

As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal

Psychological reactions of parents for hospitalization of premature infants in the neonatal ICU

Larissa da Silva Carvalho¹

Centro de Capacitação em Gestalt-terapia

Conceição de Maria Contente Pereira²

Escola Superior da Amazônia

RESUMO

Na clínica de neonatologia existe um elevado número de bebês prematuros hospitalizados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. As causas que levam a esta intervenção clínica são variadas podendo ser decorrentes de complicações pré, peri e pós-parto. O objetivo geral desta pesquisa é investigar as reações psicológicas dos pais diante da hospitalização do bebê prematuro em uma UTI neonatal e os específicos são: verificar que sentimentos são vivenciados pelos pais diante da hospitalização do bebê prematuro e identificar como ocorre o enfrentamento dos pais diante da hospitalização. Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa – descritiva. A coleta de dados foi efetivada mediante entrevista semiestruturada com quatro casais e duas mães com bebê hospitalizado em uma UTI neonatal. O método utilizado foi análise do discurso. Os resultados emergiram de categorias que revelaram sentimentos como: ansiedade, angústia, impotência, medos, desejo de fuga, entre outros; as reações de enfrentamento estão relacionadas a fatores pessoais e sociais. Concluiu-se que a internação de um filho prematuro ocasiona importantes repercussões psicológicas e sociais.

Palavras-chave: reações psicológicas; pais; bebês prematuros; UTI neonatal.

¹ Psicóloga Especialista em Psicologia da Saúde pela Universidade do Estado do Pará e pós-graduanda em Gestalt-terapia pelo Centro de Capacitação em Gestalt-terapia – e-mail: larissacarvalhopa@gmail.com

² Psicóloga pela Universidade Federal do Pará, Mestre em Educação pela Universidade da Amazônia, Especialista em Deficiência Auditiva pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pela Escola Superior da Amazônia/ Instituto de ensino e Pesquisa em Psicologia – e-mail: conci.contente@gmail.com

ABSTRACT

In neonatal clinic there is a high number of premature babies hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit. The causes leading to this clinical intervention are varied and may be due to complications pre, peri and post-partum. The objective of this research is to investigate the psychological reactions of the parents before the hospitalization of their premature baby in a neonatal ICU and the specific objectives are: to verify the feelings experienced by parents before the hospitalization of premature infants and identify how parents cope with the hospitalization of the infants. This is a field research, with a qualitative-descriptive approach. Data collection was carried out through semistructured interviews with four couples and two mothers with baby hospitalized in a neonatal ICU. The analysis method used was discourse analysis. The results emerged from categories that expressed feelings such as: anxiety, anguish, helplessness, fear, desire to escape, among others; coping reactions are related to personal and social factors. It was concluded that the admission of a premature child causes important psychological and social consequences.

Keywords: psychological reactions; parents; premature babies; neonatal ICU.

Introdução

Esta pesquisa foi desenvolvida durante a residência multiprofissional, cuja formação está pautada na saúde da mulher e da criança, sendo realizada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – Unidade Materno-infantil Dr. Almir Gabriel (FSCMP) - maior hospital referenciado para o atendimento materno-infantil do Estado, onde nasce cotidianamente um grande número de bebês com possibilidade de hospitalização em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal.

Os recém-nascidos (RN), especialmente os prematuros, que são hospitalizados em uma UTI neonatal, são bebês fragilizados pela própria prematuridade e apresentam patologias variadas como doença da membrana hialina, síndrome de aspiração meconial, anoxia neonatal, hipoglicemia, icterícia fisiológica, gastrosquise, hidrocefalia, mielomeningocele, pneumonia, entre outras.

Para as autoras Baldini e Krebs (2010), a família passa a pensar sobre este futuro incerto, sobre a possibilidade de morte, fazendo com que os pais sintam-se angustiados, impotentes para salvar a vida do filho, dificultando

assim a percepção de que podem ajudar de outra forma que não seja a médica ou clínica.

Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar as reações psicológicas dos pais de bebês prematuros internados em UTI neonatal e como objetivos específicos: verificar que sentimentos são vivenciados pelos pais diante da hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal e identificar como ocorre o enfrentamento dos pais diante da hospitalização do bebê prematuro.

O bebê prematuro e a UTI Neonatal

Para Neves, Ravelli e Lemos (2010) os futuros pais sonham e desejam uma gestação sem problemas, calma e sem intercorrências para o seu bebê, porém, nem sempre este sonho é possível e o parto prematuro torna-se uma medida necessária para resguardar a vida do bebê; outras vezes a gestação é de risco para a mãe ou para ambos, sendo indicada a antecipação do parto.

É relevante vislumbrar a existência de múltiplos fatores que se correlacionam com o nascimento de prematuros como: precárias condições de moradia, de nutrição, de saúde; saneamento básico deficitário; baixo nível de escolaridade; uso de drogas, ausência ou inadequado acompanhamento pré-natal. Há muitas variáveis que favorecem situações de risco para a gestante e para o bebê. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), o nascimento de bebês pré-termos e/ou com baixo peso (menor que 2.500g) é uma preocupação constante do país uma vez que representa uma alta taxa na mortalidade neonatal, tornando-se uma problemática para a saúde pública.

Moreira, Braga e Morsch (2003), Paim (2005) e Guimarães e Monticelli (2007) explicam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que o recém-nascido é pré-termo quando nasce vivo antes de completar a 37ª semana de gestação (idade gestacional de 36 semanas e 6 dias). Uma gestação completa corresponde a aproximadamente 40 semanas, podendo variar de 37 a 41 semanas e 6 dias de idade gestacional para um bebê a termo. Após este período gestacional, considera-se o bebê pós-termo (Farias & Aguiar, 2010).

Em virtude da prematuridade gestacional, não é incomum que estes bebês nasçam com baixo peso. Considera-se baixo peso os RNs com “peso inferior a 2500g ao nascimento. Os recém-nascidos que apresentam peso abaixo de 1500g são classificados como de muito baixo peso e os que apresentam peso inferior a 1000g são classificados como de extremo baixo peso” (Farias & Aguiar, 2010, p. 28). Logo, a prematuridade do bebê faz com que este apresente condições clínicas desfavoráveis à manutenção de sua vida no ambiente extrauterino, uma vez que nasceram com os seus sistemas e órgãos imaturos.

Evidencia-se que a UTI é um espaço criado para minimizar o impacto sofrido pelo RN ao ter saído antecipadamente do útero materno. Neste espaço, um item fundamental é a incubadora, cuja função é propiciar um ambiente que aqueça e proteja o RN para que ele possa continuar crescendo. A incubadora foi um instrumento que, de certa forma, conseguiu aproximar o bebê do seu ambiente uterino e que possibilitou às mães olharem seus filhos (Paim, 2005). Para Farias e Aguiar (2010), a UTI é o local onde o bebê internado realiza seu primeiro contato com o mundo, em decorrência de sua prematuridade e possíveis patologias. Portanto, o ambiente e a rotina da UTI neonatal podem representar vantagens e desvantagens para sua sobrevivência.

Dados do Ministério da Saúde (2011) afirmam que a UTI neonatal é um ambiente de excessos, pois o bebê pode ser manipulado excessivamente pelos profissionais de saúde, podendo chegar ao número de 488 procedimentos/dia; há exposição constante à luz e à dor (aspirações e coleta de sangue para exames, por exemplo); o sono é interrompido por várias vezes ao longo do dia por conta da rotina que é imposta ao bebê; sentem cheiros como o do álcool utilizado antes da manipulação, entre outros. E tais estímulos agem como fatores estressantes para o bebê que está na UTI, pois geralmente são poucos os procedimentos que são iniciados quando o bebê demonstra estar pronto ou necessitando do mesmo.

Como medida de resguardar-se, o bebê busca comunicar-se através de suas expressões (choro, tremores, tosse) e através de sua fisiologia (alterações da pressão arterial, frequência cardíaca, respiração). Seu objetivo é

“mobilizar as pessoas, profissionais e pais que estão a sua volta para cumprirem a função de aliviar o estado de tensão insuportável e suprirem as necessidades” (Paim, 2005, p. 40).

Spitz (1988) citado por Paim (2005, p. 44) descreveu que ao ser separado da mãe, o bebê se desorganiza, apresenta sinais e sintomas “como expressão e olhar vago, atraso no desenvolvimento motor e movimentos estereotipados”. Sendo assim, a presença da mãe e do pai, junto ao bebê internado, representa a possibilidade de uma maior organização do seu esquema corporal, do desenvolvimento dos seus aspectos psíquicos, constituição da sua subjetividade e a manutenção do vínculo familiar bem como, propicia segurança ao bebê, que seguirá estabelecendo contato com aqueles que lhe são primordiais, que lhe oferecem conforto, afeto e bem-estar (Wanderley, 2008; Dias, 2006; Mathelin, 1999).

“Meu bebê foi para a UTI”

O bebê na UTI

Tornar-se mãe ou pai, para a maioria das pessoas, representa a construção da sua própria família (Suassuna, 2011). É ainda na vida intrauterina que se inicia uma teia relacional entre mãe – bebê – família e os outros do seu meio social. Os pais gestam um filho baseado no que eles conhecem de suas próprias famílias. Desta forma, esperam um bebê que já é fruto de sua história pessoal, particular, familiar. Rialland (1994 citado por Suassuna, 2011, p. 51) afirma que “desde a nossa concepção, somos objeto de projeção de parte de nossa família”.

Para as autoras Antunes e Patrocínio (2007), o período da gravidez mostra-se repleto de expectativas, idealizações, fantasias que o casal tem acerca do bebê que vai nascer. É momento em que se inicia a vinculação entre os pais e o bebê. Assim, o nascimento do filho que precisa ser internado em uma UTI traz à tona uma realidade que pai e mãe não sonham vivenciar. Este é um momento de grande sofrimento emocional para o casal, pois eles precisam quebrar a fantasia do bebê perfeito que sai do hospital e fica no seio familiar e reelaborar a atual situação por eles vivida.

Lebovici (1987 citado por Suassuna, 2011) conceitua sobre as fantasias e sonhos que os pais vivenciam quanto ao bebê. São elas: o bebê fantasmático, o bebê imaginário e o bebê real propriamente dito.

O bebê “fantasmático reflete as fantasias inconscientes que se fazem presentes na mãe desde a infância” (Lebovici, 1987 citado por Paim, 2005, p. 19), pois, quando criança, brincávamos com bonecas, de casinha ou assistíamos a filmes em que o super-herói protegia outras crianças. O bebê fantasmático é fruto das fantasias infantis sobre ter um bebê perfeito, idealizado.

O bebê imaginário nasce a partir da gravidez, cujas fantasias são moldadas à imagem que os pais constroem daquele bebê, “esse bebê imaginário, cuja existência é fundamental, vai sendo investido de desejo e essa imagem será confrontada e organizada, posteriormente, com o bebê da realidade” (Oliveira, 2006 citado por Suassana, 2011, p. 61). Esta autora ainda expõe que “o bebê imaginário se constrói a partir das fantasias conscientes e realistas da mulher” (Suassana, 2011, p. 63), das expectativas e anseios que cada casal vivencia durante a gestação. Sendo assim, o bebê imaginário é caracterizado de acordo com as fantasias específicas de cada casal.

Por fim, têm-se o nascimento do bebê: “o bebê real constitui aquele com que os pais são confrontados no momento do parto” (Antunes & Patrocínio, 2007, p. 242). Este bebê real firma-se como diferente do bebê imaginado pelos pais, que são confrontados por sua história singular e distante da que fantasiavam na gestação. Para Lebovici e Stoleru (2003, citado por Suassana, 2011, p. 65) “o bebê que os pais têm nos braços, ele pode ter características do seu bebê imaginário ou ser muito diferente deste, como no caso de nascimento de um bebê de peso muito baixo. E ele está lá na sua fragilidade”.

Pautando-se nesta realidade frustrante aos pais, o psicólogo de uma UTI neonatal busca o equilíbrio entre o que é sentido pelos pais e a realidade imposta aos seus sonhos com o filho.

A Importância da continuidade do vínculo Pais-Bebê

Pesquisas no campo da neurociência confirmam que a vinculação entre pais e filhos exerce uma função fundamental para o desenvolvimento do bebê, seja este prematuro ou de termo. Desta forma representa:

Uma função biológica protetora, ficando a criança 'resguardada' dos efeitos adversos do estresse, tão vivenciado por esses bebês nos cuidados intensivos neonatais (o estresse aumenta o nível de cortisol e este, por sua vez, afeta o cérebro, o metabolismo e o sistema imunológico) (Ministério da Saúde, 2011, p. 38).

Pode-se observar que o bebê já apresenta as suas necessidades para o mundo que lhe observa e cuida, iniciando sua comunicação com a família e com a equipe de saúde, através do choro ou apatia. Para Mathelin (1999, citado por Ministério da Saúde, 2011) tais necessidades representam: uma relação que seja estável e segura com os pais ou seus substitutos, pois o bebê precisa de alguém que seja um referencial para lhe ofertar cuidado, carinho e afeto, interpretando o que sentem, atuando como elo de comunicação.

A hospitalização em uma Unidade Neonatal representa para o bebê e sua família “uma situação de crise. Isso repercute, de maneira especial, na interação entre pais e seus bebês, podendo interferir na formação e no estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares” (Ministério da Saúde, 2011, p. 106).

Neste sentido, a equipe de saúde deve apresentar uma percepção ampla sobre este período estressante que se torna o cotidiano de uma família com um bebê em UTI neonatal, propiciando a formação e/ou continuidade do vínculo entre a família e seu bebê, pois: “se a mãe ou o cuidador falha em prover ao bebê proteção e estímulos adequados, as chances de prejuízo no desenvolvimento neurobiológico e psicológico aumentam significativamente, causando repercussões a médio e longo prazo” (Piccinini & Alvarenga, 2012, p. 37).

Para as autoras Farias, Malcher e Corrêa (2009), o impacto da hospitalização de um bebê que não vivencia estímulos seguros e de fato afetivos em uma UTI, pode deflagrar um desequilíbrio psíquico ao neonato e na sua organização precoce enquanto criança, pois ao receberem estímulos

sensoriais intensos e dolorosos, estes podem proporcionar agravos para o seu desenvolvimento global. Sendo assim, a presença dos pais com o seu bebê na UTI é fundamental para garantir ao mesmo a segurança de que é amado e querido pela sua família, “ao nascer, o amor não é só uma necessidade emocional para o bebê, mas uma necessidade biológica” (Verny, 1993 citado por Suassuna, 2011, p. 99).

A psicologia, ao longo dos anos, tem realizado inúmeros estudos sobre o papel do afeto na relação mãe-filho. Spitz (1988) ressalta que: “o que torna essas experiências tão importantes para a criança é o fato de que elas são interligadas, enriquecidas e caracterizadas pelo afeto materno; e a criança responde afetivamente a esse afeto” (p. 99-100).

A família compreende que a UTI é um ambiente diferente, que separa o bebê do colo da mãe ou do pai. Desse modo, os pais se sentem limitados na interação com o bebê, o que dificulta a relação, pois os genitores podem estar vivenciando o luto pela perda do bebê imaginário para se depararem com um filho doente (bebê real).

Pensando nas implicações que a hospitalização deflagra na família e no processo contínuo de assistência que este bebê recebe, destacam-se as premissas do Método Canguru, criado a partir de uma medida da Política Nacional de atenção à saúde de mães e bebês, que foi implantado no Brasil, na década de 1990. Esta política propõe minimizar os agravos no recém-nascido a partir de cuidados biológicos ou clínicos da medicina intensiva neonatal e busca estreitar o vínculo familiar em um momento em que os pais encontram-se fragilizados pela hospitalização do seu filho. Sendo assim, as estratégias de humanização preconizadas ao cuidado do bebê até a sua alta hospitalar são:

Toque e contato da família o mais precoce possível com o bebê; banho enrolado em lençol com água morna; manuseio restrito; procedimentos dolorosos em dupla; respeito ao sono e posturação em ninho contensivo; troca de fraldas lateralizando a largura da fralda entre as pernas; observação dos estados comportamentais – estresse ou organização; controle da dor; ruídos e luminosidade; promoção do aleitamento materno; oferecer suporte à família por equipe multiprofissional; incentivo à posição canguru do bebê na mãe ou familiar (Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2011/ 2012, p. 02).

O afeto em UTI pode ser ofertado pelos pais a partir de simples gestos como o toque, o olhar, através do contato pele a pele com o seu filho. São atitudes como estas que propiciam a constituição do bebê como pessoa e organizam seu esquema corporal e sua imagem. Além disso, constitui e/ou fortalece o apego do bebê aos pais (Guimarães & Monticelli, 2007).

Outros autores como Piccinini & Alvarenga (2012) afirmam que ao ser tocado afetivamente ou ao conversarem com o bebê, este corresponde com menos falhas na respiração, aumento do ganho de peso diário, redução do período de hospitalização e até mesmo com um progresso mais rápido de algumas áreas do cérebro.

As intervenções propostas na relação familiar quando o bebê está em uma UTI neonatal centra-se em envolver a família nos cuidados, ampliando e capacitando esta família a exercer seus direitos na parentalidade sobre o bebê adoecido e, em um segundo momento, contribuindo positivamente na transição da alta hospitalar (Piccinini & Alvarenga, 2012).

O acompanhamento psicológico aos pais em UTI Neonatal

A psicologia preocupa-se em trabalhar com o conteúdo imaginário de cada casal em relação à gestação e como isso reflete em relação ao bebê real, buscando ressignificar todo processo para facilitar a construção do vínculo junto a este bebê.

O luto pelo bebê imaginário tem algumas repercussões nos pais que trazem em suas falas não somente a compreensão de que o filho sonhado, fantasiado e idealizado nasceu diferente, mas discorrem sobre suas relações familiares, seus medos e anseios com o futuro familiar. A elaboração deste luto perpassa pelo apoio que cada casal oferece um ao outro, pelo apoio familiar e por suas próprias histórias de vida individual e a forma como enfrentam situações adversas.

De acordo Milanesi, Collet e Oliveira (2006) as estratégias defensivas de enfrentamento funcionam como “válvulas de escape” para que a família possa sobreviver às pressões da hospitalização. Dessa forma, o objetivo do psicólogo no hospital “é o de ajudar o paciente a atravessar a experiência do

adoecimento” (Simonetti, 2004, p. 13), acolhendo os sentimentos e emoções que os pais vivenciam, favorecendo o processo de enfrentamento dos mesmos no âmbito hospitalar.

Para Rey (2002) cada pessoa é única, singular e enfrenta este momento de acordo com o que foi aprendido ao longo de sua vida. Estes pais podem reagir e/ ou se comportar de muitas formas, sentindo-se culpados pelo quadro clínico do seu filho, evitando entrar em contato com a realidade hospitalar, deixando de ir ao encontro do seu filho por dias ou ficando o máximo de tempo possível junto ao leito; outras vezes, ficam irritados e agressivos com a equipe de saúde, entre outros (Moreira et al., 2003).

Muitas vezes, a família sonha em cuidar do seu filho, do seu bebê na enfermaria, oferecer os primeiros cuidados afetivos. Entretanto, no ambiente hospitalar, alguns pais sentem-se preteridos desta função e acreditam que é a equipe de saúde quem cuida ao nascer e durante a hospitalização do seu filho, o que caracteriza um momento de fragilidade vivenciada pela mãe. Este pensamento pode ser observado na seguinte citação:

O recém-nascido está nas mãos de um serviço médico; outras mulheres estão lá para lembrá-la que ela não concluiu o seu trabalho e que, por isso, não poderá viver um contato tão íntimo com o bebê, como teria feito nos primeiros dias na maternidade ou em casa. ‘Os presentes estão suspensos... as felicitações interrompidas. Só restam a angústia e as cobranças implícitas. A mãe e seu bebê não estarão jamais a sós. Há o bebê vizinho, o pessoal que passa e se ocupa de suas atividades, em suma, ela não pode se envolver completamente com seu bebê’ (Agman, Druon & Frichet, 1999, p. 27).

Esta citação expõe a fragilidade das mães ao vivenciar a internação do seu filho em uma UTI, explicitando seus medos e as dificuldades em se relacionar de forma genuína com o seu bebê. Neste âmbito, o acompanhamento psicológico proporciona aos pais um momento em que possam verbalizar o que sentem (suas angústias e/ ou seus momentos felizes) e o que compreendem sobre a hospitalização, o tratamento e o prognóstico do seu bebê. A atuação do psicólogo propõe oferecer assistência ao perceber o desejo dos pais de receberem apoio, o que poderá fortalecer a confiança dos pais em si mesmos e em sua capacidade de assimilar e cuidar de seu bebê,

assumindo seu novo papel junto ao filho hospitalizado. O psicólogo no contexto hospitalar trabalhará “mais precisamente com a palavra, corpo simbólico” (Simonetti, 2004, p. 24).

Metodologia

Tipo de Pesquisa: pesquisa de campo, abordagem qualitativa-descritiva.

Participantes: dez participantes, sendo quatro casais e duas mães.

Local: Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – Unidade Materno- infantil Dr. Almir Gabriel.

Período: De Agosto a Outubro de 2014.

Técnica de Pesquisa: Observação de campo e entrevista semiestruturada.

Instrumentos de Coleta de Dados: roteiro de perguntas norteadoras preestabelecidas; um gravador para registrar as entrevistas e o diário de campo para registro dos dados coletados.

Análise dos Dados: o método utilizado foi a análise do discurso, que de acordo com Macedo, Larocca, Chaves e Mazza (2008) visa compreender os sentidos explícitos e não explícitos no discurso dos participantes.

Desta forma, com a percepção aguçada (observação e interpretação) do pesquisador há possibilidades de conhecer elementos como o silêncio do participante ao tentar responder uma pergunta, ser atento ao que não está sendo verbalizado e ao que foi explicitamente incluso em sua resposta, e ao tom de voz que o participante utiliza. Assim, explana-se aspectos que coadunam em uma heterogeneidade de discursos, o que torna a pesquisa rica em dados e conhecimento.

Análise dos Dados e Resultados

Os participantes foram identificados como Casal 1, Casal 2, Casal 3, Casal 4, Mãe 1 e Mãe 2. Suas entrevistas foram posteriormente transcritas, categorizadas e agrupadas, conforme dispostas abaixo:

Categoria 1- Sentimentos relacionados ao bebê internado

PERGUNTA: Como você se sentiu ao saber que seu bebê precisava ser internado na UTI neonatal?

CASAL 1/PAI: (...) *“me deixou triste, pra baixo(...).”*

CASAL 2/ MÃE: *“Me senti muito ruim ... tiraram de mim, foram direto pra UTI”.*

Todos os participantes trouxeram em suas falas sentimentos vividos em relação a hospitalização do bebê como preocupação, insegurança, tristeza, medo, desespero e culpa pela situação em que o filho se encontra. Sentimentos estes que são desencadeados por um período de tensão com o nascimento prematuro do bebê e a confirmação de que ficará hospitalizado:

Neste contexto, o nascimento de um bebê doente ou prematuro é um evento catastrófico, cujo impacto faz-se sentir não só na vida dos pais, como também em todo seio familiar. E o impacto é tão maior quanto mais distante for o bebê real do imaginado (Moreira et al., 2003, p. 09).

Os participantes expressam ainda seus desejos, sonhos que não poderão ser concretizados no momento: ter seu filho ao lado para realizar os primeiros cuidados. Para Maldonado (1989, p. 41), este pensamento pode ser descrito perante a seguinte citação: “quando efetivamente isto acontece, gera no círculo familiar o susto pelo inesperado, há uma quebra do ideal de sair do hospital com o bebê no colo, levando-o para casa”. Os pais vivenciam um sentimento de frustração por não poderem pegar seu bebê e cuidar dele.

As autoras Moreira et al. (2003, p. 77) confirmam a existência destes sentimentos ao mencionar: “Ir para casa sem o bebê é um dos momentos mais difíceis para os pais e não deve ser reprimido o choro e/ ou desvalorizadas outras manifestações de tristeza”. As autoras ainda relatam que este misto de emoções e sentimentos se farão presentes enquanto a vida do bebê estiver frágil, existindo o pensamento de terem “fracassado” como pais. São sentimentos relacionados com o impacto do nascimento prematuro e a necessidade de hospitalização do bebê que ocasionam dúvidas e incertezas aos pais e demais familiares.

PERGUNTA: Que sentimentos estão presentes neste período que você acompanha seu filho?

MÃE 1: *“Deixa eu ver ... angústia, tristeza, raiva, culpa e felicidade também”.*

CASAL 4/ PAI: *“Muito feliz, dela ter nascido bem, estar aqui e como lhe falei um pouco preocupado. E tenho a esperança que ela vai ficar boa, acredito nisso!”*

Observou-se nas respostas dos participantes que o desejo de maternagem e paternagem prevalecem, anseiam cuidar do filho doente. Suas respostas expressaram variados sentimentos, porém destaca-se os sentimentos distintos de felicidade e medo. O primeiro relaciona-se ao nascimento do bebê, pois representa a chegada de um filho que é amado pelos pais e pela família. O segundo pauta-se em suas preocupações com as variadas complicações clínicas que cada um tem, o que ocasiona sentimentos confusos nos pais. Para Maldonado (1989, p. 41) “os familiares vivem, portanto, um anticlímax, no pêndulo que os transporta da preocupação à esperança, do ânimo ao desalento”.

O acompanhamento psicológico aos pais em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, favorece a observação de suas falas que são baseadas no que compreendem sobre o estado clínico do bebê - o que nem sempre coincide com o parecer do médico - e, seus discursos oscilam entre os momentos de medo diante do reflexo da instabilidade clínica e os momentos de felicidade que retratam a possibilidade de uma melhora na saúde do filho doente e um futuro fora do hospital. Percebe-se nesses discursos a ambivalência de sentimentos, pois por um lado eles temem a perda do bebê e por outro vivenciam a esperança de vê-lo saudável.

PERGUNTA: Como você se sente ao se relacionar com o seu bebê?

MÃE 1: *“Eu converso com ele e... é como se ele sentisse que eu tô perto dele, entendeu?”*

MÃE 2: *“A gente brinca, a gente conversa com ela, eu sei que ela sente, que ela percebe pelo movimento, pela carinha, pela expressão, que a gente está ali.”*

Observou-se que ao relacionarem-se com o bebê todos os pais entrevistados reportaram-se a sentimentos positivos como felicidade, orgulho,

emoção, oportunidade de estar perto, de pedir perdão, dar carinho, sentir que o bebê interage e, assim, poderem perceber o que ele está precisando.

Tais falas expõem que mesmo no hospital, que é um ambiente totalmente diferenciado, “frio” e não familiar, os pais conseguem realizar cuidados tão necessários para a validação do bebê como pessoa, através de toques ou conversas. Afirmam compreender suas expressões faciais de dor ou contentamento, o que contribui para facilitação do contato e vínculo familiar. Verifica-se nos discursos dos pais o desejo de exercerem a função materna e paterna, de oferecerem o que o bebê necessita, mas observa-se que não se trata apenas dos cuidados com a sobrevivência física, mas também a sobrevivência da vida psíquica do bebê.

Todo esse ‘a mais’ que a mãe está dando, além daquilo que permite a sobrevivência física do bebê, é o que vai permitir sua sobrevivência psíquica. Vai começar a se construir um mundo mental nesse bebê porque a mãe vai lhe oferecendo olhar, vai lhe oferecendo palavras, vai lhe oferecendo toques carinhosos, num vai-e-vem de presenças e ausências, e isso vai construindo, no bebê, a partir das inscrições psíquicas dessas experiências, uma vida mental. (Bernardino, 2008, p.60).

Diante deste entendimento acerca da importância da presença dos pais para o desenvolvimento físico e psíquico do bebê, o psicólogo e os demais profissionais da UTI neonatal, trabalham no sentido de facilitar a interação desses pais com o bebê e envolvê-los no processo terapêutico de cura do filho.

Os autores Szejer e Stewart (1997, p. 182) afirmam: “o nascimento é muito mais do que isso, pois significa, para a criança, o acesso ao status de sujeito”, o que garante ao bebê a possibilidade de troca de informações e o desenvolvimento de sua saúde física e psíquica. Assim o bebê pode se expressar, informando o que sente, enquanto os pais suprem suas necessidades, possibilitando o desenvolvimento da vinculação e qualidade de vida.

Categoria 2- Reações diante da internação do bebê

PERGUNTA: Qual a sua reação diante da internação do bebê?

CASAL 2/ MÃE: “A minha vontade é de fugir com meus filhos ...”.

CASAL 3/ PAI: “Agradei a Deus por ele ter nascido vivo ...”.

Diante deste questionamento, percebeu-se que a reação inicial, em sua maioria, foi de choro, sentimento de desespero, de agradecimento, vontade de fugir com o filho e, principalmente, buscar informações sobre o diagnóstico, as possíveis complicações apresentadas e os riscos para a sobrevivência do bebê.

Compreende-se que a reação de buscar informações sobre o bebê possibilita aos pais o reconhecimento da nova realidade e a adaptação à situação emergente. Estes pais tornaram-se pais do bebê real. Assim, o nascimento de um bebê prematuro e a consequente hospitalização, ocasionou nos pais as reações citadas de choro e desespero, que são compreendidas perante a incerteza da sobrevivência do filho. Por isso, os autores Baldini e Krebs (2010) trazem que é necessário deixar que estes pais expressem seus medos para que assim possam ao poucos compreender e aceitar a hospitalização.

Observa-se no comportamento destes pais uma ansiedade reativa diante da situação vivenciada. Alguns apresentaram maiores recursos psicológicos de enfrentamento e outros mostraram-se mais fragilizados e/ou desorientados. Sendo assim, ressalta-se que os recursos de enfrentamento relacionam-se a aspectos psicodinâmicos dependendo, portanto, da história de vida de cada pessoa, do modo como enfrentaram outras experiências, do grau de amadurecimento emocional e da existência de pessoas que atuem como suporte social.

Categoria 3- Compreensão acerca dos motivos da internação

PERGUNTA: Você compreende os motivos da internação do seu filho?

CASAL 1/ PAI: *“Agora sim, no momento não. Não, porque, eu não sabia de nada mesmo. Eu só soube quando chegaram aqui em Belém (...).”*

CASAL 2/ MÃE: *“Uma parte eu entendi o porquê; era uma gravidez de 7 meses e eles não estavam preparados para vir ao mundo. Pulmãozinho, o peso deles... então eles tinham que ir para a UTI, e eu fiquei mais preparada um pouquinho”.*

Verificou-se que apenas o primeiro casal desconhecia as possibilidades de um parto prematuro, enquanto que os demais entrevistados já haviam sido informados sobre a gestação de alto risco, mostrando-se cientes da possibilidade de um parto prematuro e as consequências que a prematuridade impõe.

Com relação ao casal 1 infere-se que a dificuldade em compreender e aceitar o quadro clínico da filha se relaciona ao pré-natal deficitário ofertado no município, pois segundo a participante suas consultas de pré-natal foram realizadas apenas pela equipe de enfermagem, sem ter tido atendimento médico e realização de exames pertinentes, o que resultou na pouca compreensão sobre como as intercorrências gestacionais da mãe (corrimento vaginal e anemia) afetariam a saúde do bebê.

Observou-se que a maioria dos entrevistados possuía noção acerca dos motivos da internação, porém nem todos tinham essa clareza. Moreira (2003, citado por Pereira, 2012) afirma que é necessário que os pais tenham algum grau de informação acerca do que vivenciarão em uma UTI neonatal, para que assim consigam se adaptar à realidade da hospitalização. Desta forma, a psicologia trabalha no sentido de possibilitar a redução das fantasias dos pais e ampliar a capacidade dos mesmos em lidar com a crise (doença e hospitalização).

Categoria 4- Possibilidades de enfrentamento dos pais diante da hospitalização

PERGUNTA: Como você vem enfrentando a atual situação?

CASAL 1/ MÃE: *“É uma situação difícil. Todo dia ligo pra minha filha. Estar na casa de conhecidos é diferente, é esquisito”.*

MÃE 1: *“Enfrentar não é a palavra certa. É suportar! Eu venho suportando em nome das minhas filhas, pela minha mãe e principalmente pelo meu filho”.*

Neste item alguns participantes mencionaram o aspecto financeiro como uma das dificuldades enfrentadas neste período em que o seu bebê está hospitalizado, pois são famílias que se deslocam de seus municípios no interior do Estado para passarem uma temporada longe de suas casas e de seus

familiares. Alguns tinham “conhecidos” na capital, porém outros tiveram que alugar um local para dormir, já que os seus municípios de origem não dispunham de casa de apoio.

Há trechos em que destacam a dificuldade em deixar o outro filho com familiares no município de origem, percebendo-se, nas entrelinhas, um sentimento de culpa em deixar o filho saudável em casa para cuidar do recém-nascido doente. Maldonado (1989) discorre que são as demais áreas da vida familiar que emergem e ressalta as dificuldades vivenciadas pelos pais durante a hospitalização como a financeira, a longa internação, a distância da família e dos outros filhos que o casal possa ter. Os participantes, além destas, mencionam, ainda, sentimentos como impotência, empatia com o sofrimento do filho, necessidade de buscar apoio de outras pessoas (familiares e equipe) e de manter-se em atividade laboral e/ ou acadêmica.

Outra forma de enfrentamento observado é a de projetar uma vida próspera, um futuro feliz, como forma de suportar a dor que vivenciam naquele momento. Percebe-se no cotidiano do hospital que estes sentimentos muitas vezes são traduzidos como esperança, baseados em discursos religiosos. Para Maldonado (1989, p. 49) “é essencial que os pais do prematuro consigam também se engajar nessa esperança e nesse espírito de luta”.

Destaca-se o discurso do CASAL 3/PAI que corrobora com o que a autora acima menciona: “(...) pensando assim: que ele vai sair daqui com muita saúde, que eu vou ter a oportunidade de ainda sair com ele, levar na casa da minha mãe, da avó dele, da avó materna (...).

Em outras palavras, Milanesi et. al (2006, p. 774) cita:

O que move esses familiares é a esperança, mesmo que remota, de sair dessa situação e voltar para o ambiente familiar. A luta contra o sofrimento é constante e de crucial importância, pois sem a vontade de combatê-lo o indivíduo passa a conformar-se com o sofrimento que o desestabiliza.

PERGUNTA: Você tem feito planos futuros?

CASAL 1/ MÃE: “Ainda não. Pra mim? Nem sei te dizer. De ficar do nosso lado, de brincar com a irmã dela (...).”

CASAL 3/ MÃE: “Ficar com ele em casa, cuidar dele (...), fazer as consultas com ele tudo direitinho (...).”

Na entrevista com o casal 1 observa-se que a mãe teve uma resposta reticente ao planejar o futuro, visto que o quadro clínico da filha era incerto e que ao longo da hospitalização já haviam sido informados da possibilidade de morte de sua filha, o que lhe causava forte sentimento de angústia e insegurança. A autora Dias (2006, p. 140) refere que “a angústia assinala um estado em que há uma espera e preparação para o perigo”. Diante do medo desse perigo a mãe sentia-se insegura em planejar uma relação futura com a filha.

Entretanto, percebe-se o pai esperançoso com a alta hospitalar da filha e com a possibilidade de proporcionar futuramente cuidados diferenciados à filha com diagnóstico de Síndrome de Down.

Os demais casais referem planos para uma vida em família: ir para casa, amamentar, cuidar do bebê e trabalhar. Observa-se que desejam ofertar os cuidados fundamentais para o desenvolvimento do seu filho.

De acordo com Suassuna (2011, p. 59): “os pais projetam nos filhos suas expectativas e desejos. Fantasiam, anunciam uma vida para esse bebê, proferem um destino nas palavras em torno dele. Estas ‘palavras’, anunciam o futuro”. Um exemplo que ratifica os autores acima é a fala do pai (CASAL 4), que dialoga com a esposa desde a gestação: *“queria que ela fosse doutora, minha mulher disse que queria que ela fosse advogada”*.

PERGUNTA: Já vivenciou experiência semelhante? Como enfrentou?

CASAL 1/ MÃE: *“Quando nasci que vim mal pra Belém, todo mundo dizia que no meio da viagem eu ia morrer, mas a mamãe me pegou e veio, entregou na mão de Deus”*.

Das dez pessoas entrevistadas, três relataram experiências de familiares hospitalizados, porém nenhum deles vivenciou ou acompanhou o familiar internado. Uma das participantes reportou-se ao seu nascimento, pois necessitou de internação na FSCMP e reproduziu a história relatada por sua mãe. Fongaro e Sebastiani (2003, p. 13) esclarecem: “obviamente, toda e qualquer experiência anterior correlata à que se vive no momento é evocada como forma de se buscar mecanismos adaptativos à situação nova de crise que se enfrenta”. Neste caso, infere-se que a participante utilizou o exemplo

como forma de identificação com a sua mãe que também saiu do seu município para cuidar da filha, cujo resultado foi positivo para a mãe e bebê.

Observa-se também o quanto a hospitalização pode ocasionar impactos emocionais e/ ou psicológicos como citado pelo pai (CASAL 2): *“(...) eu não quero esquecer, eu vou guardar isso pro resto da minha vida, porque tudo isso que eu passei foi pelos meus filhos (...)”*.

Este exemplo refere-se à percepção do participante em relação a hospitalização, que entende como um momento de luta em prol da família, já que acompanhou a esposa e os filhos internados. Neste caso, ter estado no hospital representou um período de extrema responsabilização e tensão enfrentados pelo participante, que manteve-se crítico, atento e otimista quanto ao futuro familiar.

Considerações finais

Os resultados deste estudo indicaram que o nascimento prematuro de um bebê representa um momento de tensão, de crise aos pais e familiares mesmo para aqueles que já sabiam da real possibilidade de nascimento prematuro do bebê. Observou-se diversas reações dos pais diante da prematuridade do bebê e a consequente hospitalização, como: o desejo de conhecer o filho, de compreender o quadro clínico e a possibilidade de sobrevivência.

Em relação aos sentimentos, foram obtidas respostas que expressavam ansiedade, angústia, medo, desamparo, desejo de fuga, necessidade de estar com o filho, de cuidar dele. As reações de enfrentamento foram peculiares a cada genitor, pois perpassavam a história de vida de cada um, pelo significado do bebê em suas vidas, pelos projetos pessoais e familiares.

Diante dos resultados sugere-se que sejam ampliadas reuniões ou trabalhos com grupos de pais a fim de clarificar possíveis dúvidas que a família apresente. Além de proporcionar uma reflexão acerca da tarefa assistencial desenvolvida, ampliando a relação existente entre equipe de saúde e usuários, bem como possibilitar momentos em que o profissional possa dialogar sobre

suas dificuldades emocionais referentes aos atendimentos dentro do ambiente hospitalar.

Referências

- Agman, M., Druon, C., e Frichet, A. (1999) Intervenções Psicológicas em Neonatologia In: Wanderley, Daniele de Brito (org.) *Agora Eu Era o Rei: os Entraves da Prematuridade*. (PP. 17-34). Salvador: Ed. Ágalma.
- Antunes, M. S. C., Patrocínio, C. (2007) A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde e Doença*, 8, 239-252.
- Baldini, S. M., Krebs, V. L. J. (2010). *Humanização em UTI pediátrica e neonatal: estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe*. São Paulo: Atheneu.
- Bernardino, L. M. F. (2008) Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In: *O cravo e a rosa: a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?* (PP. 54-66). Rio de Janeiro: Ágalma.
- Dias, M. M. (2006). Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In: MELGAÇO, Rosely Gazire (Org). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação*. (PP. 137-148). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Farias, A. P., Malcher, L. T., Corrêa, N. S. (2009). *Atuação do psicólogo em UTIs neonatais*. Trabalho de conclusão de curso. Universidade da Amazônia, Belém.
- Farias, G. R. B., Aguiar, M. S. S. (2010) Indicadores comportamentais de recém-nascidos de Risco Evidenciados em Ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: Oliveira, A., Najjar, E., Silva, R. (Org.) *Interfaces: terapia ocupacional com teoria e pesquisa do comportamento*. (PP. 27-52). Belém: EDUEPA.
- Fongaro, M. L., Sebastiani, R. W. (2003). Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: ANGERAMI-CAMON, V. (Org.). *E a psicologia entrou no hospital*. (PP.5-64). São Paulo: Pioneira.
- Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - Unidade Materno-Infantil - Dr. Almir Gabriel (2011/2012). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru* [folder]. Belém.
- Guimarães, G. P., Monticelli, M. (2007, outubro/dezembro). A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-can guru: uma contribuição da enfermagem. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 16(4). Recuperado em 18 agosto, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a06v16n4.pdf>

- Macedo, L. C., Larocca, L. M., Chaves, M. M. N., & Mazza, V. A. (2008, outubro) Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 12(26). Recuperado em 18 de março, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300015
- Maldonado, M. T. (1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso de Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Milanesi, K., Collet, N., & Oliveira, B. R. G. (2006) Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 769-774.
- Ministério da Saúde (2011). *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru*. 2ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Moreira, M. E. L., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003) *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Neves, P. N., Ravelli, A. P. X., & Lemos, J. R. D. (2010, março) Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1). Recuperado em 15 de setembro, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a07v31n1.pdf>
- Paim, B. J. P. (2005). *Vínculo pais-bebê em UTI neonatal: a educação de pais e a posição canguru*. Canoas: Ulbra.
- Pereira, C. M. C. (2012). *O impacto psíquico materno frente ao nascimento de um bebê com malformação congênita: a hidranencefalia*. Tese de especialização. Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicologia e Saúde da Escola Superior da Amazônia, Belém.
- Piccinini, C. A. (Org), Alvarenga, P. (Org.) (2012). *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rey, F. L. G. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spitz, R. (1988). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.

Suassuna, A. M. V. (2011). *O diagnóstico pré-natal: o impacto psicológico profundo. As repercussões emocionais no vínculo entre pais e seus bebês*. Curitiba: Honoris Causa.

Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wanderley, D. (org) (2008). *O cravo e a rosa: a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?* Rio de Janeiro: Ágalma.