



Experiências Transformadoras

Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: relato de experiência

Psychological support to mothers of premature infants in a neonatal intensive care unit: an experience report

Ana Cristina Magazoni Bragheto¹
Adriana Vilela Jacob²

¹Doutoranda, Universidade de São Paulo

² Doutora em Medicina, Universidade de São Paulo

RESUMO - O nascimento de um bebê prematuro é uma experiência extremamente dolorosa para os pais, já que às expectativas dos genitores e familiares não são correspondidas. Sentimentos de incompetência, frustração e culpa por não terem dado à luz ao filho sonhado são vividos intensamente pelos pais enquanto o bebê está internado em uma Unidade de Terapia Intensiva. Este trabalho foi desenvolvido por uma psicóloga, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital em Ribeirão Preto-SP, e teve como objetivo o atendimento das mães destes bebês durante o período de internação. Foram realizados atendimentos em grupo e individuais. O atendimento nesse contexto era de uma escuta ativa, oferecendo espaço para que elas falassem o que lhes angustiavam, especialmente sobre esses sentimentos de dor e desconforto em que viviam. Neste relato de experiência descrito, tanto nos atendimentos em grupo como nos individuais, os espaços de escuta eram recebidos pelas mães como uma condição de apoio e continência psicológica, favorecendo uma reorganização dessas mães frente à situação de dor. Vê-se a necessidade de estruturação de espaços para atendimento psicológico dentro das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, oferecendo acolhimento às mães de bebês prematuros.

Palavras Chaves: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Mães, Psicologia

ABSTRACT - The birth of a premature infant is an extremely painful experience for parents, since the expectations of parents and relatives are not met. Feelings of incompetence, frustration and guilt for not having given birth to her son dreamed intensely they are experienced by parents when the baby is hospitalized in an intensive care unit. This study was conducted by a psychologist in a Neonatal Intensive Care Unit of a hospital at Ribeirão Preto, and aimed to meet the mothers of these infants during hospitalization. It was performed in group and individual visits. The service in this context was an active listening, providing space for them to say what they troubled him, especially on those feelings of pain and discomfort that they lived. In this experience report described both in group treatments as in the individual spaces of listening was received by mothers as a condition of psychological support and continence, favoring a reorganization of these mothers face the pain situation. One sees the need to construct spaces of psychological care in the Neonatal Intensive Care Unit, providing care to mothers of premature babies.

Key words: Intensive Care Units Neonatal, Mothers, Psychology

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê é um acontecimento marcante. A fecundação é como inscrição, na ordem do biológico, do encontro de desejos conscientes e inconscientes do pai e da mãe. A fecundidade é isso: que a partir de dois desejos possa nascer um terceiro desejo de vida, que vem se encaixar no corpo de um filho. Do ponto de vista psicossocial, tal evento é considerado transformador, uma vez que possibilita o emergir de novas funções na mulher e/ou homem, favorecendo um novo contexto relacional¹.

As bases da saúde mental de qualquer indivíduo são moldadas durante a primeira infância, nas relações estabelecidas com o ambiente, representado pelo desempenho das funções materno

e paterno. O ambiente tem, portanto, uma influência decisiva na determinação do psiquismo precoce²

O mesmo autor considera que as condições ambientais adequadas correspondam a uma “maternagem suficientemente boa”³. Assim, nos primeiros meses da vida do bebê, a “mãe suficientemente boa” teria três funções, descritas por Winnicott através dos conceitos de *holding*

Autor correspondente

Ana Cristina Magazoni Bragheto

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,

Universidade de São Paulo

Av. dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto, SP - Brasil

Email: crisbragheto@yahoo.com.br

Artigo encaminhado 01/02/2011

Aceito para publicação em 30/04/2011

(sustentação), *handling* (manejo) e na *apresentação dos objetos*³⁻⁵.

Sinteticamente, o holding se caracteriza pela maneira como o bebê é sustentado no colo pela sua mãe e é, ao mesmo tempo, uma experiência física e uma vivência simbólica, que significa a firmeza com que é amado e desejado como filho. Já o *handling* é “a experiência de entrar em contato com as diversas partes do corpo através das mãos cuidadosas da mãe”⁵, facilitando a formação de uma parceria psicossomática⁶. É a maneira como o bebê é tratado, cuidado, manipulado. Na apresentação dos objetos, “a mãe começa a mostrar-se substituível e a propiciar ao seu bebê o encontro e a criação de novos objetos que serão mais adequados ao seu atual estado de desenvolvimento”⁵. Esta fase do desenvolvimento, também chamada de realização (por tornar real o impulso criativo da criança), inclui não só o início das relações interpessoais, mas também a introdução de todo o mundo da realidade compartilhada para o bebê⁶.

Para o bebê, estas são condições decorrentes dos recursos de seus cuidadores, que propiciam os principais elementos necessários para a construção de sua sustentação emocional, favorecendo assim seu desenvolvimento.

Para os pais, o nascimento de um bebê já é em si uma ruptura com o bebê imaginário, e no caso do bebê prematuro, o cenário que se apresenta inicialmente não corresponde, em absoluto, às expectativas dos genitores e familiares, e pode despertar nas mães sentimentos de incompetência, frustração e culpa por não terem dado à luz ao filho sonhado. Nesta gravidez interrompida, o recém-nascido não corresponde às expectativas geradas ao longo da gestação. O desafio imposto aos pais é ainda maior, pois além do luto pelo bebê imaginário, existe o luto pelo bebê real, que corre risco de vida ou está com a morte anunciada⁸. Os traços familiares que as mães buscam no bebê recém-nascido, dificilmente são identificados no bebê pequeno e frágil⁹.

As crianças prematuras se diferenciam das “normais” pela idade gestacional: bebês nascidos com menos de 37 semanas de gestação são classificados como pré-termo. Bebês nascidos entre 37 semanas a 41 são classificados como a termo e com 42 semanas ou mais, pós-termo. Quanto maior a idade gestacional do recém-nascido prematuro, menor o risco de morte e de complicações em seu estado de saúde⁷.

As transformações, decorrentes deste nascimento, na vida dos pais e da família são ainda mais complexas, uma vez que é necessário que o bebê fique no hospital por tempo indeterminado.

Neste contexto, em que há a prematuridade, aspectos relativos ao ambiente e ao desempenho das funções materno e paterno são alterados por conta da fragilidade do bebê e da conseqüente necessidade de hospitalização.

Considerando o ambiente hospitalar como um campo relativamente novo de atuação do psicólogo, principalmente dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o psicólogo neste contexto deve estar atento às necessidades emocionais que as mães relatam e estão vivendo neste momento de vida tão peculiar e doloroso¹⁰.

Pensando nas condições de cuidado, acolhimento e maternagem que as mães teriam para oferecer a seus filhos desde o início da vida, as mães de bebês prematuros, muitas vezes fragilizadas e vivendo sentimentos de frustração e culpa, dentre outros, sentem-se incapazes de desenvolver estas funções.

Ansiedade, desamparo, angústias e depressão são emoções vividas durante todo tempo de internação com os bebês. Nota-se uma imensa dificuldade do nascimento da mãe devota comum, dentro deste contexto artificial, no qual implica identificar-se empaticamente com este bebê, compreendendo-o e suprindo, na medida do possível, suas reais necessidades⁶.

Neste ambiente, os laços afetivos entre pais e filhos correm o risco de se tornarem superficiais em razão do longo período de internação, das rotinas impostas pela instituição e condições clínicas da mãe e da própria criança. Na tentativa de humanizar a situação de internação e diminuir os efeitos traumáticos, o modelo de relação entre os profissionais e as famílias começou a ser repensado, cabendo assim um espaço de escuta psicológica a essas famílias¹¹.

Em revisão de literatura dos artigos publicados nos últimos dez anos, a respeito do atendimento de familiares de bebês internados em UTI, encontraram-se poucos trabalhos que abarcassem a temática. Estudos mostram a importância do apoio das redes sociais no nascimento em contexto de prematuridade, mostrando a vulnerabilidade do bebê em seu desenvolvimento físico e afetivo, bem como a crise emocional que os pais atravessam durante este evento^{8-12,14-17}.

O atendimento psicológico nesse contexto torna-se fundamental para que essas possam falar sobre esses sentimentos, dando novos significados ao momento em que estão vivendo, lembrando sempre da subjetividade da relação de cada mãe e bebê. Falar sobre sentimentos tão angustiantes é dar a possibilidade de nomear essa experiência tão singular,

colocando em palavras o silêncio enlouquecedor. A palavra rearticula, deslizando do traumático ao representável¹².

1.2 O contexto do atendimento

O trabalho psicológico a ser relatado, foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital em Ribeirão Preto-SP, no período de julho de 2008 a julho de 2010, e teve como objetivo o atendimento das mães destes bebês durante o período de internação.

A UTI é formada por oito leitos neonatais e recebem bebês prematuros de risco, casos de má formação fetal, síndromes genéticas, problemas cardíacos, respiratórios e de parto, da cidade e da região. Possui monitoramento com aparelhos de alta tecnologia e conta com acompanhamento de uma equipe multiprofissional especializada. As mães têm livre acesso à UTI neonatal e podem passar o tempo que desejarem perto de seus bebês, sem restrições estipuladas pelo hospital. Os pais, embora também tenham o acesso livre à UTI, não permaneciam no hospital durante o dia ou por longos períodos, pois além da necessidade de trabalhar, as demandas dos bebês relacionadas à alimentação e apego (desenvolvimento do método canguru), neste momento são ligadas mais diretamente à mãe. Portanto, o acolhimento foi oferecido a elas.

Tendo em vista os elementos discutidos até aqui, foi proposto um trabalho em duas frentes: atendimento em grupo e atendimento individual.

1.3 atendimentos às mães em grupo

O atendimento em grupo tinha como proposta o encontro das mães dos bebês internados na UTI neonatal e ocorriam uma vez por semana, com duração de 1 hora e 30 minutos cada, em uma sala reservada às mães. A psicóloga chegava à UTI e as convidava para participação do grupo e as mães que tinham interesse se dirigiam a sala. O grupo iniciava-se com a fala espontânea de uma das mães, que na maioria das vezes, impulsionada por um alto grau de ansiedade, compartilhava com os demais participantes questões sobre as dificuldades que estava vivendo na sua relação com seu bebê ou angústias e temores relacionados à frágil condição dele, como medo da morte, dificuldades de amamentação, medo de infecção hospitalar, a espera pela alta hospitalar, dentre outras coisas. A psicóloga, enquanto facilitadora, captava a fala da mãe e abria espaço de participação para os demais integrantes do grupo, questionando como cada uma sentia-se frente ao que foi colocado. A identificação das mães com as angústias verbalizadas acontecia prontamente e a

partir daí o grupo abria-se para uma troca de experiências e vivências. As conversas versavam sobre os temores específicos daquele grupo, naquele dia. O que era levantado por elas, era identificado pela psicóloga e levado novamente para o grupo, facilitando assim a percepção e compartilhamento entre as mães sobre os mais profundos e dolorosos sentimentos que estavam sendo vivenciados naquele momento. Nos minutos finais, a psicóloga recapitulava o que havia sido vivido naquele encontro, fazendo o fechamento do mesmo.

O grupo era aberto, livre e como técnica incentivadora, trabalhava-se com o enfoque de um grupo de auto-ajuda. Esses grupos são compostos por pessoas com a mesma categoria de necessidades, neste caso mães de bebês que estão internados na UTI. Um grupo de auto-ajuda funciona de forma autônoma, mas com o incentivo de um técnico interessado. Aqui objetivando disponibilizar suporte para as mães.

Os mecanismos de ação terapêutica desta modalidade de grupo decorrem de diversos fatores: há um melhor entendimento e aceitação por parte dos integrantes do grupo por este ser homogêneo, pela razão de se utilizarem de uma mesma linguagem e partilharem das mesmas experiências; possibilita que as mães de crianças internadas aceitem e assumam sua condição, de forma menos conflituosa; proporciona um envolvimento interativo; possibilita novos modelos de identificação; representa um estímulo à socialização; exerce uma função continente, isto é, de conter e absorver angústias de dúvidas; propicia um estímulo às capacidades positivas; representa um reassuramento aos integrantes de que eles não estão sozinhos¹³.

As mães falavam das suas experiências mais particulares de vivenciar a maternidade em uma situação adversa, no caso, da prematuridade de seus filhos. O não poder acalantar, tocar, pegar, segurar, amamentar, causava nessas mulheres um sentimento de impotência muito grande. Seguindo a teoria Winnicottiana, essas mães viam-se impossibilitadas de desenvolver o *holding* já que não podiam segurar seus filhos, assim como o *handling*, que é a experiência de tocar os bebês e manter o contato mão da mãe e corpo do filho. A ausência do *holding* e do *handling* lhes causava profunda tristeza e angústia.

Durante todo o trabalho, perceberam-se também sentimentos de culpa pelo nascimento prematuro de seus filhos. Relacionavam o fato de o bebê ter nascido prematuro em função de questões individuais de cada uma como: “eu trabalhei muito durante a gravidez, se tivesse feito repouso ele não teria nascido prematuro”, ou então, “eu vivi

momentos de muito estresse no meu trabalho, minha pressão subiu, e isso o médico falou que influenciou para que meu filho tenha nascido antes da hora”.

Outra fala bastante comum e marcante trazida pelas mães era: “fui para casa com os braços vazios...”, se referindo ao sentimento de não levarem seus bebês para casa quando elas, mães, tinham alta hospitalar. O voltar para casa sem os bebês, e se depararem com o quarto dos mesmos vazios era trazido por elas como um sentimento catastrófico, sem nome, sem forma. Os “espaços” vazios, tais como os braços e berços, nos falam de uma mente que está em profundo sofrimento, uma mente que naquele momento estava incapaz de estabelecer relações de afeto com seus bebês.

Notava-se que o fato de falar sobre essas experiências, comum entre elas, lhes causava certo conforto, já que a fala de uma era identificada pela fala da outra. Naquele momento, o partilhar experiências com outras mulheres que estavam vivendo a maternidade de forma também desastrosa, lhes trazia uma nova perspectiva e pareceu alterar sua maneira de viver a situação. As mães tornavam-se próximas umas as outras, conversavam sobre as medicações dos bebês, o medo da amamentação e de cuidar do bebê em casa, a espera pela alta, enfim, formava um vínculo muito forte, o que com certeza, facilitava o período em que elas permaneciam de alguma forma, também internadas juntamente com seus bebês no hospital.

O não falado e o desconhecido era reconhecido pelo grupo e por mim, e eu, como psicóloga, tentava oferecer um espaço de trocas de experiências entre elas, favorecendo a resignificação de experiências profundamente doloridas, propiciando ao grupo um espaço acolhedor, que era recebido por elas de forma muito positiva.

1.4 Atendimentos individuais

Como relatado anteriormente, algumas mães apresentaram constrangimentos e dificuldades em aceitar o contexto de grupo, e nestes casos, foi oferecido o atendimento individual. Essas mães também traziam conteúdos diversos como medo de morte do bebê, ansiedades sobre o dia da alta, além de sentimentos de culpa por seus filhos terem nascido prematuros, ou seja, conteúdos semelhantes aos abordados pelas mães participantes do grupo.

Em alguns atendimentos, em especial, a dificuldade das mães em perceberem a real situação de seus filhos, era destacada, sendo que no geral, estes apresentavam um estado de saúde grave. Algumas relatavam algo do tipo “eu sei que ele vai ficar bem, está aqui só para desenvolver um pouco

mais e ganhar peso...”, fato que não condizia com o estado de saúde do bebê. A mente, em situações muito angustiantes, pode fazer uso da negação de certos aspectos de sentimentos de depressão por meio do uso de opostos com intenção de se tranquilizar. Talvez tais afirmações tão otimistas servissem para este propósito que Winnicott nos aponta. O autor afirma, ainda, que pode ser uma defesa maníaca na tentativa de negar a ansiedade depressiva inerente ao desenvolvimento emocional. Uma impossibilidade de sentir culpa e assumir a responsabilidade pelas experiências instintivas, inclusive pela agressividade que acompanha tais experiências².

O atendimento nesse contexto foi de uma escuta ativa, oferecendo espaço para que elas falassem o que lhes angustiavam, especialmente sobre esses sentimentos de dor e desconforto que elas viviam. A possibilidade de falar desse nascimento, que tantas vezes permanece no indesejável, proporcionou à mãe escuta precoce e, portanto privilegiada. Nesse momento, poder sublinhar o imaginário da mãe em relação à constituição de seu filho, ouvir como essa criança é tomada na história, pode ser preventivo de uma psicopatologia do vínculo mãe-bebê¹².

Com o passar do tempo e a realização dos atendimentos, tanto os individuais como os em grupo, as mães foram percebendo-se como mães, verdadeiramente. É como se no momento do nascimento do bebê prematuro ainda não existisse espaço nas suas mentes para abarcar a experiência de serem mães. A mãe, diante de um nascimento inesperado, após o parto, será denominada mãe; mas precisará percorrer um longo caminho para se apropriar desse bebê e se constituir como mãe. Segundo os autores, inicialmente, a mãe terá uma prevalência de sentimentos de perda devido à separação imposta logo depois do nascimento e por todas as dificuldades pertinentes à situação de prematuridade extrema. É apresentado à mãe um ser imaturo e precário que não consegue responder ao contato que ela necessita^{14, 10}.

Assim como os bebês, estas mulheres também se encontram em estado de prematuridade, pois frente ao rompimento do processo de gestação, o desenvolvimento das condições mentais compatíveis com as de uma mãe suficientemente boa também será favorecido, se houver, durante o período de internação, condições de proteção e acolhimento das angústias desestruturantes.

2. Considerações finais

No relato de experiência descrito, tanto nos contextos grupais como nos individuais, os espaços de escuta

pareceram propiciar alguma condição de apoio e continência psicológica, favorecendo uma reorganização dessas mulheres frente à situação de dor.

Portanto, vê-se necessidade do acolhimento as mães como uma maneira de favorecer uma maior continência em relação ao luto, temores frente à hospitalização e maturação das funções materna e paterna, uma vez que o compartilhar a experiência cria espaços mentais para desenvolvimento de recursos de enfrentamento e tomada de consciência de questões inconscientes e angustiantes.

O trabalho do psicólogo no contexto de UTI neonatal se diferencia das demais formas de atuação do psicólogo hospitalar, na medida que o atendimento é realizado com a díade mãe- bebê, no qual o sofrimento físico é apenas do bebê, mas as questões psíquicas dizem respeito ao par, à dupla mãe e bebê. Neste sentido seu trabalho é de oferecer um espaço de escuta, acolhimento e possibilidade de identificação de temores e medos existentes nesta díade que esta se formando.

As observações aqui relatadas a partir desta experiência de acolhimento das mães acompanhantes de filhos prematuros na unidade de terapia intensiva neonatal, sugere que ações de intervenção possam funcionar profilaticamente no sentido de fortalecer emocionalmente os cuidadores que estão vivenciando uma circunstância bastante desestruturante. Com isso, é pertinente pensar na importância da escuta e significação das vivências das mães prematuras, que durante o período de internação de seus filhos podem beneficiar-se de contextos onde possam descobrir seus recursos para o enfrentamento da prematuridade. Por ser este um novo campo de atuação há ainda a necessidade de estudos que permitam reflexões o desenvolvimento técnico de ações e intervenções do psicólogo a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, junto com as mães de bebês internados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Szejer M, Stewart R. Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez ao nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
2. Winnicott DW. O ambiente e os processo de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos; p. 163-75.
3. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975. Cap. 9: O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil; p. 153-62.
4. Valler EHR. A teoria do desenvolvimento emocional de D.W. Winnicott. Ver. Rev.bras. psicanál. 1990; 12(2):155-70.
5. Coutinho F. O ambiente facilitador: a mãe suficientemente boa. In: Podkameni AB, Guimarães MAC. Winnicott: 100 anos de um analista criativo. Rio de Janeiro: Nau; 1997. p. 97-104.

6. Winnicott D. Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978.
7. Marques CSB. Classificação do recém-nascido segundo idade gestacional e nascimento fetal. In: Pachi P. O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca; 2003. p. 23-40.
8. Wirth AF. Aplicação do método de observação de bebê em uma UTI neonatal. In: Caron NA. A relação pais bebês: da observação à clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p. 207-33.
9. Ferraz MA, Chaves RL. Bebês prematuros: aspectos emocionais. *Pediatr. Modern* 1996;30(7):784-90.
10. Pergher DNQ. Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência dos pais [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.
11. Tronchin DMR, Tsunehiro MA. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. *Rev. latinoam. enferm. Latino-Americana de Enfermagem*. 2006 fev;14(1):93-101.
12. Battikha EC. Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê em uma unidade de terapia intensiva neonatal. In: Camarotti MC. (Org.). Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 43-8.
13. Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
14. Gomes ALH. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: a possibilidade de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicol Hosp* 2006, 2(2):0-0.
15. Braga NA, Morsch DS. Os primeiros dias na UTI. In: Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003 51-68.
16. Braga NA., Morsch DS, Lopes JMA, Carvalho M. Maternagem ampliada – a transgeracionalidade em UTI neonatal. *Pediatria Moderna*. 2001 47, 312-17.
17. Franck L, Spencer C. Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth* 2003, 30 (1):31-5.