde.

Assim, a maternidade não pode ser vista como um período unicamente de satisfação para a mulher, tendo em vista tudo que a mesma vivencia, como a ambiguidade de emoções, o distanciamento do ambiente familiar e a tarefa de ser provedora de um bebê saudável e ser uma mãe suficientemente boa. É necessário considerar todo o contexto que envolve a mulher para o entendimento de sua subjetividade diante da maternidade, pois o acolhimento proferido à mãe, é indispensável para o seu bem-estar. Sabe-se que o vínculo mãe-bebê é primordial para a sobrevivência do bebê, e assim, conseqüentemente, para a diminuição dos óbitos neonatais. Mas para isso, deve-se considerar primeiro como a mulher está enxergando e elaborando a sua nova realidade e oferecer-lhe suporte adequado neste momento que é inadiável.

Referências

- Ariès, Phelippe (1981), História social da criança e da família. 2ed. Rio de Janeiro: LTC editora.
- Avellar, Luziane Zacché (2011), Jogando na análise de crianças. 2ed. São

- Paulo: Casa do Psicólogo.
- Baltazar, Danielle Vargas; Gomes, Rafaela Ferreira de Souza; Segal, Viviane Lajter (2014), “Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal”, Revista SBPH, Rio de Janeiro, 17(01), 88-98, jan-jul.
- Baptista, Adriana Said Daher; Furquim, P. M. (2010), “Enfermaria de Obstetrícia”. In: Baptista, Makilim Nunes; Dias, Rosana Righetto (Orgs), Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barros, Sibeles Maria Martins *et al* (2003), “Padecendo no paraíso: representações sociais da maternidade e paternidade para mães com filhos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTIN)”. In: Trabalhos Completos - III Jornada Internacional sobre Representações Sociais. Anais... Rio de Janeiro.
- Basso, Lissia Ana; Wainer, Ricardo (2011), “Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental”, Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Porto Alegre, set.
- Beck, Judith S. (2013), Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bowlby, John (1985), Apego, perda e separação. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, John (1989), Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artmed.
- Carter, Beth; McGoldrick, Mônica (2008), As mudanças no ciclo de vida da família: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed.
- Correia, Larissa Costa; Souza, Nadia Aparecida de. (2010), Pesquisa bibliográfica ou revisão de literatura: traçando limites e ampliando compreensões, Revista Anais do XIX EAIC –UNICENTRO, Guarapuava.
- Dattilio, Frank M.; Freeman, Arthur (2004), Estratégias cognitivas comportamentais de intervenção em situações de crise. Porto Alegre: Artmed.
- Ferrari, Andrea Gabriela; Donelli, Tagma Marina Schneider. (2010), “Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso”, Contextos Clínicos, Rio Grande do Sul, 3(02), 106-112, jul- dez.
- Fortes, Renata C. (2012), A escuta clínica na maternidade: o importante papel do psicólogo. Consultado em: <http://www.institutogerar.com.br/>.
- Freitas, Neli Klix (2000), Luto materno e

- psicoterapia breve. São Paulo: Summus.
- Gomella, Tricia Lacy *et al* (2006), Neonatologia: Manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal. 5 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Gutierrez, Denise Machado Duran; Castro, Ewerton Helder Bentes de; Pontes, Karine Dias da Silva (2011), “Vínculo mãe e filho: reflexões históricas e conceituais a luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações”, Revista do Nufen, ano 3, v. 1, n. 2, ago-dez, 2011.
- Iaconelli, Vera (2007), “Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês”, Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, 10(04), dez.
- Klaus, Marshall H.; Kennel, John H.; Klaus, Phyllis H. (2000), Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed.
- Klaus, Marshall H.; Kennel, John H. (1992), Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lakatos, Eva Maria; Marconi, Mariana de Andrade (1992), Metodologia do trabalho científico. 4.ed. São Paulo: Atlas.
- Levin, Esteban (2005), Clínica e Educação Com as Crianças do Outro Espelho. 1ed. Petrópolis: Editora Vozes.
- Ludwig, Antônio Carlos Will (2012), Fundamentos e prática de Metodologia Científica, 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lustosa, Maria Alice (2010), “A psicoterapia breve no hospital geral”, Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, 13(02), dez.
- Marchetti, Debora; Moreira, Marina Calesso (2015), “Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário?”, Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, 7(01), jun.
- Mazutti, Sandra Regina Gonzaga; Kitayama, Marcela Mayami Gomes (2008), “Psicologia hospitalar: um enfoque em terapia cognitiva”, Revista SBPH, Rio de Janeiro, 11(02), 111-124, dez.
- Morsch, Denise Streit; Braga, Nina de Almeida (2003), “Os irmãos do bebê”, In: Moreira, Maria Elizabeth Lopes; Braga, Nina de Almeida; Morsch, Denise Streit (Eds.), Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 97-106.
- Morsch, Denise Streit; Delamonica,

- Juliana (2015), “Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!", Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 10(03), jul./set.
- Netto, Marcos Vinicius Rezende F.; Duarte, Leandro Silva (2010), “Frankenstein na uti neonatal: o conflito entre o filho real e o filho imaginário”, Psicanálise & Barroco em revista, Rio de Janeiro, 8(01),175-188, jul.
- Oliveira, Edilene Barreto S. de. Sommermam, Renata Dias G. (2008), “A família hospitalizada”, In: Romano, Bellkiss Wilma (Org). Manual de psicologia clínica para hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Parkes, Colin Murray (1998), Luto: estudo sobre a perda na vida adulta. 3ed. São Paulo: Summus.
- Quayle, Julieta (2005), “Gestantes de alto risco: a atuação do psicólogo”, In: Ismael, Silvia Maria Cury (Org). A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Remor, Eduardo Augusto (1999), “Abordagem psicológica da Aids através do enfoque cognitivo comportamental”, Psicologia: Reflexão e Crítica, 12(01), 89-106.
- Simonetti, Alfredo (2013) Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. 7. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spitz, René Arpad (2004), O primeiro ano de vida. 3ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Stern, Daniel N. (1997), A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebês. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimmermann, Aina *et al* (2001), “Gestação, Parto e Puerpério”, In: Eizirik, Cláudio Laks; Bassols, Ana Margareth Siqueira (Orgs). O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed