



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA - UAPSI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANA KAROLINY GOMES DE SALES

**AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE MÃES CUJOS FILHOS
APRESENTAM O DIAGNÓSTICO DA MICROCEFALIA.**

ANA KAROLINY GOMES DE SALES

**AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE MÃES CUJOS FILHOS
APRESENTAM O DIAGNÓSTICO DA MICROCEFALIA.**

Trabalho apresentado à Unidade Acadêmica de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande/PB, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial "Tereza Brasileiro
Silva", CCBS - UFCG**

S163a

Sales, Ana Karoliny Gomes de.

Avaliação psicossocial de mães cujos filhos apresentam o diagnóstico da microcefalia/ Ana Karoliny Gomes de Sales. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

24 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Regina Lígia Wanderlei de Azevedo, Dr.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Maternidade. 2. Microcefalia. 3. Terapia Cognitiva. I Azevedo, Regina Lígia Wanderlei de (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964.2:616-002.5 (813.3)

ANA KAROLINY GOMES DE SALES

AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE MÃES CUJOS FILHOS APRESENTAM O
DIAGNÓSTICO DA MICROCEFALIA.

APROVADO EM: 16 / 08 / 2017

NOTA: 10,0

BANCA EXAMINADORA

Regina Ligia Wanderlei de Azevedo

Prof.ª Regina Ligia Wanderlei de Azevedo

Orientadora - UFCG

Elaine Custódio Rodrigues Gusmão

Prof.ª Elaine Custódio Rodrigues Gusmão

Banca Examinadora

Flávia Moura de Moura

Prof.ª Flávia Moura de Moura

Banca Examinadora

Campina Grande
2017

RESUMO

O Brasil viveu um surto de Zika Vírus entre os anos de 2015 e 2016, contaminando, também, gestantes e aumentando os riscos de seus filhos nascerem com microcefalia. Este fato fez crescer o embate entre o bebê real e imaginário, já que, desde a descoberta da gravidez, a mulher idealiza um modelo de filho perfeito, não estando preparada para lidar com uma realidade diferente. Partindo disso, o presente trabalho teve como objetivo descrever uma revisão bibliográfica acerca dos aspectos psicológicos, emocionais e comportamentais de mães que geraram filhos com microcefalia, pautado na abordagem cognitiva. Como percurso metodológico, foi realizado um estudo de cunho exploratório, nas bases de busca Lillacs, PePsic, Scielo, bem como em livros e trabalhos de conclusão de cursos. Conclui-se que o surgimento de questionamentos inevitáveis e aspectos desadaptativos dessas mães necessitam de uma atenção, no que concerne ao seu estado psicológico e emocional para que consigam adaptar-se à nova realidade.

Palavras-chave: Maternidade. Microcefalia. Terapia cognitiva.

ABSTRACT

By 2015 and 2016, Brazil experienced an outbreak of Zika Virus, also contaminating pregnant women and increasing the risk of their children being born with microcephaly. This fact has made the clash between the real and the imaginary baby grow, once that, since the discovery of pregnancy, a woman idealizes a perfect child model, she is not prepared to deal with a different reality. Based on this, the present work aims to describe psychological, emotional and behavioral aspects of mothers who have children with microcephaly, based on the cognitive approach. As a methodological course, a qualitative exploratory study was carried out, consisting of a sample composed of nine mothers, aged between 18 and 44 years. Sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview were used as instruments. For data analysis was used thematic categorical analysis. It is concluded that the emergence of inevitable questions and maladaptive aspects of these mothers need attention, as far as their psychological and emotional state is concerned, so that they can adapt to the their new reality.

Keywords: Motherhood. Microcephaly. Cognitive therapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

O período da gravidez é marcado por mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Todas essas mudanças interferem no processo psíquico de cada mulher que vivencia esta fase, trazendo intensas representações que repercutem na constituição da maternidade e na relação mãe-feto/mãe-bebê. (Piccinini, Gomes, De Nardi & Lopes, 2008). Nesse período, a identidade da mulher sofre transformações. A experiência da gestação e da maternidade possibilita a mulher um “amadurecimento” da expansão da personalidade. (Simas, Souza & Scorsolini-Comin, 2013).

Independente de uma gravidez planejada ou não, as mães desejam que seus filhos sejam perfeitos e, ao descobrirem qualquer anormalidade, sonhos são automaticamente destruídos. Normalmente, os filhos são idealizados antes mesmo de serem concebidos, todavia, quanto mais a criança real for contrária ao que sempre fora idealizado, mais delicado será adaptar-se ao seu nascimento. (Gomes & Piccinini, 2007, apud Pelchat, 1992). Diante de tais situações, lutos deverão ser elaborados, mesmo que não haja a morte fetal, haverá a morte do filho perfeito, daquele que outrora fora idealizado, mas que agora necessita ser enterrado. (Gomes & Piccinini, 2007).

Dentre as anormalidades que podem ser descobertas na gestação e tida como contemporânea, no Brasil, principalmente na região nordeste, está a microcefalia. A microcefalia é caracterizada por uma má formação congênita, onde o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. Henriques, Duarte, & Garcia (2016) trazem ainda que esta deficiência está diretamente relacionada ao Zika vírus e trata-se de uma condição rara, em que o recém-nascido apresenta a cabeça muito pequena (inferior a 32 cm) ou então, quando a cabeça deixa de crescer após o seu nascimento, se comparada aos demais bebês com mesma idade e sexo. No entanto, a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2016), esclarece que a maioria dos bebês com microcefalia não apresentam transtornos do desenvolvimento ou outras complicações neurológicas graves.

Não obstante, neste contexto de grande sensibilidade, as mães necessitam de uma atenção, no que concerne ao seu estado psicológico e emocional. Assim, um apoio psicológico pautado numa abordagem cognitiva, torna-se um catalizador na ressignificação frente ao impacto do diagnóstico da microcefalia, bem como no manejo das crenças disfuncionais que são ativadas no que se refere as expectativas de si mesmas,

enquanto mães de filhos com microcefalia e, acerca da perspectiva de futuro (enquanto mães e mulheres).

Se tratando de uma problemática de saúde pública, após muitas investigações, a OMS, em 2016, divulgou a evidência de um consenso científico que aponta o vírus Zika como causa do surto de microcefalia e da síndrome de Guillain-Barré que foram apresentadas no Brasil, sendo a Região Nordeste a mais afetada e, Campina Grande/PB o local de maior incidência. Entre os anos de 2015 até o dia 30 abril de 2016 foram confirmados 1.271 casos de microcefalia, no Brasil. Estes casos foram detectados em 470 municípios do país, nos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul, além de São Paulo que registrou oito casos da doença ao Ministério da Saúde, sendo um com confirmação laboratorial para Zika. (Ministério da Saúde, 2017).

Diante do número de casos de microcefalia que acometem os recém-nascidos, mais especificamente em Campina Grande/PB, surgiram os questionamentos de quais são os impactos subjetivos em mães que descobrem o diagnóstico da doença para seus filhos. No intuito de responder aos questionamentos, o presente estudo teve como objetivo, descrever uma pesquisa bibliográfica acerca dos aspectos psicológicos, emocionais e comportamentais de mães que geraram filhos com microcefalia, pautado na abordagem cognitiva.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A gestação é um evento de grande complexidade, que corrobora mudanças de diferentes ordens (biopsicossociais), tornando-se uma experiência envolvida de sentimentos intensos (Piccinini *et al*, 2008). A gravidez um marco na vida da mulher, na medida em que importantes reestruturações acontecem, como por exemplo, os papéis que ela exerce sofrerão alterações. Este é o período em que ela passa da condição de filha para a condição de mãe e deve assumir responsabilidades, ter que reajustar seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais. (Gomes & Piccinini, 2007).

De acordo com Aragão (2006), a constituição da maternidade dá-se antes mesmo da concepção, quando acontecem as relações de identificação do ser mulher, desde a infância, envolvidas pelo lúdico; na adolescência, pelo desejo de ser mãe; até o momento

da gravidez em si. Sugere-se que é uma construção desde o reconhecimento de sua identidade, levando em consideração aspectos culturais e sociais.

As expectativas que a mãe tem para com seu bebê são criadas no seu interior, carregadas de traços das suas relações passadas, de suas necessidades conscientes e inconscientes referentes ao bebê (Maldonado 1997 apud Piccinini *et al* 2008). No segundo trimestre de gestação, estas expectativas tornam-se mais intensas, pois, é o momento em que, de fato, é percebida a existência do feto, através dos movimentos. Para Gomes & Piccinini (2007), ao aproximar-se do sétimo mês a mulher vai se preparando para a chegada do bebê real e suas expectativas vão diminuindo.

As expectativas das mães duelam entre positivas e negativas, quando se refere a maternidade. Nos aspectos positivos, encontra-se a necessidade de que o bebê seja envolvido por um misto de desejos e fantasias pela figura materna, para começar a existir enquanto ser humano. Por outro lado, as expectativas negativas são identificadas quando o espaço para o bebê assumir sua identidade não existe. Ou seja, quando a mãe não consegue se desvencilhar de suas projeções e aceitar a singularidade do seu filho. Em casos que a mãe tem medo de que seus desejos não sejam atendidos, faz ela afastar-se do filho e não esperar nada dele com intuito de evitar frustrações futuras, comprometendo a relação mãe-bebê (Raphael-Leff, 1991 apud Gomes & Piccinini, 2007).

Sugere-se que as expectativas são constituídas a partir do bebê idealizado, ou imaginário que cada mãe constrói. São construídas projeções sobre ele, em questões sobre seu sexo, nome, características físicas e psicológicas. Porém, quando ocorre o confronto entre o bebê real e imaginário, a mãe pode tanto alimentar suas fantasias maternas, quanto antecipar o sofrimento por não encontrar no bebê, as características por ela fantasiadas ou deparar-se com uma criança com algum tipo de patologia, como é o caso da microcefalia.

A microcefalia é uma condição, designada pelos médicos, onde os bebês nascem com a cabeça pequena demais para o tempo de gestação. A maioria das crianças que nascem com microcefalia são consideradas saudáveis, embora haja uma parcela que é acometida por problemas neurológicos e acabam interferindo no seu processo de desenvolvimento. Para melhor compreender, a microcefalia é definida pelo tamanho do crânio, que, segundo o ministério da saúde, considera 32 cm a medida que configura se a criança terá ou não microcefalia (Zorzetto, 2016).

Nunes *et al* (2016), apontam que a microcefalia pode ser causada por questões de falhas genéticas ou, também, por questões ambientais, como exposição a produtos tóxicos na gravidez, por infecções virais, bacterianas ou parasitárias. E, um surto de microcefalia entre os anos de 2015 e 2016, levou estudiosos e pesquisadores a investigar sua relação com a infecção pelo Zika Vírus, podendo chegar a mais um agente causador da deficiência.

Neste enfoque, receber o diagnóstico precoce da microcefalia, quando o feto ainda está em desenvolvimento, pode gerar insatisfação aos pais. Diante do enfrentamento do diagnóstico recebido, Santos (2016) menciona que os pais podem responsabilizar a si mesmos por terem um filho com uma condição atípica em seu desenvolvimento. Aspecto este corroborado no discurso de Franco (2016), quando enfatiza que a criança real com alguma deficiência, difere bastante daquela idealizada por seus pais antes do diagnóstico, porém, esta realidade também deve ser vivenciada por seus genitores com uma expectativa considerada requisito para o desenvolvimento do apego e ressignificação desse fato.

Destarte, Franco (2016) ainda sugere que o foco dos aspectos negativos, deve dar espaço ao conhecimento dos aspectos positivos. Para tanto, é importante salientar o importante papel dos fatores de proteção, o apoio social e a resiliência, com o intuito de proporcionar às mães, a resposta adequada às necessidades da criança e, por sua vez, às da família como um todo.

No cenário atual, estamos diante de uma população a qual precisa de cuidados que permeiam as mais diversas áreas, desde aspectos biológicos, a psicológicos e sociais. Assim, verifica-se a necessidade do cuidado não apenas direcionado a estas crianças com o diagnóstico da microcefalia, mas também, e não menos importante, um cuidado biopsicossocial para as mães que geraram este filho.

Considerando este aspecto de cuidado, uma área que merece bastante atenção é a saúde mental destas mães. Para tanto, vários são os tipos de intervenções psicológicas que podem ser direcionados a este público, dentre elas a terapia de base cognitiva (individual ou grupal). Neste enfoque, faz *mister* apontar que a terapia cognitiva (TC) foi desenvolvida na década de 60 por Aaron Beck e vem sendo utilizada até os dias atuais. No entanto, a TC de Beck é conhecida como uma terapia da segunda onda, surgindo a partir dela, várias outras vertentes, denominadas de terapias cognitivas de terceira onda,

a exemplo da terapia dos esquemas (Rangé, 2011). Esses tipos de abordagens psicoterapêuticas podem ser utilizadas nas mais variadas atmosferas e demandas, desde o contexto clínico individual à clínica ampliada.

Importante mencionar que as terapias cognitivas têm como principais características serem breves, estruturadas, diretivas e colaborativas, a fim de resolver problemas atuais e reestruturar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Rangé, 2011). Nesta perspectiva e tomando nota que o foco da TC não se limita nos fatos em si, mas na forma como o sujeito os interpreta, percebe-se uma aderência desta abordagem em diversos campos de atuação, como centros especializados em reabilitação de múltiplos problemas, como por exemplo a microcefalia.

A TC presume que o pensamento disfuncional é um elemento importante, sobretudo quando o sujeito está vivenciando situações consideradas novas e desconhecidas, gerando uma diversidade de sentimentos indesejados e, conseqüentemente, comportamentos desadaptativos. Assim, a ressignificação desses pensamentos contribui para uma melhora sintomática do sofrimento psíquico, gerando a modificação de crenças disfuncionais, tendo como resultado uma evolução adaptativa abrangente e duradoura (Rangé, 2011). Para embasar a prática da TC, várias técnicas podem ser consideradas, sendo algumas delas: a psicoeducação, identificação, avaliação e modificação de pensamentos automáticos e crenças, identificação de distorções cognitivas e reestruturação cognitiva.

A psicoeducação envolve teorias e técnicas psicológicas e pedagógicas, seu uso é de uma importância considerável e, estão voltadas para o meio social, comportamental e cognitivo do indivíduo, a fim de possibilitar o entendimento acerca do adoecimento e ou a situação que esteja vivenciando. Pode ser utilizada em diferentes contextos e locais, com o objetivo de realizar prevenção, promoção e educação em saúde (Lemes & Ondere Neto, 2017).

A psicoterapia agrega esse caráter educativo tanto para o paciente quanto para seus cuidadores, tendo como objetivo discutir sobre o seu tratamento psicoterápico visando conscientizar e preparar para possíveis mudanças, a partir de estratégias específicas de cada demanda. Dessa forma, a psicoeducação torna-se uma técnica efetiva que auxilia as pessoas para que estas tenham conhecimento e autonomia sobre si e sobre a doença (Authier, 1977 apud Lemes & Ondere Neto, 2017).

Existem três níveis de cognições identificados pela TC que são eles: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais (Neufeld & Cavenage, 2010). Os pensamentos automáticos, geralmente, são únicos ou singulares ao indivíduo e acontecem de forma rápida, através da avaliação do significado dos episódios de sua vida. Os pensamentos automáticos são, ainda, o nível de cognição mais superficial na terapia cognitiva. São pensamentos espontâneos, repetitivos, sem questionamento sobre sua utilidade ou sua veracidade e estão sempre acompanhados de emoções negativas (Rangé, 2011).

Para Oliveira & Pires (2009), as crenças centrais estão relacionadas a própria identidade do indivíduo, já que são elas que representam as ideias mais centrais da pessoa, assim também como a forma que ela interpreta os fatos sobre si e sobre os outros. Adentando o âmbito patológico, as crenças centrais são compreendidas como disfuncionais quando levam a interpretações distorcidas da realidade, com consequência disso, geram sofrimento. Essas crenças são, geralmente, rígidas, imperativas, globais, excessivamente generalizáveis, absolutistas, e carregam um teor determinista a autoimagem, fazendo com que o indivíduo tenha uma percepção de incapacidade frente às tarefas. As crenças centrais formam-se nas experiências vividas na infância, principalmente nas relações significativas. Alguns eventos traumáticos ocorridos ao longo da vida, também podem ativar crenças disfuncionais.

A. Beck et al. (1997) apud Neufeld, (2010) tradad que as crenças centrais são representadas pela tríade cognitiva, estando relacionada **a maneira de como os indivíduos percebem a si mesmos; aos outros e ao mundo; e ao futuro**. Sendo esta tríade um mecanismo desenvolvido pelo próprio indivíduo, para lidar com as situações rotineiras.

Rangé et al (2011) aponta que as crenças intermediárias são consideradas regras e/ou suposições criadas pelo indivíduo para que ele possa conviver com as ideias absolutas, negativas e desadaptativas, que tomam para si. Funcionam como um mecanismo de sobrevivência que contribui para ele se proteger e melhor lidar quando ativadas suas crenças nucleares. São um conjunto de crenças, em geral, coerentes que propiciam um auxílio às crenças centrais com as quais elas estão relacionadas.

Após ter identificados os pensamentos automáticos e as crenças disfuncionais, um elemento muito importante chamado reestrutura cognitiva, toma lugar, no processo de

terapia trazendo possibilidades de aplicação da habilidade de resolução de problemas. O termo reestrutura cognitiva sugere questionar os pensamentos, buscar evidências e interpretações positivas e negativas acerca dos eventos, da realidade. O objetivo da terapia cognitiva tem por finalidade contribuir para que o paciente seja capaz de reconstruir sua cognição, avaliar o que tem sustentado suas crenças e encontrar meios que colaborem para compreensão dos fatos em si (Rangé, 2011). A partir da reestruturação cognitiva busca-se compreender e resolver os problemas e possibilitar as escolhas conscientes do paciente, tornando-o autônomo (Oliveira, 2011).

Mediante o exposto, observa-se que a TC pode ser um instrumento catalizador no processo de ressignificação e desenvolvimento de resiliência junto as mães que se deparam com a realidade da microcefalia. Assim, o presente trabalho teve como objetivo descrever aspectos psicológicos, emocionais e comportamentais de mães que geraram filhos com microcefalia, tendo como base teórica a Psicologia Cognitiva.

Realizando essa relação entre a Psicologia Cognitiva e o contexto de mães que têm seu filho com o diagnóstico da microcefalia, de acordo com Gomes & Piccinini (2007), durante a gravidez, a mulher vive sentimentos únicos e intensos sobre si e sobre o bebê. São construídas expectativas relacionadas a criança e seu futuro. Nesse período, a mulher passa da condição de filha para ser a mãe e toma novas responsabilidades acerca do seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais. Estas características tornam-se mais marcantes em primíparas. Já em secundíparas e/ou múltíparas, os sentimentos apresentam suas particularidades, considerando o fato de já ter vivido a experiência da maternidade anteriormente, mas não quer dizer que elas não vivam suas expectativas, também, de forma intensa (Piccinini *et al*, 2008).

Vários aspectos devem ser considerados importantes nessa experiência e, Murakami & Campos (2012), trazem que a religião implica em uma “mobilização de energia positiva” que é denominado de fé. As pessoas que têm fé tornam-se mais fortes para o enfrentamento das dificuldades diárias, assim também, a fé contribui para o aumento da luta pela sobrevivência, fazendo-se acreditar na cura dos males.

No entanto, os sentimentos de uma mãe para com seu bebê parecem mudar através do curso da gravidez, que pode ser, então, considerada como um período onde uma série de fatores físicos, sociais, emocionais e psíquicos interagem entre si (Coldebella, 2006). A experiência da maternidade faz parte do ciclo vital da mulher e é um marco do seu desenvolvimento psicológico. Para Ferrari, Piccinini & Lopes (2007), a percepção de que um ser desenvolve-se no ventre materno, possibilita a mulher vivenciar sentimentos de realização e poder. Sendo assim, pode-se representar a gestação como um fenômeno que está para além da função reprodutiva, estando, na

maioria das vezes, associada a algo sublime e divino.

Como forma de validar esta informação, pode ser falado no estudo de Guerra *et al*, (2015), cujo aponta que as mulheres são marcadas por uma vida de dedicação e entrega aos seus filhos, e descobrem a cada dia como lidar com o sofrimento, construindo laços indissolúveis, envolvidos pelo verdadeiro amor que só existe entre mães e filhos, mesmo numa sociedade repleta de relações superficiais, longe do desejado e esperado para laços afetivos eternos.

Neste contexto, o apoio da família e dos amigos, são fatores que devem ser considerados essenciais, como apontado por Krob *et al*, (2009), a hipótese levantada por elas de perderem o apoio de sua rede social, representada principalmente pela figura paterna, bem como a perda do apoio familiar como um todo, as enchiam de sentimentos negativos, já que este suporte emocional encontrado no seio familiar contribui para relação mãe-bebê.

Destarte é comum haver o predomínio dos sentimentos positivos, diante do desejo da mulher em relação à maternidade, porém quando ocorre o contrário, misturam-se sentimentos de insegurança e solidão referente ao que se vive e ao que estar por vir (Rapoport & Piccinini, 2006). Fatores psicológicos são originados de sentimentos conflituosos da mulher, como a anulação de si, dificuldade de adaptação ao papel de mãe e problemas no relacionamento com o parceiro. São diversos fatores relacionados às condições familiares e pessoais que geram, na mulher, uma sobrecarga de suas funções (Souza, 2008). Para tanto, devem ser evitados esforços desgastantes para que a mulher tenha, em seu período gestacional, mais satisfação com a maternidade. (Leite, Rodrigues, Sousa, Melo & Fialho, 2014).

Desde o pré-natal, que é o acompanhamento da gestação, por meio de consultas, em um serviço de saúde, é de suma importância para a garantir a mãe e ao bebê uma gestação e um parto seguro (Ministério da Saúde, 2012). É durante o pré-natal que se identificam possíveis anormalidades ou algo que coloque a gravidez em risco, porém, apenas cinco das nove entrevistadas descobriram o diagnóstico da microcefalia antes do parto. O impacto do diagnóstico é intensificado por estar carregado de desconhecimento acerca microcefalia.

Como apontam Lunardi, Círico & Coldebella (2011), as mães, diante de um filho que nascerá deficiente, expressam reações de sofrimento, tristeza, choque, resignação e negação. O impacto da notícia na família é tão forte, podendo interferir no estabelecimento do vínculo, na aceitação e na compreensão das informações. Milbrath, Cecagno, Soares, Amestoy & Siqueira (2008), trazem que o ser mulher sustenta a obrigação de torna-se mãe de um filho que se enquadre nos padrões idealizados por ela e pela sociedade e, quando ela não confirma sua competência de gerar um filho perfeito, acaba por se frustrar.

A microcefalia, como fora abordada anteriormente, além de ser considerada uma deficiência, ainda é pouco conhecida, gerando, por consequência, nas mães entrevistadas, Distorções Cognitivas ou pensamentos disfuncionais, em diferentes níveis. Vários tipos de

pensamentos podem surgir na mente dessas mães ao deparar-se com a notícia de que teria um filho com microcefalia, fazendo emergir tais distorções.

Tais distorções refletem que um dos aspectos a serem considerados no contexto do acolhimento foi negligenciado, sendo este: a psicoeducação da microcefalia e de todos os aspectos nela envolvidos. O modelo psicoeducacional envolve diferentes teorias psicológicas e educativas, utiliza-se de dados teóricos de outras disciplinas como a educação, a filosofia, a medicina e entre outras, visando ampliar o fornecimento de informações ao paciente para que este obtenha um entendimento acerca de seu diagnóstico. Para isso, as informações são dirigidas no sentido de que o paciente possa obter um entendimento holístico de seu padecimento (Lemes & Ondere Neto, 2017).

Como consequência dessa falta de informação percebe-se ainda nessas falas pensamentos catastróficos, bem como a autoculpabilização. Os erros cognitivos são julgamentos equivocados dos pensamentos, na forma de avaliar o que acontece. Na catastrofização, o paciente “sofre” na antecipação do futuro, acreditando que os fatos que estão para acontecer são tão horríveis que ele não será capaz de suportar. A partir da leitura mental, o paciente acredita que conhece os pensamentos e intenções de outros, mesmo que não haja evidências para esta conclusão (Oliveira, 2011). Tais pensamentos são, portanto, os catalizadores desse sentimento de culpa.

O pós-parto é mais uma fase marcante na vida da mulher, considera-se um período de adaptação. É quando, de fato, o primeiro contato direto com o filho acontece e, se concretiza a existência do bebê real, onde a mãe tenta aceitar as condições que ele traz. Quando nasce uma criança com algum tipo de deficiência, a repercussão é intensa, porém imprevisível, no contexto familiar. Na maioria das vezes, há uma busca, por meios positivos, pelas melhores maneiras de lidar com a realidade, apesar das preocupações, em torno do desenvolvimento da criança, ou a aceitação do bebê, diante da família e da sociedade (Roecker, 2012).

A Ressignificação e Perspectiva de Futuro são aspectos que devem ser trabalhados junto a essas mulheres, para conseguirem dar um sentido a nova realidade, mesmo diante das dificuldades impostas sobre elas.

Estudos desenvolvidos por Oliveira & Poletto (2015) mostram que as mães que superam os sentimentos negativos e vivem o processo da resiliência podem ressignificar suas vidas, podem contribuir para que seus filhos tenham perspectivas de futuro e possam fazer planos de acordo com sua independência funcional, o desenvolvimento físico, psíquico, social, educacional, laboral, a fim de torná-lo parte de uma sociedade com condições de exercer sua cidadania de forma digna e eficaz.

É natural que as mães apresentem uma preocupação em relação a independência dos filhos e sobre seu futuro. Existe, ainda, o medo de não conseguir oferecer os melhores cuidados.

A inquietação delas também se expande àqueles filhos que podem ter sua autonomia limitada, que sejam impedidos de realizarem, pelo menos, os cuidados básicos necessários para sua sobrevivência. Entretanto, de acordo com Oliveira *et al* (2008), quando se trata de projetos de vida, as mães sonham e desejam que seus filhos realizem seus projetos, de acordo com o que lhe for possível, sobretudo, o amor não será medido na proporção de suas conquistas.

Mediante o exposto, verifica-se a existência de pensamentos e esquemas mais adaptativos frente a realidade de se ter um filho com microcefalia, diferente do que foi vivenciado quando são noticiadas sobre o diagnóstico. A compreensão acerca do que é a microcefalia, o apoio profissional e familiar e a religiosidade (fé), podem assim ser considerados fatores essenciais para este processo de ressignificação e aceitação da condição de ter um filho com microcefalia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente estudo foi possível se deparar de maneira mais próxima com uma realidade atual e ao mesmo tempo tão antiga, mas que ressurgiu como uma epidemia assustadora e que tem deixado sequelas vitalícias na sociedade, haja vista a não existência de um manual de como lidar com um assunto que ainda está em discussão até mesmo na comunidade científica.

No que tange aos aspectos psicológicos, emocionais e comportamentais, verificou-se na literatura que as mulheres apresentam explicitamente pensamentos disfuncionais frente a condição da microcefalia, como a catastrofização e a leitura mental. Tais pensamentos são estimuladores de sentimentos extremamente dolorosos e que geraram comportamentos desadaptativos.

No entanto, percebeu-se ainda, que fatores de proteção como o apoio familiar e a religiosidade, são essenciais no processo de aceitação dessa condição. Tomando como base os dados encontrados, percebe-se que a TC tem ferramentas condizentes para intervir neste contexto junto a estas mães, pois tal abordagem lida com a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, questionamento socrático e, principalmente desenvolve uma relação colaborativa, fazendo com que estas mulheres se sintam não coadjuvantes, mas as principais personagens no seu processo de adaptação cognitiva, emocional e comportamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aragão, R. (2006). De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In R. Melgaço (Org.), *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Coldebella, N. (2006). *Expectativas e sentimentos acerca do bebê em gestantes primíparas e secundíparas*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Costa, A. M. (2016). *A Determinação social da microcefalia e do saneamento*. Workshop Internacional ABCE do Zika. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisa Ageu Magalhães. Recife. Brasil.
- Duarte, R. (2004). *Entrevistas em pesquisas qualitativas*. Educar, Curitiba, (24), 213-225, Editora UFPR.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313.
- Figueiredo, M. A. C. (1993). *Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial*. Medicina (Ribeirão Preto), 26(3), 393-407.
- Franco, V. (2016). *Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtorno grave de desenvolvimento*. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, (59), 35-48.
- Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Gomes, A. G & Piccinini, C. A. (2007). *Impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultrasonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de anormalidade fetal*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) 38(1), 67-76.
- Guerra, C. S., Dias, M. D., Ferreira Filha, M. O., Andrade F. B., Reichert, A. P. S. & Araújo, V. S. (2015). *Sonho A Realidade: Vivência De Mães De Filhos Com Deficiência*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 24(2): 459-66.
- Henriques, C. M. P., Duarte, E. & Garcia, L. P. (2016). *Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia*. Epidemiol. Serv. Saúde 25(1), 07-10.
- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). *A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê*. Psicologia USP, 20(2), 269-291.
- Leite, M. G., Rodrigues, D. P., Sousa, A. A. S., Melo, L. P. T & Fialho, A. V. M. (2014). *Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes*. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza. Psicologia em Estudo, Maringá, 19(1), 115- 124.
- Lemes, C. B. & Ondere Neto, J. (2017). *Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde*. Temas psicol. [online]. 25(1) 17-28.

- Lunardi, B., Círico, L. J. & Coldebella, N. (2011). *Vivências, sentimentos e experiências de mães frente a deficiência de seus filhos*. Universidade Estadual do Maringá. Paraná.
- Milbrath, V. M., Cecagno, D., Soares D. C., Amestoy, S C. & Siqueira, H. C. H. (2008). *Ser mulher mãe de uma criança portadora de paralisia cerebral*. Acta Paul Enferm.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (8a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2012). *Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério Da Saúde. (2016). *Microcefalia: Ministério da Saúde confirma 1.271 casos no país*.
- Murakami, R. & Campos, C. J. G. (2012). *Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente*. Rev. bras. enferm. vol.65, n.2.
- Neufeld, C. B. & Cavenage, C. C. (2010). *Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais*. Rev. Bras. ter. cogn. 2010, 6(2) 3-36.
- Nunes, M. L., Carlini, C. R., Marinowic, D., Kalil Neto, F., Fiori, H. H., Scotta M. C., Zanella, P. L. A., Soder, R. B. S. & Costa, J. C. (2016). *Microcefalia e vírus Zika: um olhar clínico e epidemiológico do surto em vigênciano Brasil*. Porto Alegre. J. Pediatr. (Rio J.) 92(3).
- Oliveira, C. I., Pires, A. C. & Vieira, T. M. (2009). *A terapia cognitiva de Aaron Beck como reflexividade na alta modernidade: uma sociologia do conhecimento*. Psic.: Teor. e Pesq. [online]. 25(4) 637-645.
- Oliveira, I. G. & Poletto, M. (2015). *Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência*. Rev. SPAGESP [online]. 16(2) 102-119.
- Oliveira, M. F. S., Silva, M. B. M., Frota, M. A., Pinto, J. M. S., Frota, L. M. C. P. & Sá, F. E. (2008). *Qualidade de vida do cuidador de crianças com Paralisia Cerebral*. Departamento de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará - (CE)/ Hospital e Maternidade Geral Cura D'Arts Fortaleza – CE/UNIFOR - (CE)/Universidade de Salamanca.
- Oliveira, M. I. S. (2011). *Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso*. Rev. Bras. ter. cogn. 7(1) 30-34.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., De Nardi, T., & Lopes, R. S (2008). *Gestação e a constituição da maternidade*. Psicologia em Estudo, 13(1), 63-72.
- Rangé, B. et al. (2011). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.

- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). *Apoio social e experiência da maternidade*. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 16(1), 85-96.
- Roecker, S. Mai, L. D., Baggio S. C., Mazzola, J. C. & Marcon, S. S. (2012). *A vivência de mães de bebês com malformação*. Esc. Anna Nery [online]. 16(1) 17-26.
- Santos, W. (2016). *Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão*. Ciência & Saúde Coletiva. 21(10) 3007- 3015.
- Simas, F. B., Souza, L. V. & Scorsolini-Comin, F. (2013). *Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas*. Psicol. teor. prat. 15(1) 19-34.
- Sousa, V. F. (2008). *A depressão no ciclo gravídico – puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral*. (Dissertação de Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- Zorzetto, R. (2016). *Incertezas sobre a microcefalia Registros atuais e anteriores ainda não retratam a realidade do problema no país*. Revista Pesquisa Fapesp. São Paulo.