

Mecanismos de Defesa Utilizados por Adolescentes com Bebês Prematuros em UTI Neonatal¹

Vera Lucia Soares Chvatal²
Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brazil

Juliana Freitas de Jesus Vasconcellos
Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brazil

Carlos Roberto Soares Rivoredo
Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brazil

Egberto Ribeiro Turato
Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brazil

Resumo: A maternidade entre adolescentes, no contexto de internação neonatal, traz ao profissional de saúde uma demanda de compreensão sobre especificidades desta fase do ciclo vital e peculiaridades da díade mãe-bebê internado. Este artigo teve por objetivo explorar as vivências no puerpério de adolescentes primíparas com bebês prematuros internados em UTI Neonatal. Utilizamos método clínico-qualitativo com amostragem intencional fechada pelo critério de saturação. Aplicamos entrevistas semi-dirigidas em sete adolescentes entre 13 e 19 anos. Os dados foram tratados por análise temática de conteúdo e discutidos em referencial psicodinâmico. Na composição das categorias constatamos que para lidar com os sentimentos conflitantes de onipotência, aflição, ambivalência, estranhamento, choque, confusão, surpresa, impotência, medo, tristeza, angústia, dor, culpa, afeto e alegria utilizaram mecanismos de defesa de natureza primitiva: negação, dissociação, divisão (*splitting*) e idealização, que são ineficazes e exigem grande dispêndio de energia psíquica. A identificação desses mecanismos de defesa é fundamental para uma adequada formulação terapêutica.

Palavras-chave: puerpério, gravidez na adolescência, nascimento prematuro, mecanismos de defesa, pesquisa qualitativa

Defense Mechanisms Used by Adolescents with Premature Babies in Neonatal ICU

Abstract: Adolescent motherhood, in the context of neonatal hospitalization, causes the health professional to need to understand the specificities of this phase of the life cycle and peculiarities of the mother-hospitalized baby dyad. This study aims to analyze life experiences in the puerperium of first-time adolescent mothers with premature babies hospitalized in the neonatal ICU. We use the Clinical-Qualitative Method, with intentional sampling, in 7 adolescents aged between 13-19 years old. Semi-directed interviews were used and the data underwent thematic analysis and are discussed in a psychodynamic approach. We observed that to deal with the conflicting feelings of omnipotence, affliction, ambivalence, estrangement, shock, confusion, surprise, anger, fear, sadness, anguish, pain, guilt, joy and affection, these adolescents used primitive defense mechanisms: denial, dissociation, splitting and idealization, which are inefficient and require great expenditure of psychic energy. Identifying these defense mechanisms is fundamental to an appropriate therapeutic formulation.

Keywords: puerperium, adolescent pregnancy, premature birth, defense mechanisms, qualitative research

Los Mecanismos de Defensa Utilizados por Adolescentes con Bebés Prematuros em la UCI

Resumen: Maternidad adolescente en contexto hospitalario neonatal aporta una comprensión de la demanda de profesionales acerca de características específicas de esta fase del ciclo de vida y peculiaridades de la díada madre-hijo hospitalizados. Este artículo objetivó analizar las experiencias adolescentes primíparas posparto con bebês prematuros. Utilizamos método Clínico-cualitativo con muestreo intencional cerrado por criterio de saturación, compuesto por 7 adolescentes de 13 a 19 años. Las entrevistas semi-dirigidas y tratamiento de datos fue tomada através de análisis de contenido temático, discutido en enfoque psicodinámico. En la composición de categorías se encontró sentimientos contradictorios de onipotencia, angustia, ambivalencia, extrañamiento, shock, confusión, sorpresa, impotencia, miedo, tristeza, angustia, dolor, culpa, el afecto, alegría y los mecanismos de defensa utilizados que son de naturaleza primitiva: la negación, disociación, división y la idealización, que son ineficientes y requieren gran gasto de energía psíquica. La identificación de estos mecanismos de defensa es fundamental para la formulación terapéutica adecuada.

Palabras clave: puerperio, embarazo em adolescência, nacimiento prematuro, mecanismos de defensa, investigación cualitativa

¹Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (processo No. 2008/09536-2).

²Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas-SP, Brasil, CEP 13.083-887. E-mail: verapsico@gmail.com

Neste artigo, o objetivo foi desvelar os sentimentos e os mecanismos de defesa vivenciados no puerpério por adolescentes primíparas cujos bebês prematuros foram internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), visando a consubstanciar medidas profiláticas no atendimento psicológico a essa população. O pressuposto inicial foi de que o

nascimento de bebês prematuros poderia causar grande impacto emocional no psiquismo dessas jovens mães, devido ao inesperado da situação e o despreparo da adolescente frente à demanda exigida, visto ser esta uma situação em que ocorre a convergência de três momentos de estresse emocional: a própria adolescência, a maternidade e a internação neonatal.

Ser mãe de um bebê prematuro internado em uma UTIN é uma condição associada ao estresse emocional (Baía et al., 2016; Nardi, Rodrigues, Melchiori, Salgado, & Tavano, 2015), podendo surgir sentimentos de desespero, impotência e frustração (Al Maghairh, Abdullah, Chan, Piaw, & Al Kawafha, 2016). Ncube, Barlow e Mayers (2016) salientam que na UTIN os laços entre mães e filhos podem ficar comprometidos e aumentar a ansiedade materna. O bebê prematuro recebendo os cuidados médicos se distancia da criança idealizada ao longo da gravidez, podendo trazer à mãe sentimentos negativos de tristeza, estresse e até rejeição (Wust & Viera, 2011). A maternidade entre adolescentes no contexto de internação neonatal traz ao profissional de saúde uma demanda de compreensão que contemple especificidades advindas desta fase do ciclo vital e peculiaridades da diáde mãe-bebê internado.

Para a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2012), a gravidez e a maternidade de adolescentes são fenômenos que incidem sobre a trajetória de vida da adolescente sob aspectos físicos, psíquicos e sociais, sendo apresentadas pelo Ministério da Saúde (2007) como um problema de saúde pública por representar riscos psicossociais e à saúde materno-infantil. Em estudo descritivo sobre gravidez na adolescência e desfechos de nascimento ou aborto entre 49 países, os autores apontam que as maiores taxas de nascimento entre gestantes adolescentes ocorreram em países subdesenvolvidos da África Subsaariana e México (Sedgh, Finer, Bamolê, Eilers, & Singh, 2015). No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2015) estimam que a participação de mulheres entre 15 e 19 anos na taxa de fecundidade no país é de 17,4%, percentual ainda considerado elevado.

Do ponto de vista biomédico, alguns estudos associam a gravidez na adolescência a um risco aumentado para a ocorrência de trabalho de parto prematuro (Kawakita et al., 2016; Kirbas, Gulerman, & Daglar, 2016; Minjares-Granillo, Reza-López, Caballero-Valdez, Levario-Carrillo, & Chávez-Corral, 2016; Thomazini, Wysocki, da Cunha, da Silva, & Ruiz, 2016). Em estudo multicêntrico sobre resultados perinatais entre mães adolescentes, incluindo 29 países da América Latina, Ásia, África e Oriente Médio, os bebês apresentaram maior risco para condições neonatais severas (Ganchimeg et al., 2014).

A maternidade, além de ser um acontecimento biológico-reprodutivo, é também um fenômeno psicossocial que repercute no desenvolvimento das adolescentes de maneira abrangente. Uma adolescente pode estar ou se sentir emocionalmente imatura para assumir os cuidados necessários para com seu bebê, vivenciando inseguranças, dificuldades e falta de habilidades para o exercício do papel materno que, somadas a falta de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, podem gerar uma situação de vulnerabilidade para a criança

(Dias & Teixeira, 2010). Rebeldia, inquietações, medo e insegurança são alguns dos sentimentos comuns nestas mães, visto que passam por importantes processos nessa fase da vida (Chagas & Monteiro, 2007; Mazzini, Biasoli-Alves, Silva, & Sagim, 2008). Nesse período é necessária a desconstrução da identidade infantil para dar espaço a outra identidade. Vivenciam-se os chamados “lutos” da adolescência pela perda do corpo infantil, dos pais da infância e da identidade de criança (Matos & Lemgruber, 2017), o que pode ser superado quando a jovem recebe apoio (Dias & Teixeira, 2010).

Pesquisas realizadas no Brasil sobre a gravidez na adolescência confirmam a literatura mundial quanto às implicações biológicas, emocionais, familiares e econômicas que atingem a adolescente isoladamente e a sociedade como um todo (Andrade, Ohara, Borba, & Ribeiro, 2015; Ganchimeg et al., 2014; Oliveira-Monteiro, Freitas, & Aznar-Farias, 2014). Dados recentes apontam que, no Brasil, 67% das adolescentes com filho interrompem os estudos sem terminar o ensino médio (IBGE, 2013). Estudo sobre fatores associados à gravidez entre adolescentes de baixa renda indicou que a gestação na adolescência está associada a morar com o companheiro, uso de pílula anticoncepcional, menor idade para iniciação de atividade sexual, consumo de bebida alcoólica e menor divisão de tarefas domésticas na família (Diniz & Koller, 2012).

É importante considerar, entretanto, uma dimensão socioantropológica da gravidez na adolescência. Heilborn et al. (2002) trazem uma discussão pertinente sobre o assunto ao colocarem que este fenômeno tomou estatuto de *problema social* apenas nas últimas décadas, apesar de gestação nessa faixa etária entre 15 e 19 anos já ter sido considerada a ideal para a mulher ter filhos. Parecem ser as mudanças ocorridas nas últimas décadas na concepção social sobre idade e gênero que redefinem as expectativas sociais que recaem sobre essas jovens. Elas detêm a possibilidade de maior escolarização, inserção no mercado de trabalho e exercício da sexualidade desvinculada da função de procriação, o que traz um sentido de “desperdício de oportunidades” à gravidez na adolescência, embora essa argumentação desconsidere que as oportunidades sociais não sejam igualmente distribuídas entre as classes sociais. A maternidade entre adolescentes, portanto, se configura como uma questão heterogênea vivenciada de acordo com as diferentes experiências de cada sujeito, o que indica a necessidade de estudos no âmbito qualitativo que possam compreender os sentidos que a circunscrevem.

Para tanto, utilizamos o referencial psicodinâmico desenvolvido por Freud e que se refere ao estudo das forças psicológicas que agem sobre o comportamento humano enfatizando a interação entre as motivações conscientes e inconscientes (Bowlby, 1999). Dessa interação surgem os mecanismos de defesa com a finalidade de reduzir as tensões psíquicas internas, ou seja, as angústias, conforme elaborado por A. Freud (1946/1996). Estes são fundamentais para a estruturação da personalidade do indivíduo, mas, quando usados de forma indevida ou excessiva, podem vir a funcionar de forma desestruturante. A modalidade e o grau do emprego dos mecanismos de defesa diante das angústias é que vai determinar a normalidade ou a patologia das distintas estruturas psíquicas.

Método

A finalidade de compreender os sentimentos e as vivências no puerpério de adolescentes primíparas cujos bebês prematuros foram internados em UTIN nos conduziu a utilizar um método qualitativo de pesquisa. Neste estudo, usamos o método Clínico-Qualitativo (MCQ) (Turato, 2013), que advém de métodos qualitativos genéricos das Ciências Humanas para aplicação ao campo clínico-assistencial, adaptado para coleta de relatos particulares em contextos de cuidado clínico.

O MCQ está fundamentado em três pilares: (1) a atitude existencialista, que valoriza angústias e ansiedades habitualmente presentes nas relações humanas; (2) a atitude clínica, que conduz o pesquisador a se debruçar sobre o paciente, acolhendo suas demandas, construindo diagnósticos clínicos e preconizando tratamentos; (3) a atitude psicanalítica, que traz conceitos da psicodinâmica do inconsciente humano a todas as fases da investigação (desenho do estudo, coleta e análise dos dados). Esses três pontos são atitudes dos pesquisadores e servem como postura filosófico-científica para investigação em ciências humanas aplicadas aos enquadres de serviços de saúde.

Participantes

As participantes do estudo foram adolescentes primíparas que atenderam previamente aos seguintes critérios de inclusão: idade entre 10 e 19 anos; ter bebê prematuro internado na UTIN de um hospital universitário de nível terciário e quaternário, no qual a primeira autora estava inserida; e não apresentar limitações de ordem clínica, intelectual ou emocional que comprometessem a fidedignidade das falas. Os critérios de inclusão foram compostos de poucos itens cuidadosamente selecionados a partir da delimitação do objeto de estudo.

Pelos princípios da abordagem metodológica, delimitar critérios de exclusão se torna desnecessário, ao contrário do que ocorre em estudos experimentais ou epidemiológicos. A construção da amostra qualitativa é, a priori, indiferente quanto a certos dados biodemográficos dos sujeitos, tais como: gênero, status conjugal, nível de escolaridade, condição socioeconômica, ocupação/profissão, naturalidade/procedência, denominação religiosa/religiosidade, antecedentes mórbidos diversos e afins. Estes não se arrogam, portanto, em critérios de inclusão ou exclusão, já que não se constituem em variáveis segundo o raciocínio da correlação causal, típico das estratégias epidemiológicas/populacionais ou dos estudos experimentais. No entanto, tais condições de vida são registradas e podem ganhar nexo de sentido frente aos achados da entrevistada, mantendo relação de significado simbólico. São, portanto, consideradas na etapa da discussão, evitando-se assim viés na construção dos novos conhecimentos em ciências humanas.

A amostra foi selecionada por caráter intencional e o número de participantes foi determinado pelo critério da saturação teórica de informações (Glaser & Strauss, 1999), o que significa que as entrevistas foram realizadas até o momento em que os conteúdos apresentados se tornaram repetitivos para responder ao objetivo deste estudo, ou seja, nenhum dado adicional estava sendo encontrado que poderia

contribuir para o desenvolvimento das propriedades de cada categoria sob discussão.

Em consenso com pesquisadores sêniores e colegas do grupo de pesquisa do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, considerou-se que foi obtido material suficiente e com densidade para analisar os pressupostos levantados (Fontanella et al., 2011). A amostra ficou, por fim, composta por sete mães adolescentes com idades entre 13 e 19 anos que, além de fornecerem um conjunto satisfatório de conteúdo para interpretação, atenderam previamente aos critérios de inclusão.

Instrumentos

Para a coleta dos dados, utilizamos a chamada entrevista semidirigida de questões abertas, uma abordagem do recorte do objeto de estudo em profundidade, aliada à observação da linguagem não-verbal durante a interação (Fontanella, Campos, & Turato, 2006). O roteiro de entrevista incluía algumas perguntas abertas e dados biodemográficos obtidos a partir do próprio relato das participantes. As observações da pesquisadora acerca do comportamento global e linguagem não-verbal das participantes foram registradas em um diário de campo.

Procedimento

Coleta de Dados. Os dados foram coletados em um hospital universitário de nível terciário e quaternário do Sistema Único de Saúde (SUS), no interior do estado de São Paulo, que visa ao atendimento de mulheres nas áreas de obstetrícia, ginecologia e oncologia; abrange mais de 100 cidades da região, o que corresponde a 5 milhões de pessoas, e faz 3800 partos ao ano para gestantes de alto e baixo risco. A UTI neonatal dispõe de uma rotina de visitação diária, em que ocorre incentivo ao contato pele a pele entre mãe e bebê e ao aleitamento materno e/ou ordenha.

As mães adolescentes foram convidadas a participar do estudo no momento em que estavam no hospital para visitar os bebês internados na UTIN, enquanto aguardavam a equipe de neonatologia liberá-los para visitação. Todas já haviam tido um contato anterior com o bebê internado e não houve recusas para a participação.

As entrevistas tiveram seu áudio gravado e a duração aproximada de cada uma foi de 50 minutos. Foram conduzidas pela primeira autora a uma sala reservada durante o período de espera que antecedia a visitação, priorizando-se a privacidade das participantes ao longo da entrevista. Primeiramente, estabeleceu-se um rapport através de mútua apresentação quanto a dados de identificação pessoal e foi feita a leitura do termo de consentimento/assentimento. O convite à fala das adolescentes entrevistadas começou com uma questão-disparadora: “Fale-me sobre a sua gravidez e o nascimento de seu bebê”.

Análise dos Dados. O material produzido foi tratado através da técnica de análise temática de conteúdo, seguindo os passos descritos a seguir. O áudio das entrevistas passou por transcrição literal realizada pela própria entrevistadora em um processo conduzido concomitantemente à coleta de dados. Os áudios e a leitura do material escrito das entrevistas e dos

diários de campo foram analisados utilizando-se a técnica de atenção fluente, sendo que comentários e impressões emergentes nessa fase foram anotados ao longo do próprio texto. A primeira autora, então, criou categorizações e subcategorizações iniciais de enunciados que apontavam para um mesmo significado e os levou para discussão com pares de pesquisa, sempre ocultando dados que pudessem identificar as participantes. A definição das categorias foi realizada exaustiva e meticulosamente para refinar o material, que então foi validado por outros pesquisadores qualitativistas (Faria-Schutzer, Surita, Alves, Vieira, & Turato, 2015).

Procuramos respeitar dois princípios da pesquisa clínico-qualitativa (Turato, 2013): o caráter êmico e o caráter polissêmico da construção do conhecimento nas ciências humanas. A característica êmica, lançada por linguistas e antropólogos, pontua que toda compreensão científica do fenômeno humano deve vir da perspectiva do *insider*. Nesse caso, a validade metodológica está rigorosa com a perspectiva de nossas pacientes sendo considerada em si, sem imposição de nossa parte, enquanto pesquisadores. Por sua vez, a característica da polissemia da pesquisa qualitativa nos deu liberdade de trazermos os significados que nos foram apresentados neste particular recorte tempo-espacial da clientela que foi usuária de nosso serviço de triagem neonatal, e num período temporal específico. Nas ciências humanas, sabe-se que outros sujeitos, em outros dias e em outros lugares, poderão dizer outras coisas. Ao contrário das Ciências Naturais, onde as

relações são unívocas, isto é, buscam-se nexos causais (correlações causa-efeito matematizadas), no enfoque humanístico sabemos que na busca dos nexos de sentido as relações de significados são necessariamente múltiplas, já que o ser humano atribui diversos símbolos às coisas, de acordo com o instante de sua história psicológica e sociológica.

Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAAE: 0479.0.146.000-07). Todas as participantes assinaram o Termo de Assentimento (adolescentes com idade até 18 anos incompletos) ou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (adolescentes entre 18 e 19 anos de idade) contendo informações sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa. Por questões de sigilo, os nomes das participantes da pesquisa foram omitidos.

Resultados e Discussão

A Tabela 1 apresenta dados sociodemográficos das entrevistadas. As jovens mães foram encaminhadas ao hospital para realizar o acompanhamento pré-natal em ambulatório especializado em pré-natal de adolescentes. A entrevistada 7 realizou consultas de pré-natal em outro serviço de saúde.

Tabela 1

Características sociodemográficas das participantes

Participante	Idade (anos)	Situação conjugal	Ocupação	Escolarização	Com quem mora?
1	13	Solteira	Estudante	Cursando EF	Pais
2	16	Solteira	Estudante	Cursando EF	Mãe e padrasto
3	16	Solteira	Estudante	Cursando EF	Pais
4	16	Casada	Estudante	Cursando EF	Marido
5	17	Separada	Estudante	Cursando EF	Mãe
6	19	Solteira	Assistente de produção	EF incompleto	Pai
7	19	Casada	Dona de casa	EF incompleto	Marido

Nota. EF = Ensino Fundamental.

No plano psicológico, identificamos sentimentos de onipotência, aflição, ambivalência, estranhamento, choque, confusão, surpresa, impotência, medo, tristeza, angústia, dor, culpa, afeto e alegria. Utilizaram mecanismos de negação, dissociação, divisão (*splitting*) e idealização. Revelaram desejos de serem boas mães e exercer a maternagem, apesar de não se sentirem ainda como mães plenas, em tempo integral, devido à permanência de seus bebês na UTIN. Tais informações serão apresentadas e discutidas detalhadamente a seguir a partir das categorias forjadas: (1) A descoberta tardia da gravidez: “Minha gravidez foi relâmpago” e (2) A simbolização do filho: “Foi um presente para mim”.

A descoberta tardia da gravidez: “Minha gravidez foi relâmpago!”

As significativas alterações hormonais que ocorrem na fase da adolescência provocam, geralmente, períodos de intensa energia física, entusiasmo, medo, inquietação, rebeldia, oposição, irritabilidade, momentos depressivos e sensibilidade sexual (Chagas & Monteiro, 2007). Para evitar o contato com esses sentimentos, frequentemente, a adolescente se reveste de onipotência, que é o pensamento mágico de que tudo pode. Troca a utilização da capacidade de pensar os problemas, o que seria penoso, por uma forma mágica que lhe dá uma ilusória sensação de bem-estar e de resolvê-los através da

onipotência (Zimmerman, 2001).

Neste contexto psicodinâmico, a gravidez se apresenta como um dos riscos possíveis, pois mesmo não fazendo uso de métodos contraceptivos, dificilmente acredita que possa lhe ocorrer. Daí a perplexidade diante da gestação e o atraso relativo no diagnóstico do estado: “Descobri que estava grávida com 12 semanas e foi uma surpresa.” (Participante 1); “Estava com 20 semanas . . . foi um choque para mim.” (Participante 2); “Estava com 19 semanas . . .” (Participante 3); “Já estava de quinze semanas e nem desconfiava!” (Participante 5); “Estava com dezesseis semanas e não sabia de nada.” (Participante 7).

Carregar um bebê no ventre por 4-5 meses e não perceber as mudanças corporais que isso acarreta, sugere o uso de mecanismo de negação. Este mecanismo caracteriza-se por evitar a consciência de aspectos da realidade física que são difíceis de enfrentar, negligenciando dados sensoriais (Gabbard, Beck, & Holmes, 2007). Essas adolescentes parecem negar inconscientemente a gravidez, para evitar entrar em contato com um fato que poderia lhes provocar, a princípio, medo pelo inesperado da situação e seus desdobramentos.

Segundo Mazzini et al. (2008), a negação da possibilidade de engravidar é um fator preponderante na adolescência. Porém, se uma gravidez ocorre é porque existia na adolescente (mulher) um desejo inconsciente de ser mãe, independentemente do discurso manifesto ser condizente ou não com essa motivação. Como o desejo não pertence à esfera do consciente, ocorre um inter-jogo entre vontade (consciente) e desejo (inconsciente), o que pode resultar em gravidez (Szejer & Stewart, 2002). Não existe gravidez ao acaso, a mulher pode conceber um filho sem tê-lo desejado conscientemente, pois o apelo de seu corpo, o seu querer inconsciente de fecundidade estava inscrito em si mesma, sem que ela tivesse percepção disso (Tachibana, Santos, & Duarte, 2006). Portanto, pode-se inferir o desejo inconsciente da maternidade aflorando nessas adolescentes juntamente com o despertar da sexualidade.

Outro ponto que nos chama a atenção é que as adolescentes não se percebiam enquanto mulher capaz de se reproduzir, como sugerem as falas: “Ficamos juntos só uma vez!” (Participante 7); “A gente já não estava transando muito.” (Participante 5). Isso pode envolver uma negação de si como mulher e também o mecanismo de dissociação, que faz com que o exercício de atividade sexual e a possibilidade de ocorrer uma gravidez sejam percebidos como fenômenos separados. Esse mecanismo consiste em destruir o sentido de continuidade nas áreas de identidade, memória, consciência ou percepção como uma maneira de manter a ilusão de controle psicológico diante do desamparo e da perda de controle (Gabbard et al., 2007). Através do mecanismo de dissociação essas adolescentes mantiveram distante da consciência o fato de manter relação sexual e o perceber-se como mulher capaz de engravidar. Pode-se supor que, por diversos motivos particulares a cada uma delas, não foi possível verbalizar conscientemente o desejo de engravidar.

Porém, pode-se inferir que inconscientemente a gravidez foi desejada, embora não tenha sido planejada, e acabou acontecendo por meio do processo de atuação *acting out*. Esse processo psicológico substitui determinados desejos e sentimentos reprimidos em atos e ações motoras (Zimmerman,

2001). Neste caso, pode-se presumir que elas passaram de uma representação, ideia, anseio ou desejo, compartimentalizados através do mecanismo de divisão *splitting*, para o ato propriamente dito: “É o meu primeiro namorado e aconteceu que eu não preveni, né?” (Participante 3); “Eu acho que não pensei nada e aconteceu!” (Participante 7). Quando o indivíduo é confrontado com as contradições no comportamento, pensamento ou sentimento, ele encara as diferenças com uma negação branda ou com indiferença. Essa defesa impede que o conflito se origine da incompatibilidade dos dois aspectos polarizados do self ou do outro (Gabbard et al., 2007).

A fala dessas adolescentes aponta também para certo desconhecimento do próprio corpo que pode estar a serviço desse processo de negação. Parece que a percepção dos primeiros sinais de gravidez requer certo tempo (Brandão & Heilborn, 2006), não sendo uma dedução imediata que ocorre mesmo após um relacionamento sexual desprotegido: “Eu fazia balé, parei e achei que estava engordando por causa disso.” (Participante 2); “Minha regra menstrual era um mês sim, um mês não.” (Participante 4); “Eu fazia regime . . . tomava remédios.” (Participante 7).

Analisando as entrevistas alguns aspectos se destacaram: relações esporádicas e nem sempre com um parceiro fixo, dietas para emagrecimento com ingestão de medicamentos provocando alternância de peso, menstruação irregular e perda de sangue confundido com ciclos menstruais. Esses aspectos dificultaram a percepção das mudanças corporais, interferindo diretamente na descoberta tardia da gravidez, fazendo com que esse momento viesse carregado de intensas emoções de estranhamento e medo relacionadas ao bebê: “E o medo que eu tinha de acontecer alguma coisa com ele.” (Participante 3); “Fiquei assustada, achei que ele ia morrer.” (Participante 5); “Foi estranho, senti medo de acontecer alguma coisa com ele, de descobrir assim tão tarde.” (Participante 2). O medo de acontecer algo com o bebê parece apontar para o sentimento de culpa pela negação inconsciente da maternidade. Nesse caso, a prematuridade e a internação do bebê seriam a punição: “Sei que foi uma coisa que aconteceu e que não devia ter acontecido.” (Participante 3); “Fiquei tão apavorada que achava melhor que ele não nascesse, mas depois me arrependi, e se ele morresse?” (Participante 7).

A gestação é um momento de crise, pois vem permeada de imprevisibilidade, na medida em que podem ocorrer eventos traumáticos como o nascimento de um filho prematuro. Inserindo-se no contexto da UTIN, sentimentos negativos e estresse vivenciados por mães de bebês internados são as razões principais pelas quais ocorre um adiamento da transição para a maternidade e do exercício de suas funções parentais (Al Maghaireh et al., 2016). A descoberta tardia da gestação, “A minha gravidez foi relâmpago, foram só 2 meses!” (Participante 2), bem como o parto prematuro, “Nasceu com 24 semanas . . .” (Participante 1); “Nasceu de 29 semanas . . .” (Participante 3); “Tinha 24 semanas . . .” (Participante 4), parece ter deixado pouco tempo para essas jovens se prepararem psicologicamente para a vinda do primeiro filho, o que pode ter sido potencializado pela internação na UTIN.

Por outro lado, a fala: “Eu planejei tudo para ter uma gravidez perfeita.” (Participante 6) demonstra que essa ado-

lescente esperava que tudo acontecesse como planejara, sem dar espaço para o imponderável. Não pensou que algo poderia escapar ao seu controle, como o parto prematuro e a gastroquise no bebê: “Eu não estava preparada.” (Participante 6).

No ciclo vital da mulher ocorrem quatro períodos críticos de transição: adolescência, primeiras relações sexuais, gravidez e climatério, que ocasionam mudanças complexas exigindo a necessidade de adaptações, reajustamentos interpessoais, intrapsíquicos e mudança de identidade. Para essas adolescentes o processo de gestação parece ter sido vivenciado como um momento de crise que extrapola a crise normal da adolescência (Aberastury & Knobel, 1981), na medida em que inclui a maternidade. Elas deixam de ser filhas para se tornarem mulheres e mães de bebês prematuros que exigem cuidados especiais para sobreviver: “Era tão pequeno e magrinho!” (Participante 5); “Ele teve que ficar entubadinho.” (Participante 3); “Ele nasceu pesando 750g!” (Participante 4).

Nesse caso, o nascimento prematuro do bebê desencadeou sentimentos de tristeza e ambivalência, que parecem estar associados ao mecanismo de defesa de divisão *splitting*: “Eu fico muito triste, quando estou em casa estou com a cabeça aqui e o corpo lá.” (Participante 2); “Vou para casa e um pedaço de mim fica aqui. Será que ele sente medo de ficar sozinho?” (Participante 7). É importante destacar que a percepção dos pais sobre a admissão do bebê em UTIN pode ser influenciada pelo ambiente hospitalar (Al Maghaireh et al., 2016), especialmente entre mães adolescentes, o que lança um olhar para a qualidade do cuidado da equipe com relação aos pais dos bebês. Nesse sentido, a equipe de saúde e a adaptação da mãe ao cotidiano hospitalar podem cooperar para a desmistificação da percepção de um bebê muito frágil (Marchetti & Moreira, 2015).

Geralmente, na adolescência se faz planos para o futuro, criam-se metas e objetivos. Para essas adolescentes, esse período parece ter sido permeado por sentimentos de intensa aflição. As descrições acima expressam a dor frente à impossibilidade de estar com o filho e o sentimento de que não é possível, num contexto como o da internação, ficar por inteiro em qualquer outro lugar.

A simbolização do filho: “Foi um presente para mim...”

Segundo Folle e Geib (2004), simbolicamente o cuidado materno ancora-se no surgimento da família e no compromisso com o desenvolvimento biopsicossocial da criança. Constitui-se em um conjunto de ações que deveriam dar condições à criança de desenvolver-se bem. A fala: “O meu estresse é não poder pegá-lo, amamentá-lo como as outras mães, ter que ir embora e deixá-lo aqui . . .” (Participante 3) configura-se como uma afirmação da maternidade e do desejo de processar a maternagem. Enquanto que o afeto impresso nas falas: “Foi um presente para mim!” (Participante 2); “É um presente de Deus na minha vida.” (Participante 3); “Eu orava todos os dias para poder cuidar do meu filho.” (Participante 4), aponta para o desejo dessas adolescentes em se tornarem boas mães e cuidarem bem de seus filhos. Elas demonstram vontade em dar continuidade à vida, em que pesem angústias e dificulda-

des que a tarefa de ser mãe de bebê prematuro possa acarretar: “Vai ser difícil cuidar dele quando ele for para casa.” (Participante 5). Nesse processo percebe-se como a onipotência é facilmente substituída pela impotência.

A maternidade consiste em um compromisso da pessoa para consigo mesma na expectativa de preservar a autoconservação. O sentimento vivenciado com a experiência da maternidade relaciona-se a um desejo de natureza narcísica, já que a gravidez, fruto das pulsões de vida e amor, seria uma forma de se sentir reconhecida, além de selar um compromisso com a imortalidade através de um fruto “seu” (Mackey & Tiller, 1998). No entanto, essas jovens ainda não se sentem mães plenas, pois a internação de seus bebês as impede de cuidar deles como gostariam: “Não estou podendo ser mãe completamente!” (Participante 7).

Paradoxalmente, ao imaginarem a relação mãe-filho após a hospitalização, falam: “Eu vou cuidar dela!” (Participante 2); “Eu vou fazer de tudo para o meu filho!” (Participante 5). A expectativa do contexto da saída da UTIN sugere que esse momento seja sustentado psicologicamente pelo mecanismo da idealização, no qual permeia a noção de que, após a internação, farão tudo e serão tudo, marcando uma possível onipotência da maternidade. Esse mecanismo que consiste em atribuir qualidades perfeitas ou quase perfeitas à situação que irão enfrentar (Gabbard et al., 2007), leva-nos a pensar que da negação inicial se instala a idealização de como serão na vida cotidiana com seus bebês. Pois mesmo as adolescentes que ainda são mantidas pelos pais e, por isso, poderão ter restrições, imaginam um futuro de exclusividade para os filhos. Como se nesta fase fosse existir um estado de gestação externa onde ambos, mãe e filho, seriam embalados por uma placenta imaginária.

S. Freud (1899/1987), ao discutir a dinâmica do aparelho mental, afirmou que quando a realidade é dura demais, os mecanismos defensivos do ego estão condenados a falsificar a percepção interna e dar uma representação imperfeita e deformada da realidade. Todavia, as condutas defensivas não são exclusivamente patológicas e contribuem, normalmente, para o ajustamento, adaptação e equilíbrio da personalidade. Todos os mecanismos de defesa requerem gastos de energia psíquica. No entanto, os mecanismos considerados mais maduros são os que exigem menos dispêndio de energia, na medida em que são bem-sucedidos e geram a cessação daquilo que se rejeita. Enquanto que os mecanismos considerados primitivos exigem grande dispêndio de energia pela repetição ou perturbação do processo de rejeição. Sentimentos negativos e estresse são as razões principais pelas quais ocorre um adiamento da transição para a maternidade e do exercício de suas funções parentais entre mães de bebês em UTIN (Al Maghaireh et al., 2016).

A vivência puerperal dessas jovens mães foi marcada pelo sofrimento e pela necessidade de repensar a vida a partir de novas perspectivas, que incluem as responsabilidades com um filho para o qual não estavam preparadas. Tiveram uma gestação conturbada e pouco elaborada devido à descoberta súbita e tardia e ao parto prematuro. A prematuridade dos bebês as impediu de desempenhar a maternidade em tempo integral como gostariam e a internação e os cuidados médicos

exigidos causaram forte impacto psicológico sobre elas. Percebe-se nas falas das adolescentes entrevistadas que não aparece a representação simbólica de um corpo de mulher submetido a outras condições de idade e de papéis psicossociais. São meninas feitas prematuramente mulheres que terão que elaborar as perdas da adolescência e construir outra identidade na qual os cuidados com o filho deverão ser prioritários, uma vez que o desejo inconsciente da maternidade se fez realidade através do “presente” que veio ao mundo. Nesse momento de suas vidas essa experiência apontou significados de impotência para manejar a demanda emocional causada pela situação, utilizando mecanismos de defesa primitivos que dispendem muita energia psíquica.

O conhecimento produzido a partir deste estudo poderá contribuir para o manejo que o profissional poderá fazer entre adolescentes mães cujo bebê esteja internado em UTIN. Conhecer o estilo defensivo dessas adolescentes primíparas com bebês prematuros é fundamental para uma adequada formulação terapêutica no âmbito da psicologia, que perpassa a condição médica dentro de um contexto hospitalar altamente especializado e possa contribuir para elaboração psíquica da adolescente de uma maneira mais madura.

Sendo oriundo de metodologia qualitativa, este estudo possui limitações no sentido de apresentar um ponto de vista diante de diversas possibilidades de abordagem sobre a questão aqui apresentada. Além disso, por se tratar de um estudo de corte transversal, as participantes foram entrevistadas em um momento específico de suas vidas em que diversos conflitos poderiam surgir nas esferas intrapsíquicas e inter-relacionais, o que afetou diretamente os resultados aqui apresentados, embora não retirem a sua validade.

Sugere-se que novos estudos possam lançar um olhar para a vivência do parceiro da mãe adolescente acerca da paternidade e da internação do bebê em UTIN ou sobre aspectos psicológicos da equipe de saúde que recebe o bebê e a mãe adolescente. Ainda, um acompanhamento longitudinal dessas jovens mães ao longo do tempo poderia desvelar novas compreensões sobre o complexo fenômeno da gravidez na adolescência.

Referências

Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico* (S. M. G. Ballve, Trad., 10a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Al Maghaireh, D. F., Abdullah, K. L., Chan, C. M., Piaw, C. Y., & Al Kawafha, M. M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19/20), 2745-2756. doi:10.1111/jocn.13259

Andrade, P. R., Ohara, C. V. S., Borba, R. I. H., & Ribeiro, C. A. (2015). Facing the difficult experience even with support: The underage adolescent experiencing motherhood [Número especial]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 111-118. doi:10.1590/1983-1447.2015.esp.56751

Baía, I., Amorim, M., Silva, S., Kelly-Irving, M., Freitas, C., & Alvez, E. (2016). Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. *Early Human Development*, 101, 3-9. doi:10.1016/j.earlhumdev.2016.04.001

Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.

Brandão, E. R., & Heilborn, M. L. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1), 1421-1430. doi:10.1590/S0102-311X2006000700007

Chagas, N. R., & Monteiro, A. R. M. (2007). A relação entre a mãe adolescente e o bebê prematuro: Sentimentos desvelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(1), 35-44. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4692>

Diniz, E., & Koller, S. H. (2012). Factors associated with pregnancy among low-income Brazilian adolescents. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 305-314. doi:10.1590/S0103-863X2012000300002

Dias, A. C. G., & Teixeira, M. A. P. (2010). Gravidez na adolescência: Um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(45), 123-131. doi:10.1590/S0103-863X2010000100015

Faria-Schutzer, D. B., Surita, F. G., Alves, V. L., Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2015). Emotional experiences of obese women with adequate gestational weight variation: A qualitative study. *PLoS One*, 10(11), e0141879. doi:10.1371/journal.pone.0141879

Folle, E., & Geib, L. T. C. (2004). Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 183-190. doi:10.1590/S0104-11692004000200006

Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Data collect in clinical-qualitative research: Use of non-directed interviews of opened questions by health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820. doi:10.1590/S0104-11692006000500025

Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 388-394. doi:10.1590/S0102-311X2011000200020

Freud, A. (1996). *O ego e os mecanismos de defesa* (F. F. Settineri, Trad., 10a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira. (Original publicado em 1946)

Freud, S. (1987). Primeiras publicações psicanalíticas. In J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (M. Salomão, Trad., Vol. 3). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1899)

- Gabbard, G. O., Beck, J. S., & Holmes, J. (2007). *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (M. F. Lopes & R. C. Costa, Trans., 2a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., ... Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *British Journal of Obstetrics & Gynecology*, *121*(Suppl. 1), 40-48. doi:10.1111/1471-0528.12630
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1999). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.
- Heilborn, M. L., Salem, T., Rohden, F., Brandão, E., Knauth, D., Victora, C., ... Bozon, M. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, *8*(17), 13-45. doi:10.1590/S0104-71832002000100002
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). *Estatísticas do Registro Civil 2013*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2013/default_pdf.shtm
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2015*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
- Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C. C., & Gomez-Lobo, V. (2016). Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, *29*(2), 130-136. doi:10.1016/j.jpag.2015.08.006
- Kirbas, A., Gulerman, H. C., & Daglar, K. (2016). Pregnancy in adolescence: Is it an obstetrical risk? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *29*(4), 367-371. doi:10.1016/j.jpag.2015.12.010
- Mackey, M. C., & Tiller, C. M. (1998). Adolescents' description and management of pregnancy and preterm labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *27*(4), 410-419. doi:10.1111/j.1552-6909.1998.tb02665.x
- Marchetti, D., & Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: A aceitação do filho real pressupõe a descontinuação do bebê imaginário. *Revista Psicologia e Saúde*, *7*(1), 82-89. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100011
- Matos, L. P., & Lemgruber, K. P. (2017). A adolescência sob a ótica psicanalítica: Sobre o luto adolescente e de seus pais. *Psicologia e Saúde em Debate*, *2*(2), 125-145. doi:10.22289/2446-922X.V2N2A8
- Mazzini, M. L. H., Biasoli-Alves, Z. M. M., Silva, M. R. S., & Sagim, M. B. (2008). Mães adolescentes: A construção de sua identidade materna. *Ciência, Cuidado & Saúde*, *7*(4), 493-502. Recuperado de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6657/3915>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2007). *Marco teórico e referencial: Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf
- Minjares-Granillo, R. O., Reza-López, S. A., Caballero-Valdez, S., Levario-Carrillo, M., & Chávez-Corral, D. V. (2016). Maternal and perinatal outcomes among adolescents and mature women: A hospital-based study in the north of Mexico. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *29*(3), 304-311. doi:10.1016/j.jpag.2015.11.005
- Nardi, C. G. A., Rodrigues, O. M. P. R., Melchiori, L. E., Salgado, M. H., & Tavano, L. D. A. (2015). Bebês com Sequência de Pierre Robin: Saúde mental materna e interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *32*(1), 129-140. doi:10.1590/0103-166X2015000100012
- Ncube, R. K., Barlow, H., & Mayers, P. M. (2016). A life uncertain – My baby's vulnerability: Mothers' lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. *Curationis*, *39*(1), e1-9. doi:10.4102/curationis.v39i1.1575
- Oliveira-Monteiro, N. R., Freitas, J. V., & Aznar-Farias, M. (2014). Course of adolescence pregnancy: A longitudinal study when the children are adolescents. *Psicologia em Estudo*, *19*(4), 669-679. doi:10.1590/1413-73722391809
- Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: Levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health*, *56*(2), 223-230. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.007
- Szejer, M., & Stewart, R. (2002). *Ces neuf mois-là: Une approche psychanalytique de la grossesse et de l'naissance*. Paris, France: Robert Laffont.
- Tachibana, M., Santos, L. P., & Duarte, C. A. M. (2006). O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê*, *10*(19), 149-167. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000300010
- Thomazini, I. F. S., Wysocki, A. D., da Cunha, M. C. B., da Silva, S. R., & Ruiz, M. T. (2016). Risk factors related to premature labor in pregnant adolescents: An integrative literature review. *Enfermería Global*, *15*(44), 440-451. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/en_revisioes4.pdf

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (6a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

World Health Organization. (2012). *Early marriages, adolescent and young pregnancies*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78901/1/A65_13-en.pdf

Wust, G. G., & Viera, C. S. (2011). O relacionamento mãe-bebê pré-termo após a alta hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 16(2), 311-318. doi:10.5380/ce.v16i2.19874

Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Vera Lucia Soares Chvatal é pesquisadora do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Juliana Freitas de Jesus Vasconcellos é mestranda da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Carlos Roberto Soares Rivoredo é Professor da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Egberto Ribeiro Turato é Professor Titular da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Recebido: 21/03/2017
1ª Revisão: 15/09/2017
Aceite final: 18/10/2017

Como citar este artigo:

Chvatal, V. L. S., Vasconcellos, J. F. J., Rivoredo, C. R. S., & Turato, E. R. (2017). Defense mechanisms used by adolescents with premature babies in neonatal ICU. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(Suppl. 1), 430-438 doi:10.1590/1982-432727s1201708