



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

BRUNA YANDRA MOREIRA BARRETO

**PREMATURIDADE: UMA REFLEXÃO E ANÁLISE ACERCA DO ADOECIMENTO
PSÍQUICO DA MULHER**

Icô
2022

BRUNA YANDRA MOREIRA BARRETO

PREMATURIDADE: UMA REFLEXÃO E ANÁLISE ACERCA DO ADOECIMENTO
PSÍQUICO DA MULHER

Monografia submetida à disciplina de TCC II, do Curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Vale do Salgado, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Esp. Lucas Ledo Alves.

BRUNA YANDRA MOREIRA BARRETO

PREMATURIDADE: UMA REFLEXÃO E ANÁLISE ACERCA DO ADOECIMENTO
PSÍQUICO DA MULHER

Monografia aprovada em 30/06/2022, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS.

BANCA EXAMINADORA:



Lucas Ledo Alves

Orientador(a)

Leticia Augusto Oliveira da Silva

Avaliador(a)

Rebecca Pinheiro Sedrim

Avaliador(a)

Icó

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que muito me apoiou, a minha avó Idelzuite Moreira de Holanda, ao meu orientador Lucas Ledo Alves que esteve comigo em todo o processo de construção desse manuscrito, ao meu coordenador de curso Lielton Maia Silva, como também aos momentos inesquecíveis compartilhados na minha prática em Hospitalar, enxergando a Psicologia Perinatal na sua completa realidade, e a todas as minhas amigas que muito me incentivaram para seguir diante desta temática que tanto me cativa.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Esp. Lucas Ledo Alves, pela excelente orientação.

Aos professores participantes da banca examinadora Letícia Augusto Oliveira da Silva e Rebecca Pinheiro Sedrim pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

EPIGRAFE

“Penso que livros são como a gente: é sempre bom rever, questionar, repensar, ampliar, modificar, refazer, reconstruir, nesse constante movimento do processo evolutivo
“(MALDONADO, 2017 p. 10).

RESUMO

A precocidade é o nascimento antecipado de neonatos antes das 37 semanas. Este trabalho destaca a negligência diante o amparo a mulher que sofreu um interrompimento gestacional brusco e o quanto isso a adocece. Objetiva expor os fatores preponderantes e que influenciam diretamente esse adoecimento mental, dialoga como as representações sociais e violências no modelo atual obstétrico aumentam essas taxas. As bases de dados utilizadas foram: *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*, *BVS (Biblioteca Virtual de Saúde)*, *Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia)* e *Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*. Foram utilizados 39 materiais que compõem artigos e livros. O seguinte manuscrito apresenta-se como análise de literatura, pesquisa exploratória, bibliográfica, qualitativa e de revisão narrativa. Com o presente estudo fica exposto a necessidade de se debruçar mais adiante desta temática, que é pouco abordada. As considerações deste trabalho propõem uma mudança na perspectiva da assistência neonatal, que servirá como fator de proteção e a Psicologia como integrante da equipe multidisciplinar obstétrica e na contextualidade da UTI neonatal, agregando as decisões conjuntas da equipe o olhar humanizado e singular, voltado a cada parturiente em sua particularidade.

Palavras-chave: Prematuridade; Mãe; Adoecimento psíquico da mulher; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Precocity is the early birth of neonates before 37 weeks. This manuscript highlights the negligence in the face of support for women who have suffered a sudden pregnancy interruption and how sick it is. It aims to expose the preponderant factors that directly influence this mental illness, discusses how social representations and violence in the current obstetric model increase these rates. The databases used were: Scielo (Scientific Electronic Library Online), VHL (Virtual Health Library), Pepsic (Electronic Journals in Psychology), and Lilacs (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences). We used 39 materials that make up articles and books. The manuscript is presented as a literature analysis, exploratory, bibliographic, qualitative and narrative review research. With the present study, the need to look further into this theme, which is little addressed, is exposed. The considerations of this manuscript propose a change in the perspective of neonatal care, which will serve as a protective factor and Psychology as a member of the multidisciplinary obstetric team and in the context of the neonatal ICU, adding to the joint decisions of the team a humanized and singular look, aimed at each parturient in its particularity.

Keywords: Prematurity; Mother; Psychic illness of the woman; Women's health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 O Contexto Determinante dos Elevados Índices de Prematuridade no Brasil	13
<i>3.1.1 Relação mãe e equipe de saúde: como as contribuições na vida gestacional podem impactar a saúde da mulher</i>	<i>14</i>
3.2 A Mulher e a Representação do Medo do Parto.....	15
<i>3.2.1 A violência obstétrica velada e os impactos desta vivência na gestação.....</i>	<i>17</i>
3.3 A Psicologia como Suporte Auxiliar e Fundamental para Mães de Recém-Nascidos Prematuros	18
<i>3.3.1 A mulher inserida no contexto do ciclo gravídico</i>	<i>20</i>
3.4 As Implicações da Equipe Multidisciplinar de Saúde no Acompanhamento Puerperal/ Pós Parto	21
3.5 Mãe e O Feto: A Hospitalização e a Relação Pós Parto	22
<i>3.5.1 A expectativa do bebê ideal X real em detrimento da saúde da mulher</i>	<i>23</i>
4 METODOLOGIA.....	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade caracteriza-se como o nascimento antecipado de bebês antes das trinta e sete semanas de gestação e, de acordo com IFF/FIOCRUZ (2014), prematuros extremos, intermediários e tardios. São classificados diante do aumento cada vez maior e mais frequente dos nascimentos prematuros no Brasil que refletem o quanto à saúde pública necessita enxergar e tomar atitudes diante das altas taxas de bruscos interrompimentos na gestação.

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2018), o Brasil encontra-se entre os dez países com maiores números, com cerca de 279.300 ocorrências por ano, e é válido considerar que essas taxas possam aumentar, devido às alterações emocionais provocadas pela Pandemia da COVID-19 e que impactam a gravidez da mulher, aumentando os níveis de estresse e deflagrando as chances do fenômeno precoce (SCHIAVO *et al.* 2021).

De acordo com a IFF/FIOCRUZ (2014) os prematuros extremos são os que deixaram a vida intrauterina antes das vinte e oito semanas, apresentando maior fragilidade; os intermediários entre às vinte e oito, e trinta e quatro semanas. A OMS (2018) destaca que até as trinta e duas semanas ainda se classifica como prematuros intermediários, já os tardios nascem entre as trinta e quatro, e trinta e sete semanas.

Esse fenômeno precoce configura-se como uma das maiores causas de morbidade e mortalidade infantil. O Brasil ocupa o 10º lugar no ranking mundial das altas taxas de precocidade, apresentando um elevado índice de 11,5% e superlotando cada vez mais as unidades de terapias intensivas (UTI) neonatais. (RAMALHO *et al.*, 2021).

A Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2019) aponta para fatores sociais e econômicos ligados às altas taxas de antecipação e internamento neonatal que alarmam o Brasil e que chamam à atenção para a discussão desse tema. Sendo este fenômeno a principal causa de morte entre crianças nos primeiros anos de vida, devido às suas consequências.

O presente Manuscrito, teve como finalidade dialogar sobre a Perinatalidade diante da Prematuridade, bem como a importância deste trabalho se deu pela necessidade de falar sobre a negligência vivenciada durante o pós parto de mulheres que são afetadas com o interrompimento brusco da vida intrauterina de seus bebês, mais conhecido como fenômeno Prematuridade. Foi um trabalho pautado na necessidade de inserção de uma prática preventiva e auxiliadora, pois pretendeu-se assim chamar a atenção dos profissionais que atuam na linha de frente a essa questão, a enxergar a mulher em seu contexto de forma realista e não romantizada, pois esta mulher não vai vivenciar apenas alegrias e euforias diante da gestação, este diálogo também atravessa este trabalho.

A relevância social e científica deste documento se deu pela necessidade de fazer enxergar, tanto à população, quanto à comunidade científica a importância de falar sobre a saúde mental materna diante da ocorrência precoce e de oferecer recursos para serem inseridos em um processo de acolhimento a estas mães. Este assunto é pouco explorado, principalmente no Brasil, onde temos um déficit na inserção e atuação de psicólogos no meio de trabalho Perinatal (SCHIAVO *et al.*, 2021).

Foi um desejo da autora debruçar-se sobre o assunto pela escassez de estudos diante do tema no Brasil e pautado na tamanha vontade de pesquisa, pois posteriormente continuará analisando e inclinando-se sobre a temática na tese de mestrado e doutorado, também é um assunto que a cativa e que busca detalhar as questões que impactam a saúde mental materna e as exigências sobre esse papel social de ser mãe na sociedade contemporânea.

Este trabalho discorreu acerca do impacto da prematuridade, detalhando as questões que afligem a saúde mental materna diante do puerpério e da vivência no contexto da UTI neonatal. Discuti também sobre o período que antecede a vida gestacional, o momento que a mulher descobre sua gestação, como lida se esta é desejada ou não, como irá influenciar e modificar os hábitos de sua nova fase como mulher, as mudanças corporais, os impactos gerados no corpo, os sintomas gestacionais, sejam os enjoos matinais, ou as mudanças alimentares e nutricionais, contextualizando que essa mulher gera outra vida e um outro papel social diante à maternidade, assim como tudo que envolve o período gestacional e o acompanhamento pós-parto, trazendo a reflexão como a construção da maternidade dentro do contexto da prematuridade é adoeceador e muitas vezes torna-se difícil.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar o fenômeno da prematuridade como consequência e fator preponderante nos quadros de adoecimento mental materno.

2.2 Específicos

- a) Identificar questões relativas ao impacto emocional da mulher diante da prematuridade, assim como os fatores determinantes que levaram à ocorrência deste fenômeno;
- b) Apontar a Psicologia como suporte auxiliar na gestação e amparo emocional para a mãe gestante;
- c) Discutir a necessidade de uma visão multidisciplinar, humanizada e acolhedora na condição de precocidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Contexto Determinante dos Elevados Índices de Prematuridade no Brasil

Rosa *et al.* (2021) apontam que é fator determinante para os elevados índices de prematuros no Brasil o risco demográfico, estatístico, social, subjetivo e de identificação inicial e quando a gestação acontece nos extremos da vida reprodutiva, seja precoce ou tardia. O parto prematuro pode ser espontâneo ou eletivo, que é indicado pelo médico obstetra. As causas do fenômeno precoce podem ser multifatoriais como diabetes, gravidez na adolescência, questões como infecções ou estudo sobre sua história de vida, doenças genéticas, rompimento de membrana, controle do pré-natal inadequado, do pré-natal ausente e antecedente de parto prematuro, o estilo de vida da gestante também propicia.

De acordo com o estudo que essa mesma autora realizou em uma instituição hospitalar no Rio Grande do Sul, 25% das mulheres que tem em seu histórico obstétrico um aborto anterior, parto prematuro ou gestação gemelar podem sofrer com partos interrompidos antes das quarenta semanas (ROSA *et al.*, 2021).

Nos Estados Unidos foi realizado um estudo com 43.537 mulheres com idade inferior aos vinte e cinco anos de idade e obtiveram resultados que quanto mais jovem a mulher maior a chance dela gestar um neonato prematuro. Kawakita, *et al.* (2016) apud Rosa et al, 2021 A “Ong Prematuridade” também aponta como fatores preponderantes para a prematuridade algumas intercorrências como hemorragias, anemia, transfusões de sangue, icterícia e apneia.

As gestantes tabagistas e que sofreram abortos anteriores provocados ou de forma espontânea, ou que fizeram uso de drogas e chás abortivos no início da gestação apresentam uma ansiedade significativa em relação à normalidade do feto. As gestantes de classe popular ainda sofrem mais com as dificuldades de se compreender o que é de fato real ou mitos e tabus populares, todas essas questões, simultaneamente experienciadas com a desinformação são fatores que podem influenciar uma gestação antecipada (MONTEIRO, 1998).

Os fatores de risco e preponderantes do interrompimento brusco da vida intrauterina apontados pelos estudos da Rosa *et al.* (2021) enquadram os anatômicos e fisiológicos, como derivados do aparelho genital, a amniorrexe, sangramentos vaginais, infecções do trato urinário (ITU), leucorreia, também as alterações placentárias, como descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, as síndromes hipertensivas: como pré-eclâmpsia, síndrome de help e eclâmpsia.

De assentimento com Rosa *et al.* (2021) há evidências de que a realização desnecessária de cesarianas aumentou significativamente a morbimortalidade materna e neonatal, como também a taxa de prematuros, de neonatos de baixo peso, além de interferências negativas no aleitamento humano e no vínculo da mãe e do bebê. Leal *et al.* (2016) apud Rosa *et al.* (2021) alertam que a imposição exacerbada de cesarianas contribui para esse fenômeno acontecer corriqueiramente.

O apontamento que a Monteiro (1988) contextualiza é questionar essa protagonização do médico, sua agenda lotada e seu atendimento apressado na rede pública, já que muitos tem seus consultórios particulares e com tantas responsabilidades, muitas vezes priorizam seu tempo e agenda à um atendimento humanizado e subjetivo de cada gestante. Monteiro (1988) ainda traz que muitos destes médicos adotam medidas de indução à partos ou aceleração para estes ocorrerem conciliados aos atendimentos que são particulares com seus outros horários disponíveis em agenda e seus plantões. Essa mesma autora critica a indução e aceleração desses partos como desnecessária e que acontecem frequentemente com mulheres de classe média e baixa.

3.1.1 Relação mãe e equipe de saúde: como as contribuições na vida gestacional podem impactar a saúde da mulher

O acompanhamento da equipe de saúde e controle do pré-natal adequados classificados pelo Ministério da Saúde (2019) garantem a mãe e a criança um processo de gestação e puerpério mais protegido, com cuidados e medidas preventivas, assim como investigações e mapeamentos contínuos durante toda a gravidez para que essa mulher tenha amparo e sua equipe multidisciplinar de saúde garantida e esteja inclusa em sua rede de apoio gestacional.

A construção desse vínculo da mãe e de sua equipe de saúde que a acompanha facilita o processo para que ela esteja mais atenta a si mesma, e valorize cada consulta pré-natal, pois quando se estabelece uma relação confiável, a gestante sentirá que está inclusa e pode retirar suas dúvidas e temores em torno do nascimento, do período neonatal. O momento da consulta também a preparará com informações pertinentes sobre essas fases, para abordar a conscientização sobre a vacinação materna e neonatal (SBP, 2022).

É necessariamente relevante o posicionamento de critérios para estratificação de risco gestacional, o que é destacado no Ministério da Saúde (2019) que aborda o cerne desse apontamento, que devem prevenir essas situações de risco demasiado, classificando-as como habitual, intermediário e de alto risco. A atenção e acompanhamento adequados da equipe de

saúde qualificada por Ministério da Saúde (2019) podem garantir a vida materna e neonatal, através de diversas investigações diante os fatores de risco, que são as condições biológicas, psicológicas ou sociais que são analisadas através de estatística e probabilidades quanto à possibilidade de morbidade e mortalidade. Assim, devem ser realizadas através das características singulares e subjetivas de cada paciente, mapear suas vulnerabilidades econômicas, seus impactos culturais e sociais, o seu estilo de vida, a sua genética, seus comportamentos e atravessamentos gerados pelas redes sociais, comunitárias, seu engajamento com a rede de apoio, suas futuras expectativas e condições de vida e trabalho, como também acesso aos serviços públicos e também participação em grupos de acolhimento e terapia grupal.

O trabalho da equipe com a gestante é extremamente relevante, tem a objetividade de proteger a mulher, de dar assistência, orientação, cursos e grupos de acolhimento e de intervenções para as gestantes participarem, como propõe também o Pré Natal Psicológico. Ares, Mourão e Fragalle, (2014) salientam que o cuidado obstétrico integral e humanizado transforma significativamente a realidade das mulheres na gestação e um fator efetivo de redução da morbimortalidade materna.

Prado e Vale (2012) abordam o desenvolvimento de informativos propostos pela equipe de fisioterapia para orientação aos pais, enfatizando que haja uma comunicação mais explícita e mais didática para as gestantes, com linguagem acessível e objetivando esclarecer dúvidas durante os períodos vivenciados, isso configura a importância da psicoeducação diante a gestação e que isso será um fator de proteção, a equipe estará envolvendo a gestante no processo de forma ativa, dando apoio e cobertura.

3.2 A Mulher e a Representação do Medo do Parto

Todo o processo de gestação e puerpério é vivenciado por seres humanos, geralmente por mulheres, sendo estas submetidas a uma cultura esmagadora de diversas cobranças sobre ser mulher e principalmente ser mãe. Federici (2017) aponta que essas definições e mudanças históricas foram ainda mais consolidadas no século XIX, coagindo a mulher a vocação natural de reproduzir e ser dona de casa em tempo integral, assim, ao mesmo tempo que a cultura social acredita ser a maternidade um processo instintivo e designado a mulheres. O que a Badinter também contraria majestosamente, a cultura ocidental também rouba da mulher o protagonismo dessa vivência, principalmente nos últimos tempos, deixando ao cargo do médico ser o centro das atenções nessa particularidade de cada uma.

Assim, como afirma Monteiro (1988) os procedimentos de submissão a gestantes e parturientes são sobrepostos enquanto pacientes e mulheres, e ainda maior quando é uma parturiente da classe popular, devido à submissão nos diversos aparelhos ideológicos sociais a mulher caracteriza-se assim com uma atitude passiva também na relação médico-paciente, e envolvendo a classe social se destaca por assim dizer uma atitude de temor também diante da figura social do médico.

De acordo com Monteiro (1988), não pode se negar a realidade da dor durante o parto, mas acredita ser também um fruto do condicionamento cultural e social de que existe essa tamanha e inigualável dor. Acredita-se assim, que este é um fator causal e preponderante que é extremamente relevante nessa discussão, outros fenômenos contribuintes podem ser disfunções próprias e anatômicas-fisiológicas de cada parturiente. É comum encontrar relatos de mulheres que viveram essa fase e não sentiram tanta dor como essa que é retratada e disseminada entre parturientes e futuras mães (MONTEIRO, 1988).

Diante desta mistificação a dor no parto passa a ser tão enraizada que se torna um padrão de esquiva no repertório comportamental de tantas pessoas que muitas evitam a gestação ou sofrem demasiadamente durante toda a gestação, com medo desse único momento. A dor é uma experiência subjetiva que engloba componentes afetivos e cognitivos negativos e que podem ser intensificados pela percepção, sendo a crença um desses agentes intensificadores. Diversas vezes as tentativas de controlar a dor acrescentam ainda mais sofrimento, ao parar de lutar contra a dor essa sensação pode diminuir, e entra a intervenção através da validação do psicólogo ou profissional da saúde presente (PORTNOI, 2014).

A maternagem é um processo que depende primordialmente de uma sensibilidade afetivo-emocional que é o que a mãe pode desenvolver por seu feto, assim precisa estar essencialmente presente durante este fenômeno (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Como a representação social sobre a parturição está sempre simbolizada por sentimentos de apreensão, dúvidas, o medo da dor e de suas repercussões, tornam a mulher refém dessa situação. Os sentimentos negativos refletem os significados do meio, são ecos culturais que são alimentados por desinformação, pela mídia e pelos relatos de outras mulheres, assim como também o modelo de assistência obstétrica atual.

De acordo com as pontuações desta mesma escritora a mulher na sociedade contemporânea desperta um medo tão significativo desse sofrimento desencadeado pela dor, que repercute e influencia no seu protagonismo diante desta vivência, pois se não desempenhar a altura das expectativas sociais pode não corresponder à função feminina de ser mãe. E assim, esses temores do medo da dor e de não corresponder essa “vocação dita como natural” e

diversos outros temores são disseminados e associados a histórias de outras mulheres, fornecendo subsídio emocional à gestante e a parturiente, o que tem aumentado as preferências e pedidos de parto cesáreo (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

3.2.1 A violência obstétrica velada e os impactos desta vivência na gestação

A dificuldade em reconhecer a vivência de um atentado à gestante e parturiente é tão complexa quanto a diversos fatores, como também altamente influenciada por esse devocionismo pela figura do médico, como por questões de classe, econômicas, e é tão delicada e difícil de perceber quanto a violência doméstica. Segundo Lansky *et al.* (2017) indicar a agressão, reconhecê-la e nominá-la como maus tratos parece distante e vazio nesta condição, onde a relação de poder entre profissionais da saúde e mulheres é tão presente que interfere na autonomia, tomada de decisões, integridade corporal e psicológica para escolher o que for melhor em sua situação.

Em anuência com Lansky *et al.* (2017) sintetiza-se assim o aumento da proporção de mulheres com conhecimento razoavelmente bom sobre a violência obstétrica antes e depois de participarem da exposição “Sentidos do nascer” citada no estudo, de 42,0% para 91,2% entre as mulheres que desenterraram essas vivências na entrevista pós parto. Dentre as 64 participantes do estudo, apenas 44 (69%) descreveram sua experiência focando em apenas uma categoria de violência, neste estudo foram mencionadas 103 situações de violência obstétrica e que foram subdivididas em diversas categorias de desrespeito e abuso.

Foi submetido ao estudo da autora diversas categorias deste ato constantemente exercido por profissionais da equipe de frente da saúde e acompanhamento da gestante, em que a categoria mais prevalente se destacou por 36,9% imposições exacerbadas de intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações limitadas e distorcidas e a categoria cuidado indigno e abuso verbal foi representada em 34 situações (33%), abuso físico 14 (13,5%) e abandono e negligência ou recusa de assistência em 11 (10,6%), 3% não confidencial ou não privativo e 3% discriminação (LANSKY *et al.*, 2017).

Diniz *et al.* (2015) *apud* Assis (2018) relata que no Brasil e na América Latina expressões que são referidas a esta violência as descrevem como: violência de gênero no parto e aborto, crueldade no parto, violência institucional de gênero no parto e aborto, assistência desumanizada, abusos, violações dos direitos humanos no parto, desrespeito e abuso obstétrico durante os pré-natais. Também aponta que o tratamento é diferencial, com base em características consideradas positivas e negativas, respectivamente, mulheres que são casadas,

que planejaram gravidez, são adultas, brancas, escolarizadas, de classe média ou alta, saudáveis e depreciam e atentam mais quanto aos seus direitos quando mais jovens, negras, pobres, não escolarizadas ou que questionam as ordens médicas, constatando que quanto maior a vulnerabilidade da mulher mais humilhante e hostil será o tratamento direcionado.

Os relatos desse ato de violência obstétrica é associado a práticas assistenciais caracterizadas como obsoletas, o número de mulheres submetidas à posição litotômica no parto, manobra de Kristeller, episiotomia sem informação ou seguida da separação do bebê e de sua mãe após o nascimento, revela o índice e a alta persistência de seletivos profissionais que insistem em uma prática clínica questionável na atenção ao parto, a falta de transparência na tomada de decisão pontuada por Lansky *et al.* (2017), assim como a concentração de poder e banalização de procedimentos não recomendados e nem científicos são vedadas por uma cultura de devoção e relação de poder à figura central do médico obstetra.

A autora põe em exibição alguns dos relatos constantemente expostos ao seu escrito:

“Toda hora fazendo o exame de toque e forçando”, “teve toque, desnecessário, parece que é forçado. E me senti mais exposta”, “Senti muitas dores depois na barriga porque tiveram que apertar minha barriga para ajudar a nascer”, “Me senti mutilada quando fizeram a episiotomia em mim”, “Eu fui deixada numa cadeira depois do pós-parto, logo que passou a anestesia.”, “Eles me largaram lá no corredor gritando por muito tempo e isso me deixou muito triste”, “Cheguei na maternidade já em trabalho de parto e não teve assistência, ganhei sozinha e minha mãe precisou correr atrás do médico para ajudar”, “Após me levarem ao bloco cirúrgico fizeram exame de toque em mim no corredor sem privacidade nenhuma”, “Fiquei em um quarto com mais de 6 gestantes, escutava elas gritando de dor e aquilo me deixava mais nervosa, não tinha nada que pudesse me distrair!” (LANSKY, *et al.*, 2017, p.2819).

Como aponta Katz *et al.* (2020) é preciso o reconhecimento e a aceitação para que o processo redentor seja iniciado, gerando desconstrução e transformação, pois afirma que se dói em qualquer um de nós admitir que somos ou um dia já fomos violentos, dói muito mais à violência contra as mulheres, e estas passam diariamente, principalmente com o atual modelo de assistência, que é excessivamente tecnocrático, que é repleto de intervenções desnecessárias, e então assim o caminho é o reconhecimento e a modificação das práticas.

3.3 A Psicologia como Suporte Auxiliar e Fundamental para Mães de Recém-Nascidos Prematuros

A necessidade e relevância da atuação do Psicólogo nos diversos ambientes hospitalares, sejam de internação, ambulatorios, nas emergências e nas unidades de terapias intensivas, seja acompanhando pacientes, como os familiares, é ressaltada por Queiroz *et al.*

(2020), estes autores destacam a necessidade de acompanhamento psicológico nas alas de maternidade, em que são frequentes as demandas de recém-nascidos pré-termo, que são antes das 37 semanas de gestação.

Sendo o profissional da Psicologia experiente no trato singular, considerando cada indivíduo único e sabendo que não pode imprimir os parâmetros sociais as pessoas, pautado na ética e com uma escuta qualificada e ativa, é capaz de aproximar-se das dores que podem ser vivenciadas pelas mães gestantes e que precisam lidar com o interrompimento da gravidez de forma precoce. Queiroz *et al.* (2020) aborda a intervenção psicológica essencial na composição da equipe multidisciplinar, para que as experiências de maternidade sejam enxergadas cada uma, de forma singular e que estas mães sejam assistidas de forma responsável e ética.

Kansou *et al.* (2018) evidenciam a necessidade do Psicólogo no contexto da maternidade, pensando nas turbulências emocionais que o período gravídico-puerperal traz para uma mulher, ainda mais em contexto de alto risco, seja para ela ou para o bebê, em que existe uma alta probabilidade de mãe ou feto sofrerem complicações. Neste contexto, percebe-se a perda de controle sobre a gravidez, o que aumenta a frequência ou desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos e por isso a necessidade de uma escuta qualificada e acolhedora, dando todo suporte a esta mãe.

É necessário um olhar atento as experiências passadas das mães gestantes que já tiveram complicações na gravidez, seja histórico de aborto, óbitos neonatais ou patologias obstétricas, pois estas estarão mais sensíveis, mais propensas as doenças psicológicas e a um novo quadro de complicação uterina, assim o suporte psicológico é fundamental para que a mulher possa vivenciar todo esse momento de forma consciente e com a intenção de reorganizar-se emocionalmente (KANSOU *et al.*, 2018).

O nascimento prematuro de um neonato reflete uma abundância de episódios críticos, que atravessa em meio a avanços e retrocessos na vida salutar desse bebê. As consequências psicológicas, segundo Messa, Mattos e Sallum (2017) *apud* Tronchin e Tsunehiro (2005) são vividas pelos gestores impactando suas vidas nos variados âmbitos, seja socioafetivo, familiares, conjugal, profissional em meio a um contexto tão inesperado e desesperador que solicitam o apoio e o acompanhamento psicológico de um profissional especializado.

A pesquisa de Messa, Mattos e Sallum (2017) possui foco em identificar aspectos psicológicos da experiência de uma mãe e de um pai em relação à determinada comorbidade de neonatos prematuros, analisando a instabilidade do período de acordo com os reflexos emocionais da vivência desses pais. Quando o nascimento prematuro envolve algumas comorbidades, como por exemplo a seqüela ocular, inicia um processo de adaptação e aceitação

para adesão aos procedimentos do tratamento e é necessário um acompanhamento psicológico para dar suporte a este delicado momento.

3.3.1 A mulher inserida no contexto do ciclo gravídico

Seja a primeira gravidez da mulher, ou seja, outra experiência gravídica, as mulheres estão propensas a desenvolverem alterações emocionais significativas, que podem desenvolver quadros ansiosos, depressivos, seja no período gravídico e se estender para o puerpério em que serão traçados diversos desafios. Isso acontece, também pela mistificação da gravidez e a associação de que deve ser um período desejado e de muita felicidade na vida da mulher, assim toda pessoa que sai da margem dessa imposição foge à regra e acaba impedindo que esta mulher seja amparada socialmente, psicologicamente e emocionalmente (QUEIROZ *et al.*, 2020).

Uma gestação saudável, pautada no bem estar da mulher implica em um bom desenvolvimento fetal. A consequência de amparar a mulher no âmbito psicológico, social e fisiológico dão ênfase num bom elo entre mãe e filho(a), fazendo com que ambos sejam acolhidos e tenham o pós parto mais tranquilo e de fato saudável, o que influencia na amamentação, na ligação entre ambos e consequentemente na diminuição das altas taxas de prematuridade, pois mãe e filho estarão sendo amparados desde o início (MATER ONLINE, 2021).

Arrais Mourão e Fragalle (2014) respaldam o ciclo gravídico como instigador de expectativas, fantasias, sonhos, ansiedades e sentimentos ambivalentes. A ansiedade faz parte da gestação, diante de questões: como será esteticamente, com quem parecerá, o que muda depois da criança chegar ao mundo externo, se a criança será saudável, atípica em algum aspecto e dependendo da classe social, se terá condições econômicas para a criação da criança. As mudanças diante de sua futura vida que agora implica em ser mãe, sendo esta uma característica e estereótipo muito marcado na nossa sociedade patriarcal, tendo um papel social que agora é exigido um posicionamento, um abrir mão de suas outras áreas da vida em prol do seu futuro filho, sendo que esta é uma fase solitária, já que a mãe passa por isso sozinha, por mais que seu companheiro ou pai da criança acompanhem de perto todo esse misto de sensações, emoções e obrigações.

A mulher no ciclo gravídico precisa estar ciente das consequências de uma não adesão ou não realização do pré-natal que pode prevenir e alertar quanto aos riscos gestacionais. As dificuldades da gravidez na adolescência, o abuso e uso indiscriminado de drogas ilícitas pela gestante e a ausência de parceiro sexual fixo ou a coexistência de múltiplos parceiros, assim

como o baixo nível socioeconômico e precária escolaridade, multiparidade, moradia distante dos acessos aos serviços de saúde e a presença de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) são fatores de risco apontados por Silva et al. (2022) *apud* Damasceno (2014) que diante a experiência gravídica podem estar diretamente ligadas as altas taxas de infecções congênitas.

Por isso a adesão adequada ao pré-natal, com a prevenção através do instrumento da anamnese no período, junto com a triagem sorológica, e um acompanhamento multidisciplinar bem feito reduz os riscos de complicações e podem ajudar na diagnosticção precoce de doenças que a gestante não sabia ser acometida, como a sífilis ou outras IST's, assim o risco traçado poderá ser taxado diminutivamente (SILVA *et al.*, 2022).

Necessariamente a realização de ações de educação em saúde, com esclarecimento para a comunidade, vislumbram a importância de um acompanhamento pré-natal que seja devidamente efetivo e que se faz indispensável, o contato direto por meio de rodas de conversas, onde se deve discutir as principais prevenções, a importância das consultas, o risco que elas podem se colocar, e o uso de determinadas medicações é expressiva diante esta vivência.

3.4 As Implicações da Equipe Multidisciplinar de Saúde no Acompanhamento Puerperal/ Pós Parto

O RNPT (Recém-nascido pré-termo) é submetido a procedimentos altamente invasivos, a uma rotina hospitalar que é fria, sem os estímulos que um recém-nascido necessita, afeta a sua mobilidade de forma impactante, é um espaço restrito, que requer a inserção de profissionais que enxergam a necessidade de acolhimento (RAMALHO *et al.*, 2021). Ramalho *et al.* (2021) ainda indica que logo após o período de internação é relevante que a intervenção seja realizada com um acompanhamento multiprofissional em ambulatório, para que se garanta a saúde da mãe e do bebê, e este tendo seu desenvolvimento preservado.

Observam-se diversas lacunas na qualidade da prestação de serviços e na garantia da integralidade e da singularização do cuidado à mulher no contexto precoce. É percebido o fragmento das ações de uma equipe multidisciplinar e há uma falta de organização e de decisões conjuntas, de um projeto terapêutico singular (PTS), como também a fragmentação das áreas da saúde atrapalha esse processo de intervenção. Assim, evidenciando a fragilidade das ações conjuntas, que muitas vezes são individualizadas e fragmentadas da equipe multidisciplinar na rede de acompanhamento da gestante em seu período gravídico e puerperal e também no acompanhamento do recém-nascido de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os profissionais que atuam na linha de frente no período perinatal, gestacional, não enxergam a particularidade e envolvimento do Psicólogo como benéfico, seja por uma questão histórico-sócio-cultural que a Psicologia intervém apenas quando já existe doença, e não preventivamente, como também de que é um momento que a mulher pode passar sozinha, por “instinto”. O psicólogo obstétrico/perinatal tem embasamento teórico e específico para atuar com as questões que envolvem o ciclo gravídico-puerperal, parto, o pós-parto, luto por perda fetal, abortos espontâneos e legais e dar suporte psicológico a mãe e ao casal que enfrenta o nascimento precoce e toda aquela situação que pode ser um gatilho para doenças emocionais psicológicas (SCHIAVO, 2021).

Este modelo de intervenção preventivo proposto por Benincasa *et al.* (2019) propicia suporte emocional, instrucional e informacional através da psicoeducação de forma individual e grupal, com outras gestantes acompanhadas no ciclo gravídico-puerperal, também pode ser estendido diante o quadro de inter rompimento brusco da vida intrauterina, dando todo o suporte psicológico necessário aquela mãe e aos seus familiares. Os mesmos autores destacam o apelo a humanização da assistência durante o processo gestacional e puerperal, que visa ser uma intervenção e fator de proteção à doenças psicológicas que podem ser desenvolvidas diante o puerpério, o puerpério e a prematuridade, o puerpério e o adoecimento psíquico.

3.5 Mãe e O Feto: A Hospitalização e a Relação Pós Parto

Na contextualização do nascimento precoce, a mãe pode ser impossibilitada de oferecer ao filho os primeiros cuidados e que são fundamentais para o desenvolvimento e a vinculação de ambos. E para o bebê é altamente necessário que as experiências ambientais sejam favoráveis, para que ele possa começar a representar-se socialmente, entendendo quais são suas figuras de apoio e no contexto hospitalar essas vivências são afetadas e frustradas (BASEGGIO *et al.*, 2017).

O nascimento precoce está ligeiramente associado à hospitalização do bebê, um período de turbulências emocionais e que gera muita angústia para os pais, a mãe que está fragilizada pode sentir-se ainda mais desestruturada, pois podem surgir diversos problemas de saúde na criança. Baseggio *et al.* (2017) fundamentam que o vínculo e os cuidados iniciais que acontecem de maneira natural são suspensos e dificultados pelo ambiente da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), que pode ser altamente hostil e desagradável para o bebê, com a diversidade de procedimentos invasivos que este é submetido durante a internação.

Além de enfrentar esse momento de alta vulnerabilidade para a sua criança, a mãe pode obrigar-se a ir pra casa e ser acometida por sentimentos de frustração, com o medo, tristeza e muitas vezes revivendo todas as fantasias que se prendeu durante a gestação, a de castração é uma das que podem se apresentar, que são representadas de maneira em que ela não conseguiu levar a gestação adiante, de não ter conseguido concluir toda a gestação e que o bebê está inacabado (BASEGGIO *et al.*, 2017).

A mãe pode ser profundamente atingida na sua autoestima, com sentimentos e pensamentos relacionados a inferioridade, pois sua visão sobre suas capacidades maternas e a sua forma de se enxergar como mulher forte e capaz foram abaladas. Baseggio; *et al.* (2017) afirma que o nascimento prematuro pode ser configurado como parte do corpo a ter sido perdida, como uma ameaça à integridade corporal, o que reforça as fantasias de inferioridade e que o seu interior é perigoso.

A UTIN é invasiva, mas garante maior possibilidade de sobrevivência. Apesar de ser essencial para a continuidade do bebê, pode tornar-se altamente hostil para os desadaptados ao ambiente. Com luzes fortes e contínuas, temperaturas variadas e a intensidade e quantidade de procedimentos aversivos, que podem afetar o sono, causando dor e desconforto (BASEGGIO *et al.*, 2017).

Ao nascer, o bebê começa a constituir o que sustenta a sua personalidade e individualidade, tendo em vista a sua própria importância no mundo. Assim, Baseggio *et al.* (2017) designa que a evolução emocional é formada, de forma estável e saudável, quando este foi bem amparado pela família e bem assistido pela mãe, com uma estimulação e atenção materna adequada, o que é impossibilitado nesse contexto.

Para a mãe a sensação é de que perdeu parte do corpo, esta situação pode apresentar-se ainda mais difícil pois diversas vezes ela não se encontra preparada emocionalmente e nem fisicamente para estimular e interagir com o bebê naquele momento. Ambos os pais podem reforçar pensamentos de culpa, sendo dominados por esta sensação, sentindo responsabilidade e fortalecendo a ideia de que não são capazes de serem pais (BASEGGIO *et al.*, 2017).

3.5.1 A expectativa do bebê ideal X real em detrimento da saúde da mulher

O primeiro contato com o bebê prematuro pode causar estranhamento, angústia e insegurança para os pais, pois estes muitas vezes estão presos a representação do bebê imaginário e idealizado, que foi enfatizado durante toda a gestação e que não condiz com o bebê real, que pode estar magro, frágil e muito pálido. Além disso, Baseggio *et al.* (2017)

também pontua que a falta de informação diante o quadro do bebê causa muita angústia para os familiares, despertando inseguranças e principalmente impactando o desenvolvimento da criança a longo prazo, com altos prejuízos como consequência.

Esse imaginário construído e as representações de um bebê saudável, livre de imperfeições são constituídas ainda durante a gestação. Winnicott (2006) postula que este bebê passa a ser idealizado, de acordo com as fantasias dos pais e de todos a sua volta, que este será o que é altamente dotado das melhores qualidades, de perfeição e de expectativas a serem supridas. Quando o bebê não corresponde a estas expectativas, nasce de forma prematura e precisa ficar exposto a UTIN, a mãe e os familiares passam por um momento delicado de “separação forçada” dessa criança, um momento que traz bastante sofrimento, podendo desencadear transtornos mentais e também a perda do apego ao filho (SOUZA *et al.*, 2021)

Badinter (1985) aborda acerca da desconstrução do inatismo relacionado ao vínculo da mãe e bebê, apontando o amor maternal como apenas mais um sentimento, e que como todos os outros pode ser frágil e incerto e que não necessariamente está inscrito na natureza feminina, que a maternidade pode ter dedicação, ternura e pode não ter, que podem existir diversas faces da maternidade. O século XVIII desenha e caricatura uma imagem nova e idealizada de mãe, em que esta precisa constantemente provar o seu amor pelo bebê ou pela criança, os objetificando e transformando em sedentos pela atenção materna, encaixando a mãe em um papel de aceitar sacrifícios diante a sobrevivência do filho, junto de si.

A composição do que se acredita em amor materno foi sendo construída ao longo dos séculos e traz um adoecimento significativo à mulher, primeiro como auxiliar de médico, colaboradora do padre e do professor e posteriormente, no século XX, responsável pelo inconsciente e desejo do filho, sobrecarregou a mulher a uma missão terrível que define o seu papel e enclausura nesse papel de se não souber ou poder realizar em perfeição fica sujeita a pena de condenação moral (BADINTER, 1985)

Baseggio *et al.* (2017) aponta a necessidade que existe, em um contexto de nascimento prematuro, que os pais elaborem e enfrentem um processo de luto deste bebê idealizado, e muitas vezes ocorrerão os empecilhos no processo de vinculação com o filho(a), pois se faz necessário destacar que a separação física, prematura, já traz um sofrimento significativo para a mãe, pois esta não estava preparada para se desligar de seu filho de uma forma precoce e repentina, com uma segunda separação, onde o bebê terá que ficar na UTIN, reforça todos os sentimentos de impotência, de que não foi capaz, e que devem ser acolhidos pelo profissional atento a demanda da mãe.

4 METODOLOGIA

A pesquisa científica e acadêmica pressupõe de um rigor metodológico necessário e que é associado a um método já explícito para a avaliação do objeto do estudo, no entanto o presente trabalho apresenta-se como um estudo exploratório, de pesquisa bibliográfica, qualitativa, de revisão narrativa. Gil (2002) identifica este tipo de pesquisa com base nos materiais já elaborados e constituídos nos artigos científicos, nos livros, jornais e revistas; São diversas as pesquisas desenvolvidas a partir das fontes bibliográficas, pois estas permitem a cobertura mais ampla dos fenômenos.

Para a constituição do apresentado escrito, as bases de dados utilizadas e revestidas foram SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*, BVS - Biblioteca Virtual de Saúde, PEPSIC - Periódicos Eletrônicos em Psicologia, LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto de 2021 a maio de 2022 e constatou a necessidade e variedade de fontes relevantes especializadas no tema Prematuridade. A análise dos dados foi através da seleção de estudos recentes, atualizados e contribuintes sobre determinado tema. A revisão narrativa viabiliza o processamento do conhecimento e atualização de ideias novas acerca da temática exposta (MARTINS; IRMÃO, 2016).

Foram utilizados em todo o arcabouço teórico analisado neste escrito, 39 materiais que compõem artigos de revistas eletrônicas, livros e sites de acordo com uma análise crítica do próprio autor, em que cinco foram dispensados. Para obter as fontes de pesquisa aqui citadas, foram utilizados os seguintes descritores que foram de tamanha importância para o prosseguimento do atual documento: prematuridade e mãe; adoecimento psíquico da mulher; saúde da mulher, no período de agosto a novembro de 2021, utilizando os termos delimitadores de pesquisa foi encontrado os estudos aqui apresentados, evidenciando esse processo de busca da revisão narrativa. Hirt (2016) pressupõe identificação, fichamentos, mapeamento, análise e filtro de acordo com os critérios inclusivos e excludentes.

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos de acordo com a objetividade do trabalho, assim, os critérios de inclusão foram: artigos que discutem a necessidade de enxergar a prematuridade além, como um contexto de alto risco para a saúde materna, artigos com os últimos anos de produção, de 2017 a 2021 compõem a revisão de literatura, salvo algumas literaturas antigas que são cruciais e devidamente relatadas neste escrito, artigos que constam nas bases de dados já listadas, escritos brasileiros foram incluídos neste trabalho, que destacam a importância da atuação da Psicologia e uma visão multidisciplinar e humanizada. Os critérios

de exclusão foram: artigos fora do período citado, que não constam nas bases de dados ou sites oficiais da saúde, artigos em inglês ou espanhol e teses que não condizem com a temática da Prematuridade ou da Perinatalidade.

Este manuscrito trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura que objetiva o mapeamento do conhecimento sobre questões amplas, em que não delimita o critério explícito e nem o específica, ou seja, o protocolo se faz mais flexível e possui seleção arbitrária dos estudos, Rother (2007) pontua que o pesquisador é o detentor das escolhas de informações e artigos mais relevantes, valorizando a análise crítica pessoal do pesquisador. São constituídas basicamente, da análise da literatura presentes em livros, artigos de periódicos e de revistas impressas ou eletrônicas, teses, reportagens de jornais e diversas outras fontes bibliográficas.

A linguagem de Kant definiria a pesquisa qualitativa como uma “intensidade do fenômeno”, é atenta à dimensão cultural que provoca, que é expressa por valores, opiniões, representações, crenças, formas de relação, costumes, comportamentos e práticas. A pesquisa qualitativa possui normas e parâmetros que a configuram como cientificidade (MINAYO, 2017).

Para a interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, que garante a busca do entendimento da comunicação entre as pessoas, apoiando-se no reconhecimento do conteúdo das mensagens, a análise conteúdo preocupa-se com o que se diz e com o que quis dizer acerca de um determinado assunto, também define a análise é que se listam técnicas para melhor captar as mensagens transmitidas (BARDIN, 2010)

Bardin (2010) propõe uma sistematização dos dados, que seguem três etapas: 1. Pré-análise, que se sustenta na organização dos materiais utilizados, que garantem a seleção dos documentos, 2. Descrição analítica, que embasa a análise profunda, que infere a as suas hipóteses e os referenciais teóricos e 3. Interpretação referencial, de acordo com as informações coletadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse estudo constata-se que a condição precoce pode ser espontânea ou eletiva e existem multi fatores que afetam diretamente e que causam esse fenômeno, os elevados índices dessas taxas apontam para fatores determinantes, como o social, demográfico e o subjetivo. No entanto, fica exposto que também outras questões, como pessoas que tem um histórico obstétrico, quadros de vulnerabilidade física, assim como questões anatômicas e fisiológicas têm uma maior probabilidade de um interrompimento brusco da vida intrauterina, e que gestar no extremo da idade jovial ou tardia influencia nessa alta taxa de neonatos prematuros.

Os contextos que também propiciam o aumento de nascimentos precoces são a alta ansiedade de gestantes quanto a normalidade do feto quando estas fizeram uso de alucinógenos e psicoativos ou ingeriram chás abortivos, de acordo com Monteiro (1988), e também quando as gestantes são de classes populares ou baixas, não possuindo informação adequada, apontando uma maior dificuldade de perceber o que é mito e o que de fato é real no contexto gestacional, quando a gestante é de classe popular e não tem nenhuma fonte de informação aumenta-se ainda mais a probabilidade dessa gestação ser interrompida antecipadamente.

Um contexto altamente desafiador e que entende-se que impacta diretamente nesse aumento significativo de neonatos prematuros é a imposição exacerbada de cesarianas que aumentam a morbimortalidade neonatal, materna, o índice de neonatos de baixo peso e interferências no aleitamento humano, isso se dá por uma questão que impacta pontualmente, que é a indução a ter seus partos acelerados e o não questionamento dessa prática por um modelo social que endeusa e torna o médico o centro e o protagonista dessa vivência que é o parto.

Este escrito enfatiza que o controle do pré-natal adequado, o mapeamento de risco, as investigações, o cuidado e as medidas preventivas são um modelo preventivo realizado por uma equipe multidisciplinar que tem a intenção de proteger a mulher. Torna visível o quanto as ações preventivas de risco demasiado, que dão enfoque no traço do perfil de um risco de morbidade e mortalidade neonatal e materna, como as questões biológicas, psicológicas e sociais influenciam nessa contextualização.

A singularização e respeito a subjetividade dão norte significativo para o mapeamento de vulnerabilidades econômicas, de impactos socioculturais, levando em consideração o estilo de vida da gestante, a genética, os comportamentos, como as redes sociais influenciam, como a rede comunitária e de apoio impactam, as futuras expectativas, o trabalho, como os grupos de acolhimento e as terapias grupais podem afetar positivamente ou negativamente. Através deste estudo pode-se contemplar as questões relacionadas ao adoecimento mental materno e traçar

um perfil que é mais afetado e mais suscetível a vivenciar esse quadro clínico, de ter uma criança neonatal prematura, ou pré termo.

A Federici (2017) aponta para a cultura esmagadora de influências que quer enquadrar a mãe e a mulher em um estereótipo social e como estas vivências afligem o contexto gestacional de maneira drástica, como também pressionam a aceitação desta fase como algo instintivo e concomitantemente roubam da mulher o protagonismo dessa vivência, e assim, centralizam o médico, principalmente na parturição, deixando para a mulher a condição de passividade, principalmente pela figura social do médico que exprime a submissão aos aparelhos ideológicos e a hierarquização social, como a Monteiro (1988) exprime.

A influência do condicionamento cultural, bem como o social, explica essa representação social da dor que é inigualável, com uma mistificação de uma tamanha dor que está enraizada, Portnoi (2014) por sua vez, expressa que o Psicólogo deve validar a dor que é vivenciada singularmente. A apreensão, as dúvidas, o medo da dor e de suas repercussões, que é construída socialmente, torna a mulher refém, perdendo seu protagonismo e muitas vezes cedendo a imposição do parto cesáreo.

Outros fatores que interferem substancialmente e tornam o contexto propício para a precocidade é a intercorrência de violências obstétricas, identificando as entrevistas pós parto como os instrumentos que mais identificam este fator, estas violências dão caráter aos diversos abusos vivenciados por gestantes e parturientes e são constantemente exercidas pela linha de frente obstétrica.

A vulnerabilidade social e econômica é um fator de risco para a violência obstétrica e conseqüentemente afeta o emocional e psicológico da mãe que resplandece no aumento da probabilidade precoce, tornando a assistência e o tratamento direcionado mais hostil e humilhante. A violência obstétrica é fortalecida por essa cultura de devoção e relação de poder à figura central do médico, por o modelo de assistência tecnocrática, com intervenções desnecessárias, portanto, apenas quando isto for reconhecido, que se terá a oportunidade de modificar tais práticas.

O que se constata através deste estudo, é que a mãe nesse contexto da prematuridade, fica mais vulnerável e quando não acompanhada por uma equipe multidisciplinar está sujeita a adoecer psicicamente, aumentando o índice de vulnerabilidade nesse contexto. A falta da rotina hospitalar que propicia e estabelece um contato das mães e dos seus bebês neonatais internados em UTIN podem atravessar seus aspectos emocionais, psíquicos e físicos, como a produção de leite.

A violência obstétrica, a falta de um acompanhamento multidisciplinar, de um profissional que acolhe, de intervenções humanizadas na UTI neonatal, o aumento de cesarianas, a falta de assistência e apoio à família, o esclarecimento diante questões voltadas a gravidez e o plano de pré-natal e pós-parto influenciam majoritariamente as questões que adoecem psicologicamente as mulheres em uma gestação e pós parto.

É entendido que poucos autores se propõem a dialogar e abordar sobre este tema, e quando isso acontece, não são leituras atuais, a limitação deste trabalho é essa, junto com os autores que se propuseram seguirmos firmes nessa luta para a inserção de uma prática acolhedora e que garante a Profissão da Psicologia como integrante e indispensável nessa equipe multidisciplinar, garantindo também políticas públicas voltadas a essas mães, assim como a adesão e o encorajamento para pesquisas na área acadêmica e científica citada. Compõem neste manuscrito leituras de base, que não são atuais, mas que trazem consigo a realidade ainda peregrina e desvantajosa nesse contexto.

A autora aponta o quanto são necessários os esforços serem contínuos para que exista uma redução das dificuldades e que haja um desenvolvimento mesmo dentro de uma limitação que enquadra as gestações de alto risco e de bebês que nascem com dificuldades motoras e emocionais. É também de concordância com esta autora que se destaca neste trabalho científico o clamor por uma assistência pré-natal e perinatal, como também uma redução dos riscos maternos e fetais que unem os aspectos somáticos e emocionais, pois estes impactam um ao outro e estão inteiramente interligados, e assim se aponta mais um indiscutível fato que garantiria a melhor assistência, uma rotina de atenção mais voltada às questões emocionais da família, da mãe e do bebê (MALDONADO, 2017).

Assim, a essencialidade do acompanhamento psicológico nas alas de maternidade é indispensável, assim como nas terapias intensivas também. O psicólogo é o profissional que está atento às demandas internas, que trata com singularidade, que possui escuta qualificada, ativa e ética, assim como se aproxima das dores das mulheres na precocidade, deve estar inserido na equipe de tratamento multidisciplinar, evidenciando a necessidade de ser enxergada a particularidade de cada mulher dentro da maternidade, já que neste contexto as turbulências emocionais são diversas, e quando põe em risco a mulher ou o neonato, existe uma sensação de perda de controle sobre a gravidez, evidenciando um destacado sofrimento psíquico, rodeado de sintomas ansiosos e depressivos.

Quando se tem um profissional atento à singularidade de cada gestante ou parturiente, presta-se atenção às questões como histórico de complicações e de experiências passadas, e na intenção de reorganização emocional em uma situação de risco. A prematuridade é um contexto

em que se há diversos episódios críticos abundantes e que atravessa avanços e retrocessos na história de vida salutar do bebê. Esta vivência afeta os gestores e os familiares nos mais diversos âmbitos, como no sócio afetivo, familiar, conjugal, profissional. Torna-se preponderante para consequências psicológicas, principalmente quando não se tem apoio e acompanhamento especializado.

A gestação é uma fase que é considerada como momento solo da mãe, por ter que vivenciar as dificuldades gestacionais sem apoio, com diversas dúvidas e questionamentos. Quando existe uma boa intervenção da equipe de apoio às gestantes os fatores de risco são reduzidos, quanto mais informação sobre a adesão adequada ao pré-natal e pós-natal, menor será o risco de complicações, por isso, a educação em saúde se faz efetiva e indispensável

A ansiedade e a depressão aumentam no terceiro trimestre gestacional, pelas alterações emocionais significativas que ocorrem nesse período, acontecem pela mistificação dessa fase, o que dificulta e impede o amparo que pode ser ofertado às mães. Uma gestação saudável, pautada no bem estar da mulher implica em um bom desenvolvimento fetal. A consequência de amparar a mulher no âmbito psicológico, social e fisiológico dão ênfase num bom elo entre mãe e filho(a), fazendo com que ambos sejam acolhidos e tenham o pós parto mais tranquilo e de fato saudável, o que influencia na amamentação e na ligação entre ambos.

Porém, na prática hospitalar, os desafios encontrados relacionam-se às dificuldades dos outros profissionais enxergarem sentido na prática do psicólogo, que pode atuar sendo rede de apoio a esta mãe que está bombardeada de vulnerabilidade, ainda mais no contexto do bebê nascer precocemente. Além disso, os procedimentos na UTIN são altamente invasivos, sem nenhum estímulo, com espaço restrito e com um certo despreparo nas questões emocionais e afetivas, assim, o psicólogo obstétrico ou perinatal é essencial na sua prática, dando suporte à família do precoce e com a intenção de prevenir as doenças psicológicas emocionais da mãe, que já se encontra muito fragilizada. A humanização na assistência é um fator de proteção neste contexto mórbido.

A precocidade do bebê está relacionada a sua hospitalização e diante esta vivência altamente aversiva, a mãe do bebê torna-se ainda mais fragilizada, muitas vezes a impossibilitando a oferecer os primeiros cuidados ao seu filho, o que são ainda mais frustradas pelo ambiente hospitalar, em que afeta drasticamente a autoestima e reforça pensamentos de inferioridade, ainda mais porque é um momento incerto, que podem surgir diversos problemas de saúde.

Enfrentar esse contexto de alta vulnerabilidade para sua criança, torna a mãe propensa a sentir-se frustrada, angustiada e com pensamentos automáticos disfuncionais que não

conseguiu levar a gestação adiante, com a sensação que o bebê nasceu inacabado, o que abala diretamente a sua capacidade materna e ideia de mulher forte, a inundando de sentimentos de impotência. Expõe também uma clara ameaça à integridade corporal, parecendo ter perdido parte de seu corpo ou que este é perigoso internamente.

Por mais que a UTI neonatal seja invasiva, também garante a maior possibilidade de sobrevivência e é essencial para que seja permitida a continuidade do bebê, porém, por mais que seja mais viável salutarmente, também é um ambiente que é difícil ser vivenciado por ser hostil e desadaptativo, que causa desconforto, que carece de estimulação e atenção adequada ao feto. Assim, o primeiro contato causa estranhamento e angústia para a mãe, ainda mais por ela estar presa a representação do bebê ideal que foi sendo construída durante toda a gestação, lidar com o bebê real que está pálido, fragilizado e muitas vezes magro demais causa angústia, o que é ainda mais intensificado pela falta de informação sobre o quadro do bebê.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de escrita desse manuscrito foi extremamente relevante para a autora, que deseja debruçar-se sobre essa área na prática, lutando para a inserção de uma assistência humanizada. A realização de pesquisas na área Perinatal, com a intencionalidade de discutir as questões de prevenção e adoecimento materno e fetal são relevantes e necessitam de mais visibilidade, para que a prática seja modificada e tenha como referência a humanização na assistência obstétrica, com a inserção de equipes multidisciplinares e de políticas públicas que possam garantir esse cuidado mais preventivo, do que reparatório.

As dificuldades encontradas no processo de estudo, escolha de literaturas e escrita deste trabalho foram as limitadas fontes de pesquisa, sendo poucos autores que se propõem a argumentar sobre esta. Assim, se faz necessário destacar que encontrar pesquisas que focam no bem estar materno são escassas.

A construção deste estudo foi excepcionalmente desafiadora, pois se fez necessário sair do comodismo e enfrentar o desprovimento de escritas, de estudos e se propor a algo novo, e também de principalmente a carestia de conhecimento diante a Perinatalidade e quanto abordar sob a ótica materna. Assim como uma inserção e visão da equipe multidisciplinar de apoio, que a proposta é enxergar se concretizando, pois a prática é diferente da teoria e como foi pensada recentemente muitos psicólogos nem tem acesso.

O que encontrou de percalços ao longo dessa trajetória foi deparar-se com leituras expositivas nas bases de dados citadas, porém com pouca acessibilidade na língua portuguesa a materiais que focalizam a prevenção e a saúde materna, o que alarma os índices de pouca aderência e pouco conhecimento da prática com gestantes e puérperas em meio a este campo de saber e desempenho. Também pode ser apontado como um desafio não ter uma variedade de estudos dessa área que seja mais recente, o que denota uma falsa impressão de que se é conhecido há muito tempo, como a proposta de pré-natal psicológico, mas que na prática é pouco desenvolvido e conseqüentemente não posto em execução.

A consecução de abordar sobre esta linha de pesquisa, de maneira particular, é muito gratificante, assim como quanto pesquisadora, que deseja notoriedade para esta área. Repercute em diversos aspectos no comprometimento a abordar o que é necessário ser exposto e modificado.

Com este escrito pretendeu-se evidenciar a sugestão para uma prática que enxergue o psicólogo como profissional que possui a potencialidade de dar um apoio e construção na

equipe multidisciplinar e amparar e enxergar a mãe na sua condição de vivenciar essa dolorosa experiência da precocidade.

Objetivou nessa discussão propor a inserção da Psicologia na área preventiva no modelo hospitalocêntrico, enfatizando que o Psicólogo deve apropriar-se dos âmbitos que sua prática fará diferença significativa e que contribuirão para a construção e o vínculo de equipes interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

- ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 38, n. 4, p. 711-729, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003342016>.
- ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2016, v. 36, n. 4, pp. 847-863. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001382014>.
- BADINTER, Elisabeth. **Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno**. Nova Fronteira, p. 22-23/268. Rio de Janeiro, 1985.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.
- BASEGGIO, Denice B.; DIAS, Marta Priscila S.; BRUSQUE, Simone R.; DONELLI, Tagma Marina S.; MENDES, Patricia. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 153-167, 2017. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2017.1-10>.
- BENINCASA, Miria.; FREITAS, Vivian Brandão de; ROMAGNOLO, Adriana Navarro; JANUÁRIO, Bruna Setin; HELENO, Maria Geralda Viana. O Pré-Natal Psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.22, n. 1, jan-jun, Rio de Janeiro, 2019.
- BRASIL. **Clínica Ampliada e compartilhada**. Edição 1. Brasília. Editora MS, 2009.
- DAMASCENO, Alessandra B. A.; MONTEIRO, Denise L. M.; RODRIGUES, Luiza Basílio; BARMAS, Danielle B. Sodré; CERQUEIRA, Luciane R. P.; TRAJANO, Alexandre J. B.. Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 1-9, 29 jul. 2014. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2014.12133>.
- DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.
- FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017, 406p.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fio Cruz), Ministério da Saúde, Brasil, 2014.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. Editora Atlas S.A. Ed.4. São Paulo. p.44, 2002.

HIRT, Leila Maria. **O Cuidado Pré Natal À Luz da Literatura: Uma Revisão**. 25 f. Monografia (Especialização) - Curso de Gestão da Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. 2016. 25 f. Monografia (Especialização). 2016.

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2014.

KANSOU, Andressa Moro; OLIVEIRA, Kamila Fernanda de; KRAFT, Ragner Pereira; RIBEIRO, Patrícia Guillon. A Psicologia Dentro de um Hospital Maternidade: Levantamento de Dados. In: **Congresso Brasileiro de Psicologia da FAE**. 2018. p. 45-57.

KATZ, Leila; AMORIM, Melania Maria; GIORDANO, Juliana Camargo; BASTOS, Maria Helena; BRILHANTE, Aline Veras Moraes. Who is afraid of obstetric violence? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 623-626, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>.

LANSKY, Sônia; SOUZA, Kleyde Ventura de; PEIXOTO, Eliane Rezende de Moraes; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson; DINIZ, Carmen Simone Grilo; VIEIRA, Nayara Figueiredo; CUNHA, Rosiane de Oliveira; FRICHE, Amélia Augusta de Lima. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 8 [Acessado 16 Junho 2022], pp. 2811-2824. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; TORRES, Jacqueline Alves; THEME-FILHA, Mariza; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; MOREIRA, Maria Elizabeth; GAMA, Silvana Granado. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 1-12, out. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>.

MATER ONLINE. **Instrumentos para avaliação psicológica em gestantes**. Disponível em: <https://materonline.com.br/instrumentos-para-avaliacao-psicologica-em-gestantes/>. Acesso em: 16 jun. 2022.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melho**. 2. ed. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 16-17, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.30302016>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Da Mulher Na Gestação, Parto E Puerpério**. 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 16 maio 2022.

MONTEIRO, Vitoria Lucia Martins Pamplona. **Mulher E Parto: Recriando A Realidade, Através Do Psicodrama**. 1988. 171 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1988.

NEDER, Kaira; FERREIRA, Ludmilla D. M. P.; AMORIM, Katia de Souza. Coconstrução do apego no primeiro semestre de vida: o papel do outro nessa constituição. **Psicologia Usp**, [S.L.], v. 31, p. 1-22, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103->

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Rev Bras Anesthesiol**, [s. l], v. 3, n. 61, p. 1-10, 2011.

QUEIROZ, Lorryne Leandro Galdino de; AZEVEDO, Ana Paula Bilac; CHERER, Evandro de Quadros; CHATELARD, Daniela Scheinkman. A psicologia na maternidade hospitalar: um relato de experiência. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 57-63, 29 fev. 2020. Pro Reitoria de Pesquisa, Pos Graduacao e Inovacao - UFF. <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5679>.

RAMALHO, Olívia.; SANADA, Luciana Sayuri.; MENEGOL, Natália Alves.; PACHECO, Sheila Cristina da Silva; SONZA, Anelise.; MONTEMEZZO, Dayane. Confiabilidade intra e interexaminadores da aplicação da Escala Motora Infantil de Alberta (EMIA) em ambulatório de seguimento de recém-nascidos de risco. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, p. 88-94, 2021.

ROSA, Natana Pereira da; MISTURA, Claudelí; LEIVAS, Danielle Valim Pereira; VEIGA, Tatiele Melo da; NEVES, Eliane Tatsch; PEREIRA, Leonardo Dorneles. Fatores de riscos e causas relacionados à prematuridade de recém-nascidos em uma instituição hospitalar. **Research, Society And Development**, [s. l], v. 9, n. 10, p. 1-14, 2021.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>.

SCHIAVO, Rafaela Almeida; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim; SANTOS, Janaína Senhorini dos; ANTONUCCI, Juliana Marinho; MORMANNO, Carolina; PEREIRA, Veronica Aparecida. Fatores materno-infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. **Revista Psicologia e Saúde**, [S.L.], p. 1-32, 26 fev. 2021. Universidade Catolica Dom Bosco. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1031>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade. **Departamento Científico de Neonatologia**. p.1-4, 2019.

SOUZA, Gustavo Fonseca de Albuquerque; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PRACIANO, Gabriella de Almeida Figueredo; FRANÇA, Esther Soraya Lima de; CARVALHO, Cinthia Freire; PAIVA JÚNIOR, Sérgio de Sá Leitão; SOUZA, Manuela Barbosa Rodrigues de; ASANO, Nadja Maria Jorge. Apego materno-fetal e transtornos psiquiátricos em gestantes com fetos malformados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 40-49, mar. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000339>.

PRADO, Cristiane do; VALE, Luciana Assis. **Fisioterapia Neonatal e Pediátrica**. Rio de Janeiro: Manole, 2012.

TRONCHIN, Dayse Maria Rizatto; TSUNECHIRO, Maria Alice. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 58, n. 1, p. 49-54, fev. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672005000100009>.

WINNICOTT, D.W. A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. **Os bebês e suas mães**. Martins Fontes, São Paulo. (Trabalho original publicado em 1968) 2006.