

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MATERNIDADE ESCOLA

ALINE MELO DE AGUIAR

ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO PARA
MULHERES NO PÓS-PARTO: ESTUDO DESCRITIVO

Rio de Janeiro

2013

ALINE MELO DE AGUIAR

ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO PARA
MULHERES NO PÓS-PARTO: ESTUDO DESCRITIVO



Monografia do Curso de Especialização em Pós-graduação em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Marcus Renato de Carvalho

Rio de Janeiro

2013

MELO-DE-AGUIAR, Aline

Atendimento psicoeducativo em grupo para mulheres no pós-parto: estudo descritivo / Aline Melo-de-Aguiar – Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2013.

lx, 30f.: il.: 31cm

Orientador: Marcus Renato de Carvalho

Monografia (Pós-Graduação Lato-Sensu) – UFRJ/Maternidade Escola / Curso de Especialização em Atenção Integral e Saúde Materno-Infantil, 2013.

Referências Bibliográficas: f. 28-30

1.Período pós-parto 2.Psicologia em saúde 3.Promoção em saúde. I. Carvalho, Marcus Renato. II.Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. III.Título

Para Aloísio, Alessandra, Luíza, Clara e Felipe, minhas bases.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcus Renato de Carvalho, por seu companheirismo e por “comprar” minhas ideias.

Às minhas amigas de turma, AISMIgas, que fizeram desses 18 meses uma convivência alegre, de muitas trocas e cafés deliciosos. Em especial, à Fernanda Meireles e à Bianca Balassiano, pelo estreitamento dos nossos laços e por compartilharmos tudo o que passou, de bom ou não!

Agradeço aos funcionários Carlos, da secretaria, e Mara e Janaína, da biblioteca, pelas ajudas sempre prestativas e sorridentes, e aos professores do curso pelos conhecimentos transmitidos.

Às minhas amigas Tânia Victor e Talita Aguiar pela leitura e críticas a este trabalho.

E, finalmente, aos meus amigos do Grupo de Pesquisa Interação Social e Desenvolvimento/UERJ por estarem sempre a postos quando eu precisei.

“A consistência e o odor do carvalho começam a falar já perceptivelmente da lentidão e da constância com que a árvore cresce. O próprio carvalho assegura que só este crescer pode fundar o que dura e frutifica. Crescer significa abrir-se à amplidão do céu, mas também deitar raízes na obscuridade da terra. Tudo que é verdadeiro e autêntico, somente chega à maturidade se o homem for ao mesmo tempo ambas as coisas: disponível ao apelo do mais alto céu e abrigado pela proteção da terra que tudo oculta e produz.” (Heidegger)

RESUMO

Objetivos: este estudo tem por objetivo relatar especificidades do atendimento psicoeducativo em grupo para mulheres no pós-parto baseado na prática em psicologia clínica da autora. **Método:** estudo descritivo que tem como bases teóricas a psicologia evolucionista (PE) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC). A primeira fornecendo referencial conceitual para a compreensão do processo de desenvolvimento e do que é um bebê humano. A segunda, a metodologia para o atendimento às mães. **Considerações finais:** Espera-se, com este estudo, contribuir com uma proposta de atendimento psicoeducativo no pós-parto que promova um melhor desenvolvimento do bebê, uma construção da maternidade emocionalmente mais saudável e promoção em saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Período pós-parto, Psicologia em saúde, Promoção em saúde.

Abstracts

Objectives: This study aims to report specifics of psychoeducational treatment group for women in postpartum period based in author's clinical psychology practice.

Method: A descriptive study based in evolutionary psychology (EP) and cognitive behavioral therapy (CBT) theories. The first one, supplying conceptual reference for understanding the process of what is a human baby development. The second one, the methodology for mothers' attention. **Final comments:** The expected of this study is contribute with a psychoeducational care proposal during the postpartum that promotes better infant development, construction of motherhood more emotionally healthy, health promotion and life quality.

Keywords: Postpartum Period, Health Psychology, Health Promotion.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. O bebê humano pela ótica da psicologia evolucionista.....	10
1.2. Os contextos do nascimento: implicações na interação mãe-bebê.....	16
2. MÉTODO	20
2.1. Terapia cognitivo-comportamental	20
2.2. Especificidades no contexto do puerpério.....	22
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1. INTRODUÇÃO

A chegada de um bebê, em geral, traz alterações na rotina de uma família. O momento do pós-parto, normalmente considerado como os três primeiros meses após o nascimento, tem especificidades e requer um conhecimento amplo por parte dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento às famílias, inclusive do desenvolvimento humano nos diferentes momentos da ontogênese em que se encontram os familiares e o recém-nascido. Este estudo pretende abordar tais especificidades e mostrar, de forma exploratória, como uma prática psicoeducativa, por parte da equipe de saúde, poderia atuar de modo preventivo e promotor de saúde para a mulher e sua família no período pós-parto.

1.1. O bebê humano pela ótica da psicologia evolucionista

O bebê humano não é um “filhote” como de outros mamíferos, ele apresenta propensões e especificidades próprias da espécie *homo sapiens*. Para compreender um pouco da complexidade da chegada de um bebê humano em uma família, serão abordados alguns princípios e noções da psicologia evolucionista (PE) ligados à filogênese, que explicitam uma visão da natureza biologicamente cultural dos seres humanos e de como essa imbricação da biologia com a cultura afeta o modo como os pais cuidam de seus bebês.

A PE baseia-se na teoria da evolução de Darwin (1859/2004) e seus desdobramentos para discutir a adaptabilidade do ser humano a seu meio, utilizando-se de conceitos da Etologia, da Sociobiologia, da Ecologia Comportamental e da Psicologia Cognitiva (SEIDL-DE-MOURA, 2005). Considera tanto as predisposições biológicas quanto as especificidades do comportamento em diferentes contextos, levando em conta características individuais e buscando saber como ocorre a interação entre características da espécie e a experiência pessoal (VIEIRA; PRADO, 2005). Tem como premissas: 1) a existência de uma natureza humana universal, que contém mecanismos psicológicos produtos da evolução da espécie; 2) que os mecanismos psicológicos são adaptações resultantes de um processo de seleção natural ao longo do tempo evolucionário; 3) a concepção de que estrutura da mente humana é adaptativa ao ambiente ancestral de evolução e apresenta mecanismos de processamento de informação que permitem que os seres humanos produzam, absorvam, modifiquem e transmitam cultura (SEIDL-DE-MOURA, 2005; BUSSAB; RIBEIRO, 1998; BUSSAB, 2000).

É sempre bom lembrar, que nosso cérebro remonta ao período Pleistoceno (1,8 milhão a 10 mil anos atrás), tendo 99% da evolução humana ocorrido no modo de vida caçador-coletor (BUSSAB, 2000), sendo o ambiente atual muito diferente do ambiente originário de nosso cérebro. Ou seja, o cérebro humano foi forjado em um ambiente ancestral, mas é flexível para o ambiente atual.

A Psicologia Evolucionista do Desenvolvimento estuda a ontogênese sob a forma de comportamentos e mecanismos psicológicos que evoluíram na interação entre os ambientes social e físico. De acordo com Geary e Bjorklund (2000), seus objetivos são identificar os fenótipos sociais, psicológicos, cognitivos e neurais que são comuns aos seres humanos e a outras espécies, e identificar os mecanismos

genéticos e ecológicos que moldam o desenvolvimento desses fenótipos e garantem sua adaptação às condições locais.

Com base nessa perspectiva, assume-se que um bebê, quando nasce, traz consigo um pouco da história da espécie, na qual alguns aspectos estruturais do seu desenvolvimento foram selecionados ao longo de milhares de anos. Esses processos não são arbitrários, nem inflexíveis, mas adaptados ao longo do tempo. Um exemplo é a imaturidade com a qual nasce a espécie humana e as propensões para aprender e se socializar (VIEIRA; PRADO, 2005).

De acordo com esse modelo bidirecional de interação, há sincronia e reciprocidade entre os parceiros (WENDLAND CARRO; PICCININI; MILLAR, 1999). O comportamento do bebê não é apenas influenciado pela mãe, mas também impacta o comportamento desta, de modo que os sinais do bebê podem afetar quantitativa e qualitativamente suas trocas com os seus cuidadores (MAZET; STOLERU, 1990; KELLER, 2002).

O bebê humano nasce com seu desenvolvimento ainda incompleto e depende de cuidados de seus coespecíficos para sobreviver. Um dos aspectos que contribuiu para essa “imaturidade” do bebê foi a passagem ao bipedalismo ocorrida no *Homo sapiens*. Com a evolução da espécie, a liberação dos membros anteriores foi de suma importância em um momento em que a condição ambiental requeria a coleta de alimentos e a utilização de instrumentos, possibilitando, ainda, a ampliação do campo de visão e a diminuição da incidência de raios solares no corpo dos indivíduos. Desse modo, alterações anatômicas foram imprescindíveis para a passagem de um tipo de locomoção quadrúpede para bípede, destacando-se a redução da pélvis. Esse é um dos fatores que contribuiu para o nascimento “precoce” do bebê. Certamente, um bebê muito grande não teria condições de

passar por essa pelve estreitada e nascer (TONI et al, 2004). Sendo assim, o bebê humano é um ser frágil, se comparado a filhotes de outras espécies, pois necessita de cuidado e proteção por um período longo enquanto cresce e se desenvolve. Este aspecto contribuiu para o desenvolvimento, na espécie, do apego e da família, contexto em que comportamentos de investimento parental e a permanência do homem próximo à prole e à mulher favorecem a sobrevivência dos filhos.

Pode-se dizer que o sucesso de nossa espécie só foi possível porque, além de certas características e capacidades iniciais dos bebês, a evolução se encarregou de criar padrões comportamentais maternos e paternos compatíveis com a demanda da prole por cuidado. Sendo o *Homo sapiens* uma espécie cuja prole é pequena, em geral um filhote por gestação, o sucesso evolutivo não depende só das habilidades de sobrevivência nas etapas iniciais da ontogênese, mas também de que este filhote chegue à vida adulta e se reproduza, sendo fundamental o investimento parental para a continuidade da espécie.

Para garantir que a mãe cuide do bebê durante um longo período de tempo, através de processos de seleção natural, os bebês, ao nascerem, já apresentam determinadas características que favorecem as interações mãe-bebê, e que o predispõem a despertar nos adultos a aproximação e o cuidado. Essas capacidades, segundo Seidl-de-Moura e Ribas (2009, p. 31), “fazem parte de programas abertos, geneticamente determinados, mas sensíveis ao ambiente, que o preparam para adquirir informação por intermédio de trocas sociais precoces”. Uma dessas capacidades é a de atrair a atenção dos adultos. Para tanto, nascem com aparência atraente e agradável, tendo, no rosto, a face arredondada, os olhos maiores, a testa abobadada, o nariz menor, as bochechas arredondadas e o queixo recuado.

O choro é um forte deflagrador de cuidados, e, além de motivar a aproximação do adulto, contribui para a produção e a descida (reflexo de ejeção) do leite materno, indo ao encontro da maior necessidade do bebê, que é crescer e ganhar peso ao se alimentar. O contato ocular e o sorriso também facilitam a proximidade entre pais e bebê, sendo características deflagradoras de atividades sociais nos adultos que vão, aos poucos, habilitando o bebê a conhecer o contexto em que vive (SEIDL-DE-MOURA et al, 2008; SEIDL-DE-MOURA; RIBAS, 2009).

Por meio de seu esquema físico, a que Lorenz (1971) chamou de *Esquema Infantil*, o bebê é capaz de transmitir uma sensação de desamparo e de ativar respostas de cuidado parental. Tais características podem estimular a vigilância e a proteção também de não-familiares. Além disso, eles são capazes de reconhecer faces humanas e de preferirem uma a outras disposições perceptivas. São, ainda, sensíveis a estimulações que promovem alívio e conforto.

A responsividade materna é considerada resultante da seleção natural, pois uma mãe que atende às necessidades imediatas de seu bebê tem mais chance de fazê-lo crescer, se desenvolver e, quando adulto, reproduzir, transmitindo seus genes para uma nova geração. Deve-se, também, levar em conta o temperamento do bebê na interação com sua mãe (BUSSAB, 2000): um bebê mais calmo ou mais irritado afeta o comportamento da mãe. Por sua vez, as características da mãe influem nessa interação, constituindo um caminho de mão dupla.

Durante alguns anos, os estudos das relações entre pais e bebês foram caracterizados por focarem os efeitos dos pais sobre os bebês, com uma concepção unidirecional (OSOFSKY; CONNORS, 1979). A adoção de um modelo bidirecional de interação, para a compreensão das trocas entre mães (e demais cuidadores) e bebês, permitiu abarcar, em sua complexidade, esse fenômeno psicossocial, bem

como, levou em conta as evidências de um bebê com maior capacidade social, emocional e cognitiva dentro desse processo.

Estudos realizados, sobretudo a partir da década de 1970, demonstraram importantes capacidades dos bebês para a interação social e para lidar com a complexidade que essa interação envolve. Cohn e Tronick (1987) mostram o quanto as emoções e comunicações emocionais dos bebês são muito mais organizadas do que se pensava, e os bebês apresentam uma variedade de expressões emocionais apropriadas para o contexto e facilmente identificáveis por seus cuidadores (CAMRAS; SHUTTER, 2010). Talvez, o que de mais inesperado tenha sido identificado em bebês, já no seu segundo mês de vida, é uma capacidade humana precoce para responderem contingentemente a comportamentos afetivos (MENDES; SEIDL-DE-MOURA; SIQUEIRA, 2009).

A compreensão do bebê humano a partir da PE não fica completa sem a inclusão do contexto cultural, pois ele está sempre ligado à vida em sociedade e ao meio ambiente onde está inserido e será cuidado (BUSSAB; RIBEIRO, 1998; TONI et al, 2004). Com esta visão, as mães que recebem atendimento psicoducativo no pós-parto, a termo ou prematuro, podem entender o quanto seus filhos necessitam de cuidado e, também, o quanto elas mesmas precisam de suporte, de rede social de apoio, para dar conta da tarefa de atender prontamente às necessidades de um bebê que se comunica através do corpo e do choro. Ao mesmo tempo, as mães podem compreender seu contexto (se trabalha ou não, se tem marido ou não, se tem família próxima, classe social, nível educacional etc.) e se preparar para vivenciar da melhor maneira possível um momento da vida de grande demanda física e emocional como o pós-parto.

Este estudo não pretendeu aprofundar aspectos teóricos da PE, mas explorar suas contribuições para uma melhor compreensão das características próprias de nossa espécie e das especificidades de trajetórias de desenvolvimento de acordo com diferentes ambientes ecoculturais. Para um melhor aprofundamento e para conhecer estudos feitos no Brasil, consultar o site do Grupo de Pesquisa Interação Social e Desenvolvimento (www.desin.org), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

1.2. Os contextos do nascimento: implicações na interação mãe-bebê.

O ciclo gravídico-puerperal encerra-se com o pós-parto. É um período, como a gestação, em que a mulher passa por muitas mudanças fisiológicas e socioemocionais, sendo que, agora como mãe, a mulher precisa identificar não somente as suas necessidades, mas também as necessidades do bebê. Pressupor que, após nove meses de gestação, a mulher será automaticamente uma mãe, é um equívoco. O processo de lidar com a maternidade envolve inúmeros aspectos. Dentre eles, é necessária uma sutil permissão da própria mãe dessa mãe (agora no papel de avó, ou de outra figura feminina acolhedora) para que essa nova mãe passe do papel de *filha* ao papel de *mãe* (STERN, 1997). É também um período de intensas modificações psicossociais na família. O pai do bebê se mostra, muitas vezes, angustiado com as novas responsabilidades e relegado a segundo plano, em virtude dos cuidados que a mulher presta ao recém-nascido. Os sentimentos de

ciúme são comuns, não só por parte do homem, quanto da mulher, que durante a gravidez era o centro das atenções e perde esse lugar para o bebê.

Quando há outros filhos, estes também estão lidando com as adaptações da chegada do irmão. Podem sentir ciúmes e, muitas vezes, regredir a comportamentos já ultrapassados, como a enurese. Os demais familiares, como os sogros, os tios e as tias, também são afetados pela experiência. É comum surgirem conflitos de opiniões sobre os cuidados a serem prestados ao bebê, pois, como vimos, o bebê está imerso em um contexto histórico-cultural, não necessariamente o mesmo vivido na época dos avós. Um exemplo é o aleitamento materno exclusivo, que foi relegado a segundo plano em épocas anteriores e, atualmente, é totalmente indicado como o melhor alimento para o bebê. Todas essas transformações biopsicossociais fazem com que o pós-parto se caracterize por cansaço, labilidade de humor e, por vezes, conflitos familiares.

O desenvolvimento do vínculo mãe-bebê dá-se desde a gestação, que é um período no qual as mães constroem representações idealizadas de seus bebês. Ammaniti et al (1992) apontam que entre a 24^a e a 32^a semanas de gestação a mãe está mais preocupada com o seu bebê e com a identificação das necessidades dele.

Em contextos urbanos e ocidentais, com o nascimento do bebê, principalmente o primeiro filho, a mãe entra em uma organização psíquica específica que, segundo Stern (1997) é a *constelação da maternidade*. É um momento que as mulheres mostram algumas tendências específicas para determinadas ações, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. É um momento importante, mas temporário. A duração deste período é variável (alguns meses ou anos), mas enquanto estiver presente, é o eixo organizador do psiquismo da mulher. Stern aponta que a *constelação da maternidade* é um “construto único e independente em

si mesmo, de grande magnitude na vida da maioria das mães, e inteiramente normal” (1997, p. 161).

Para os profissionais, principalmente psicoterapeutas, que trabalham com mães, ter conhecimento destes aspectos vai nortear a compreensão da subjetividade da mulher durante este período, tanto na forma como experimentam esta fase, como nos temas abordados e para quais problemas buscam ajuda.

A *constelação da maternidade* aborda fundamentalmente três discursos que acontecem interna e externamente: 1) o discurso da mãe com sua própria mãe; 2) seu discurso consigo mesma; e 3) seu discurso com o bebê. Estes aspectos irão ocupá-la mentalmente, tanto em relação a quantidade de trabalho mental quanto de reelaborações mentais envolvidas neste momento. É como se houvesse uma rearrumação de prioridades. Interessa mais a uma mulher a sua mãe do que o seu pai; mais as mulheres do que os homens; mais o crescimento e o desenvolvimento do que a carreira; mais o marido, como pai, do que como homem; e mais o bebê do que qualquer outra coisa. Há uma identificação maior da mulher com sua própria mãe, como se esta precisasse lhe passar o “bastão”, permitindo que se torne mãe, ou seja, passar do papel de filha ao papel de mãe do seu próprio bebê.

Sendo assim, quando uma mulher se torna mãe, em nossa cultura, os principais temas que surgem, e que Stern chama de *constelação da maternidade*, são: 1) tema *vida-crescimento* (ela será capaz de manter a vida e o crescimento do bebê?); 2) tema *relacionar-se primário* (ela será capaz de envolver-se emocionalmente com o bebê de uma maneira pessoalmente autêntica, e será que esse envolvimento assegurará o desenvolvimento psíquico que ela quer para o bebê?); 3) tema *matriz de apoio* (saberá ela como criar e permitir os sistemas de apoio necessários para cumprir essas funções?); e 4) tema *reorganização da*

identidade (ela será capaz de transformar a sua autoidentidade para permitir e facilitar essas funções?).

Cada tema tem embutido ideias, desejos, medos e motivos que influenciarão seus sentimentos, ações, interpretações, relacionamentos interpessoais e demais comportamentos, ou seja, há uma reestruturação de sua vida psíquica e essa pode se manter para além da fase da *constelação da maternidade*.

Dentro do ciclo gravídico-puerperal, o período inicial do puerpério sofre com influências biológicas relacionadas, tais como alterações hormonais, que propiciam o parto, a amamentação e a recuperação no pós-parto. Entretanto, tais condições, isoladamente, não são suficientes para desencadear a *constelação da maternidade*, sendo as condições socioculturais, fundamentais para esse fenômeno. Pode-se destacar: 1) grande valor que é dado aos bebês, sua sobrevivência, bem-estar e ótimo desenvolvimento; 2) suposto desejo pelo bebê; 3) grande valor do papel materno; 4) responsabilidade básica dos cuidados ao bebê é colocada na mãe (mesmo que ela delegue tarefas); 5) espera-se que a mãe ame o bebê; 6) espera-se que o pai proporcione apoio e recursos para que a mulher possa exercer o papel maternal; e 7) a família e a sociedade, de um modo geral, não proporcionam a experiência, o treinamento e o apoio adequados para que a mãe possa, facilmente, executar as tarefas maternas sozinha.

2. MÉTODO

Este é um estudo descritivo, baseado na prática em psicologia clínica da autora, apoiado na visão de homem estabelecida a partir de princípios e noções da PE, e na terapia cognitivo-comportamental (TCC) que é utilizada para fundamentar a prática proposta para o atendimento psicoeducativo. Serão apresentados conceitos básicos da TCC e as especificidades do atendimento psicoeducativo em mulheres que tiveram o bebê a termo. Este estudo teve como objeto de análise o acompanhamento ao atendimento psicoeducativo a mães, vivenciando o pós-parto, realizado em uma clínica particular no Rio de Janeiro.

2.1. Terapia cognitivo-comportamental

A premissa básica da Terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a de que a maneira pela qual as pessoas interpretam suas experiências determina como elas se sentem e se comportam. Segundo Rangé e Souza “a noção de que são as *interpretações* – e não os fatos em si – que trazem sofrimento ao indivíduo é central para compreender a psicopatologia” (2008, p.264).

Pode-se aprofundar tal premissa a partir da definição de um dos principais conceitos da TCC: a *cognição*. De uma maneira ampla, diz-se que cognição engloba tanto o conteúdo do pensamento quanto os processos envolvidos no pensar. É pela cognição que uma pessoa avalia uma dada situação a partir de estímulos (internos

e/ou externos), refletindo sua visão sobre si, sobre os outros e sobre o mundo. Qualquer alteração no conteúdo de uma dada cognição também afeta o estado afetivo e comportamental da pessoa (SAFFI; SAVOIA; LOTUFO NETO, 2008).

Partindo dessas concepções gerais, alguns conceitos da TCC são relevantes para a compreensão do trabalho com as mães no pós-parto, tais como: 1) *pensamento automáticos* (PA) – avaliações espontâneas, geralmente não muito conscientes que podem ser funcionais ou disfuncionais e são originados a partir das crenças centrais. Ex.: não vou conseguir (em geral, não há um questionamento a tal pensamento); 2) *crenças centrais (ou nucleares)* – são arraigadas, precoces, super-generalizadas e absolutistas em relação a si, aos outros, ao mundo. Surgem na infância como uma tentativa de organizar os dados provenientes do mundo externo e interno. Ex.: Eu sou competente / Eu sou inadequado / Não posso confiar em estranhos; 3) *crenças intermediárias (ou condicionais)* – revelam estratégias para a pessoa se manter no controle e definem regras e atitudes (se...então...). Ex. Se eu ficar quietinha, então serei amada. Como a proposta deste estudo não é aprofundar a teoria da TCC, sugere-se consultar Rangé e Souza (2008).

Tais conceitos são o pano de fundo do trabalho de atendimento psicoeducativo, pois quando uma mãe se sente, por exemplo, incapaz de cuidar de seu bebê, procura-se trazer à tona o que está por trás de tal avaliação. Considera-se, então, quais as crenças, os pensamentos automáticos e aspectos da sua história de vida que estão contribuindo para o que ocorre na relação com o bebê.

Alguns princípios da TCC auxiliam na estruturação do trabalho, tais como, ser: 1) *ativa* – participante e profissional de saúde têm responsabilidade e agem de modo cooperativo; 2) *diretiva* – atenção dirigida aos problemas no aqui-e-agora, trabalhando pensamentos, sentimentos e comportamentos; 3) *psicoeducativa* –

profissional de saúde ensina o modelo cognitivo às mães; 4) *biblioterápica* – durante o trabalho, são indicadas leituras de acordo com os problemas em questão.

Outro ponto a ser destacado é a importância da formação do vínculo entre o profissional de saúde e a mãe. Neste aspecto, a formação em TCC embasa o profissional de saúde para que tenha: 1) *empatia* – olhar o mundo da mãe com os olhos dela; 2) *interesse genuíno* pela mulher que está à sua frente; 3) *calor humano*; 4) conhecimento teórico e prático sobre a TCC, e, neste caso, conhecimentos específicos do ciclo gravídico-puerperal e do desenvolvimento infantil.

Muito embora a TCC apresente características específicas de tratamento psicoterápico, o atendimento no pós-parto não se propõe a ser uma psicoterapia e sim um trabalho psicoeducativo. Desta forma, empregam-se da TCC, principalmente, os aspectos que dão suporte a um trabalho individual ou grupal, seja para a mãe do bebê a termo ou do prematuro, que favoreçam o desenvolvimento de sua relação com o filho.

2.2. Especificidades no contexto do puerpério

Pensando em uma *mulher-mãe*, que, por conta do bebê tão pequeno, acaba tendo suas relações sociais alteradas, o atendimento psicoeducativo em grupo pode tornar-se um importante espaço para trocas de informações e experiências e para a elaboração das angústias e ansiedades inerentes a esta fase. Um desses grupos, que serve de referência para esse estudo descritivo, está sediado na cidade do Rio de Janeiro, em uma clínica privada, e atende, em sua

maioria, a uma população oriunda do grupo de gestantes atendido pela mesma equipe. A maioria das mulheres tem curso superior e pós-graduação, idades entre 30 e 40 anos, pertence à classe média e já recebeu orientação prévia sobre amamentação e cuidados com bebê, bem como um panorama geral de como é o pós-parto. O grupo tem no máximo seis participantes, é aberto, com participação voluntária, os temas discutidos são sugerido pelas mães e a frequência é, em média, de dois atendimentos de duas horas cada por mês.

O trabalho psicoeducativo tem por objetivos: 1) Acolher e discutir questões fisiológicas e emocionais relacionadas ao pós-parto; 2) Fornecer conhecimento sobre as características, o desenvolvimento e cuidados com o bebê; 3) auxiliar a mãe a lidar melhor com as angústias e culpas deste período, o excesso de trabalho e o cansaço; 4) orientar a mãe para a formação de uma rede de apoio; 5) abordar aspectos socioeconômicos e culturais relativos a volta ao trabalho e a retomada da intimidade do casal; 6) refletir sobre o papel materno, sem perder de vista a mulher; e 7) orientar para a criação de filhos emocionalmente saudáveis.

A metodologia aplicada utiliza dinâmicas de grupo; aula expositiva; discussão de temas e leituras indicadas, baseadas nos temas levantados para discussão. Como apoio, há um grupo de discussão virtual no *Facebook* para que as mães possam “dialogar” e discutir previamente sobre o tema que será escolhido para ser tratado no encontro presencial. Desse modo, há um apoio constante e não somente quando ocorre o encontro presencial (que pode variar desde encontros semanais a encontros mensais, de acordo com a disponibilidade do grupo).

Em geral, os temas mais abordados são: depressão pós-parto; cansaço dos primeiros meses; cuidados com o bebê; retomada da atividade sexual; amamentação; introdução de alimentos; desenvolvimento infantil; orientação para a

educação e criação de filhos emocionalmente saudável; rede de apoio; escolha de creche/babá; e retorno ao trabalho. Não há uma sequência fixa de exposição dos temas discutidos, pois, os mesmos são definidos e discutidos de acordo com a escolha das mães.

Outro aspecto relacionado ao pós-parto e recorrente nas discussões desse grupo refere-se ao que a nossa sociedade urbana ocidental espera de uma mulher após parir. Culturalmente, espera-se que a mulher fique feliz após o nascimento do bebê e a própria situação fisiológica e psíquica no pós-parto se adéque a essa expectativa social. Essa crença de *felicidade* pode levar, inclusive, a não-detecção da depressão, pois a mulher não se sente à vontade para falar dos aspectos negativos do pós-parto e, conseqüentemente, para buscar ajuda. No grupo, as mulheres são estimuladas a expor os seus sentimentos e a buscar solução para os problemas.

Temos que considerar também a relação direta da mãe com o bebê. Durante a gestação, a mãe idealizou não só a aparência de seu bebê, mas também o seu temperamento. Uma vez nascido, ele poderá ou não corresponder às suas expectativas. Isso ocorre porque as mães precisam realizar uma adaptação da imagem de seu filho ideal para o real.

Maldonado (2005) fala das interpretações fantasiosas da mãe a respeito de padrões de comportamento do bebê. Podem ser vistos, pela mãe, como do tipo rejeitador, por exemplo, o bebê que tem dificuldade em pegar o mamilo, que mama muito devagar ou que dorme durante a mamada; como violento e agressivo, o que mama avidamente; como voraz e insaciável, o que “seca” a mãe. Essa falsa percepção pode gerar na mulher sentimentos de insuficiência e necessidade de se proteger. Nesses casos, muitas vezes a mãe não se deixar sugar, podendo começar

a introduzir mamadeiras complementares ou mesmo desistir de amamentar. Quando explicamos às mães tal fato e, também, certas características do recém-nascido, elas podem reelaborar suas crenças e expectativas e reorganizar seus pensamentos e, conseqüentemente, suas condutas.

A sexualidade do casal também não pode ser deixada de lado após o nascimento do bebê. Compreender a vida sexual da mulher e do casal no ciclo gravídico-puerperal, entendendo suas dificuldades, pode ajudá-los a harmonizar maternidade e sexualidade. É fundamental que os profissionais de saúde que trabalham com o ciclo gravídico-puerperal compreendam a dinâmica da interação, por exemplo, entre amamentação e sexualidade, e ajudem a mulher ou o casal a superar os conflitos decorrentes da dicotomia lactante/mulher sexuada, integrando essas duas dimensões fundamentais para a mulher e para a tríade mãe/pai/bebê (MALDONADO, 2005; PAMPLONA; MELO-DE-AGUIAR, 2010). O profissional deve incentivar os casais a dialogarem sobre as modificações na sexualidade no puerpério e também alertá-los para o fato de que podem ser passageiras e superáveis com o correr do tempo (PAMPLONA; COSTA; CARVALHO; 2010).

O desenvolvimento infantil e as características do bebê são tratados de modo que as mães possam compreender o comportamento da criança e, com isso, lidar melhor com as necessidades de cuidado, com menos ansiedade e incertezas. Quando uma mãe de um bebê de quatro meses de idade, por exemplo, quer repreendê-lo, ou achar que o bebê está com fome, por estar colocando a mão na boca para chupar seu próprio dedo, explica-se que este é um comportamento normal para a sua faixa etária e que a tendência é que este comportamento desapareça espontaneamente.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que as mães, necessitam ser fortalecidas em sua autoestima no exercício de seus papéis de mães, ter conhecimento sobre as capacidades de um recém-nascido e receber apoio para vivenciarem a reorganização dos papéis familiares.

De acordo com o relato das mães participantes do grupo, esta orientação promove a diminuição de sua ansiedade e a ajuda a lidar com seu filho de acordo com o esperado para a faixa etária em que se encontra.

Através deste estudo é possível constatar a importância dos grupos de apoio para as populações atendidas como rede de apoio complementar. Entende-se que é uma ação de promoção de saúde, visando qualidade de vida familiar e melhor desenvolvimento das crianças. Sendo, portanto, um ponto de partida para que outros estudos mais aprofundados e controlados sejam desenvolvidos e possam demonstrar resultados relevantes para novas ações em promoção de saúde e assistência às mulheres.

O propósito do trabalho psicoeducativo não é o de fazer prescrições específicas ou indicar às mães formas e maneiras *prontas* para cuidarem de seus filhos e lidarem com eles. Pretende-se apresentar e discutir questões que parecem centrais à problemática e sensibilizar as mães para a importância de refletirem sobre possibilidades e de fazerem suas opções por caminhos emocionalmente saudáveis para si, para sua família e para seus filhos. É preciso deixar claro que não existe verdade absoluta e formas certas ou erradas de criar filhos e de ser mãe, mas um diálogo aberto, claro, objetivo e, principalmente, afetuoso com as pessoas que a

auxiliam nos cuidados com o bebê pode propiciar uma vivência mais feliz e menos ansiosa deste momento tão delicado do ciclo vital.

Entende-se que o profissional de saúde presta grande auxílio quando ouve as mães sobre sentimentos tidos como negativos pela sociedade (raiva do choro do bebê, por exemplo) e acolhe e valida seus sentimentos, mostrando-lhe que isso não a torna uma mãe ruim e não merecedora do filho. Tal profissional deverá prezar pela troca de informações objetivas, em linguagem simples e clara, de modo afetivo e empático, sem, contudo, impor técnicas e métodos.

As mulheres, de um modo geral, precisam de apoio para assumir seu papel materno, precisam de escuta, de afeto, de cuidado e, principalmente, de compreensão e empatia para atravessar este momento de vivências e mudanças tão intensas dentro do ciclo vital e, ao mesmo tempo, de tanta fragilidade emocional. Desse modo, os grupos de apoio são fundamentais para complementar a rede de apoio e servir de suporte para que as mães possam se perceber tão capazes de cuidar de seus bebês como realmente são. Cumprem papel importante também para que as mães não se sintam tão sozinhas, ao perceberem no grupo que várias outras mulheres mostram as mesmas angústias.

Desse modo, espera-se contribuir para o avanço da discussão e prática do atendimento a grupos de mães através desta modalidade de assistência profissional, com foco na promoção de saúde destas mulheres, de seus bebês e dos demais membros do seu núcleo familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMMANITI, M. et al. Representations and narratives during pregnancy. **Infant Mental Health Journal**, v.13, n.2, p.167-182, 1992.

BUSSAB, V. S. R.; RIBEIRO, F. L. Biologicamente cultural. In: SOUZA L., FREITAS, M. F. Q.; RODRIGUES, M. M. P. (Orgs.). **Psicologia: reflexões (im)pertinentes**. São Paulo: Casa do psicólogo 1998, p.175-193.

BUSSAB, V. S. R. Fatores hereditários e ambientais no desenvolvimento: a adoção de uma perspectiva interacionista. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.13, n.2, p.233-243, 2000.

CAMRAS, L. A.; SHUTTER, J. M. Emotional facial expressions in infancy. **Emotion Review**, v. 2, n. 2, p.120-129, 2010.

COHN, J. F.; TRONICK, E. Z. Mother-infant face-to-face interaction: The sequence of dyadic states at 3, 6 and 9 months. **Developmental Psychology**, v.23, n.1, p.68-77, 1987.

DARWIN, C. **A origem das espécies**. São Paulo: Martins Claret, 2004.

GEARY, D. C. & BJORKLUND, D. Evolutionary developmental psychology. **Child development**, 71, 57-65, 2000).

KELLER, H. Development as the interface between biology and culture: a conceptualization of early ontogenetic experience. In KELLER, H.; POORTINGA, Y. H.; SCHÖLMERICH, A. (Org.), **Between culture and biology: perspectives on ontogenetic development**, 2002. cap.10.

LORENZ, K. **Studies in animal and human behavior**. London: Methuen, 1971. v.2.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 17 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MAZET, P.; STOLERU, S. **Manual de psicopatologia do recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MENDES, D. M. L.; SEIDL-DE-MOURA, M. L.; SIQUEIRA, J. O. The ontogenesis of smiling and its association with mothers' affective behaviors: a longitudinal study. **Infant Behavior Development**, v.32, n.4, p.445-453, 2009.

OSOFSKY, J. D.; CONNORS, K. Mother-infant interaction: An integrative view of a complex system. In OSOFSKY, J.D. (Org.), **Handbook of infant development**. New York: John Wiley & Sons, 1979. p. 519-548

PAMPLONA, V.; COSTA, T. P.; CARVALHO, M. R. **Da gravidez à amamentação: o dia a dia de um importante período de nossas vidas**. São Paulo: Integrare, 2010.

PAMPLONA, V.; MELO-DE-AGUIAR, A. M. Aspectos psicosssexuais na lactação. In: CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. (Org.) **Amamentação: bases científicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2010, p. 182-198.

RANGÉ, B.; SOUSA, C. R. Terapia cognitiva. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 262-285

SAFFI F.; SAVOIA M.; LOTUFO NETO, F. Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 287

SEIDL-DE-MOURA, M. L. Bases para uma psicologia do desenvolvimento sociocultural e evolucionista. In: PONTES, F. A. R. (Org.) **Temas pertinentes à construção da psicologia contemporânea**. Belém: EDUFPA, 2005, p.15-41

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses de díades urbanas: aspectos afetivos, comportamentos, complexidade e sistemas parentais predominantes. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.21, n.1, p.66-73, 2008.

SEIDL-DE-MOURA, M. L.; RIBAS, A. F. P. Evolução e desenvolvimento humano. In: YAMAMOTO, M.; OTTA, E. (Org.) **Psicologia Evolucionista**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p.77-85.

STERN, D. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

TONI, P. M. et al. Etologia humana: o exemplo do apego. **Psico-USF**, v.9, n.1, p.99-104, 2004.

VIEIRA, M. L.; PRADO, A. B. Abordagem evolucionista sobre a relação entre filogênese e ontogênese no desenvolvimento infantil. In: SEIDL-DE-MOURA, M. L. (Org.). **O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.155-203.

WENDLAND CARRO, J.; PICCININI, C. A.; MILLAR, W. S. The role of an early intervencion on enhancing the quality of mother-infant interaction. **Child Development**, v.70, n.3, p.713-721, 1999.