

**A PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA EM MÃES
DE BEBÊS NASCIDOS PRÉ-TERMO**

Carolina Marocco Esteves

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia sob orientação do Prof. Cesar Augusto Piccinini, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Porto Alegre, agosto de 2009

Agradeço a algumas pessoas especiais, sem as quais este trabalho não seria possível:

As mães do estudo, a quem dedico este trabalho, pela coragem e disponibilidade para compartilhar suas histórias e suas mais dolorosas emoções, diante das quais revelaram uma enorme capacidade de superação e força.

Aos meus pais, Beatriz e Antonio, que nunca deixaram de acreditar em mim e são um exemplo de determinação e sensibilidade a ser seguido.

Ao meu marido querido, Tiago, pelo amor, companheirismo e apoio. Tu és minha eterna inspiração e faz cada “fração de segundos” da minha vida valer a pena.

Aos meus mais do que queridos irmãos, Julieta, Lucas e Sofia, com vocês consegui entender o significado da palavra cumplicidade e confiança.

Ao meu orientador, Prof. Cesar Augusto Piccinini, por ter acreditado e apoiado cada etapa deste trabalho. Muito obrigada por teres possibilitado tamanho aprendizado intelectual e humano, além da inspiração profissional, que fez com que eu procurasse melhorar cada dia mais.

A professora Rita Sobreira Lopes, por ter me aproximado novamente da teoria winnicottiana de forma tão sensível e competente. Obrigada pelas valiosas contribuições e sugestões.

Aos colegas do GIDEP, pela inspiração científica e profissional.

As professoras Ligia Schermann e Vera Ramires, pela participação em minha banca examinadora, com suas valiosas contribuições.

A toda equipe do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em particular a amiga e colega do GIDEP, psicóloga Márcia Camaratta Anton e a chefe do Setor de Psicologia, Viviane Ziebell de Oliveira, que se dedicaram e viabilizaram a realização deste trabalho.

A CAPES e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, pelo suporte e investimento científicos em mim depositados.

A minha filha, que em tão pouco tempo de vida já me instiga a ser uma pessoa melhor.

*“Nasci para ti antes de haver o mundo
Não há outra coisa feliz ou hora alegre
Que eu tenha tido pela vida fora,
Que o não fosse porque te previa...”*

(Fernando Pessoa,

“A falência do prazer e do amor”)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	06
RESUMO	07
ABSTRACT	08

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação.....	09
Aspectos clínicos, epidemiológicos e psicossociais da prematuridade.....	10
O desenvolvimento do bebê nascido pré-termo.....	14
Interações mãe-bebê na prematuridade.....	19
Preocupação Materna Primária.....	30
Justificativa e Objetivo do Estudo.....	41

CAPÍTULO II

MÉTODO

Participantes.....	42
Delineamento e Procedimento.....	43
Considerações Éticas.....	44
Instrumentos.....	45

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caso 1: Mãe: Fabiana; Bebê: Tomás.....	49
Caso 2: Mãe: Daniela; Bebê: Luana.....	74
Caso 3: Mãe: Andréa; Bebê: Joaquim.....	100
Caso 4: Mãe: Regina; Bebê: Pedro.....	125

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

Considerações finais.....	162
---------------------------	-----

REFERÊNCIAS	166
--------------------------	-----

ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	177
Anexo B. Entrevista de contato inicial.....	178
Anexo C. Entrevista de Dados Demográficos do Casal	179
Anexo D. Ficha de dados clínicos do bebê e da mãe.....	180
Anexo E. Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade.....	181
Anexo F. Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade.....	182
Anexo G. Estrutura de categorias e subcategorias.....	185

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados Sociodemográficos das mães.....	41
---	----

RESUMO

A *preocupação materna primária* é um estado psicológico muito especial da mãe, em que sua sensibilidade em relação ao filho torna-se exacerbada. Tal estado tem início ainda na gestação, sendo acentuado no seu final, estendendo-se até as primeiras semanas ou meses após o parto. O objetivo deste estudo foi o de investigar a *preocupação materna primária* em mães de bebês nascidos pré-termo. Participaram do estudo quatro mães de bebês nascidos pré-termo, com idades entre 22 e 28 anos, todas casadas. Os bebês estavam internados na UTINeo de um hospital universitário público e tinham nascido entre 30 e 37 semanas e com peso médio de 1000g a 2500g. Os bebês não apresentavam complicações clínicas sérias. Como parte de seu estágio de mestrado, a autora integrou a equipe de Psicologia do hospital e realizou atendimentos psicológicos com as mães, quando elas foram então convidadas a participar do estudo. Foram então realizadas duas entrevistas, uma sobre a gestação e outra sobre a maternidade no contexto da prematuridade. Para fins deste estudo, foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo que buscou investigar semelhanças e diferenças nas respostas maternas com base em três categorias: *Preocupação materna primária na gestação*, *Preocupação materna primária e o nascimento pré-termo* e *Preocupação Materna Primária no Puerpério*. Análise de conteúdo qualitativa revelou diversas semelhanças entre os casos mostrando que o contexto da prematuridade parece ter agregado mais angústia e inseguranças às mães que estavam em processo de desenvolvimento da *preocupação materna primária*. No entanto, a presença de diversos indicadores sugerem que a prematuridade do bebê não impediu que estas conseguissem ingressar na *preocupação materna primária*. Nesse sentido, é plausível se pensar que apesar de a prematuridade e suas intercorrências, terem afetado inicialmente a *preocupação materna primária* após o choque inicial, as mães do presente estudo relataram fortes indicadores da presença deste processo, o que, com certeza, contribuiu para a qualidade da relação e desenvolvimento do filho/a.

Palavras-chave: *preocupação materna primária*, nascimento pré-termo.

ABSTRACT

The *primary maternal preoccupation* is a special psychological state of the mother, when her sensitivity in relation to her baby becomes exacerbated. This state starts early in pregnancy but is marked on its end, extending through the first weeks or months after birth. The aim of this study was to investigate the *primary maternal preoccupation* in the mothers of preterm birth babies. Four mothers of preterm birth babies participated in the study. Their ages were between 22 and 28 years old and all of them were married. The babies were interned in the Neonatal Intensive Care Unit (UTINeo) of a public university hospital and were born with gestational age between 30 and 37 weeks, and with medium weight that varied from 1000g to 2500g. The babies did not present serious clinical complications. As part of the Master's research, the author joined the Psychology's Staff of the hospital and realized psychological treatment with the mothers, when they were invited to participate in the study. Two interviews were collected: one about gestation and another about motherhood in the prematurity context. Their answers were examined through content analysis. For this study, a collective case-study design was used to investigate the particularities and similarities of the answers, based on three categories: *Primary maternal preoccupation in gestation*, *Primary maternal preoccupation and the preterm birth* and *Primary maternal preoccupation in the puerperium*. Content analysis indicated similarities between the cases, showing that prematurity context brought more distress and insecurities to the mothers whom were in process of establishing *primary maternal preoccupation*. However, the presence of indicators suggests that the prematurity of the baby did not prevent the establishment of *primary maternal preoccupation* in the mothers. Accordingly, it's plausible to think that, despite the prematurity and its interurrences have affected the *primary maternal preoccupation*, after the initial shock, the mothers of the present study showed presence of the indicators of this process, which, of course, contributed to the quality of the relationship and development of the child.

Keywords: *primary maternal preoccupation*, premature birth.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

A experiência subjetiva materna frente à gestação e o nascimento do bebê tem sido motivo de inúmeras investigações nas últimas décadas. Existe um período sensível nos primeiros dias depois do nascimento, dentro do qual as trocas íntimas mãe-recém-nascido são facilitadores do ajuste da díade e da vinculação afetiva.

A literatura aponta que a maternidade, por si só, envolve um intenso trabalho por parte da mulher, exigindo que esta consiga assimilar e enfrentar mudanças corporais, sociais e psicológicas. Dentro deste contexto, o nascimento pré-termo do bebê está entre os fatores que mais afetam a experiência de ser mãe, podendo trazer dificuldades específicas para a mulher. A mãe precisará enfrentar uma situação que poderá gerar muito sofrimento e sentimentos ambivalentes, fato este que pode dificultar e até inibir os primeiros contatos da mãe e seu bebê. Assim, a mãe tende a se sentir desamparada frente a um bebê frágil que precisa permanecer dentro de uma incubadora, necessitando de cuidados especiais. Deste modo, podemos pensar que o nascimento pré-termo do bebê encontra-se entre os fatores que mais afetam a experiência de ser mãe e pai. Diante disso, percebe-se que nos pais de um bebê nascido pré-termo, as angústias esperadas para essa fase são mais acentuadas e o desafio imposto é ainda maior, pois além de ter que lidar com o luto pelo filho imaginário, ainda necessitam trabalhar com sua culpa pelo nascimento prematuro do filho, seu risco de morte e a separação precoce. Os inúmeros estudos que têm acompanhado díades de mães e bebês prematuros têm destacado as dificuldades das mesmas no estabelecimento da ambientação inicial, uma vez que o nascimento de uma criança prematuramente é um choque afetivo, que pode ser vivido de maneira dolorosa e traumatizante (Brazelton, 1998; Cresti & Lapi, 1997; Druon, 1997; Harris, 2005; Lebovici, 1987; Mathelin, 1999; Mazet & Stoleru, 1990; Mendelsohn, 2005; Wirth, 2000).

Dentro da especificidade que a situação da prematuridade impõe, as mães se deparam com um bebê bastante diferente de suas expectativas e idealizações, sendo que nos primeiros momentos qualquer forma de aproximação e contato tenderá a ser bastante difícil. Além disto, a experiência de permanecer longe de seu bebê, tendo em vista as restrições clínicas muitas vezes impostas pela prematuridade, pode dificultar a formação de comunicações emocionais vitais da dupla. Nesse sentido, o presente estudo se propôs a investigar a *preocupação materna*

primária em mães de bebês nascidos pré-termo. Em particular, examinaram-se os sentimentos maternos diante do contexto da prematuridade.

Inicialmente, foi examinada a literatura com destaque para pesquisas a respeito das características da prematuridade, de modo geral, pontuando-se aspectos médicos clínicos, epidemiológicos e psicossociais. A seguir, foram examinadas características a respeito do desenvolvimento do bebê prematuro. Após, discutiram-se questões relativas às primeiras interações mãe-bebê prematuro, sob a ótica das teorias e pesquisas psicanalíticas, bem como o impacto psicológico da prematuridade na maternidade, para, posteriormente, ser examinado o conceito de *preocupação materna primária* de Winnicott, que norteou a análise dos dados do presente estudo.

Aspectos clínicos, epidemiológicos e psicossociais da prematuridade

Bebês que nascem com menos de 37 semanas de gestação (Steer, 2005; World Health Organization, 2009) e pesando menos que 2500g (World Health Organization, 2009) são considerados nascidos pré-termo (Mussen, Conger, Kagan, & Huston, 1990; Tucker & Mcguire, 2004). A prematuridade continua a ser uma das causas de maior mortalidade de recém-nascidos (Segre, 2002; Tribe, 2007), numa lista composta pelos seguintes quadros clínicos: anóxia perinatal, infecções, malformações congênitas e doenças pulmonares. Outro dado importante referido nas pesquisas é que o nascimento pré-termo é a causa de 60 a 80% das mortes de crianças nos países industrializados (Goldenberg, Goepfert, & Ramsey, 2005; Gibbs, 2001; Pennell et al., 2006).

Anualmente, nascem 20 milhões de bebês prematuros no mundo (Ministério da Saúde do Brasil, 2001). Já no Brasil, a taxa de prematuridade no ano de 1998 foi de 4,8 nascidos prematuros por 100 nascidos vivos (Coelho, 2004) e no ano de 2001 foi de 5,9 nascidos prematuros por 100 nascidos vivos (Ministério da Saúde do Brasil, 2004). Nos anos de 2003 e 2004 a taxa de prematuridade no Brasil foi de 6,26 e 6,49 nascidos prematuros por 100 nascidos vivos, respectivamente. No ano de 2003 a maior taxa de prematuridade no Brasil foi observada na Região Sul, onde o valor foi de 7,20 nascidos prematuros por 100 nascidos vivos. Os estados que apresentaram maiores números de nascimentos prematuros em 2004 foram o Rio Grande do Sul (8,5%) Mato Grosso do Sul (8,4%) e o Distrito Federal (8,3%).

Com base nestes dados, pesquisas epidemiológicas apontaram fatores que podem contribuir para esse aumento, a saber: gestação gemelar (Pursley & Cloherty, 2000; Ramos, Martins-Costa, Valério & Müller, 2006; Steer, 2005; Tucker & Mcguire, 2004); imprecisão

médica na hora de realizar o ultra-som e medicalização excessiva (Barros et al., 2005); a crescente procura por técnicas de reprodução assistida (Segatto, Anauate & Buscato, 2008; Tucker & McGuire, 2004); aumento nos casos de gravidez em mulheres com menos de 17 anos ou acima de 35 (Pursley & Cloherty, 2000; Segatto et al., 2008); melhora na qualidade da informação estatística sobre prematuros no país (Segatto et al., 2008) e o aumento no consumo de cigarro pela mãe (Barros et al., 2005; Tucker & McGuire, 2004). Outro fator importante destacado nas pesquisas foram as causas biológicas do parto prematuro, nas quais verificou-se que a etiopatogenia do parto prematuro e do rompimento prematuro de membranas parece ser multifatorial (McDonald, O'Loughlin, Jolley, Vigneswaran, & McDonald, 1994). Estudos apontaram que as fontes biológicas mais frequentes de partos prematuros são as infecções, entre elas no trato genital (Gibbs, Romero, Hillier, Eschenbach, & Sweet, 1992; Gibbs, 2001) e no sistema urinário (Gibbs, 2001) que podem levar à invasão microbiana do líquido amniótico e rotura prematura das membranas intrauterinas. A pré-eclampsia e a eclampsia (a hipertensão durante a gestação) também foram apontadas como determinantes diretas no parto pré-termo (Rades, Bittar & Zugaib, 2004; Ramos et al., 2006; Steer, 2005). Contudo, é importante destacar que muitos desses aspectos biológicos podem estar inter-relacionados com os fatores referidos nas pesquisas epidemiológicas citadas acima, sendo que ambos poderão influenciar o desenvolvimento ou não do parto pré-termo.

Rades et al. (2004) classificaram o parto pré-termo em duas categorias: espontâneo, que é consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas, e eletivo, quando ocorre por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais. Além disso, dados da literatura relacionados ao parto prematuro, sugeriram que as condições sócio-econômicas e emocionais influenciaram em quase todos os fatores que foram destacados no parágrafo acima. Esses fatores, de forma geral, foram: estresse e depressão materna (DiPietro, Novak, Costigan, Atella, & Reusing, 2006; Feldman & Eidelman, 2007; Miles, Holditch, Schwartz, & Scher, 2007; Orr & Miller, 1995); fatores sócio-demográficos, tais como gestantes pobres e negras (Feldman & Eidelman, 2007; Pursley & Cloherty, 2000; Tribe, 2007; Tucker & McGuire, 2004); comportamentos aditivos da gestante, tais como abuso de álcool (Sokol et al., 2007); altos níveis de ansiedade materna (DiPietro et al., 2006; Orr, Reiter, Blazer, & James, 2007); e abortos anteriores (Voigt et al., 2008).

Dentre os fatores emocionais associados ao parto prematuro mencionados acima, destaca-se a ansiedade e a depressão materna. Uma pesquisa realizada por DiPietro et al. (2006) coletou auto-relatos de 94 mulheres americanas saudáveis, que estavam com uma

gravidez de risco. As entrevistas foram realizadas durante a gestação, 6 semanas e 24 meses após o parto prematuro. Os resultados revelaram altos níveis de ansiedade pós e pré-natal, estresse e sintomas depressivos nas mães tanto antes de dar a luz quanto após o nascimento de seu filho.

Ainda em relação a relatos de ansiedade materna durante a gestação e o nascimento prematuro destaca-se uma pesquisa realizada por Orr et al. (2007) que avaliou 1820 mulheres americanas, durante sua primeira visita pré-natal, que responderam a um inventário. Os resultados sugeriram que mulheres com relatos de altos níveis de ansiedade durante a gestação, tinham um risco significativo de sofrer um parto prematuro. Considerando esses resultados, os autores destacaram a importância de intervenções com as gestantes, com o objetivo de diminuir suas preocupações e ansiedades.

Outro enfoque dispensado ao contexto da prematuridade, diz respeito à classificação dos bebês nascidos pré-termo quanto ao seu peso. Os nascidos pré-termo (menos de 37 semanas de idade gestacional) foram divididos em dois grupos: aqueles recém-nascidos com muito baixo peso (MBP), correspondentes aos que pesavam menos de 1500g e, recém-nascidos extremamente baixo peso (EBP), que pesavam abaixo de 1000g (Beckwith & Rodning, 1991; Tucker & McGuire, 2004). Em relação à idade gestacional, os bebês prematuros foram classificados como recém-nascidos pré-termos extremos, correspondentes aqueles com idade gestacional entre 23 e 27 semanas; recém-nascidos muito pré-termos, com idades gestacional entre 28 e 31 semanas e, os nascidos pré-termos propriamente ditos, que abrange todos os recém-nascidos abaixo de 37 semanas de gestação (Tucker & McGuire, 2004). Com base nestes dados, pode-se destacar que a condição de MBP ou EBP ao nascer e as complicações perinatais moderadas ou graves constituem fatores de risco biológico que podem comprometer os processos normais de desenvolvimento infantil (Lewis, Dugloinski, Caputo, & Griffin, 1988; Miller, 1996; Werner, 1986). Destacou-se na literatura que esses fatores de risco biológico frequentemente associam-se a fatores de risco psicossociais, constituindo-se em uma situação de múltiplo risco, em que um agrava o outro, aumentando a ameaça ao desenvolvimento sadio e adaptativo da criança (Andreani, Custódio, & Crepaldi, 2006; Beckwith & Rodning, 1991; Bradley et al., 1994; Halpern, Giugliani, Victoria, Barros, & Horta, 2000; Hernandez, 1996; Klein & Linhares, 2006; Miura, 1991).

Ainda dentro da condição dos bebês nascidos pré-termo, a literatura apontou que aqueles que nascem com pouca idade gestacional – de 26 a 28 semanas – tendem a pesar cerca de 750 a 1000g e precisarão passar um longo tempo internados (Moreira, Bomfim, & Júnior,

2003). Já os nascidos pré-termo com idade gestacional perto dos nove meses de gestação, poderão passar eventualmente pela Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINeo) apenas por uma fase de adaptação, na qual sua respiração se normalizará no decorrer dos primeiros dias de internação. Os problemas mais comuns nessa situação são sempre relacionados à maturidade dos órgãos e sistemas, decorrentes da baixa idade gestacional (Beckwith & Rodning, 1991; Reece, Hobbins, Mahoney, & Petrie, 1996).

Portanto, quanto mais prematuro for o bebê, maiores são os riscos que ele enfrentará na vida fora do útero. As intercorrências mais comuns nesses bebês são: as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer, apnéias e anemia (Moreira & Rodrigues, 2003; Pursley & Cloherty, 2000). Além disso, muitos bebês são acometidos de distúrbios metabólicos e têm dificuldades em alimentar-se e manter sua temperatura corporal (Dias, Morales, & Grigoletti, 2004; Moreira & Rodrigues, 2003; Pursley & Cloherty, 2000).

Atualmente, mesmo com todos os aparatos tecnológicos oferecidos pelas UTINeos, o número elevado de neonatos nascidos pré-termo constitui um importante problema de saúde e representa um alto percentual de mortalidade neonatal, uma vez que, um terço deles morre antes de completar um ano de vida. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos (Ananth, Misra, Demissie, & Smulian, 2001; Kleine et al., 2007; Martin et al., 2003) indicaram que o número de partos pré-termo cresceu aproximadamente 30% nos últimos 20 anos. De acordo com as pesquisas, o aumento na idade materna contribui para isto e pode resultar em problemas como a infertilidade, que provoca a crescente procura por técnicas de reprodução assistida, como foi apontado anteriormente; múltiplos nascimentos e circunstâncias socioeconômicas desfavoráveis. Apesar das inúmeras causas levantadas para o parto pré-termo, na maioria das vezes sua etiologia não é identificável (Fonseca, Bittar & Zugaib, 1999; Ramos et al., 2006; Reece et al., 1996). Outra observação é a de que um bebê nascido pré-termo e com peso muito baixo para sua idade gestacional enfrenta um risco de mortalidade muito mais sério do que um bebê da mesma idade gestacional que tem um peso apropriado para sua idade (Andrews et al., 2000; Beek & Samson, 1994; Mussen et al., 1990). Segundo Calil (1996), os bebês nascidos pré-termo são considerados viáveis, com alguma possibilidade de sobrevivência, a partir de 26 semanas de gestação. No entanto, a melhora da atenção pré-natal e o aperfeiçoamento dos cuidados perinatais têm permitido a sobrevivência de bebês que há poucos anos eram considerados inviáveis. Em geral, os riscos de seqüelas no desenvolvimento são considerados maiores para os bebês que pesam menos de 1500g ao nascimento (Andrews et al., 2000; Novello, Degraw & Kleinnan, 1992; Waber & McCornick, 1995).

Neste contexto, é importante destacar que nos bebês prematuros que nascem com baixo peso (<1500g), a idade da gestação passa a ser mais importante, porque determina se os órgãos dos recém-nascidos – em especial os pulmões – se desenvolveram o suficiente para permitir que ele sobreviva dentro dos limites tecnológicos atuais (Moreira et al., 2003). Alguns fatores que influenciam a sobrevivência do bebê são destacados pelos autores, entre eles está a ruptura das membranas fetais antes de 24 semanas de gestação com perda do líquido amniótico. Esse evento faz diminuir as chances de sobrevivência do bebê, mesmo que ele nasça muito depois. Além disso, meninos nascidos prematuramente são um pouco menos maduros que as meninas, podendo apresentar mais riscos de doenças respiratórias. Outro fator considerado complicador é a diabetes materna, que pode fazer com que o amadurecimento dos órgãos do bebê aconteça de forma mais lenta. Verifica-se que a hipertensão grave da mãe antes do oitavo mês de gestação também pode causar alterações na placenta, diminuindo a liberação de nutrientes e/ou oxigênio para o feto em desenvolvimento.

Outros autores enfatizaram que um baixo peso ao nascer por si só não prediz muito sobre a história obstétrica dos bebês (Beek & Samson, 1994). De qualquer modo, são estes nascidos pré-termo que pesam menos de 1500g que tendem a ter um maior número de problemas médicos logo cedo e apresentam maior incidência de atraso no desenvolvimento e mais problemas na infância (Creasey, Jarvis, Myers, Markowitz, & Kerkering, 1993), como será visto posteriormente. Outros estudos apontaram o nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer como fatores biológicos que, além de gerar hospitalizações, contribuem para o aumento de risco para desordem emocional em crianças que nasceram antes do tempo quando comparadas àquelas que nasceram a termo (Lewis et al., 1988).

O desenvolvimento do bebê nascido pré-termo

Entre as dificuldades e limitações associadas ao desenvolvimento do bebê prematuro destaca-se seu nível de atividade, que influencia diretamente a relação do bebê com seus pais. A desorganização do estado de sono/vigília no período neonatal tem sido associada a dificuldades na interação pais-bebê e a problemas posteriores de desenvolvimento (Davis & Thoman, 1987; Gorski, Davison, & Brazelton 1979; Thoman, 1975; Thoman, Deneberg, Sievel, Zeidner, & Becker, 1981). De acordo com Feijó (1998), na medida em que a regulação de estados de vigília/sono é essencial para a manifestação de comportamentos coerentes, o baixo controle desses estados pode tornar os prematuros menos adaptados às demandas do

ambiente pós-natal. O controle desses estados pode servir como parâmetro de controle para outros aspectos do desenvolvimento.

Assim sendo, a tranquilidade da transição de um estado para outro reflete a habilidade do bebê para modular e organizar o comportamento com o objetivo de interagir com o ambiente (Als, Tronick, Lester, & Brazelton, 1979). No caso de bebês nascidos pré-termo, a organização do estado comportamental dos mesmos é imatura e menos organizada (Gorski et al., 1979). Ou seja, eles são menos capazes de orientar-se para estímulos e permanecer mais tempo no estado desperto não alerta e em transição sono-para-acordar do que bebês a termo (Davis & Thoman, 1987).

O estudo realizado por Davis e Thoman (1987) examinou os estados de sono e vigília de bebês americanos, oito deles nascidos pré-termo e 28 a termo em suas casas por sete horas quando os mesmos tinham dois, três, quatro e cinco meses de idade. A observação foi dividida em dois contextos que se excluía mutuamente: período em que o bebê estava sozinho e período em que estava acompanhado de sua mãe. No total das horas observadas, o bebê nascido pré-termo permaneceu mais tempo no estado desperto não alerta e em transição sono-para-acordar do que bebês a termo; além disso permaneceu mais tempo sozinho. Os resultados ilustraram que existe uma clara diferença entre os estados de sono-vigília de bebês nascidos pré-termo e a termo. A interação dos bebês com a mãe também foi apontada como uma importante influência nos estados de sono/vigília. Por exemplo, os bebês prematuros ficavam mais inquietos e chorosos quando estavam sozinhos. No entanto, os bebês a termo apresentavam mais esse tipo de comportamento quando estavam com suas mães. Deste modo, percebe-se que a problemática envolvida na situação do nascimento pré-termo poderá incidir diretamente sobre os primeiros contatos da mãe com o bebê.

Contudo, ainda não existe um consenso em relação a esses resultados. Por exemplo, Thoman e Ingersoll (1999) gravaram os momentos de sono/vigília de 95 bebês nascidos pré-termo americanos, nascidos com menos de 1500g durante 35 semanas. A filmagem foi realizada em três períodos diferentes durante 24 horas. Os resultados das gravações foram classificados em sono tranquilo; sono agitado; acordado; sendo cuidado na enfermaria (durante os procedimentos) e fora da incubadora. O sono do bebê se mostrou significativamente diferente para cada período do dia e da noite. Segundo os autores, os resultados revelaram que bebês nascidos pré-termo demonstraram estabilidade e mudanças no decorrer do seu desenvolvimento em relação aos momentos de sono e vigília desde a mais tenra idade, assim como o bebê a termo. Essas mudanças estariam relacionadas a variáveis psicossociais, assim como aos

cuidados maternos que o mesmo recebe no decorrer do tempo. Estas variáveis serão discutidas posteriormente.

Tem se tornado claro que a explicação para as diferenças entre o bebê nascido pré-termo e o a termo depende não só das condições médicas do prematuro, mas também da fase de desenvolvimento do bebê e da situação na qual a interação cuidador-bebê é examinada (Beek & Samson, 1994). Pesquisas que compararam o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo com MBP com crianças nascidas a termo e com peso igual ou superior a 2500g destacaram que as primeiras são mais propensas a apresentarem: deficiências cognitivas (Bradley et al., 1993; Dammann, et al., 1996), problemas de desempenho escolar (Laucht, Esser, & Schmidt, 1997; Linhares, Chimello, Bordin, Carvalho, Martinez, 2005), dificuldades comportamentais (Bordin, Linhares, & Jorge, 2001; Linhares et al., 2005), déficits na qualidade de vida (Theunissen et al., 2001) e problemas de crescimento físico (Theunissen et al., 2001; Werner, 1986). Além disto, quando comparados com recém-nascidos a termo com a mesma idade, bebês nascidos pré-termo podem ter mais estados de sono desorganizado, como já exposto acima, um estado de atividade menor e choro diminuído, além de poderem apresentar uma capacidade menor de serem consolados por estimulação de sucção (Davis & Thoman, 1987; Ferrari, Grosoli, Fontana, & Cavazzuti, 1983).

Assim como os achados encontrados acima, muitos estudos têm avaliado a interação mãe-bebê nascido pré-termo nos primeiros anos de vida da criança e identificado diferenças em comparação a crianças a termo (Assel et al., 2002; Barnard & Kelly, 1990; Barratt, Roach, & Leavitt, 1996; Cho, Holditch-Davis, & Belyea, 2004; Laucht et al., 1997; Linhares et al., 2005; McGrath, Sullivan & Seifer, 1998). Deste modo, percebe-se que a problemática envolvida na situação do nascimento pré-termo poderá incidir diretamente tanto sobre os primeiros contatos da mãe com o bebê, assim como ocasionar um impacto no desenvolvimento futuro da criança. Tais estudos são importantes para que se possa intervir com eficácia nesses casos, considerando-se a necessidade de dados empíricos sobre o tema para o planejamento de estratégias de intervenção de caráter preventivo.

Em relação às eventuais diferenças e semelhanças no desenvolvimento de nascidos pré-termo e a termo, os resultados de muitas das pesquisas são ainda inconsistentes, sendo que não apontam para a mesma direção em diversas dimensões, tais como: psicossociais, nível intelectual, problemas de comportamento, tempo de reação e reflexo, etc. O estudo realizado por Linhares et al., (2005) com 40 crianças de oito a dez anos teve o objetivo de avaliar indicadores do desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças paulistas nascidas pré-

termo com muito baixo peso e compará-las às nascidas a termo, quanto às áreas intelectual, emocional e comportamental. Foram utilizados diversos instrumentos com o objetivo de compreender o comportamento, o desenvolvimento intelectual e os indicadores emocionais dessas crianças. De forma geral, os resultados apontaram que as crianças que nasceram pré-termo apresentaram nível intelectual inferior à média e mais problemas comportamentais em comparação às nascidas a termo. Contudo, não houve diferença entre os grupos quanto aos aspectos emocionais. Tais achados podem indicar a predominância de problemas biológicos em comparação aos aspectos emocionais da criança, no entanto não existe um consenso e novas pesquisas deverão ser realizadas para que cada processo seja avaliado minuciosamente.

Ainda buscando identificar semelhanças e diferenças entre crianças nascidas pré-termo e a termo, Theunissen et al., (2001) estudaram a percepção dos pais em relação ao desenvolvimento global da criança, e o nascimento prematuro em crianças entre um e quatro anos. Foram selecionados três grupos, a saber: bebês com menos de 32 semanas ($n=65$), de 32 a 36 semanas ($n=41$), 37 semanas ($n=54$) e um grupo controle selecionado em uma população em geral ($n=50$). Os autores utilizaram um questionário a respeito da qualidade de vida da família, que foi complementado pelo relato dos pais. Os resultados apontaram maiores diferenças nas crianças que nasceram com menos de 32 semanas, que apresentaram baixos escores quanto às dificuldades de respiração, alimentar-se sozinho, distúrbios alimentares, crescimento físico e motor, comunicação e ansiedade. Os achados demonstram que os bebês nascidos pré-termo com menos de 32 semanas de gestação podem apresentar mais complicações, sendo que o longo tempo na UTINeo pode ser apontado como um dos fatores responsáveis por estes problemas de desenvolvimento. Vale dizer que, o estado mais vulnerável destes bebês pode restringi-los do contato mais longo com os pais, pois os mesmos precisarão ficar mais tempo dentro da incubadora. Assim, entende-se que vários são os fatores que poderão influenciar o desenvolvimento da relação da família com este bebê.

Contudo, a pesquisa longitudinal realizada por Samuelsson et al., (2006), não endossou plenamente a idéia de déficits no desenvolvimento associados à prematuridade. O estudo teve o objetivo de analisar o desenvolvimento da capacidade de leitura de crianças suecas que haviam nascido prematuramente. O estudo foi realizado em dois momentos: aos nove anos e aos 15 anos dos participantes. Participaram da pesquisa 26 crianças prematuras e 52 nascidas a termo. Os resultados mostraram que os nascidos pré-termo apresentaram déficits na leitura aos nove anos, quando comparados com os a termo, porém esse fato não se repetiu quando os mesmos tinham 15 anos de idade, quando não foram encontradas diferenças significativas. Os

resultados sugeriram que as crianças nascidas prematuramente desenvolvem bem suas habilidades de leitura no decorrer de seu crescimento.

Quando se fala em desenvolvimento do bebê nascido pré-termo, a dimensão psicossocial precisa sempre ser considerada, com destaque para a situação de desfavorecimento econômico, que pode representar um fator de risco para o desenvolvimento psicológico e físico do bebê prematuro (Sameroff & Chandler, 1975). Diversos autores destacaram que um ambiente familiar adequado, com a presença de fatores favorecedores, tais como responsividade parental, aceitação do comportamento da criança e disponibilidade de brinquedos, pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal (Bradley et al., 1993; Bradley et al., 1994; Watson, Kirby, Kelleher, & Bradley, 1996). Por outro lado, um ambiente familiar inadequado, envolvendo, por exemplo, pobreza, pode intensificar esse risco (Bradley et al., 1994; Kálmar & Boronkai, 1991).

Investigando este tema, Watson et al. (1996) avaliaram bebês prematuros (menos de 2500g e menos de 37 semanas ao nascer) americanos e suas famílias, que se enquadravam na categoria denominada pelos autores como em situação de pobreza. Esse grupo ($n=159$) foi comparado com um grupo controle ($n=437$), formado também por crianças que nasceram prematuramente e suas famílias, mas que pertenciam a um nível socioeconômico mais favorecido. Foi utilizado um inventário para verificar a qualidade do nível cognitivo, social e do suporte emocional fornecido para a criança. Os resultados sugeriram que a condição de pobreza, influenciava negativamente inúmeros cuidados dirigidos às crianças nascidas pré-termo, tais como: habilidade dos pais em prover segurança física para seus filhos, estimular um ambiente de aprendizagem e prover suporte emocional necessário para o desenvolvimento saudável dos mesmos. No entanto, devemos ter cautela com estes achados, pois os mesmos podem não ser válidos para a realidade brasileira, pois a situação de pobreza das famílias norte-americanas é diferente das condições que pobreza que vivem as famílias brasileiras. Vale dizer que a capacidade dos pais de cuidar e estimular seus filhos não está necessariamente relacionada às condições psicossociais, mas pode sim, ter sido influenciada pelos primeiros contos que estes tiveram com seus bebês.

Como pode ser visto nos estudos revisados acima, os mesmos apresentam, por vezes, resultados contraditórios tanto a respeito da etiologia da prematuridade como das eventuais dificuldades no desenvolvimento físico e emocional dos bebês nascidos pré-termo. Isto pode estar associado a diferenças metodológicas entre estes estudos, mas também a um conjunto de fatores que interagem com a prematuridade e que podem potencializar ou não o

desenvolvimento do bebê após seu nascimento. De qualquer modo, é inegável que se trata de uma interrupção na gravidez e uma mudança no desenvolvimento do feto, com importantes impactos pelo menos nas relações emocionais que se estabelecem com seus pais. Em particular a separação precoce de sua mãe pode privar a dupla da oportunidade de estabelecer comunicações emocionais muito importantes para seu desenvolvimento emocional, como será destacado a seguir.

Interações mãe-bebê na prematuridade

O processo de tornar-se mãe e interagir com seu filho envolve mudanças significativas na vida da mulher, sendo considerada uma transição que tem início na gestação e prolonga-se até os primeiros anos da criança. Nesse sentido, muitos autores têm destacado que os primeiros encontros entre a mãe e o recém-nascido determinam a natureza das suas relações subseqüentes, sendo estabelecidos, nesta época, os padrões individuais de interação, os quais passariam a ser relativamente duradouros (Bowlby, 1989; Brazelton & Cramer, 1992; Freud, 1926/1969; Klaus, Kennell, & Klaus, 2000; Spitz, 2000; Winnicott, 1956/2000). Quando nasce, o bebê encontra-se em uma situação de dependência absoluta, na qual precisa que sua mãe (ou outro cuidador que consiga representar este papel) seja capaz de compreendê-lo e adivinhar suas necessidades e auxiliar o bebê a se integrar (Winnicott, 2000). De acordo com Winnicott a dependência é total após o nascimento, porém à medida que a mãe consegue ajudar o filho em seu desenvolvimento emocional, esta tende a diminuir no decorrer da vida. Segundo o autor, a mãe deverá entrar, a partir dos últimos meses da gestação até alguns meses após o parto, na *preocupação materna primária*, o qual será abordado com profundidade no decorrer do trabalho. Dentro dessa visão, a mãe e o bebê recém-nascido possuem uma relação recíproca e complementar, podendo-se pensar que a mãe não existe sem o bebê e o bebê não existe sem a mãe (Winnicott, 1956/2000).

Neste contexto, o ato de separar o bebê de sua mãe logo após o parto possui um significado maior do que se pensava no passado. A sensação de perda que ocorre na mulher depois do parto é conseqüência do período realmente gratificante em que carrega o bebê dentro de si, sendo que a separação pode ter implicações bastante negativas, pois esse é um período sensível para a vinculação (Barratt, Roach, & Leavitt, 1992; Dias et al., 2004; Lebovici, 1987). Durante os anos 50 e 60, as maternidades tinham uma grande preocupação com a proteção de pacientes contra os perigos reais de doenças contagiosas, o que levou a políticas extremas de isolamento e separação. Os bebês a termo eram reunidos em grandes enfermarias, fato este que

dificultava ainda mais a separação natural da mãe e do bebê depois do parto. Dois estudos (Klaus, Barnett, Leiderman, & Grobstein, 1970; Klaus & Kennel, 1992) foram fundamentais para que as portas das UTINeos se abrissem para a entrada dos pais e familiares. Os dados dos estudos sugeriram que a presença dos pais não aumentava o número de infecções e estimulava o desenvolvimento físico e emocional de seu bebê.

Desde então, se começou a levar mais em consideração os diversos acontecimentos importantes para a formação do vínculo da mãe com seu bebê, que vai se constituindo desde a gestação, parto e pós-parto (Klaus & Kennel, 1992). Assim sendo, ficou demonstrado que esses eventos começam antes da gravidez (planejar a gestação), seguem durante a gestação (consiste em confirmar a gravidez e aceitá-la, sentir o movimento fetal e começar a aceitar o feto como um indivíduo) e continuam no parto, no nascimento e após o nascimento (ver o bebê, tocá-lo, cuidá-lo e aceitá-lo como um indivíduo independente).

Além desses fatores mencionados acima, o nascimento de um filho requer um remanejamento psíquico profundo na família, sendo que para cada um dos pais esse acontecimento irá se apresentar de forma diferente, de acordo com sua própria história como bebê (Wirth, 2000). Dessa forma, quando uma gravidez e o nascimento de um filho ocorrem, poderá acontecer uma atualização da experiência infantil dos pais (Ferrari, Piccinini e Lopes, 2007). Além disso, um bebê representa para a família a possibilidade de continuar existindo, de reproduzir a si mesmo e ter a chance de perdurar após a morte através do filho.

Em casos de um nascimento pré-termo, a impossibilidade de a gestante chegar ao final do terceiro trimestre de gravidez, o momento em que estaria mais pronta para o nascimento, acaba provocando uma situação complexa para essas mulheres, que têm de enfrentar a gestação interrompida e confrontar-se com um bebê frágil (Lebovici, 1987). Este acontecimento vai contra a representação dos pais de perdurar além da morte através do filho. Além disso, essa situação faz com que ocorra uma mudança traumática do estado de gestante para a situação de ser mãe. Lebovici entende que o parto prematuro agrava a dor associada à separação mãe-feto que ocorre com todas as mães no parto.

Em relação à vivência da mãe diante do parto pré-termo e dos primeiros contatos com seu filho, foi encontrado um estudo longitudinal realizado por Black, Holditch-Davis e Miles (2008) com 34 mães norte-americanas que sofreram de pré-eclampsia durante a gestação, de classe social e idade variadas. Os pesquisadores acompanharam as mães desde a internação até os 16 meses do bebê. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que abordaram a hospitalização precoce, preparação para o parto, a internação do bebê, a alta hospitalar e a

chegada em casa com o filho. A análise do material teve como base a Teoria do Curso de Vida. Black et al. (2008) apontaram para sentimentos ambivalentes presentes desde o pré-natal, tais como: desconfiança em relação à ultrasonografia, sintomas de desconforto da mãe não sendo levados em consideração pela equipe médica e comportamento de evitar olhar o feto durante exames do pré-natal. Após o parto, muitas mães não podiam ver seus bebês imediatamente e relataram ambivalência em olhar ou não para fotos tiradas do filho recém-nascido. Algumas descreveram um sentimento de alívio ao ver as fotos do filho, pois após acordarem da anestesia não sabiam se este estava vivo ou não. Por outro lado, mesmo após ver as fotos, estas tinham necessidade de perguntar à equipe e assegurar-se de que o bebê estava bem. As mães destacaram que o suporte tecnológico da UTINeo (equipamentos de oxigênio e tubos) dificultava o contato com o bebê, pois tinham medo de interagir com o filho, fato destacado com muita tristeza por parte das participantes. De acordo com os pesquisadores, no decorrer do tempo de hospitalização, estas mulheres iam adquirindo competência para lidar com o bebê, aprendendo a ler os aparatos tecnológicos, o que as tornava mais seguras de sua função materna e da saúde de seu filho. Os relatos indicaram que as mães sabiam da importância da permanência do bebê na incubadora, fazendo uso de todos os aparelhos necessários, porém relataram que a distância física imposta não contribuía para seus verdadeiros desejos: abraçar, dar colo, alimentar e conseguir cuidar de seu filho.

Como se pode observar, pesquisas vêm revelando que as mães de recém-nascidos pré-termo precisam se adaptar a um bebê que não preenche suas expectativas de bebê ideal e cujo nascimento pode precipitar uma situação de crise (Chatwin & Macarthur, 1993). Um dos motivos dessa crise é o fato de que a mãe se depara com um bebê muito diferente de suas expectativas (Klaus & Kennell, 1992; Maldonato, 1989). Os autores destacaram que inicialmente haverá um estranhamento em função desta diferença entre o bebê idealizado e o bebê nascido pré-termo, fato este comprovado empiricamente nas pesquisas. Neste momento, a mãe pode apresentar uma reação de luto pelo filho perfeito que não teve e necessita de tempo e apoio para que possa aceitar seu filho real (Brazelton, 1988; Klaus & Kennell, 1992; Stern, 1997).

Sob tal aspecto, percebe-se cada vez mais que o parto prematuro pode ativar na mãe fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o bebê que ali se encontra (Lebovici, 1987). Pode acontecer, ainda, o inverso, sendo que mães com funcionamento mais projetivo irão considerar o bebê como responsável pela sua infelicidade. Dentro dessa visão, os pais sentem-se excluídos do que seria uma experiência gratificante depois de meses de gravidez.

Assim, o que deveria ser uma lenta transição acaba sendo uma brusca passagem e os primeiros contatos mãe-bebê acabam sendo prejudicados.

A partir dessas considerações, percebe-se que nas mães de um bebê nascido pré-termo as angústias esperadas para essa fase são mais acentuadas e o desafio imposto é ainda maior, pois além de ter que lidar com o luto pelo filho imaginário, ainda necessitam trabalhar com sua culpa pelo nascimento prematuro do filho, seu risco de morte e a separação precoce (Wirth, 2000). Os inúmeros estudos que têm acompanhado díades de mães e bebês prematuros têm destacado as dificuldades das mesmas no estabelecimento do vínculo inicial, uma vez que o nascimento de uma criança prematuramente é um choque afetivo, que pode ser vivido de maneira dolorosa e traumatizante (Brazelton, 1988; Druon, 1997; Lebovici, 1987; Mathelin, 1999; Mendelsohn, 2005; Wirth, 2000).

Em relação ao impacto de dar a luz a um bebê nascido pré-termo, Mendelsohn (2005) sugere que a capacidade de pensar da mãe poderá ficar extremamente prejudicada, fato esse que traz ainda mais estresse a um bebê que já está comprometido com sua saúde. Visto que mudanças afetivas se processam, pode-se pensar que o trauma atinge tanto a mãe quanto o bebê nesse contexto. A autora ilustrou o quanto é difícil para a mãe dar sentido, não só ao comportamento do bebê que se encontra dentro de uma incubadora, mas a todas as expectativas em relação à maternidade, muitas da própria mãe, outras do pai e também das outras pessoas. A partir destas considerações, percebe-se que a mãe poderá sentir-se derrotada e culpada, o que poderá impedi-la de pensar e prestar atenção nos gestos sutis de seu bebê e, algumas delas, podem inclusive apresentar sintomas semelhantes àqueles encontrados no Transtorno de Estresse Pós-Traumático, a saber: evitam lembranças traumáticas e apresentam hipervigilância. Assim, algumas destas mães podem evitar qualquer tipo de lembrança de seu bebê, mantendo-se longe dele e da UTINeo. Nesse sentido, pode-se observar que, quando as mães, com a conduta descrita acima, visitam seus filhos podem parecer distantes ou vagas e, mesmo ficando longo tempo sentadas ao lado da incubadora, não conseguem demonstrar nenhum tipo de emoção. Algumas dessas mães poderão queixar-se de distúrbios no sono e pesadelos. Deve haver ainda, segundo Mendelsohn, em oposição às descritas acima, aquelas mães que permanecem vigilantes ao lado do bebê, alertas e com sentimentos difusos, principalmente em relação à morte do filho. A autora acrescentou que as mães traumatizadas, nos dois exemplos, acabam falhando em notar e em compreender a individualidade do bebê, seu comportamento e suas necessidades. Por fim, destaca que nem todas as mães sofrerão de maneira traumática o

nascimento de seu bebê nascido pré-termo, enfatizando que a reação delas vai variar bastante e dependerá dos diferentes aspectos que formam seu mundo interno e externo.

Além disso, para agravar ainda mais a situação do nascimento pré-termo, muitas vezes após o nascimento, por necessidade vital, é necessário transferir o bebê para um serviço de reanimação neonatal, onde ficará distante de sua mãe. Nessas situações a mãe sofre uma separação completa de seu filho prematuro nos primeiros momentos de sua vida (Klaus & Kennel, 1992; Lebovici, 1987). Isto tende a exacerbar a crise aguda, ansiogênica e desgastante, própria do nascimento prematuro, aumentando ainda mais a culpa e ansiedade dos pais. É neste momento de apreensão, quando a sobrevivência do filho e sua normalidade estão em jogo, que eles se vêm invadidos por um novo turbilhão de emoções, pois necessitam suportar a distância do filho internado em uma UTINeo (Andreani et al., 2006; Hughes & McCollum, 1994; Soifer, 1992). Um estudo realizado por Alfaya e Schermann (2001) buscou investigar a depressão materna em três grupos formados por: 20 mães de bebês prematuros, 14 mães de bebês a termo que necessitavam de cuidados e 24 bebês a termo saudáveis. O instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão Beck. Os resultados indicaram que as mães dos bebês nascidos pré-termo apresentaram maior incidência entre os níveis moderado e grave para depressão. No entanto, deve-se ponderar que a situação em que se encontravam estas mães também é propícia para o surgimento de um quadro depressivo, que poderá ser transitório, principalmente se comparadas às mães de bebês nascidos a termo saudáveis. No caso de novas pesquisas sobre o tema, pode-se sugerir a inclusão de entrevistas sobre a história pregressa desta mãe e uma nova aplicação do Inventário perto da alta hospitalar do bebê.

Isso nos coloca uma questão relativa ao impacto que uma mãe deprimida tem sobre o seu filho recém-nascido, mesmo que este ainda não tenha todas as suas capacidades de interações desenvolvidas por causa da prematuridade. Voltando à teoria de Winnicott (1966/2006), este ilustra que ao olhar para a mãe o bebê se vê refletido no rosto dela e que ele daria continuidade a sua existência a partir do reconhecimento da mãe. Caso a mãe esteja deprimida, como foi apontada na pesquisa descrita acima, como reagirá às necessidades de seu bebê?

Para compreender em profundidade o que se passa emocionalmente com a mãe, muitos estudos qualitativos vêm se dedicando a pesquisar os sentimentos maternos e as dificuldades que estes podem gerar na primeira aproximação da mãe com seu filho no contexto da prematuridade. Do ponto de vista dos aspectos emocionais maternos, tem sido destacada a predominância dos seguintes sentimentos: culpa (Mendelsohn, 2005; Niven, Wiszniewski, &

Alroomi, 1993; Colombini Neto, Linhares, Oliveira & Martinez, 1998); distanciamento psicológico (Mendelsohn, 2005); preocupação com a sobrevivência do bebê (Gomes, 2000; Colombini et al., 1998; Mendelsohn, 2005; Niven et al., 1993; Wirth, 2000); frustração de suas expectativas (Colombini et al., 1998); luto (Wirth, 2000); sentimento de incompetência para cuidar de seu bebê (Gomes, 2000; Colombini et al., 1998); choque (Niven et al., 1993) e dificuldade de interpretar seu bebê (Gomes, 2000; Mendelsohn, 2005).

Desta forma, com o objetivo de ilustrar as pesquisas que visam entender os sentimentos da mãe em relação ao seu filho nascido pré-termo, destaca-se um estudo realizado por Niven et al. (1993) com mães inglesas. O estudo teve como objetivo avaliar os sentimentos e a capacidade de apego de 30 mães de bebês nascidos pré-termo que permaneceram internados na UTINeo até os cinco 5 meses de idade. Os relatos mostraram que a maioria das dificuldades maternas para desenvolver o apego ocorreram durante a hospitalização, especialmente no período pós-natal. Entre os fatores destacados pelas mães como dificultando o estabelecimento do apego destacaram-se: choque, medo a respeito da sobrevivência do bebê, sentimentos de culpa, de perda e de que o bebê não era realmente dela. Em 27 casos, as dificuldades envolvendo o apego com o bebê aparentemente desapareceram com a ida do filho para casa. Os outros três casos demonstraram baixos níveis de apego materno, o que foi atribuído a falta de apoio e ao estresse durante a hospitalização. Os bebês dessas mães eram menores e menos responsivos do que a média dos demais bebês do estudo.

Uma pesquisa qualitativa realizada por Colombini Neto, Linhares, Oliveira & Martinez (1998) fez uma análise de conteúdo das verbalizações maternas analisadas em 20 sessões de grupo de apoio psicológico às mães de recém-nascidos pré-termo e muito baixo peso (<1500g) e identificaram os seguintes conteúdos verbais: preocupação com a sobrevivência do bebê; preocupação com a separação do bebê, devido à internação prolongada do mesmo; impotência para desempenhar o papel de mãe; culpa relativa a condições adversas antecedentes ao nascimento; problemas pessoais-familiares da mãe; alívio quanto às condições de saúde e desenvolvimento do bebê; frustração de suas expectativas relacionadas ao bebê (bebê imaginário).

Por outro lado, outros autores defenderam a teoria de que durante esse período de tensão, os pais tendem a lutar e desenvolver novos recursos, buscando forças tanto em suas reservas internas quanto o auxílio pessoas próximas com o objetivo de conseguir lidar com estas dificuldades e chegar a um estado de maior equilíbrio (Kennell & Klaus, 1992). De acordo com Mazet e Stoleru (1990), a prematuridade de uma criança não constitui em si uma

condição prejudicial para o estabelecimento do vínculo; porém, do ponto de vista estatístico, os prematuros são muito representados na população de crianças vítimas de maus-tratos e atrasos de desenvolvimento de etiologia não-orgânica.

Da mesma forma como o contexto da prematuridade é difícil para a mãe, o bebê nascido pré-termo precisará enfrentar uma situação na qual é posto para fora do útero reconfortante de sua mãe de maneira abrupta, para um mundo para o qual ele ainda não estava preparado, sendo que sua sobrevivência vai depender de intervenções médicas, muitas vezes, invasivas (Mendelsohn, 2005). O bebê permanece durante todo esse período na incubadora, sofrendo as variações térmicas de seu meio, sob uma luz sempre muito clara e constante, em um ambiente sonoro barulhento (Busnell, 1997). Neste ambiente tão hostil é difícil para o bebê encontrar o carinho e o conforto que necessita. Com tudo isto, vai levar mais tempo para sentir o cheiro dos pais e para escutar novamente a voz destes e ficará mais tempo privado do contato pele-a-pele, de carinhos e afagos vindos dos genitores. Busnell ilustrou que como todas as outras crianças, o prematuro chora, mas, muitas vezes, por estar entubado, é difícil escutá-lo. Por fim, referiu ser possível observar seu desconforto, dor e estresse, destacando que o choro em um bebê nascido pré-termo é um sinal excelente de força, pois ele exige grande esforço da criança.

No que se refere à separação brusca da mãe, devido aos cuidados que necessita, o bebê nascido pré-termo será privado de quase tudo aquilo que um bebê nascido a termo recebe ao nascer em termos de cuidados parentais (Castro Neto, 1995). Destaca-se que a presença e competência da mãe durante a hospitalização do bebê é muito importante para a sua sobrevivência, pois muitas vezes, no lugar de cuidados maternos e paternos, o bebê nascido pré-termo necessitará de procedimentos que muitas vezes serão dolorosos e invasivos (Dias et al., 2004). No entanto, é necessário ter muita paciência com essas mães, pois, assim como o bebê, as capacidades maternas ainda estão em processo de maturação e sua preparação psicológica e física para a chegada do bebê foi antecipada (Brazelton & Cramer, 1992; Raphael-Leff, 1997).

Outro ponto a ser comentado diz respeito à incubadora e aos efeitos que a mesma pode trazer para as mães. A literatura refere que embora esta seja fundamental para um bebê prematuro, o desafio maior por vezes é convencer a mãe disso (Mathelin, 1999). Para tanto, os esforços da equipe da UTINeo devem ir no sentido de facilitar o encontro da mãe com o seu filho, apesar da incubadora.

Ainda dentro desse contexto, para um observador que visite uma UTINeo, a fila de solitários bebês em suas incubadoras evoca a perda de saúde que está ligada à gravidez e à separação eminente dos bebês de suas mães. No caso dos pais, que já se encontram em um estado de ansiedade e preocupação, esta visão pode afetá-los e assustá-los ainda mais. No entanto, destaca-se que ao se pensar no bebê nascido pré-termo, é necessário pensar que ele deve ter seu desenvolvimento afetivo preservado e para que isso ocorra, ele necessita da presença dos pais ao seu lado (Mendelsohn, 2005). As intervenções da equipe de saúde nesse momento serão fundamentais. De acordo com Dias et al. (2004), um bebê nascido pré-termo tenderá a ser mais lento em sua apreensão do mundo e naturalmente os pais precisam ser preparados para isso com antecedência, de modo a não aumentar sua ansiedade natural e a não pressionar o bebê além de suas capacidades.

Vale lembrar que cada prematuro tem seus próprios mecanismos e estratégias de autorregulação, de evitação e defesa, que podem ser empregados de maneira ativa para manter seu equilíbrio (Busnel, 1997). Com isso, é função do ambiente e dos estímulos recebidos se adaptarem em intensidade, duração e complexidade aos limites de sensibilidade da criança. Destaca-se que o bebê nascido pré-termo poderá interagir com o adulto somente ao conseguir atingir um estado de equilíbrio, mas nem sempre isso é possível (Dias et al., 2004). Em relação à interação do bebê com os pais, pesquisas destacaram uma grande competência do bebê nascido pré-termo através de seu potencial de querer vincular-se e formar laços afetivos para construir um apego seguro, realizando sua parte na relação com a mãe (Schermann, 2001; Gomes, 2000; Mendelsohn, 2005).

Enfim, a partir dos pressupostos apontados até o momento, pode-se pensar que para haver qualquer tipo de comunicação da mãe com seu filho nascido pré-termo será necessário um gasto de energia muito maior por parte da dupla. A imaturidade e precariedade que envolve o estado geral do bebê, a distância posta pela internação e o fato desse bebê ser muito diferente daquele idealizado pela mãe durante a gestação são alguns dos fatores complicadores destacados pela literatura. Assim, observa-se que a prematuridade é tanto do bebê quanto de sua mãe, que se depara com a antecipação de sua função materna e ainda tem que encontrar forças internas para enfrentar essa difícil situação. Segundo Rabaouam e Morales-Huet (2003), a percepção materna sobre o filho é mais importante que qualquer outra característica do bebê, sendo esta a principal influência nos cuidados que a mãe dispensará ao filho, gerando a partir daí uma interação dual, na qual um tem influência sobre o outro. Com base nestes dados, podemos considerar que estudar, avaliar e promover a competência materna são questões

relevantes no contexto estudado. O profissional da saúde pode trabalhar no sentido de facilitar essa comunicação inicial.

Em relação a essa comunicação dos pais com o bebê, pesquisas ilustraram que a situação de separação precoce aumenta os sentimentos inutilidade, pois os mesmos sentem-se incapazes de responder ou interagir com seu bebê do modo como a maioria dos pais tipicamente interagem (Feijó, 1998; Muller-Nix et al., 2004). A intrusividade e o excesso de controle materno também foram apontados como fatores que poderão prejudicar o bom desenvolvimento do bebê (Gaspardo, 1998; Muller-Nix et al., 2004). As pesquisas destacaram, em geral, que quando os pais encontram-se muito ansiosos, suas ações para interagir com seu filho podem trazer desconforto ao bebê, o que acaba fazendo os pais se sentirem ainda mais confusos (Feijó, 1998; Gaspardo, 1998; Muller-Nix et al., 2004).

Vale lembrar que pesquisas sobre interações precoces mãe-bebê apontaram a intrusividade materna em relação ao bebê nascido pré-termo como um dos fatores que dificulta as interações da díade (Gaspardo, 1998). Cabe ilustrar com o exemplo de uma pesquisa realizada por Gaspardo (1998), que consistiu na realização de filmagens de 12 minutos durante a visita materna a UTINeo onde o bebê estava internado. Os resultados apontaram que os bebês brasileiros receberam mais toque-estímulo (85%), sugerindo que o comportamento materno era direcionado para que o bebê acordasse e permanecesse em alerta. A resposta do bebê ao toque-estímulo na maioria das díades foi nula, mas as mães insistiam em diferentes tipos de toques, sobrecarregando seu bebê.

O estudo realizado por Muller-Nix et al. (2004) também buscou entender, dando mais enfoque ao estresse materno, como o contexto da prematuridade pode afetar a sensibilidade materna na interação mãe-bebê. Foram avaliados, durante a interação com a mãe, um grupo de 47 bebês nascidos pré-termo (com baixo risco $n= 19$ e alto risco $n= 28$) e 25 bebês a termo, aos seis e dezoito meses de idade. O estresse materno também foi avaliado por um questionário. Os resultados apontaram que a mãe com filhos nascidos pré-termo com mais riscos perinatais e que se encontravam com níveis altos de estresse durante a internação na UTINeo, eram menos sensíveis e mais controladoras em relação aos seus filhos do que as mães de bebês a termo. Aos dezoito meses da criança, o comportamento das mães não se diferenciava mais, porém os filhos das mães com altos níveis de ansiedade demonstraram um comportamento mais compulsivo e passivo.

Por outro lado, em outro estudo realizado por Minde et al. (1989) os autores observaram que as mães que apresentavam muita interação com as crianças, com toque,

sorrisos e vocalizações, provocavam mais respostas nos filhos, avaliadas pelos movimentos dos membros e abertura dos olhos. Estas mães eram vistas como mais presentes na enfermaria e afetivas com seus filhos. No entanto, foi verificado na pesquisa que mesmo as mães mais afetivas demoraram um período de duas semanas para se aproximar de seus bebês, quando o prognóstico era mais garantido.

Dentro desse mesmo enfoque, outro ponto destacado nas pesquisas com bebês prematuros, se refere aos efeitos adversos tardios para as crianças, em função de interações problemáticas com os genitores (Bordin et al., 2001; McGrath, Sullivan, & Seifer, 1998). Para ilustrar destaca-se o estudo de McGrath et al. (1998), que avaliou a interação de 184 mães americanas com seus filhos em idade pré-escolar. As crianças haviam nascido em diversas condições, a saber: prematuros saudáveis, com comprometimento neurológico, pequeno para idade gestacional e a termo. Foi realizado um estudo longitudinal, onde os participantes foram avaliados em laboratório e em suas casas através de auto-relatos maternos, escalas e entrevistas. Os resultados apontaram para comportamentos maternos interativos qualitativamente positivos, com maior envolvimento com a criança (engajamento materno), para aquelas mães das crianças nascidas pré-termo com maior comprometimento biológico. Este resultado pode estar ligado ao fato da mãe precisar estar mais engajada com o filho devido ao seu estado físico estar comprometido, o que provavelmente demanda da mesma mais atenção e interatividade.

Esses e outros estudos apontaram a existência de particularidades na relação mãe-bebê prematuro, cujas origens estão associadas a diversos fatores, entre eles: imaturidade da criança; suas dificuldades específicas; separação precoce; problemática de estimulação e à experiência emocional materna, que pode se tornar intrusiva e controladora nestas situações (Muller-Nix et al., 2004). No entanto, como pode ser visto acima, não existe um consenso entre os autores, pois existem muitos fatores inter-relacionados. Neste contexto é muito importante que se façam intervenções precoces junto às mães, pais, bebês e familiares. Destaca-se que estas podem servir como um recurso terapêutico que pode facilitar a comunicação e a aproximação da dupla. A literatura apontou que quando a mãe e a família são apoiadas, através de auxílio especializado e comunicação adequada, a formação do vínculo pode ser facilitada (Cox & Bialoskurski, 2001).

Nesse sentido, as intervenções realizadas por equipes especializadas podem ajudar a mãe a encontrar caminhos para significar esse bebê, o que contribuiria para que ela possa se aproximar e dar um sentido à experiência da prematuridade vivida por ambos (Gomes, 2000;

Mendelsohn, 2005). Segundo Gomes (2000), este bebê precisará do acolhimento não só da mãe, mas também de toda a equipe, e esta experiência lhe possibilitará um lugar de existência, o que é de fundamental importância para o seu desenvolvimento. A autora referiu que, de início, as mães terão dificuldades para estabelecer uma relação de identificação com seu filho, sendo importante que as intervenções realizadas investiguem o que poderá possibilitar ou não uma aproximação e, posteriormente, uma comunicação com este bebê que se apresenta, nos primeiros contatos, como um estranho.

No que se refere às intervenções, o objetivo maior é tornar possível que as experiências emocionais deste período sejam bem entendidas; possibilitar que a mãe entre em contato com suas angústias, e dificuldades, aproximando-se tanto de suas dificuldades quanto de seu bebê; garantir o contato físico e emocional da mãe com o bebê e permitir que a criança não seja privada dos elementos primordiais maternos que garantirão seu crescimento (Dias et al., 2004; Gomes, 2000; Mathelin, 1999; Mendelsohn, 2005; Szejer, 1999; Whitelaw, Heisterkamp, Sleath, Acolet, & Richards, 1988). Assim, o trabalho mental do parto prematuro deve abranger não apenas a mulher e seus conflitos inconscientes, mas também a relação conjugal, familiar e econômica, buscando sempre proporcionar a ajuda necessária (Soifer, 1992).

Sendo assim, como destacado anteriormente, a reação dos pais ao nascimento prematuro media os riscos de efeitos adversos tardios na criança, o que sugere a importância de se adotar medidas preventivas nestas situações (Miljkovich, Pierrehumbert, Karmaniola, & Halfon, 2003). Assim, as intervenções precoces têm uma importância fundamental, uma vez que podem reconstruir um espaço de interlocução na relação mãe-bebê, promovendo a existência psíquica dessa relação e, conseqüentemente, o desenvolvimento do bebê.

A literatura destacou vários tipos de intervenções, baseadas em diversas abordagens teóricas, tais como: comportamentais, psicossociais e psicanalíticas. Exemplos das duas primeiras podem ser encontradas nas intervenções denominadas: TAC-TIC, programa de estimulação tátil proposto por Adamson- Macedo em 1979 (in Adamson- Macedo & Attree, 1994); o *motherese*, que consiste em uma intervenção que visa uma fala afetiva com o bebê, utilizando diversos tons de voz (Feijó, 1998; Fernald & Simon, 1984; in Eckerman, Oehler, Medvin, & Hannan, 1994) e o método canguru (Whitelaw et al., 1988), que consiste no contato íntimo da criança com o peito e o abdômen da mãe, particularmente durante a amamentação. Por outro lado, exemplos de intervenções precoces psicanalíticas têm sido também utilizadas por diferentes autores (Dias et al., 2004; Gomes, 2000; Javoski, 1997; Mathelin, 1999; Mendelsohn, 2005; Szejer, 1999; Soifer, 1992). Por vezes, essas intervenções destacam que

tanto a *capacidade de reverie* (Bion, 1991) da mãe (Mendelsohn, 2005), quanto sua *preocupação materna primária* (Winnicott, 1956/2000) estariam abalados pelo contexto da prematuridade (Gomes, 2000; Mathelin, 1999; Szejer, 1999). Estes últimos autores destacaram que a compreensão da função de *preocupação materna primária* parece ser ainda mais crucial no contexto da prematuridade. A situação de vida imposta à mãe do bebê nascido pré-termo pode demandar dela e de seu filho um esforço maior para conseguirem entrar em sintonia um com o outro e conseguirem atingir esta condição descrita por Winnicott (1956/2000), o qual será mais detalhado a seguir.

Preocupação materna primária

Winnicott (1956/2000) cunhou o termo *Preocupação Materna Primária* para se referir a um estado¹ psicológico muito especial da mãe, em que sua sensibilidade em relação ao filho torna-se exacerbada. Tal estado tem início ainda na gestação, sendo acentuado no seu final, estendendo-se até as primeiras semanas ou meses após o parto. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassam, sendo que essa memória tende a ser reprimida.

De acordo com Winnicott (1968/2006), a base para todas as teorias sobre o desenvolvimento humano é a continuidade, que tem início antes do nascimento propriamente dito do bebê, ou seja, o nascimento ocorre antes do parto concreto. Para que o potencial herdado seja desenvolvido em continuidade com a linha da vida, a presença de um ambiente facilitador é fundamental. O autor referiu que, inicialmente, o bebê ainda não estabeleceu uma divisão daquilo que ele constituiu como não- EU e EU, não havendo, assim, um vínculo entre psique e corpo. Desta forma, o contexto especial dos relacionamentos iniciais faz com que o bebê venha a integrar-se, pois ao nascer este ainda não se diferencia do ambiente, isto é, para ele, o ambiente faz parte dele e vice-versa. Durante essa fase, a continuidade do ser é o sentimento que resulta da fusão da mãe que encontra-se em *preocupação materna primária* com seu bebê.

Como descreveu Winnicott (1956/2000), a *preocupação materna primária* possibilita que o bebê caminhe em direção ao seu desenvolvimento. O autor destacou que o centro da gravidade do ser não se inicia com a criança, e sim com a mônada mãe-bebê e que este irá se constituir a partir de uma sustentação e um manejo geral maternos. Portanto, no início, o ser só

¹ Winnicott, ao longo de sua obra, usa termos diferentes, para se referir ao mesmo conceito de *preocupação materna primária*, por vezes, referido apenas pela palavra *estado* ou *condição*. Para fins de padronização, utilizaremos nos Capítulos III e IV desta dissertação prioritariamente o termo *preocupação materna primária* enquanto que, neste Capítulo I, manteremos os termos conforme referido pelos vários autores que estão sendo revisados.

é possível com o outro ser humano. Com o empréstimo do ego materno, que encontra-se em *preocupação materna primária*, a mãe tem uma adaptação suficientemente boa às necessidades de seu filho, no ritmo próprio do bebê. Esse apoio materno funciona como uma concha protetora que, com o desenvolvimento do ego do bebê vai sendo gradativamente retirada.

Trata-se de uma condição fundamental da mãe para que o bebê tenha suas necessidades atendidas de maneira satisfatória, sejam elas quais forem, e possa, a partir daí, continuar se desenvolvendo. Desta forma, uma mulher que cuida de seu bebê, embalando-o, oferecendo-lhe o seio, consolando-o de suas dores, encontra-se preocupada. Nesse sentido, a mãe deverá estar para sustentar a situação no tempo (Winnicott, 1999). De acordo com o autor, a mãe deverá estar disponível no tempo, não bastando estar fisicamente presente: ela deve estar pessoalmente bem, a ponto de manter uma atitude constante durante um período de tempo, permitindo que o bebê experimente suas ansiedades e as elabore em seguida.

Na perspectiva de Winnicott (1968/2006), a mãe conseguiria se colocar no lugar do bebê e com isso entender suas necessidades primordiais:

É provável que, nestas circunstâncias, as mães se tornem capazes, de uma forma especializada, de se colocar na situação do bebê- quero dizer, de quase se perderem em uma identificação com ele, de tal forma que saibam (genérica ou especificamente) aquilo de que o bebê precisa naquele exato momento. É claro que, ao mesmo tempo, continuam sendo elas mesmas, e têm consciência de uma necessidade de proteção enquanto se encontram neste estado que as torna vulneráveis. Elas assumem a vulnerabilidade do bebê. Assumem também que, no decurso de alguns meses, serão capazes de sair desta situação especial. (p.83).

Winnicott (1945/2000) apontou a importância de um ritmo certo na relação mãe-bebê, que só pode ser dado pela mãe, mas que é determinado pelo bebê. Ilustrou que a capacidade materna de reconhecer a dependência absoluta do seu bebê em relação a ela e de conseguir desenvolver a *preocupação materna primária* é algo pertencente a uma sofisticação extrema. Dessa forma, ressaltou que é através da monotonia de suas ações que a mãe pode adicionar riqueza ao mundo de seu filho. O termo *devoção materna* também de Winnicott (1999), foi usado pelo autor para caracterizar esta dedicação profunda de uma mãe para com seu bebê, sendo traduzida numa adaptação sensível e ativa às necessidades do bebê. Dias (2003) chamou a *preocupação materna primária* de *bondade suficiente*, do qual faz parte a espontaneidade e a personalidade da mãe no seu cuidado com o bebê, além da capacidade da mãe em acreditar que seu bebê é um processo de amadurecimento e que seu papel é facilitar tal processo. De acordo com a autora, o que o bebê precisa é da preocupação e dos cuidados de uma mãe real, que continua sendo ela mesma, falível porque é humana, mas, acima de tudo, confiável.

A *preocupação materna primária* corresponde a um estado organizado (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) e pode ser comparada a um retraimento ou dissociação, onde um determinado aspecto da personalidade prevalece temporariamente (Winnicott, 1956/2000). Em um primeiro momento, a mãe parece padecer de uma doença esquizóide ou regressiva, porém temporariamente, já que tende a se recuperar dela algumas semanas ou meses após o parto. O autor destacou que ela torna-se ensimesmada, retraindo-se e deslocando o foco de sua atenção de todos os interesses anteriores, como se estivesse deslocando todos os seus sentidos para o bebê. Winnicott enfatizou a necessidade de a mãe ser suficientemente saudável para *adoecer* dessa forma especial neste período, assim como, para retomar, gradativamente, suas atividades e interesses pessoais, recuperando-se desse estado. Somente quando a mãe estiver sensível, da forma descrita acima, é que ela vai conseguir se colocar no lugar do bebê, e assim corresponder às suas necessidades (Winnicott, 1956/2000). Assim sendo, é através da *preocupação materna primária* que a mãe atinge a habilidade de fazer a coisa certa e saber o que seu bebê está sentindo. Winnicott ilustrou que esse estado materno é possível graças a processos identificatórios maternos que colocam a mãe em uma posição de *saber* o que o bebê precisa.

Seguindo tais idéias, Winnicott (1962/1983) referiu que a mãe deve se manter vivaz e fazer o bebê sentir e ouvir sua vivacidade. Ela sabe que deverá adiar seus impulsos até a hora em que o bebê possa vivenciar sua experiência separada de modo positivo. A mãe sabe que não deve se ausentar por mais minutos, horas ou dias acima da capacidade dela manter a imagem materna viva e amiga. Caso tenha que se afastar por mais tempo, a mãe sabe que deverá se transformar em mãe terapeuta, isto é, terá que mimar seu filho para tê-lo de volta.

Dentro dessa visão, assim como a mãe tem a capacidade de entrar neste estado, o bebê também apresenta capacidades inatas ao nascer para estimular a conduta materna (Winnicott, 1956/2000), que seriam: uma constituição física; tendências inatas ao desenvolvimento (áreas livres de conflitos no ego); motilidade e sensibilidade. A mãe que desenvolve esse estado de *preocupação materna primária* fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono de suas sensações (Winnicott, 1956/2000). O autor destacou em sua teoria que a adaptação materna nunca é e nem precisa ser completa, sendo a mãe apenas suficientemente boa já permite a possibilidade de preenchimento das lacunas pelo bebê.

O autor ressaltou que tal estado da mãe possibilita que ela e o bebê vivenciem juntos uma experiência:

No contexto do relacionamento do bebê com o seio materno (e não estou declarando que o seio é essencial como veículo do amor da mãe), o bebê tem impulsos instintivos e idéias predatórias. A mãe tem o seio e o poder de produzir o leite, e a idéia de que ela gostaria de ser atacada por um bebê faminto. Estes dois fenômenos não estabelecem uma relação entre si até que a mãe e o bebê *vivam juntos uma experiência*. A mãe, sendo ela, portanto, quem produz uma situação que, como sorte, pode resultar no primeiro vínculo de amor estabelecido pelo bebê com o objeto externo, um objeto que é externo ao eu do ponto de vista do bebê. Imagino este processo como se duas linhas viessem de direções opostas, podendo aproximar-se uma da outra. Se elas se superpõem, ocorre um *momento de ilusão*- uma partícula de experiência que o bebê pode considerar *ou* como uma alucinação sua, *ou* como um objeto pertencente à realidade externa (p. 227).

Nesse sentido, a mãe que se encontra preocupada sabe sobre as coisas vitais que seu bebê necessita tais como, ser segurado no colo, mudado de lado, deitado e levantado, ser acariciado e alimentado de maneira sensata, o que envolve mais do que uma simples satisfação dos instintos (Winnicott, 1962/1983). Pode-se dizer que com estes gestos sutis a mãe torna a estruturação do ego do bebê forte.

Porém, nem todas as mães conseguem atingir esse estado de *preocupação materna primária* (Winnicott, 1956/2000). Algumas temem esse estado e preferem entregar o bebê aos cuidados de outrem. Por outro lado, segundo Winnicott, algumas mães têm uma capacidade de entrega tão grande quanto a sua incapacidade de emergirem dessa preocupação excessiva.

No que diz respeito aos primeiros contatos com seu bebê, a mãe (ou o cuidador) comunica-se com ele essencialmente através de gestos, sorrisos e vocalizações (Winnicott, 1956/2000). Quando a interação obtém êxito, esta permite à mãe compreender as demandas do filho, proporcionando seu desenvolvimento físico e mental de forma sadia. Como assinalado acima, somente no caso da mãe atingir esse estado de sensibilidade é que poderá se colocar no lugar de seu bebê e assim corresponder as suas necessidades.

Entre as ações que a mãe oferece ao seu bebê, no sentido de satisfazê-lo, facilitando a expressão das tendências inatas ao crescimento, Winnicott (1956/2000) destacou as três seguintes. A primeira delas é o segurar (*holding*), no sentido do colo físico e psicológico, com o objetivo de proteger o bebê das intrusões do mundo externo que são acompanhadas de ansiedades de desintegração e de confusão. Assim, o colo da mãe sustenta, protege e aquece o bebê contra danos reais e fantasiados por ele. Ele é associado à confiabilidade e à responsabilidade da mãe. O segundo comportamento descrito é o manipular (*handling*), que envolve toda a sorte de cuidados físicos dispensados ao bebê, propiciando sua integração psicossomática. A partir dessa conquista, ocorre a elaboração imaginativa das sensações e

experiências vividas no corpo, dando origem à unidade psique-soma (Winnicott, 1966/2006). Para o autor, falhas graves nessa área conduzem à dissolução dessa unidade e à perda da capacidade de sentir-se real (personalização) e de localizar-se dentro dos limites do corpo. As doenças psicossomáticas são um exemplo de que algo não ocorreu bem nesse estágio.

Por fim, a terceira ação corresponde à apresentação de objetos (*object presentation*) pela mãe ao seu bebê. Esse acontecimento se refere ao quê, como, quando e quanto da realidade externa é apresentada ao bebê. É uma ocasião em que ele poderá utilizar todo o seu potencial criativo, caso a mãe se ofereça como filtro que simplifique e adapte a realidade às suas necessidades e habilidades (Winnicott, 1966/2006). De acordo com o autor, a mãe saudável sabe dosar o que é externo ao bebê, apresentando-lhe o mundo gradualmente, de forma a não interromper sua vivência de continuidade.

O autor acrescentou os movimentos de embalar a estes gestos sutis da mãe em relação ao bebê (1968/2006). Segundo Winnicott, nesta forma de comunicação física, a mãe adapta os seus movimentos aos do bebê. Tal movimento é uma garantia contra a despersonalização ou rompimento psicossomático. Ele conclui dizendo que esta comunicação se dá através da reciprocidade da díade na experiência física.

Estendendo estas colocações de Winnicott, alguns autores (Celeri, 2007; Davis & Wallbridge, 1982), destacaram ainda que através de uma *preocupação materna primária* adequada, a mãe: protege o bebê de danos fisiológicos, levando em conta a sua sensibilidade cutânea, auditiva, visual e do órgão vestibulo-coclear (toque, temperatura, sensibilidade auditiva e visual, falta de sensibilidade do bebê da existência de qualquer coisa além do eu); protege o bebê de invasões ambientais, uma vez que ela sabe da falta de conhecimento de qualquer coisa que não seja ele mesmo; protege o bebê de coincidências e choques capazes de levá-lo a um sentimento de angústia e confusão; possibilita ao bebê uma transição gradativa entre os estados de sono e vigília, calmo e excitado etc.; inclui toda uma rotina de cuidados específica para aquele bebê, modificando-a a medida que ele cresce; acompanha as diminutas alterações diárias decorrentes do desenvolvimento e crescimento do bebê, tanto físico quanto psicológico.

Desta forma, o fornecimento de um ambiente suficientemente bom, na fase mais primitiva do desenvolvimento infantil, capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida (Winnicott, 1956/2000). Sem o fornecimento desse ambiente inicial suficientemente bom, esse *eu* pode nunca se desenvolver. Winnicott destacou ainda que

quando há caos surge um *falso eu* que esconde um *eu verdadeiro*, que se submete às exigências, que reage aos estímulos e que se livra das experiências instintivas.

Assim sendo, a identificação primária do bebê é o início de tudo, sendo neste momento que a criança estabelece sua condição de ser, de existir (Winnicott, 1956/2000). Nesse processo está implicada a base de saúde mental do indivíduo. O autor afirmou que o bebê logo que nasce é alguém que necessita de maternagem para que possa existir, referindo que onde encontramos o bebê encontramos a maternagem, e que sem a maternagem não existiria nenhum bebê. Dessa forma, o ambiente (que é representado pela mãe) é o fator que torna possível o desenvolvimento do *self* do bebê, aceitando a realidade como uma aliada nos processos maturativos da personalidade do indivíduo. É através destas comunicações silenciosas, como chamadas pelo autor, que a mãe passa a concretizar exatamente aquilo que o bebê está pronto para procurar. O autor exemplificou da seguinte forma: o bebê diz (sem palavras) que está precisando de alguma coisa; neste momento, a mãe faz algum gesto, como virá-lo de lado ou alimentá-lo, e o bebê poderá completar sua frase dizendo que precisava de uma mudança de posição, ou de alimento.

Dentro dessa visão, a primeira organização do ego deriva da experiência de ameaças de aniquilação que não chegam a se cumprir, e das quais o bebê se recupera (Winnicott, 1956/2000). É a partir dessas experiências, que a confiança na recuperação começa a transformar-se em algo que leva ao ego e à capacidade do ego de suportar frustrações. Neste contexto, o tempo é o tempo determinado pelo bebê, porém a mãe acrescenta um ritmo a esses momentos. De acordo com Winnicott se a recuperação acontece dentro de um determinado período, o bebê volta a se sentir seguro, o ambiente lhe parece confiável e ele não precisa reagir. O que se torna problemático são as reações do bebê às intrusões ambientais e os fracassos na sua adaptação, que acabam produzindo uma quebra em seu movimento contínuo de desenvolvimento (Winnicott, 1966/2006). O autor destacou que em um momento posterior a mãe deve frustrar o seu bebê, mas isso não deve acontecer de forma alguma nesse estágio tão primitivo.

Dentro do contexto da *preocupação materna primária*, Winnicott (1956/2000) destacou a importância da amamentação. A amamentação é vista como um exemplo importante de um dos primeiros meios de comunicação da mãe com o seu bebê. A importância do toque, do contato corporal, do contato visual e auditivo que a amamentação propicia constituem importante estimulação afetiva da mãe com seu bebê. Porém o autor relatou que o mais importante não é o alimento em si, mas tudo o que acontece neste momento da amamentação.

Winnicott ilustrou que é na repetição desses momentos de avidez, seguidos do relaxamento produzido pela satisfação, que se produz a matéria-prima para que a criança possa sonhar, alucinar, fantasiar, confiar e posteriormente, aceitar a existência de uma realidade que é externa a ela. No entanto, algumas mães não se sentem aptas a amamentar seus filhos, sendo que muitas vezes sua dificuldade tem ligação direta com conflitos que passaram quando crianças. Nesse caso, Winnicott recomendou que não se force uma situação, atitude que provavelmente irá fracassar, mas, sim, que se promovam novas maneiras através das quais a mãe terá contato com seu bebê. Ainda em relação a este ponto, Winnicott (1999) defendeu que os bebês variam quanto à sua capacidade de iniciar a alimentação ao peito. A variação na capacidade de amamentação das mães depende de sua psicologia, sua história e o estado físico de seus seios. O autor concluiu dizendo que devemos reservar o termo normal para o bebê que está pronto quando a sua mãe está pronta.

A partir do momento em que a função de *preocupação materna primária* é bem sucedida, se desprendem as três grandes conquistas de um ser humano rumo ao seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 1945/2000): a integração, a personalização e a realização. Passa a existir uma relacionabilidade do ego da mãe com o ego do bebê, da qual a mãe se recupera e a partir da qual o bebê pode vir a construir em algum momento a idéia de uma pessoa presente na mãe. Assim, Winnicott (1968/2006) observou que o bebê começa a passar da integração para a não-integração com muita facilidade, e o acúmulo destas experiências torna-se um padrão e forma uma base para as experiências do bebê. Ele passa a confiar no ambiente e introjeta uma experiência de confiabilidade. Ele finalizou referindo que este tipo de comunicação é silenciosa, sendo que o bebê não registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade.

Outra observação importante da teoria winnicottiana (1956/2000) foi a desidealização da idéia de figura materna, buscando assim, aproximar a maternidade de atitudes humanas e aceitáveis. Winnicott lembra-nos, por exemplo, que a mãe tem motivos de sobra para odiar seu bebê, destacando que o amor primitivo do mesmo é cruel nessa época em que ele ainda não pode avaliar a extensão de seus ataques. O bebê precisa da tolerância materna e que ela sobreviva aos seus ataques. O autor destacou que essa sobrevivência comporta aceitar a idéia de que o bebê não corresponde às expectativas infantis dela, ou seja, ele machuca seus seios, a escraviza, interessa-se por ela para conseguir o que quer, exige seu amor sem dar nada em troca, é desconfiado e vingativo. Winnicott foi mais além e ressaltou que é necessária a existência desse ódio, já que apenas num ambiente integrado, onde se possa conviver com o

amor e o ódio, a criança poderá suportar suas próprias forças destrutivas e viver a ambivalência das relações humanas. Winnicott entendeu que a boa evolução dos estágios posteriores do desenvolvimento dependem principalmente de bons resultados nos primeiros contatos do bebê com a mãe ou cuidadora.

O autor (1968/2006) também destacou a importância de entendermos que a mãe também já foi um bebê, sendo que esta experiência encontra-se em alguma parte de seu ser, onde ela mesma partiu de uma condição de dependência absoluta e adquiriu sua autonomia. Além disso, na sua infância, ela regrediu, fazendo o papel de bebê durante suas brincadeiras, ou em situações de doença, além de ter tido a oportunidade de ver sua mãe ou alguém próximo no papel de cuidadora. Esta mãe pode ter aprendido a cuidar de bebês e formado suas idéias a respeito da forma mais correta de cuidá-los, sendo também influenciada pela forma a qual foi cuidada. Esta pode sujeitar-se a estes aprendizados ou buscar seu próprio caminho, como uma pessoa independente. Já o bebê nunca foi mãe e nem mesmo, anteriormente, um bebê. Para ele, tudo é uma primeira experiência, na qual o tempo se mede pelo ritmo do coração da mãe, por sua respiração e pela elevação e queda das tensões instintivas.

Idéias semelhantes às de *preocupação materna primária*, apareceram entre outros autores psicanalíticos ao se referirem a este momento particular vivido pela maternidade (Brazelton, 1975; Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Little, 1990; Soifer, 1992; Stern, 1997). Dentre os autores citados, destaca-se o trabalho de Stern (1997). O autor ilustrou em sua teoria que, dentre os temas componentes da Constelação da Maternidade (Stern, 1997), encontra-se o *tema do relacionar-se primário*, que se refere ao envolvimento sócio-emocional da mãe com o bebê. De acordo com o autor, o *relacionar-se primário* dura aproximadamente um ano e inclui a *preocupação materna primária*, sendo que uma das principais questões da mãe nesse período seria sobre sua capacidade de entrar nesse estado descrito por Winnicott e ter a capacidade de identificar-se com seu bebê, a fim de responder melhor as suas necessidades (será capaz de ler seu bebê?). Os medos dessa fase envolvem questões como a mãe se sentir não-natural, inadequada, em desvantagem, deficiente, vazia, não generosa ou deixando a desejar em relação a sua capacidade de amar. Ainda em relação às idéias próximas a de Winnicott, Brazelton (1975), em sua pesquisa com mães gestantes, utilizando entrevistas psicanalíticas, começou a observar que as mesmas iam, gradativamente, assumindo um novo papel na gestação. As predições realizadas pelos terapeutas que atendiam as gestantes eram de que, ao fim da gestação, estas tinham grande possibilidade de psicotizar. No entanto, quando o bebê nasceu isso não ocorreu, o que fez com que Brazelton começasse a pensar que a ansiedade e o

processo de desligação observado nas mães faziam parte de um processo, no qual a mãe preparava-se para assumir um novo papel, a saber: o de mãe. O autor destacou em seu estudo que a ansiedade que ocorre nesse período pré-natal auxiliava as mesmas a modelar-se de forma mais poderosa em torno da individualidade de seu bebê que estava para chegar.

Retornando ao conceito de *preocupação materna primária*, vários autores recentes têm investigado a base empiricamente dessa condição especial descrita por Winnicott (Aiello-Vaisberg, 1999; Colucci et al., 2006; Merbaum, 1999; Milijkovitch, 1977). Por exemplo, o estudo de Merbaum (1999) destacou as características específicas da *preocupação materna primária* numa paciente grávida americana, durante seis meses de atendimento psicanalítico, antes e depois do nascimento do bebê. Os resultados revelaram diversos temas nas falas da mãe tais como: dependência, desejo de cuidar, desejo de realização e alívio, preocupações orais, sentimentos de tornar-se um bebê, pensamentos de incapacidade, de ser solicitada, necessidades do bebê e preocupações a respeito de sua relação com sua mãe. Ainda dentro do contexto analítico, Aiello-Vaisberg (1999) investigou os sonhos de cinco gestantes brasileiras no final da gravidez. A pesquisadora mostrou que todos os sonhos analisados apresentavam conteúdos relacionados à morte, desencontro, separação, desconforto e perigo, o que estaria ligado ao fato das mães estarem em um estado de sensibilidade exacerbada, como descrito por Winnicott. A autora destacou ainda que Winnicott estava correto quando assinalou que o estado de *preocupação materna primária* tinha algo a ver com loucura, acrescentando que poderia ser possível que esse estado se pronuncie não apenas com o intuito da mãe atender seu bebê, mas para que a mesma seja capaz de comover o seu ambiente mais próximo.

Outros estudos vêm se dedicando a investigar a *preocupação materna primária*. Entre eles pode-se destacar o estudo longitudinal realizado por Colucci et al. (2006) que acompanhou 36 mães de bebês a termo brasileiros, com início durante o pré-natal e pós-natal, até dois anos após o parto. Foram encontrados diversos aspectos correspondentes a *preocupação materna primária* e fatores que poderiam impedir a sua instalação, entre eles: tipo de parto; conhecimento sexo; separação mãe-bebê; amamentação ao peito; comportamento durante o parto; reação materna ao nascimento; sintomas e comportamentos maternos durante a gestação e logo após o nascimento do bebê/puerpério; uso de bebidas ou drogas; intercorrências médicas e dificuldades relatadas; dificuldades emocionais; ingestão de medicação e comportamento do casal.

Também investigando a dinâmica da *preocupação materna primária* na década de 70, Milijkovitch (1977) realizou uma pesquisa com base no *Teste Rorschach* e em entrevistas

acerca do nascimento e da gravidez. Uma análise fenomenológica dos dados identificou os seguintes temas relacionados com a *preocupação materna primária*: desejo de gravidez, acompanhado de um enorme sentimento de ambivalência; a gravidez sendo vista como um aspecto desindividualizante, puramente fisiológico, com se não houvesse escolha da mãe; o bebê sendo visto como totalmente dependente da mãe, sendo que essa dependência era quase sempre aceita, porém podia desencadear sentimentos agressivos na mãe em relação ao filho; a mãe revivendo fatos de sua infância; apresentando aspectos dependentes, que representa um momento de identificação da mãe com a criança e demonstrando aspectos dissociados em relação a sua gravidez. Os autores destacaram, assim como a literatura, a influência da relação da mãe com sua própria mãe na relação que irá se estabelecer com o bebê.

No que diz respeito a prematuros e a *preocupação materna primária*, Winnicott, (1945/2000) destacou que o bebê não vivenciaria muitas coisas importantes até a época em que deveria nascer. Outros autores (Szejer, 1999; Gomes, 2000; Wirth, 2000; Mathelin, 1999; Druon; 1996) também aproximaram-se de alguma forma, em seus trabalhos com prematuros, do conceito de *preocupação materna primária* desenvolvido por Winnicott. Szejer (1999) afirmou que quando as mães de prematuros são atendidas, é impressionante ver o quanto sua *preocupação materna primária* é forte, porém todo esse sentimento acaba caindo no vazio, uma vez que a mãe não se sente capaz de propiciar ao seu bebê os cuidados necessários para sua sobrevivência. A autora propôs e aplicou uma intervenção denominada intervenção sistemática em um hospital na França, em que explicava para essas mães que seus filhos precisavam, mais ainda que as crianças nascidas a termo, da presença do pai e da mãe. Szejer destacou que esses bebês prematuros, ainda mais que os outros, são sensíveis a essa presença e a reconhecem. Assim, a intervenção proposta visava estimular a aproximação das mães com seus filhos, ajudando-as a perceber os sinais de comunicação do bebê, com o objetivo de dar o máximo de subsídios às mães, a fim de que pudessem aproveitar os momentos de concentração de seu filho, estimulando-as a exercer sua *preocupação materna primária* quando não sabiam mais a que bebê se dedicar.

Contudo, o estudo de Gomes (2000) realizado com mães brasileiras e seus bebês nascidos pré-termo, destacou que, nestes casos, todo o processo de aproximação inicial da díade se diferencia da *preocupação materna primária*. Segundo a autora, haveria uma impossibilidade de atingir esse estado, da forma como foi descrito por Winnicott, nos primeiros dias de vida do bebê nascido pré-termo. Destacou que diante da complexidade do nascimento pré-termo e das angústias que o bebê desperta, a mãe precisa se recuperar desta primeira

experiência, para, posteriormente, se voltar para o bebê e gradativamente se apropriar dele e desenvolver a *preocupação materna primária* que implica, inicialmente, na identificação da mãe com seu bebê. Gomes acrescentou que podemos perceber a *preocupação materna primária* como a capacidade de sustentação da mãe em relação ao seu bebê no contexto da prematuridade. Assim, essa capacidade vai se realizar no momento em que a mãe puder suportar a situação e toda a desorganização que esta implica, dando alguma continência para seu filho. É a partir desse momento que irão se instaurar as possibilidades de encontro e comunicação da mãe e seu bebê, tão necessários para o desenvolvimento da relação e da criança, destacando que isso só será possível quando a mulher puder dar um sentido a sua experiência. Como nesse momento o contato e a comunicação são bastante restritos e a mãe, por vezes, ficará um bom tempo sem poder segurar seu bebê no colo, a comunicação da díade só será possível a partir do entendimento pela mãe da situação vivida.

Idéias semelhantes foram apresentadas por Wirth (2000) que destacou que a comunicação estabelecida pela *preocupação materna primária* é rompida de maneira inesperada no caso de internação neonatal, frisando que no caso do nascimento prematuro essa condição descrita por Winnicott ainda não se consolidou. Seguiu explicando que a mãe fica sem o filho e vai precisar fazer um esforço para conseguir desenvolver essa capacidade. Desta forma, a autora ilustrou que mãe e o filho nascido pré-termo encontram-se incompletos, pois foram separados precocemente. Por fim, destacou ser fundamental que a mãe tenha no hospital um ambiente acolhedor e protetor, para que ela possa voltar-se para seu bebê e desenvolver sua *preocupação materna primária*, o que muitas vezes requer intervenções psicossociais e/ou psicológicas, como já destacado acima.

De acordo com trabalhos desenvolvidos na França (Mathelin, 1999; Druon; 1996) o maior esforço de psicólogos e psicanalistas nos serviços de reanimação neonatal refere-se à necessidade de manter o vínculo da mãe com seu filho. Esse apoio permite que a mãe consiga atingir o estado de *preocupação materna primária*, apesar de todos os aparatos tecnológicos que existem dentro de uma UTINeo e dificultam sua função materna. Druon (1996) destacou que a mãe deve ser hiper-materna para conseguir se aproximar de seu filho. Essa função apresenta características semelhantes as da *preocupação materna primária*, a saber: aceitação do filho pela mãe como um ser humano, contato pele a pele da díade, acolhimento do filho pela mãe e escuta benevolente da mãe em relação ao bebê. Já a equipe de saúde, para estar à escuta do prematuro, também deve sofrer do mínimo de *preocupação materna primária* (Mathelin,

1999). No entanto, essa preocupação não deve desautorizar a função materna nem tornar o gesto incerto ou projetivo em relação ao bebê.

Como pode ser visto acima, a compreensão da *preocupação materna primária*, descrita por Winnicott, é imprescindível para o entendimento das primeiras relações mãe-bebê. Trata-se de uma condição fundamental da mãe para que o bebê tenha suas necessidades atendidas de maneira satisfatória, sejam elas quais forem, e possa, a partir daí, continuar se desenvolvendo. Dentro do contexto da prematuridade, a função de *preocupação materna primária* parece ser ainda mais crucial, pois a situação de vida imposta à mãe do bebê nascido pré-termo vai demandar dela e do filho um esforço maior que o comum, para conseguirem entrar em sintonia um com o outro permitindo que a mãe exerça adequadamente sua função. Desta forma, o presente estudo se propôs a investigar a *preocupação materna primária* em mães de bebês nascidos pré-termo, como será exposto a seguir.

Justificativa e Objetivo do Estudo

Como pôde ser visto acima, o contexto da prematuridade traz para a mãe muitas incertezas em relação ao desenvolvimento de seu bebê e dificuldades específicas para a interação da díade pelas particularidades inerentes à condição do recém-nascido pré-termo. Tais achados sugerem uma possível influência do nascimento pré-termo sobre o vínculo inicial da mãe com seu filho.

Tendo em vista essas questões e considerando que o desenvolvimento posterior da criança poderá ser profundamente influenciado pela situação de prematuridade, o presente estudo se propôs a investigar a presença da *preocupação materna primária* (Winnicott, 1956/2000) em mães de bebês nascidos pré-termo. Em particular, examinou-se os sentimentos maternos diante do contexto da prematuridade.

Diante da complexidade que a situação de prematuridade pode trazer para a mãe e o filho, é plausível se pensar que, mesmo uma mãe dedicada comum (Winnicott, 1949/2006) precisará fazer uso de diversos recursos emocionais para conseguir estabelecer um bom vínculo e comunicação inicial com seu bebê nascido pré-termo. Além disso, as mães poderão apresentar sentimentos de ambivalência, culpa e até mesmo irritabilidade em função das dificuldades acarretadas pela prematuridade.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo quatro mães de bebês nascidos pré-termo, selecionadas na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINeo) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). As mães tinham idade entre 22 e 28 anos apresentavam nível sócio-econômico baixo, sendo que duas tinham o Ensino Médio completo e duas o Ensino Fundamental incompleto. Todas as mães moravam juntas com o pai do bebê² no momento da entrevista.

Os bebês nascidos pré-termo apresentaram uma idade gestacional e um peso intermediário³, com idade gestacional média entre 30 e 37 semanas e com peso médio que variou de 1000g a 2500g. Os bebês não apresentaram complicações clínicas sérias, mesmo estando em incubadoras. Como critério de exclusão, foram excluídos os bebês que apresentaram: qualquer tipo de má-formação congênita; impedimentos significativos do sensorio; meningites e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), tais como: Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis, herpes, gonorréia e clamídia. A Tabela 01 apresenta algumas das características sócio-demográficas das mães⁴.

² No presente estudo, independente de serem legalmente casados, todos os casais moravam juntos, e por esta razão o pai da criança será designado marido.

³ A idade gestacional convencionada por este estudo abrange os recém-nascidos muito pré-termos, com idades gestacionais entre 28 e 31 semanas e, os nascidos pré-termos propriamente ditos, que abrange todos os recém-nascidos abaixo de 37 semanas de gestação (Steer, 2005; WHO, 2009). O peso intermediário correspondeu às medidas estabelecidas pela WHO (2009), as quais abrangem prematuros com menos de 2500g. Porém aqueles bebês que são considerados EBP, ou seja, com menos de 1000g, não foram incluídos na amostra do presente estudo.

⁴ Um estudo piloto foi realizado com outra mãe, com características sócio-demográficas semelhantes, quando se examinou a adequação dos instrumentos usados na coleta de dados. Com base nisto foram feitas algumas mudanças nos instrumentos para que se adequassem melhor as participantes

Tabela 01: Dados Sócio-demográficos das Mães

Caso	Mãe*	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	Bebê*
1	Fabiana	24 anos	2º grau com.	Desemp.	Casada	Tomás (1º. filho)
2	Daniela	22 anos	2º grau inc.	Aux. Lab.	Casada	Luana (2º. filho)
3	Andréa	28 anos	1º grau inc.	Desemp.	Casada	Joaquim (4º. filho)
4	Regina	27 anos	1º grau inc.	Camareira	Casada	Pedro (4º filho)

* Todos os nomes utilizados no estudo são fictícios.

Delineamento e procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994) buscando investigar a *preocupação materna primária* em mães em mães de bebês nascidos pré-termo. Em particular, examinou-se os sentimentos maternos diante do contexto da prematuridade, examinando tanto as semelhanças quanto as particularidades entre os casos.

As mães de bebês nascidos pré-termo foram contatadas na UTINeo do HCPA. Como o estudo buscou entender um tema difícil de ser investigado através de um contato rápido e superficial envolvendo apenas entrevistas com as mães, num período delicado como é o pós-parto de bebês nascidos pré-termo, decidiu-se que a autora passaria a integrar a equipe de Psicologia do HCPA, onde realizou um estágio de mestrado de quatro meses, realizando atendimentos psicológicos com as mães, conforme se faz no referido Setor. A supervisão clínica local foi realizada por uma psicóloga da equipe, que a orientou nos atendimentos. Através desta supervisão, buscou-se identificar o melhor momento emocional da mãe para que a mesma fosse convidada a participar da pesquisa.

Como parte de seu estágio, a autora atendeu aproximadamente 32 mães que tiveram bebês nascidos pré-termo, atendendo à solicitação das psicólogas da UTINeo, assim como dos de outros profissionais que trabalham na UTINeo (médicos e enfermeiros). Os atendimentos foram diários (de segunda-feira a sexta-feira) e realizados desde os primeiros dias de internação (entre o primeiro e quinto dia após o nascimento do bebê, aproximadamente) até a alta hospitalar do bebê. A abordagem psicoterápica utilizada pelo Setor e pela autora foi de uma Psicoterapia breve dinâmica em UTI e internação neonatal (Eizirik, Wilhelms, Padilha & Gauer, 1998; Simonetti, 2004). Esta intervenção de curta duração e de orientação psicanalítica implica a formulação de um foco desde o início do tratamento, para o qual são direcionadas as intervenções do terapeuta. A psicoterapia, portanto, deve ter um objetivo específico, precisamente delineado e definido (Eizirik, Wilhelms, Padilha & Gauer, 1998). No contexto de UTI e internação neonatal a psicoterapia visou trabalhar conflitos inerentes ao nascimento pré-

termo, tais como medo da morte, a ferida narcísica, ambivalências na relação mãe-bebê nascido pré-termo, sentimentos de culpa, entre outros. Visou ainda o reforço do ego, a diminuição da ansiedade materna diante da situação de internação e o retorno ao nível de funcionamento mais adaptativo, facilitando o estabelecimento das comunicações iniciais mãe-bebê pré-termo. O tempo de atendimento foi de 45 a 60 minutos, podendo variar para mais ou para menos, sendo que este estava também vinculado às intercorrências da UTINeo. O material derivado dos atendimentos, e qualquer outra informação derivada de observações e contatos mantidos com as mães na UTINeo, foram transcritos e levados à supervisão clínica. Além disto, eventuais dificuldades da própria autora na compreensão dos casos foram consideradas nas supervisões, sendo que isto permitiu novos entendimentos. Como ressalva deste procedimento, pode-se destacar o fato dos atendimentos não terem sido gravados, assim como, as supervisões clínicas, o que permitiria um material rico sobre os casos. Apenas as entrevistas realizadas foram gravadas.

As mães que atenderam aos critérios para participar do estudo, expostos acima, e que tiveram o endosso da supervisora clínica, para participarem do presente estudo, foram convidadas a participar, após um dos atendimentos psicológicos. Elas foram vistas individualmente, dentro de uma sala no Setor de Psicologia, em horário previamente agendado, diferente daquele estipulado para seu atendimento psicológico.

Num primeiro encontro foi preenchida uma *Entrevista de contato inicial* que checkou as informações básicas de inclusão das participantes na amostra. Depois disso, foi marcado um segundo encontro com as mães quando foi lido e assinado o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Nesse encontro, foi preenchida a *Entrevista de Dados Demográficos do Casal* e a *Ficha de Dados Clínicos do Bebê e da Mãe*, sendo, posteriormente, realizada a *Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade*. Em um terceiro encontro, foi realizada uma parte da *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade* e, quando necessário, foi marcado um quarto encontro para que essa entrevista fosse finalizada.

Considerações Éticas

O presente projeto de investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (Proc. No. 08132), e todas as mães assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Cópia no Anexo A).

As considerações éticas ligadas às ciências da saúde passaram a ser destacadas especialmente no final da década de setenta quando foram reafirmados os princípios básicos da

bioética, que envolvem o respeito à autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça frente aos participantes, que devem ser seguidos quando em contato com a pesquisa e com a clínica (Kipper & Clotet, 1998). Os princípios éticos da pesquisa concernem à proteção dos direitos, bem estar e dignidade dos participantes. Assim, a comunicação e o contato do pesquisador com as mães exigem alguns cuidados especiais, que serão descritos a seguir.

A privacidade e confidencialidade foram garantidas às participantes, sendo que o material obtido nas entrevistas foram devidamente arquivados no Instituto de Psicologia da UFRGS. Em nenhum momento do estudo a identidade das participantes foi revelada. Os procedimentos desse estudo podem ser considerados como representando risco mínimo às mães.

As participantes foram informadas a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo e puderam decidir livremente sobre a sua disponibilidade de participar da pesquisa. Com isso, foi assegurada a liberdade da mãe, deixando-se clara sua autonomia para desistir da pesquisa a qualquer momento. Foi também deixado claro, que nenhum tipo de prejuízo, quanto ao atendimento no hospital, ocorreria às mães que não desejassem participar da pesquisa. As etapas da investigação foram explicadas de forma minuciosa, sendo que a pesquisadora colocou-se a disposição das participantes para esclarecimento de dúvidas em qualquer momento da pesquisa.

O estudo foi realizado na UTINeo do HCPA, onde a pesquisadora prestou atendimento psicológico específico para as mães de bebês nascidos pré-termo. Dessa forma, ficou assegurado que as participantes deste grupo tiveram acesso a um acompanhamento psicológico, pois como foi visto na revisão de literatura, a prematuridade do bebê pode ser considerada como um momento de crise e potencialmente traumática.

Instrumentos

Entrevista de contato inicial (GIDEP, 1998a): entrevista estruturada que examinou as informações básicas de inclusão das participantes no estudo. Investigou dados das participantes, tais como: idade da mãe, estado civil, escolaridade da mãe, se é primeira gravidez, saúde durante a gravidez. Cópia no Anexo B.

Entrevista de dados demográficos do casal (GIDEP, 1998b): entrevista estruturada que teve como objetivo obter dados adicionais aos contidos na *Ficha de contato inicial*, com destaque para as informações sócio-demográficas, tempo e ordem da gestação, ocorrência de abortos,

condições de saúde da participante durante a gestação, sexo do bebê, bem como dados sobre o parto e condições de saúde do bebê. Cópia no Anexo C.

Ficha de dados clínicos do bebê e da mãe (Marocco & Piccinini, 2008): entrevista estruturada que teve o objetivo de investigar aspectos clínicos do bebê tais como: tipo de parto, idade gestacional ao nascimento, peso e Apgar ao nascimento e da mãe, com destaque para as informações como doenças na gestação, intercorrências no parto e após o parto. Cópia no Anexo D.

Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade (adaptada de GIDEP/NUDIF, 2003a): entrevista estruturada na qual a mãe foi solicitada a falar sobre os diversos aspectos de sua gestação e do parto. Foi baseado na *Entrevista sobre Gestação e Parto* (GIDEP/NUDIF, 2003), mas aqui foram incluídas novas questões com o objetivo de identificar a *preocupação materna primária* do final da gestação até o parto do bebê. A entrevista contém dois blocos de questões. O primeiro envolve aspectos em relação à gravidez (desejada, planejada), preocupações da mãe em relação ao bebê durante a gestação e em relação ao seu papel materno, saúde física e mental da mãe durante a gestação, apoio do companheiro, sonhos com o bebê, disponibilidade da mãe de deixar sua rotina diária para prepara-se para o nascimento do bebê. O segundo bloco de questões envolve aspectos relacionados ao parto, tais como a forma como foi realizado o parto (normal, cesariana), quem acompanhou a mãe durante o parto, como ela estava se sentindo, preocupações em relação a ela e ao seu bebê. A entrevista foi realizada de forma semi-dirigida. Cópia no Anexo E.

Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade (Marocco & Piccinini, 2007): entrevista estruturada que teve por objetivo identificar a presença da *preocupação materna primária* no contexto da prematuridade, após o nascimento do bebê. Foi baseada na *Entrevista sobre a experiência da maternidade* (GIDEP/NUDIF, 2003). É composta por dez conjuntos de questões que investigam temas específicos envolvendo a mãe e o bebê após o seu nascimento, como por exemplo: como foram os primeiros contatos da mãe com o filho, sonhos da mãe com o bebê depois de seu nascimento, preocupações da mãe com o filho, relação com o pai do prematuro, como a mesma tem assumido os cuidados com o filho dentro da UTINeo e se adaptado às necessidades do bebê dentro do contexto da prematuridade, como acontece a comunicação da díade, sentimentos em relação à equipe e ao hospital, disponibilidade de

permanecer ao lado do filho, a capacidade de identificação da mãe com o bebê (ex: reconhecer tipos de choros), como acontece a interação da díade e o contato físico e visual. A entrevista foi realizada de forma semi-dirigida, estimulando as participantes a falarem livremente. Cópia no anexo F.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977; Laveille & Dione, 1999) foi utilizada para se examinar as respostas das mães às duas entrevistas realizadas que buscavam investigar a *preocupação materna primária* no contexto da prematuridade, a saber: *Entrevista sobre a Gestação e o Parto no Contexto da Prematuridade* e a *Entrevista sobre a Maternidade no Contexto da Prematuridade*.

A análise buscou investigar as vivências emocionais da mãe na gestação, de forma retrospectiva, e no momento em que vivenciava o pós-parto do filho nascido pré-termo. Para tanto, se utilizou o conceito de *preocupação materna primária* de Winnicott (1956/2000) que se refere a uma condição especial da mãe, que começa durante a gestação e termina alguns meses após o parto. Caracteriza-se por ser um estado muito sutil de identificação e sintonia da mãe com seu bebê, no qual ela consegue entender e prover exatamente o que seu filho precisa naquele momento inicial de dependência absoluta. O objetivo central do estudo foi investigar a *preocupação materna primária*, principalmente os indicadores desta situação. Quando nos referirmos a dados empíricos no presente estudo utilizaremos os termos indicadores de *preocupação materna primária*, tendo em vista as eventuais limitações do estudo de, eventualmente, apreender conteúdos inconscientes e pré-conscientes associados a essa situação.

Para fins de análise se desenvolveu uma estrutura de categorias derivadas do conceito e teoria winnicotiana, assim como da leitura exaustiva das entrevistas do presente estudo, visando encontrar indicadores da *preocupação materna primária*. Três grandes categorias nortearam as análises: *Preocupação materna primária na gestação*, *Preocupação materna primária e o nascimento pré-termo* e *Preocupação Materna Primária no puerpério*. Partindo destas categorias, diversas subcategorias, que serão expostas a seguir, emergiram das leituras iniciais das próprias entrevistas bem com da literatura e foram incluídas na estrutura final que norteou as análises de cada caso, conforme apresentada no Anexo G. As categorias e subcategorias, que serão apresentadas a seguir, foram ilustradas pelos relatos das próprias participantes.

A realização da análise de conteúdo qualitativa teve início com a transcrição literal de todas as entrevistas utilizadas no presente estudo. A partir de então, foi realizada uma primeira leitura de todo material e realizada uma breve caracterização de cada caso que incluiu dados sócio-demográficos, contexto conjugal e familiar, um breve histórico da gestação e suas intercorrências e

o nascimento pré-termo do bebê e suas repercussões para a mãe. Num segundo momento, examinou-se cada caso à luz da estrutura de categorias e subcategorias proposta, sendo demarcado os relatos que pertenciam a cada uma delas e que poderiam ser indicadores da *preocupação materna primária*. Como destacado acima, estes relatos foram então reagrupados nas categorias e subcategorias, apresentadas no Anexo G. Por fim, uma última releitura do material classificado nas categorias e subcategorias foi realizada acrescentando-se as interpretações da autora. Informações e anotações, derivadas dos atendimentos psicológicos realizados e das observações das mães e bebês na UTINeo, bem como material derivado da supervisão clínica, também foram considerados na análise e, quando isto ocorreu, foram destacadas por colchetes.

A seguir, apresenta-se cada um dos casos separadamente, organizados em quatro seções: 1) Caracterização do caso; 2) *Preocupação materna primária* na gestação; 3) *Preocupação materna primária* e o nascimento pré-termo; e 4) *Preocupação materna primária* no puerpério. Ao final da apresentação de cada caso apresenta-se uma síntese dos principais indicadores da *preocupação materna primária* ao longo do período investigado. No Capítulo IV apresenta-se uma discussão geral com o objetivo de examinar as semelhanças e particularidades entre os casos investigados, discutindo-os à luz da literatura.

Caso 1 - Mãe: Fabiana; Bebê: Tomás

1) Caracterização do caso

Fabiana foi contatada pela autora um dia após o parto de Tomás, enquanto a mesma encontrava-se internada no Centro Obstétrico do HCPA. Sua alta aconteceu três dias depois do nascimento de Tomás. Como parte do procedimento do Setor de Psicologia, a autora se apresentou à mãe e falou a respeito dos atendimentos psicológicos que o referido setor prestava às mães de bebês pré-termos internados na UTINeo, se propondo a atendê-la. Após a concordância de Fabiana, os atendimentos tiveram início. Estes podiam variar em termos de tempo e lugar, podendo ser realizados no leito, enquanto a mãe ainda estava internada, do lado da incubadora do bebê e na sala de atendimentos do Setor de Psicologia. Depois de onze dias de atendimentos psicológicos e de discutir o caso com a supervisora local, decidiu-se convidar Fabiana para fazer parte deste estudo. Ela foi convidada 12 dias após o parto e aceitou responder as entrevistas. A primeira entrevista foi realizada quando o bebê estava com 15 dias e a segunda foi realizada quando o bebê estava com 22 e 23 dias de vida. Nos momentos das entrevistas Tomás encontrava-se na UTI 3, chamada de

intermediária, na qual permanecem os bebês que estão com o estado de saúde regular. Entretanto, o bebê permaneceu na UTI 1, onde permanecem os prematuros mais graves por quinze dias.

Ela tinha 24 anos quando se tornou mãe de seu primeiro filho, Tomás, fruto do relacionamento de um ano com seu atual companheiro Márcio, de 23 anos. Antes de se relacionar com Márcio, ela já havia ficado grávida de outro parceiro, porém sofreu aborto espontâneo no início da gestação. O casal era de nível socioeconômico baixo, morava em uma casa de três peças, juntamente com a mãe e a avó de Fabiana, que eram proprietárias da residência. Ela concluiu o segundo grau e estava desempregada havia cinco meses, no momento da entrevista. Porém, relatou que começou a trabalhar com 18 anos e seu último emprego foi como copeira de um restaurante. Márcio também completara o segundo grau e trabalhava como coordenador de um abrigo para menores. Já era pai de uma menina de cinco anos, fruto de um relacionamento anterior.

Fabiana nasceu em Porto Alegre e relatou que até seus oito anos residiu com os pais e com o irmão mais novo. Seus pais se separaram quando a mesma tinha nove anos e ela se distanciou de seu pai após a separação do casal. A partir disso, ela começou a ter que cuidar de seu irmão para que sua mãe pudesse trabalhar. Referiu que somente após a mãe chegar do trabalho é que podia sair para *“brincar com as minhas amigas”*. Ela referiu ainda que sempre se relacionou bem com seus pais, porém destacou que sua mãe sempre foi mais *“perfeccionista, se tivesse uma poeirinha no chão quando ela chegasse, eu já não podia brincar”*. Seu pai foi descrito como sendo *“bem liberal”*, porém mais ausente, sendo definido pela mesma como *“não fede nem cheira”*. No entanto, Fabiana descreveu o mesmo como sendo *“engraçado”*, destacando que *“era igual a ele”* neste aspecto. Por necessidades financeiras, após a separação, a família foi morar com a avó materna.

Seu relacionamento com Márcio era descrito como instável, pois o mesmo *“faltou na presença”* e tinha dificuldade em se dedicar à relação. Segundo Fabiana, partiu dela a iniciativa de propor a Márcio que morassem juntos. A mesma destacou que durante a gravidez ele *“se mostrava assim, todo cuidadoso”* e que se sentiu *“cuidada”* com suas atitudes. No entanto, a gravidez não foi planejada pelo casal e ela descobriu que estava grávida com três meses de gestação.

Fabiana realizou todo seu pré-natal em um Posto de Saúde perto de sua casa em um total de seis consultas. Destacou que não estava satisfeita com o acompanhamento pré-natal, pois o médico a atendia *“muito rápido”*, sendo que em todas as ecografias realizadas seu filho estava de pernas cruzadas, porém o mesmo havia informado que *“era uma menina”*. Após esta notícia, o casal resolveu dar o nome de Vitória ao bebê. No entanto, ela destacou que tinha *“alguma coisa dentro de mim dizendo que não é a Vitória, é um menino que tá aí”*. Durante a gravidez, a mesma se sentiu

“fisicamente normal, parecia que nem tava grávida”, porém estava emocionalmente “mais sensível”. Ela relatou que começou a sentir dores fortes quando completou sete meses de gestação e procurou o médico, que após sua insistência, fez o exame de toque e observou que a mesma estava com um dedo de dilatação. Solicitou que Fabiana fizesse repouso absoluto e “tomasse a injeção para amadurecer os pulmõezinhos”. [Durante o atendimento psicológico, quando questionada pela autora a respeito de como a família e Márcio haviam reagido às recomendações médicas e a gravidez de risco, ela disse que não havia contado para Márcio e para sua família sobre as recomendações médicas e justificou que procurou evitar que estes se preocupassem com ela e com Tomás]⁵. Depois deste episódio, conseguiu “segurar” o filho por mais duas semanas, quando ele acabou nascendo.

Tomás nasceu com 34 semanas, pesando 1.930 g, de parto normal. Seu Apgar⁶ foi de nove no primeiro minuto e dez nos cinco minutos posteriores (numa escala de no mínimo 0 e no máximo 10), embora, este precisou de oxigênio inalatório após o nascimento. O bebê foi colocado no colo da mãe após o nascimento, sendo internado posteriormente na UTINeo. Fabiana relatou que a enfermeira “Botou ele em cima de mim e eu... Eu não fiz nada. Eu fiquei parada olhando ele, porque, até porque eu esperava uma menina, né? Daí quando eu vi assim um menino eu fiquei... Eu comecei a rir só. Não tive reação nenhuma assim”. Logo após sua internação, Tomás apresentou uma infecção ocular e sepse, além de apresentar uma respiração irregular, devido à prematuridade de seus pulmões e precisar de aparelhos de oxigênio para respirar. Tomás começou a respirar sem a ajuda de aparelhos por volta dos 15 dias de vida. Permaneceu internado na UTINeo por trinta e dois dias.

2) Preocupação materna primária na gestação

Esta categoria se refere aos indicadores da *preocupação materna primária* na gestação, onde foram destacados os relatos das mães a respeito de aspectos que podem ser indicadores da *preocupação materna primária*, principalmente no final da gestação. Esta categoria refere-se às lembranças da mãe de como foi sua gestação e a sintonia com seu filho durante este período, pois a entrevista foi realizada de forma retrospectiva.

⁵ O texto entre colchetes se refere a informações fornecidas pelas mães durante os atendimentos psicológicos realizados pela autora ou em outros contatos esporádicos com a participante. Como foi dito anteriormente, durante a realização do presente estudo, a autora passou a integrar a equipe de Psicologia do HCPA e realizou atendimentos clínicos de orientação psicanalítica com as mães, seguindo o procedimento do referido Setor. Estes atendimentos receberam a supervisão clínica de uma psicóloga da própria equipe local.

⁶ O Índice de Apgar consiste na avaliação de cinco sinais objetivos do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto após o nascimento, sendo utilizado para avaliar as condições dos recém-nascidos (Ramos et al., 2006). Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação, numa escala de 0 a 10 resultará no Índice de Apgar e o recém-nascido será classificado como sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave (Apgar 0 a 2).

As manifestações das mães foram agrupadas em cinco subcategorias: *acompanhamento pré-natal*, que inclui os relatos sobre os cuidados e disponibilidade para cuidar da sua saúde e a do bebê; *sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais*, que se refere a como a mãe se sentiu diante de tais alterações no decorrer da gestação, se teve dificuldades ou não para enfrentar estas mudanças corporais e afetivas impostas pela gravidez; *sentimentos em relação à função materna*, que inclui possíveis adversidades nos cuidados com o bebê, assim como expectativas a respeito de experiências gratificantes; *sintonia da mãe com o bebê*, que se refere às expectativas, sentimentos, sonhos e fantasia maternos em relação ao filho (ex: sexo e comportamento); *preparação para a chegada do filho* que inclui o envolvimento e os preparativos da mãe para a chegada do filho (ex: o lugar do bebê na vida da mãe, como a mesma prepara o ambiente para recebê-lo, teve tempo de arrumar o quarto, as roupinhas). Apresenta-se, a seguir, cada uma destas subcategorias, ilustradas pelos relatos das próprias participantes.

Acompanhamento pré-natal

Ao se referir à gestação, Fabiana salientou que ela e o companheiro não haviam planejado a gravidez: “*A gente pensava, só que foi um acidente, né?*”. Contou que descobriu que estava grávida só aos três meses de gestação, porque prorrogava a ida ao médico: “*Daí eu ficava: ‘Han, o outro mês eu vou ver, bem desligada. Han, não veio neste mês, mas no outro eu vejo’. Era meio irregular assim, sabe, atrasava a data assim, então. (...) Eu ficava pensando: ‘Han, vai vir, não veio hoje, mas vai vir daqui a pouco’. Dai passou e a gente descobriu quando eu tava com três meses*”. No entanto, ela descreveu com contentamento o momento em que soube da gravidez: “*Feliz, né? Era o que eu mais queria*”. Ela contou, então, que depois deste momento começou seu acompanhamento pré-natal.

Contudo, ela não estava satisfeita com os cuidados recebidos pela equipe médica no decorrer do pré-natal, ressaltando que a ecografia para saber o sexo do filho foi realizada de maneira rápida: “*Aí quando veio, a gente tirou. (...) Eu ia até tirar uma foto né, dele fazendo... Quando tu vês ele nem tirou foto nenhuma. Já não fez mais nada. Já limpou a minha barriga, muito rápido*”. Além disso, Fabiana comentou mais a respeito desses cuidados referindo que sentia “*sempre uma dorzinha*” e quando foi ao médico, o mesmo disse que era normal: “*Eu falei para ele, né? Só que para médico, é tudo normal para eles. Aí só depois que ele foi... Ah, para eles é tudo normal, assim, sabe? ‘Han não, dor acontece porque tá te abrindo, porque tu és pequeninha, tu és magrinha então tu vai ficar com dor’. Aí quando eu falei: ‘Mas é que eu não agüento de dor, tem uma hora que não da para agüentar, sabe? E tá aumentando a dor. Não é que nem antes que era fraquinho’. Aí, então tá: ‘Eu vou fazer o exame de toque’. Fez e ai ele falou que estava com um dedo com sete, aí falou para tomar a injeção para amadurecer os pulmõezinhos e pediu para ficar em repouso*”.

Ela afirmava que seguiu as recomendações médicas, porém *“não vou ficar falando... Saia para festa, para caminhar, fazer caminhada não, mas tipo ir na minha amiga, ir no supermercado, isso eu fazia”*. [Durante o atendimento, ela já havia relatado que mesmo após as recomendações do médico não conseguiu permanecer em repouso, pois se descrevia como uma pessoa “muito ativa”. Quando questionada sobre a saúde do bebê, referiu que “não tinha idéia” da gravidade da situação. Ademais, em sua opinião, as informações fornecidas pelo médico não foram claras, fato este que acabou gerando mais confusão na mesma].

Já Márcio, se mostrava preocupado com seu estado de saúde, fato este que fazia com que Fabiana recorresse a ele nos cuidados com a saúde dela e do filho: *“Durante a gravidez ele se mostrava assim, todo cuidadoso, né? Ele continua cuidadoso, tipo: ai, não faz isso, não. (...) Sério, eu chegava a ligar para ele: ‘Oh, Márcio, eu estou a fim de comer tal coisa, pode? Han, isso tu pode’. E eu adorava tomar chimarrão e ele falava: ‘Não é para ti tomar porque é ruim, porque vai dar cólica nele. Ai, eu estou com dor em tal lugar, o que que eu faço? Han,, toma isso e não toma mais nada, não vai tomar nenhum tipo de remédio, pelo amor de Deus, não sei o quê”*. No entanto, ela dizia achar *“uma chatice”*, pois sua família assumia uma atitude parecida: *“A minha mãe não era assim tão de pegar no meu pé, mas elas viram fazendo isso e começaram também. Ah, daí todo mundo: ‘Não corre, não sobe, não...’”*.

Em relação a como se sentia com estes cuidados, ela relatou: *“Aí, eu me senti protegida assim, né? Todo mundo se preocupando comigo, mas por um lado: ‘Ai, que saco, não posso fazer nada. Daqui a pouco vou carregada para cama, não posso nem me mexer, né?’ Aí, que coisa horrível. Aí eu estava descendo e ele me ligava por causa do Tomás, né? Daí: ‘Onde tu tá Fabiana?’ Eu: ‘Estou aqui na Verinha. De novo aí, Fabiana, tu tem que tá em casa. Han, não’”*. De acordo com Fabiana, o excesso de cuidados fez com que ela não contasse das recomendações médicas à família: *“Eu nem disse para ele da história dos sete meses, que o médico falou que eu tinha que repousar, nem falei, né? Ele nem sabe. Nem falei para mãe e minha avó, pro Márcio. Se não vão encher mais o meu saco, ai”*.

O comportamento de Fabiana era questionado por suas amigas: *“Que nem a minha amiga fala, que eu digo assim, que ela, que eu saia durante a gravidez, que não ia dar bola pro Tomás”*. Sobre este comportamento, ela comentou que: *“Eu vou aproveitar agora pra sair, para dançar, para isso, para aquilo, com as minhas amigas enquanto o Tomás não nasce, porque depois eu não vou ter coragem de ir, de deixar ele com alguém. Aí eu vou para uma festa e eu não vou pensar: ‘Ai, será que o Tomás chorou?’ Que nem assim, que nem eu penso: ‘Aí eu vou pra festa, que eu não vou me divertir’. Porque eu vou ficar pensando: ‘Será que o Tomás tá chorando, será que ele mamou, será que ele não fez xixi?’”*.

Os relatos acima sugerem que Fabiana demonstrou, inicialmente, uma atitude de negação da gestação, o que fez com que esta não buscasse saber se estava grávida e, conseqüentemente, retardasse os cuidados pré-natais relacionados a ela e ao filho. O fato de a gravidez não ter sido planejada por ela e pelo companheiro pode ser um dos fatores que contribuíram para sua atitude. Ao mesmo tempo, quando descobriu a gestação, pensou que a mesma poderia ser usada para se

aproximar mais do companheiro. Não se deve esquecer também, que a mesma realizou o teste de gravidez quando estava com três meses de gestação, período no qual não seria mais possível interromper a gravidez, o que pode ser mais um indicador de que ela pensava em usar a gravidez para se aproximar de Márcio. No entanto, parece que seu comportamento inicial não é indicativo de que a mãe se preocupava com seu filho, e sim, com os ganhos secundários que a gravidez poderia trazer a ela.

Segundo Fabiana os cuidados pré-natais não foram satisfatórios, pois os médicos a atendiam de maneira rápida. Porém, ela demonstrou pouco comprometimento com as recomendações médicas de repouso absoluto, continuando sua rotina normalmente. Tal comportamento parece refletir a ambivalência da mãe em relação à gravidez, pois a mesma não parecia disposta a enfrentar as adversidades que estavam se impondo a ela, pelo contrário, apresentou uma atitude de esquiva e resolveu não contar à família das orientações.

O sentimento de proteção, essencial para que a mãe consiga estabelecer a *preocupação materna primária*, foi algumas vezes destacado nos relatos de Fabiana. Porém, parece que tal proteção era bem aceita por ela quando vinda do companheiro, já que as atitudes protetivas do resto da família faziam com que ela se sentisse dependente. Fabiana esperava que Márcio orientasse quais as preocupações que ela deveria ter com o filho, demonstrando dificuldades em construir por ela mesma tais preocupações e cuidados. Seus relatos apontaram para certa dificuldade em abrir mão de sua rotina pela saúde do filho, fato este que não persistiu após o nascimento do mesmo. Tal condição inicial parece apontar para um comportamento de resistência da mãe em se identificar com Tomás e com os cuidados que o mesmo demandava, já na vida intra-uterina.

Sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais

Durante a gravidez, Fabiana diferenciou seus sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais. Ao ser questionada sobre como se sentiu fisicamente, ela destacou: *“Fisicamente normal, parecia que eu nem tava grávida. Eu corria, eu andava rápido, subia escada correndo, eu descia escada correndo. Parecia que eu não tava grávida, sabe? Caminhava normal, fazia caminhada com a minha avó. Ia nas minhas amigas, ia em festas, dançava. Parecia que eu não estava grávida”*. No entanto, a partir do último mês gestacional, as mudanças físicas começaram a aparecer mais e esta era questionada por amigos: *“Agora, no último [mês]... Eu era de sair, né, como te falei, para dançar... E agora, meu amigo, que é professor de dança, a gente tava dançando na festa daí ele chegou assim para mim: ‘Fabiana, tu não notou nada assim em ti?’ E eu disse: ‘Não. Tu tá mais pesada, tu não consegue fazer os passos direito’. Daí eu disse: ‘Não, eu não notei’. E ele: ‘Tu não te sentes cansada?’ Eu: ‘Eu não’. E ele: ‘Sim, eu*

sinto que quando eu te levo, assim para dançar, tu tá mais pesada, tu não vai com a facilidade que tu ias”. Mas no final da verbalização, não apontou nenhuma outra mudanças: *“Só essa mudança, porque o resto... Tudo normal”*.

A mãe referiu que as mudanças foram mais em razão de seu estado emocional: *“Emocionalmente, uma chorona, mais do que eu já sou, né? Se alguém me olhasse com cara feia, já tava chorando. (...) Me olhavam de cara feia eu virava e já começava a chorar”*. Apontou ainda um sentimento de agitação e irritação com acontecimentos que, a princípio, seriam banais: *“Ficava agitada. Também ficava irritada com a minha mãezinha. Um mau humor assim, até com a minha mãe, com minha avó, se falava alguma coisa parecia que, ai, não sei. Parecia que ela tava me ofendendo. Uma pergunta simples e parecia que ela tava me xingando assim”*. A convivência com sua mãe também foi apontada como difícil neste período: *“Sempre que minha mãe chegava do serviço ela passa lá, daí às vezes ela vinha assim e batia na porta e eu: ‘Ai, que saco, o que que ela quer?’ Mas era uma coisa que não era eu que queria, uma coisa que vinha assim e eu falava e deu. E deixava ela... Ah, por que tu tens que passar aqui? Sabe aquelas coisas assim”*. De acordo com Fabiana, o período gestacional no qual estes sentimentos estavam mais acentuados, foram entre os *“cinco e seis meses”* de gestação.

A partir dos relatos de Fabiana destacados acima, constatou-se que a sua percepção sobre as mudanças físicas não tiveram a mesma intensidade do que aquelas relacionadas às mudanças emocionais na mãe. As primeiras foram pouco percebidas por ela, que parecia não observar as mudanças em seu corpo, mesmo com pessoas chamando sua atenção para este detalhe. Como constatado na subcategoria anterior, a mãe pareceu não estar conseguindo assimilar as mudanças da gravidez e conseqüentemente entrar em sintonia com seu filho, uma das características fundamentais associadas à *preocupação materna primária*, o que nos leva a questionar o quanto ela estava conseguindo ingressar nesta situação. Fabiana parecia seguir negando que sua barriga aparecia cada vez mais, que seus movimentos podiam estar mais lentos e pesados, como destacados pelo seu professor de dança e procurava não alterar sua rotina.

No entanto, emocionalmente, ela relatou viver uma maior sensibilidade e irritação, destacando que sua relação com a mãe ficou mais difícil nesta época. Tais oscilações são esperadas quando a mãe encontra-se em *preocupação materna primária*, embora neste caso, a preocupação excessiva com a presença do companheiro pode ter aumentado suas oscilações de humor, já que tal aspecto parecia ser fonte de angústia para Fabiana.

Sentimento em relação à função materna

A respeito de seus sentimentos em relação à função materna e a possíveis adversidades, a mãe questionava-se: *“Será que eu ia acordar de madrugada quando ele chorar... Essas coisas assim.”* No entanto, relatou que tinha uma *“paixão”* por crianças e contou: *“Eu levava o meu afilhado para dormir lá em casa sabe, ficava tempo todo com ele. (...) Então eles iam para lá, e eu ficava o dia inteiro com eles. Ai, às vezes, eles estavam no computador e falavam comigo: ‘Dinda vem deitar aqui comigo’. Porque para dormir é um na orelha outro na boca, então para botar os dois, é bem assim, uma paciência... Então eu não me preocupei do jeito que eu vou ser.”* Porém, ao mesmo tempo em que referiu não preocupar-se com as adversidades que a maternidade poderia trazer, Fabiana conclui sua verbalização apontando inseguranças: *“Será que vou saber o que fazer quando chorar? Se eu vou saber cuidar bem. Se chorar, se eu não vou ficar nervosa. Se eu vou saber...”*.

Em relação a como a mesma seria como mãe, destacou: *“Mãe... como é que vou te explicar... boba. Bem boba”*. Fabiana se mostrou preocupada com possíveis problemas que o filho poderia apresentar após o nascimento: *“De assim, como é que ele vai nascer, sabe? Se ele ia nascer saudável, porque a gente via assim... a gente vê na TV, documentários, ai, porque a criança nasceu assim, nasceu assado... então eu pensava, se ele ia nascer perfeitozinho, será que ele ia nascer com saúde? Ai, eu ficava toda loca de medo assim, dele ter alguma doença. Que nem eu via, com Síndrome de Down, sabe? Eu passava assim por um e nem olhava assim, sabe? Porque se meu filho nasce assim eu tenho que cuidar normal né, mas ninguém quer, né? Daí eu nem olhava”*.

A amamentação apareceu em seus relatos como um fator de preocupação ligado a sua função materna: *“Durante a gravidez eu não tinha leite, todo mundo dizia que ia começar a vazar... Daí eu: ‘Mas como é que, porque aumentou, mas eu não sentia assim, sabe? Aumentou nada’. E daí falava: ‘Ai, porque vai sair leite?’. E eu não via nada de mudança assim, sabe? E ficava apavorada: ‘Ai meu Deus do céu, só falta eu não ter leite’”*.

Os relatos acima demonstraram que, apesar de uma segurança aparente em relação à função materna, a mesma parecia assustada com as possíveis adversidades que a maternidade poderia trazer. Tal ambivalência pode indicar um sinal de que a mãe começava a preocupar-se com as necessidades de seu filho. Suas verbalizações apontaram que Fabiana começava a pensar em como atenderia às demandas do filho e se seria capaz de manter a sobrevivência do bebê, fato este que pode ser indicador da *preocupação materna primária*.

No entanto, ela seguia pouco atenta às mudanças corporais que também envolvem a função materna, como a amamentação. Tal situação representou uma fonte de preocupação para ela, pois parece que ela não conseguia observar as mudanças esperadas em seu corpo que lhe permitiriam amamentar o filho. Por outro lado, tal preocupação pode também apontar para um envolvimento e

um desejo inicial da mãe em prover algo significativo para ele, atitude esta que pode ser indicadora da presença da *preocupação materna primária*.

Sintonia com o bebê na gestação

Em relação às expectativas de Fabiana sobre o filho, o sexo do mesmo prevaleceu em seus relatos, sendo que a mesma contou que não acreditou no resultado da ecografia: “*Aí ele [médico] veio assim: ‘Eu não consigo ver porque ela tá com a perna cruzada, o bebê tá com a perna cruzada’. Daí eu: ‘Tá’. Daí ele pegou e: ‘Han, tá, é uma menina’. Daí eu: ‘Tens certeza?’ . E ele: ‘Sim, sim. Ela cruzou as perninhas não sei o quê, é uma menina’*”. No entanto contou que ficou feliz com a notícia, pois tinha o desejo de ter uma menina: “*E eu aquela coisa assim, eu fiquei feliz por mim, mas não tinha certeza*”. Já o marido desejava um menino, fato este, que parecia deixar Fabiana ambivalente em relação aos seus próprios desejos: “*Aparentemente ele tava realizado, né? Ele falava só em um gurizinho, um gurizinho, daí veio um gurizinho, né? Mas daí a gente pensava que era menina, aí a gente: ‘Han, eu vou ter duas’. Aí ele ficou meio triste né, porque ele queria ter um menino, né? Mas daí depois ele descobriu que era um menino, aí ficou que nem bobo*”.

Ainda em relação às fantasias que a mesma tinha sobre o sexo do filho, salientou: “*Eu estava sozinha e tinha aquela coisa: ‘Não é a Vitória’. Alguém tava falando assim dentro de mim. Tinha alguma coisa dentro de mim falando que não é a Vitória que está aí. É outra pessoa. É um menino, não é uma menina, no caso*”. A descoberta do sexo do filho aconteceu depois do parto e Fabiana referiu sentimentos ambivalentes com a notícia: “*Eu adorei, né? Adorei pelo Márcio, né? Porque tipo, tanto que ele queria né?(...) Eu fiquei um pouco triste, né? O meu sonho era ter uma menina*”. Na tentativa de entender melhor seus sentimentos, a mãe contou: “*Eu fiquei triste porque eu queria uma menina. Mas eu fiquei feliz porque eu estava dando um filho menino, no caso, que ele tanto queria né?*”.

A respeito do que imaginava sobre o bebê, os relatos de Fabiana apontaram somente para a importância de que este fosse parecido com o pai: “*Tomara que seja parecido com o pai, tomara que tenha o cabelo liso do pai... Daí eu imaginava, no máximo eu vou querer o cabelo dela liso e nas pontinhas uns cachinhos. No máximo, né? Porque fazer chapinha que nem o meu da muito trabalho*.” Quando questionada sobre como imaginava que seria o temperamento do filho, a mãe pareceu ter dificuldades de verbalizar: “*Eu só pensava assim, que nem dizem: ‘Quando a gente fala de um filho de alguém, que o nosso vai ser igual’. Aí eu não dava bola, nem falava, para quando nascer não fazer as mesmas coisas, né?*”.

Seus sonhos na gestação foram descritos como tendo conteúdo relacionado ao sexo do filho: “*Sonhava. Eu cheguei a sonhar que era até um menino. Só que não conseguia ver o rostinho assim. Vi que era um menino, estava de azul, assim, pequenininho, mas eu não conseguia ver o rosto. Daí eu até falei para minha amiga: ‘Ai, sonhei que é menino’. Aí ela disse: ‘Isso aí é frescura’. De sonhar assim*”. Fabiana

relatou que estes mesmos sonhos poderiam significar que ela adivinhou o sexo do filho: “*Agora que tu falaste [entrevistadora] de sonho eu me lembrei, que eu sonhei que era um menino e nasceu um menino*”. A mãe não apontou pesadelos no decorrer da gestação.

Através dos relatos acima, foi possível perceber certa ambivalência em Fabiana relacionada ao bebê. Seu desejo em relação ao sexo do filho se misturava ao desejo do companheiro, demonstrando certa insegurança sobre seus próprios sentimentos. Tal aspecto pode ter dificultado a sintonia dela com o filho e, conseqüentemente, a sua *preocupação materna primária*. Os sonhos que relatou também foram relacionados ao sexo do filho, sendo que neles o bebê era um menino. A mãe verbalizou que mesmo após o médico dizer que era uma menina, “*alguma coisa dentro*” dela dizia que era um menino que estava ali. Tal aspecto pode ser indicador da sintonia da mãe com seu filho.

Preparação para a chegada do filho

O envolvimento de Fabiana nos preparativos para receber o filho apareceu nas suas verbalizações, entre as quais afirmou: “*Han sim, eu fiz lembrancinhas para entregar no chá de fralda, tudo rosa, né? Tudo decoradinho para bebezinho, biquinho. Aprendi a fazer balão de, de... bico de balão. Daí eu fiz, enfeitei todo o salão*”. Destacou que o quarto do filho também foi decorado por ela: “*Ai, tem de tudo. Eu fiz um bercinho de isopor, tinha que inventar, né? Lembrancinhas... Era de tudo, tudo, tudo. O quarto cheio de bichinhos, eu trabalhava no Mcdonalds e sempre tinha esses bichinhos, né? Daí copiava tudo, de ursinho, de coisa lá que tem. Até eu montei o berço e enfeitei tudo. Precisa ver, a coisa mais linda*”.

Como não estava certa sobre o sexo do bebê, fez roupinhas para o mesmo com cores neutras: “*Fiz, fiz uma toquinha, fiz uma calcinha. Então eu fiz uma calcinha para ele, fiz uma minha... Tudo verde. Porque eu já não tava... e verde é uma cor que da para ele e para ela. E a toquinha eu fiz amarelinha*”.

No entanto, a mãe referiu que durante a gravidez pensava em voltar a trabalhar logo que o filho nascesse, pois “*não agüentava*” mais ficar casa. [Esta postura de Fabiana mudou após o nascimento de Tomás, sendo que durante o atendimento psicológico a mesma relatou que não imaginava que “*ser mãe*” implicaria em mudanças significativas, tanto afetivas quanto comportamentais].

Os relatos acima mostram que Fabiana não estava disposta a abrir mão de trabalhar para ficar com o filho durante certo tempo. Mesmo com a família provendo o suporte financeiro, ela ainda pareceu ter dificuldade em pensar no bem-estar do filho.

No entanto, a mãe buscou preparar o ambiente para a chegada do filho. Tal conduta pode ser indicadora da *preocupação materna primária*. Seguindo sua intuição, procurou não fazer roupinhas nem decorar o quarto de cores de menino ou menina, preferindo cores neutras.

3) *Preocupação materna primária e o nascimento pré-termo*

Esta categoria se refere aos indicadores da *preocupação materna primária* frente ao nascimento pré-termo do filho. Apresentam-se os relatos sobre a experiência do parto pré-termo e possíveis angústias que antecipação do nascimento pode ter gerado nas mães, além da própria capacidade da mãe em se recuperar para poder ficar ao lado do filho e conseguir exercer sua *preocupação materna primária*.

Ela é definida em três subcategorias, a saber: *impacto inicial do nascimento* do bebê, que se refere aos sentimentos maternos relacionados à interrupção da gravidez e à separação inicial do filho; *capacidade de recuperação da mãe após o parto*, que se refere aos relatos sobre a sua disponibilidade para estar com seu bebê, apesar das suas dores e temores; e *primeiros contatos* com o filho prematuro que inclui os sentimentos maternos em relação ao bebê.

Impacto inicial do nascimento

Sobre o momento do nascimento do filho, Fabiana comentou que estava assustada, principalmente em relação às dores associadas ao parto: “*No início assim eu cheguei aqui com dor, né? Não era também... eu cheguei aqui e já tava com três dedos [dilatação]. Não, daí: ‘A gente vai te deixar na observação, qualquer coisa a gente vai te preparar para te levar, né?’ . E eu apavorada, porque eu morro de medo de injeção, qualquer coisinha eu, Deus o livre. Aí eu apavorada*”. Ela destacou as fantasias e inseguranças no momento do nascimento: “*Aí começou a dor forte, a dor forte, a dor forte, eu quieta, nem vou falar nada, porque todo mundo falava isso, né? Porque todo mundo falava isso: ‘Se tu fizeres fiasco, elas vão e te deixam’ . Eu tava com medo. Super medo. Aí eu tive uma dor, não lembro se foi com sete ou oito dedos de dilatação, até eu tomar a anestesia, né? E eu não agüentava, né? Vinha aquela dor e eu gritava assim. Depois que deu a anestesia não doeu mais nada, né? Eu lembro que uma hora eu gritei: ‘Socorro’ . E depois, que vergonha! Imagina as pessoas escutando: ‘Socorro, socorro, socorro eu não agüento mais de dor não sei o quê’ . (...) E depois que elas me deram anestesia eu comecei a rir, porque elas mexiam e dava cosquinha, porque eu não sentia mais dor, né?’” . Apesar de referir estar com medo, quando questionada sobre receios a respeito de sua vida e da vida do filho, ela não verbalizou sentimentos sobre isso. A mãe afirmou que após este episódio, o parto transcorreu de maneira tranqüila: “*Aí depois foi ótimo, né? Aí eu fiz uma força, né? E ele nasceu. Bah, porque tem gente que fica ali sofrendo, não... a primeira vez já...*” .*

Ela contou que sua mãe e uma amiga estavam presentes na hora do parto, fato este que fez com que Fabiana ficasse mais segura: “*Eu me senti ótima [com a presença da mãe e da amiga], de eu não ganhar sozinha né, porque Deus me livre. Eu me senti muito feliz, assim... e as duas querendo ver, né? (...) A minha amiga perguntou: quem é que tu quer, né? E eu: ‘Ai desculpa né, mas a minha mãe, né?’” . Contudo,*

a falta do companheiro foi ressaltada por ela: *“Senti [falta do companheiro]. Porque quando eu tava grávida, durante a gravidez, ele sempre falava de dele assistir né, de ficar comigo, mas não deu”*.

Logo após o nascimento do filho, ela relatou que teve a oportunidade de pegar Tomás no colo antes que este fosse levado à UTINeo, porém verbalizou estar surpresa com o sexo do filho: *“Primeiro assim, ela [enfermeira] colocou ele em cima de mim... ela botou ele em cima de mim e eu... eu não fiz nada. Eu fiquei parada olhando ele, porque, até porque eu esperava uma menina, né? Daí quando eu vi assim um menino eu fiquei... eu comecei a rir só. Não tive reação nenhuma assim. Fiquei olhando, comecei a rir, porque ela falou assim: toma a tua Vitória. Daí eu: ‘Han, não acredito’, eu pensei. Mas elas riram da minha cara”*. Fabiana verbalizou sentimento de ambivalência em relação ao filho após o parto: *“Feliz assim. Ai, primeiro eu disse né, eu falei, que eu fiquei meio triste, mas feliz porque era o que o Márcio queria, né? Daí eu consegui dar ... eu fiquei... no início, como eu queria muito uma menina eu até fiquei pensando: será que se fosse um menino, como é que eu iria reagir, né?”*.

Os relatos acima mostram que Fabiana estava assustada no momento do parto. Tais sentimentos podem estar particularmente relacionados à antecipação do nascimento do filho, que neste momento se concretizava para a mãe. Apesar disso, quando questionada sobre a possibilidade de medos relacionados à morte dela ou de Tomás, a mãe não apontou nenhum receio. Parece que a presença de sua mãe foi fundamental para a sua segurança, embora ela lamentasse que o marido não estivesse junto.

Após o nascimento, Fabiana descobriu o sexo do filho, fato este que parece tê-la deixado sem reação diante dele. Ao mesmo tempo em que se dizia feliz, também relatou tristeza ao saber do sexo do filho. A falta de atitude e ambivalência da mãe em relação à gravidez neste momento pode estar relacionada a dificuldades quanto à presença de indicadores da *preocupação materna primária* em Fabiana, condição esta que implicaria na intensa preocupação e identificação direta da mãe com o bebê, o que não ocorria com ela.

Capacidade de recuperação da mãe após o parto

A mãe relatou que sua recuperação pós-parto foi positiva, apesar de seus receios: *“Eu me senti ótima assim, sabe? Caminhar... até a médica falou, primeiro quando eu fui tomar banho, ela foi comigo, né? Aí ela foi levando o soro e daí foi até o banheiro e ela falou comigo: ‘Vai mais devagar, devagar, tu tá ganhando de mim’. Porque eu tava indo rápido, né? Eu me senti... eu pensei que eu ia ficar toda dolorida, toda... sabe? Porque eu sou toda medrosa, né? Mas não”*. [Durante um dos atendimentos psicológicos Fabiana referiu que sentia muito medo que sua recuperação após o parto fosse lenta e que por este motivo precisasse, em um primeiro momento, ficar distante do filho, já que os dois poderiam precisar de cuidados médicos.]. No entanto, este receio não se concretizou e ela permaneceu em observação no Centro de

Observação (CO) somente no primeiro dia pós-parto. Inclusive, Fabiana contou animada que em comparação com as outras mães, sua recuperação foi mais rápida: *“Mas todo mundo fala, que nem essa minha amiga, [que tinha filho também na UTINeo] (...) se eu tiver que correr eu corro, se tiver que sentar eu sento, mas ela dói para tudo. Ontem a gente foi lá no Asun [supermercado], que é aqui pertinho e eu: ‘Vamos rápido para gente voltar para ficar com eles, né?’. Aí ela ficou toda assim e eu bem, rápido assim na frente: ‘Vamos Janaína’ e ela: ‘Ai, não dá para caminhar rápido’”*.

Porém, seu sono foi descrito como alterado após o nascimento de Tomás: *“Às vezes para dormir é meio ruinzinho, isso que agora [22º. dia após o nascimento] eu estou dormindo cedo, né? Estou dormindo mais ou menos, eu não consigo dormir até a meia noite. Não consigo, até porque tem os remédios que tem que tomar. Mas isso assim, quando tem alguma preocupação que eu não consigo dormir. Daí e não consigo, aí fico pensando besteira”*. [Durante os atendimentos, a mãe verbalizou que o conteúdo destes pensamentos, que denominou “besteiras” estavam ligados ao bem-estar do filho e ao medo de perdê-lo].

A partir dos relatos acima, é possível constatar que a recuperação física de Fabiana foi boa após o parto, fato este que contribuiu para a aproximação da díade. Como foi verbalizado no atendimento psicológico a mãe expressava uma força de vontade muito grande para se recuperar, e queria permanecer o maior tempo possível ao lado do filho. Esta conduta materna aponta para indicadores da *preocupação materna primária*, pois ela procurou recuperar-se da forma mais rápida possível para fornecer aquilo que era vital para ambos, estarem juntos.

Já, algumas dificuldades afetivas se acentuaram após o parto devido, particularmente, ao contexto da prematuridade do bebê. Sua preocupação com o filho pareceu estar exacerbada e quando estava longe dele, sendo que ela relatou que pensava “*besteira*”. O receio de perder Tomás, que não apareceu nos seus relatos durante o parto, parece que foi se cristalizando após seu nascimento, já que Fabiana estava cada vez mais envolvida com o filho.

Sentimentos em relação aos primeiros contatos

Os primeiros contatos com o filho ocorreram no segundo dia depois de seu nascimento, na UTINeo: *“É, primeiro dia eu não fui. Fui uma vez, eu não sabia... depois me falaram bem à tarde: ‘Han, tu já foi lá ver ele?’ E eu: ‘Aí, podia?’*. Daí eu peguei, daí depois eu fui direto. Sozinha, na hora do almoço, do café. Só vinha [para o Centro Obstétrico] na hora da medicação, depois eu ia lá de novo. Ficava o tempo todo lá. Mais com ele, né? Aí eu vinha, cochilava um pouquinho. Às vezes eu acordava de madrugada e ia lá ver ele”. Quando questionada em como se sentiu nos primeiros contatos com o filho, Fabiana verbalizou dificuldades emocionais ao vê-lo internado: *“Quando eu voltava [para o Centro Obstétrico onde estava internada], sempre chorava. Sim, por ele tá lá. E eu caindo de sono ali com ele, daí eu queria vir dormir, mas queria ficar com ele, não queria deixar ele ali. Ai, muito horrível. E eu não podia pegar no*

colo. Agora [22º. dia após o nascimento] eu já pego ele no colo, mas antes eu não podia pegar ele no colo, só podia encostar nele, mas não podia mover ele com as mãos... o fato de ter que ir lá para quarto, né, e ter que deixar ele... é uma situação horrível”.

Considerando os relatos acima, pode-se pensar que os sentimentos de Fabiana a respeito dos primeiros contatos com Tomás foram de tristeza devido à condição de prematuridade e da impossibilidade de estar sempre com ele. A distância do filho e o fato de não poder interagir com o filho nos primeiros momentos, deixaram ela afetivamente abalada. Tal condição de separação parece ter contribuído para que emergissem em Fabiana sentimentos relacionados à *preocupação materna primária*, como o fato de sentir sono e mesmo assim não abrir mão de estar ao lado do filho. A mãe começou a apresentar fortes desejos relacionados à maternidade, tanto nos relatos de que queria sempre ficar junto do filho, como na necessidade de pegá-lo no colo, apesar de não ser possível naquele momento inicial.

4) *Preocupação materna primária no puerpério*

Nesta categoria foram expostos os relatos das mães no contexto atual, em que viviam as adversidades da prematuridade de seus filhos. Acredita-se que seus sentimentos, sua conduta e o lugar que ela proporciona em sua vida ao bebê neste momento podem ser indicadores da presença da *preocupação materna primária*.

Esta categoria se refere aos indicadores da *preocupação materna primária* frente ao convívio da mãe com seu bebê no decorrer de sua hospitalização na UTINeo, após o nascimento pré-termo do filho. Apresentam-se os relatos das mães no momento atual, em que conviviam com o filho há pelo menos 12 dias. Nesta categoria foram incluídos relatos sobre seus sentimentos, sua conduta e o lugar que ela proporciona em sua vida ao seu filho neste momento, sendo organizados em sete subcategorias, a saber: *sentimentos sobre o comportamento do bebê*, que envolve relatos sobre os comportamentos do filho e, seus gestos mais sutis; *sentimentos sobre situações de separação do filho*, que se refere à sua alta do hospital e as outras situações em que precisava se separar do filho; *sentimentos sobre os cuidados na UTINeo*, que se refere a como a mãe se sente em relação as pessoas que cuidam de seu filho e se ela mesma participa destes cuidados; *sentimentos sobre a comunicação da díade*, que se refere a sintonia, e a sua capacidade de se colocar no lugar do bebê, buscando compreender suas necessidades e seu sofrimento com os procedimentos médicos; *sentimentos sobre a maternidade*, se refere a como se sente diante da maternidade; *sentimentos sobre a amamentação*, envolve relatos sobre como se sente em não poder amamentar seu filho; *disponibilidade de entrega da mãe aos cuidados do bebê*, que se refere ao fato da mãe

estar conseguindo preocupar-se com o bebê a ponto de reduzir profundamente seus outros interesses temporariamente.

Sentimentos sobre o comportamento do bebê

Fabiana verbalizou contentamento com o comportamento do filho, embora tenha destacado certa constância no mesmo: *“Eu acho que ele é muito engraçado porque ele tá dormindo e tá dando risada, aí quando vê ele acorda e sabe, então não tem aquela coisa, aí eu passei a mão no pescocinho dele e ele começou a rir, tudo ele ri. Ou ele ri ou ele tá fazendo uma careta, sabe. Não tem...”*. Quando questionada a respeito dos momentos em que o filho se mostrava incomodado, ela referiu: *“A fome ou quando ele faz xixi também ou cocô. E quando eu deixo assim, que nem elas fazem, elas querem que a mãozinha dele fique para baixo. Mas ele não gosta, ele gosta de ficar com os braços livres, né? Para ele mexer, daí elas põem para baixo e ele fica brabo, brabo”*.

No entanto, Fabiana referiu que os momentos de irritação do filho eram poucos e que na maioria das vezes ele *“é muito calmo”*. Ela contou que não imaginava que o comportamento de Tomás fosse desta forma: *“Não imaginava, porque às vezes na gravidez foi tão agitado e eu não imaginava que ele ia ser tão calminho. Chorar só quando tem que chorar... manhoso... ele é muito calminho. Tu pega no colo e ele fica quietinho, da uma espreguiçadinha e ele volta a dormir, é bem assim”*.

Ela não conseguiu apontar mudanças no comportamento do filho quando ele é cuidado na UTINeo: *“Normal assim. É, ele é muito calmo, ele não chora. A única vez que eu vi chorando foi [com a técnica de enfermagem] a do esparadrapo, né?”*. [Ocasão em que uma técnica foi fazer um curativo no bebê e o mesmo chorou].

A partir dos relatos acima, é possível constatar que Fabiana estava começando a identificar e compreender o comportamento do filho, indicadores estes importantes da *preocupação materna primária*. Mesmo que este fosse prematuro, a mesma já entrava em sintonia com ele e identificava características de Tomás, tais como ser calmo e gostar de ficar em determinada posição, o que pode estar relacionado ao fato de que a mãe estava mais disponível para decifrar os sinais de seu filho.

Fabiana destacou que devido a seu comportamento tranquilo, Tomás não se importava de ser cuidado por outras pessoas, com exceção de uma profissional que, segundo a mãe, não teve o devido cuidado com o mesmo. Esta verbalização da mãe pode ser indicativa de que ela estava se identificando com o filho e entendendo que este não se importava em ser cuidado, desde que bem, por pessoas competentes.

Sentimento sobre situações de separação do filho

O momento da alta hospitalar de Fabiana foi descrito como um dos mais dolorosos, desde a internação de Tomás: *“A noite que eu soube que no outro dia eu ia ter alta, aí, eu fiquei o tempo todo aqui com ele. Aí tem que ficar aqui e eu cáí no sono ali. Bá, porque eu voltei para o quarto na hora de tomar a medicação e voltava lá para ficar com ele. Eu não lembro se eu podia pegar ele. Eu acho que não podia pegar ele... é, eu não podia pegar ele ainda. Mas igual eu fiquei ali do lado da incubadora. (...) Ela também relatou desejo de ficar internada com o filho, mesmo podendo ir para casa: “Aí, foi terrível também, eu não queria ir embora do hospital, aí eu queria ficar, né? Eu não me importava de ficar aqui...”*

Fabiana destacou que as outras situações de separação do filho, quando vai embora para casa, também são difíceis: *“É que assim, eu procuro... eu nunca vou embora se ele tá acordado ou se mexendo. Ele tem que tá bem quietinho, ele bem paradinho. Enquanto ele não tiver assim eu não consigo ir embora. Ele pode tá dormindo e se mexer assim sem querer e eu já volto”*.

Juntos estes relatos destacam que os momentos de separação eram vivenciados com dificuldades pela mãe. O desejo de cuidá-lo e o receio de que algum problema pudesse acontecer com ele quando estivesse longe, potencializaram sua ansiedade nos momentos de distância. Fabiana parecia sentir necessidade de proteger seu filho e, mesmo com o passar do tempo, a dificuldade destas situações de separação não haviam sido amenizadas e ela não conseguia ir embora antes do filho dormir.

Tais preocupações e sentimentos parecem estar relacionados a indicadores da *preocupação materna primária*, já que nesta condição a mãe não pensa em ficar longe de seu filho e, quando o faz, elabora estratégias para que este não se sinta desamparado, como fazia Fabiana antes de ir embora do hospital.

Sentimentos sobre os cuidados na UTINeo

Os relatos de Fabiana quanto aos cuidados da UTINeo demonstraram que ela buscava ter mais autonomia em relação ao filho e não gostava de ser impedida de cuidá-lo: *“São [equipe da UTINeo], tem algumas que são, muito poucas, sabe, que eu não gostei, tem umas que são mais, que gostam de prender, (...) eu vejo elas falando para outras né: ‘Aí mãe deixa dormindo, aí se ele tá quietinho’, mas e se a mãe quer pegar no colo? Problema é da mãe, né? Se ele chorar é a mãe que vai acalmar ele. Aí e também ela vai embora e a criança fica ali, que nem eu, não deixo no berço não”*. Foi mencionada uma intercorrência desagradável quanto aos cuidados da equipe em relação ao filho, fato ocorrido no dia em que Fabiana chegou à UTINeo pela manhã e encontrou seu filho vomitado: *“Só a questão do vômito né, quando eu cheguei parecia que elas não estavam dando bola para o Tomás, daí eu fiquei preocupada, né?”*.

Porém, tais críticas não eram generalizáveis e Fabiana também verbalizou satisfação com os profissionais da UTINEo : *“Mas as outras [são] muito queridas [técnicas de enfermagem], acho que só duas que eu não gostei muito. As outras, coisa mais querida. Até quando ele for sair eu espero que eu veja elas pra eu tirar uma fotinho dele com elas e guardar né, de recordações”*. Em razão disso, quando questionada a respeito de qual profissional cuidou mais de seu filho, Fabiana observou: *“É, não tem... todas. Todas que ficaram na parte... Porque elas se dividem né, uma parte para umas, outra parte pras outras. Todas que ficaram na parte dele foram legais assim. Davam atenção, brincavam com ele. Eu acho que é isso, não teve assim uma específica”*.

Inicialmente, Fabiana se mostrava cautelosa nos cuidados dela com o filho e referiu não se importar que a equipe assumisse a maioria dos cuidados: *“É né, porque no início eu não podia ter contato com ele, eu não podia fazer nada, então eu ficava lá... do lado. Sem problemas”*.

Os relatos acima mostram que Fabiana oscilava entre buscar mais autonomia em relação aos cuidados com o filho, ao mesmo tempo em que se mostrava cautelosa na execução de tais funções, talvez pela prematuridade dele. Porém, seu desejo de dedicar-se a ele parecia estar presente. Tais atitudes podem ser indicadores da *preocupação materna primária*, pois, apesar dos seus receios, ela desejava cuidar de seu filho e buscava atuar neste sentido. Apesar de algumas críticas pontuais, parece que ela se sentia confiante nos cuidados das profissionais com Tomás.

Por outro lado, Fabiana não apresentou problemas em abrir mão, pelo menos inicialmente, para que a equipe cuidasse do filho. Tal atitude e comportamento revelam a insegurança inicial da mãe para com os cuidados do filho, fato este esperado, especialmente nos primeiros momentos após o nascimento pré-termo. Contudo, mesmo estando insegura, Fabiana era observadora e não perdoava erros das profissionais com Tomás, como ocorreu no primeiro dia na UTINEo.

Sentimentos sobre comunicação da díade

Fabiana descreveu a comunicação com seu filho como tranqüila, ficando mais intensa com o crescimento de Tomás: *“Parece que ele escuta assim o que eu falo. Hoje até, na hora da troca, né? Eu tava ali conversando com ele e ele dava risada. Aí eu botava assim o... eu cheirava o pescocinho dele e falava assim: ‘Aí que cheirinho bom, o bebê da mãe tá com cheirinho bom’. Eu falava assim, né? Aí ele parava assim, ele abria o olho, ria, parece que ele escuta assim sabe, muito. Bá, muito legal”*. Quando questionada sobre sua capacidade de perceber as necessidades e demandas do filho, Fabiana verbalizou: *“Ele chorou... O primeiro chorinho que ele teve, ele tava xixi, daí eu assim, eu tentei dar o seio, não quis o seio. Não quer mamar, o que deve ser? Não quer mamar ou deve ser cólica ou tá cocô ou tá xixi. Daí eu fui olhar. E tava xixi. Tava xixi aí tá, troquei e ficou calminho. Agora hoje [22º. dia após o nascimento], que deu aquele desespero nele e ele chorou bem alto, de certo ele queria mamar. Não teve aquela coisa: ‘O*

que que ele quer?’. Por enquanto não teve. Que bom’’. Ao mesmo tempo em que procurava entender seus desconfortos, ela também buscava decifrar os momentos de calma de Tomás: “É porque ele tá bem. Tá com a barriga cheia, tá trocadinho, tá limpinho, tá feliz...”, sendo logo associado ao bem-estar dela mesma: “Fico bem também, né? Me sinto bem... é sinal de que eu estou cuidando direitinho”.

Conforme relato da mãe, a comunicação da díade também acontecia de forma verbal: *“Ai, eu converso, ai fulano veio visitar Tomás, o papai tá aqui hoje, de qualquer forma ele ouve também, né? Aí eu falei: ‘O Biel tá de calcinha nova porque o papai vai vir aqui agora, mais assim, né?’. Aí eu falo essas coisas assim. Depois que o Márcio foi embora: ‘Ai o papai foi embora, mas tirou foto com o Tomás, deu colinho para o Tomás, han, deu beijinho no Tomás’. Eu falo essas coisas assim”.*

Quando questionada sobre a possibilidade do filho interagir com ela, esta reconheceu as potencialidades dele: *“Acho que sim. Porque eu falo com ele, ele dá risada e faz caretas. E eu lá tirando fotos dele agora no meu celular, aí eu mexia na mão dele, ele ficava com a mão assim aí ele tirava, eu dizia filho tem que ficar fazendo pose para foto e todo mundo ficava olhando assim. (...) Bem, eu fico conversando com o Tomás, filho tem que fazer pose pra foto, daí eu espero ele rir, espero ele fazer uma caretinha, dar uma choradinha pra daí tirar a foto”.* No entanto, ao mesmo tempo em que destacava a interação da díade, ainda questionava sua própria função e a capacidade de Tomás de reconhecê-la: *“Às vezes quando ele abre o olhinho, eu falo cadê a mamãe, é a mamãe que tá aqui, aí eu fico pensando: ‘Será que ele tá me enxergando, será que consegue me ver, será que esta é a minha mãe?’” [22º. dia após o nascimento do bebê].*

A mãe verbalizou que começava a desvendar os sinais do filho: *“Hoje ele começou a chorar e chorou alto como eu nunca tinha ouvido né, eu fiquei meio nervosa, ai tá chorando né, mas dei o seio. É dar seio ou se ele não tá com fome eu vou olhar outra coisa que eu acho que ele deve tá. (...) Primeiro a roupa depois ver se ele tá limpinho”.* Com referência a interação no dia-a-dia com Tomás, a mãe descreveu: *“Eu beijo ele. Eu ponho o avental e vou lavar as mãos, mas a primeira coisa que eu faço é ir falar com ele. Aí sempre tem uma [enfermeira] que diz: ‘Tem que lavar a mão’, mas eu não vou encostar nele, só vou lá falar com ele. Não, primeiro deixa eu ir lá ver ele, depois eu vou lavar a mão.”* Fabiana relatou ainda que o filho respondia seus estímulos: *“É, às vezes tá, ele põe a língua assim pra mim...”*

Os relatos descritos acima revelam que Fabiana e seu filho foram conseguindo se comunicar gradativamente, conforme o amadurecimento de Tomás, o que pode se constituir num indicador da *preocupação materna primária*. Ao começar a se dar conta de que estava entendendo seu filho, Fabiana assumiu uma postura mais madura, se responsabilizando por alguns cuidados, como trocar sua fralda, pegá-lo no colo e amamentá-lo. Além disso, ela procurava se comunicar com o filho e buscar entender as necessidades dele. É possível perceber que Fabiana estava conseguindo se identificar com seu filho e começar a entender quais os cuidados que ele precisava.

As potencialidades do filho também foram destacadas por Fabiana, apesar de questionar a sua capacidade de reconhecê-la. É importante frisar que tal aspecto pode estar relacionado a certa insegurança ou ambivalência de sentimentos quanto à função materna.

Sentimentos sobre a maternidade

Fabiana referiu que seus sentimentos em relação à maternidade no início da hospitalização do filho foram prejudicados devido ao contexto da UTINeo: *“Até às vezes eu ficava olhando porque em mim doía, né? E eu ficava olhando assim na incubadora, eu não podia pegar ele, não podia mexer nele, né? E ele com aqueles... esparadrapos direto na pele, ai, me dava uma coisa, né? Eu ficava toda... e botavam de novo”*.

A mãe questionou a postura de alguns profissionais da equipe, como já destacado acima e verbalizou que aos poucos começou a assumir os cuidados com o filho: *“Elas puxam [o esparadrapo da pele do bebê] né? Ontem eu fiz uma coisa, bah... ontem eu puxei [o esparadrapo], eu tirei assim, pelo menos o de baixo, porque o de baixo não dói tanto, mas o de cima que é mais fininho, daí eu tirei mais devagarinho e ele chorou. Imagina, bem devagarinho. Imagina se tirar rápido, né? Daí eu botei o gaze aqui assim e grudei, né?”*. Fabiana se mostrava empática com a dor do bebê: *“Eu vi no dia que elas fizeram [tiraram o esparadrapo do bebê], elas puxaram assim e ele começou a chorar, chorar, chorar, aí eu senti a dor aquele dia, tadinho. (...) Parece que é em mim. Não consigo nem olhar...”*. Por este motivo, a mãe optava por sair durante os procedimentos clínicos realizados com Tomás: *“Han, prefiro. Prefiro pra não olhar porque parece que tá doendo em mim. Não gosto nem de imaginar ele chorando por mais que elas estejam mexendo nele. Ai, eu acho que sei lá, não posso. É, como se tivesse me machucando, sei lá”*.

Quando questionada sobre preocupações relacionadas à sua função materna, ela negou possíveis inseguranças: *“Não, eu acho que porque eu sempre quis ser mãe. Eu adoro criança, aí ficava sempre imaginando como é. E eu adoro criança daí, né, imagina, né? Antes de eu ter o Tomás e ficar grávida eu ficava: imagina eu sendo mãe, chamando ele ou ela de filho ou filha... ai, eu adorava...”*. Porém, sua percepção da opinião das pessoas diante de sua atuação como mãe não foi tão idealizada: *“Eu acho que elas não me vêem assim, ai, que cara de novinha... ai, tu tem uma cara de novinha, parece que tu tem uns dezesseis anos, dezessete. Então eu acho que ninguém me vê assim como mãe. Fabiana, Fabiana, Fabiana isso, que nem minha mãe falou: ‘Quando ele chorar tu vai levar ele lá pra casa’. E eu falei pra ela: ‘vou te mostrar como não vou precisar levar ele lá pra tua casa, que eu vou acalmar ele’”*.

As dificuldades iniciais nos cuidados com o filho pareciam não ter tanta importância depois de alguns dias de internação dele: *“Eu já chego aqui e já dou mama [22º. dia após o nascimento]. Eu chego umas nove horas, que é a hora que ele mama, aí eu chego e dou mama, aí eu já vejo se tá xixi, coco, aí eu*

troco ele. Aí eu já fico com ele. Aí fico o tempo todo com ele. Ah, porque eu já vou para casa, né? Já deixo ele aqui e vou pra casa. Sem ele. Quando eu chego aqui eu quero ficar com ele, quero ficar com ele no colo. Eu deixo ele cinco minutos no berço. Cinco minutinhos. Mas o resto fica comigo". Segundo Fabiana, "a única coisa que" ainda solicita à equipe nos cuidados com o filho é na hora de pegá-lo no colo: "Eu peço é para, é que é muito... é cheio de cobertor, é muito... para arrumar é muito ruim porque o cobertor, o cobertor tem que ficar na parte... por último... então eu ponho ele no colo e é ruim de eu arrumar com a mão pra ajeitar ali. Então eu sempre peço pra alguém: 'Han, tu pode me ajudar aqui?'. Só pra isso que eu peço, mais nada".

No momento da realização da entrevista, 22 dias após o nascimento de Tomás, ela se considerava "realizada" com a experiência de ser mãe, relatando que muitas vezes se pegava "babando" no filho. A mesma se descreveu como uma mãe: "Preocupada, cuidadosa, carinhosa. Acho que é isso. Bobona, alegre". Fabiana projetava o futuro do filho e a relação de ambos de maneira positiva: "Eu quero ser assim quando o Tomás crescer. Eu quero que ele chegue e tenha liberdade de me contar as coisas por mais que seja menino, no caso, então. Que ele diga...".

Em seu relato apareceram indícios de que a maternidade estava deixando Fabiana mais tranqüila, pois anteriormente "fazia as coisas diferentes sem pensar antes, primeiro eu fazia depois eu pensava". Ela verbalizou "que agora com o Tomás eu vou pensar primeiro pra depois agir, né?". Esta mudança também foi direcionada a aspectos que envolviam seu filho: "Que nem agora, eu já penso no amanhã. O que eu vou fazer amanhã. Que nem a gente já tava pensando, fazendo a decoração para o chá de fraldas e eu e a minha amiga tava falando qual ia ser a decoração de um aninho, sabe?".

Os relatos acima mostram que o impacto inicial do nascimento pré-termo do filho foi, aos poucos, amenizado pela identificação e interação com ele. Fabiana inicialmente, tinha medo de assumir os cuidados com Tomás na incubadora, porém foi cada vez mais assumindo estes cuidados, o que se constitui em um indicador da presença da *preocupação materna primária*. A conduta inadequada de alguns membros da equipe fez com que Fabiana resolvesse assumir o quanto antes os cuidados com seu filho. A empatia dela em relação ao filho foi surgindo e esta relatou que em determinado momento conseguia sentir as dores que ele sentia, atitude esta que aponta para uma identificação primária de Fabiana com seu filho e pode ser um indicador da *preocupação materna primária*.

Pode-se ainda constatar que ela fazia questão de cuidar dele e solicitava cada vez menos a ajuda da equipe. Quando questionada a respeito da função materna, Fabiana relatou não ter maiores preocupações, porém dizia que as outras pessoas tinham dificuldade de vê-la como mãe, devido a sua aparente imaturidade. A maternidade estava fazendo com que ela repensasse algumas de suas

atitudes e comportamentos, em particular, reduzindo a impulsividade que apresentava antes da gravidez.

Sentimentos sobre amamentação

A experiência de Fabiana relacionada à amamentação foi acontecendo gradativamente, sendo que logo após o nascimento de Tomás, ela não tinha leite: *“Mas daí depois, depois que eu ganhei ele no primeiro dia eu não tinha nada, daí estimulando, estimulando e daí começou a vim. E agora eu tenho leite demais”*. Nos primeiros dias após sua internação, Tomás não podia ser amamentado ao peito por ainda não apresentar condições fisiológicas para isto. Assim, foi amamentado através da mamadeira pelas técnicas da UTINeo: *“Não, não dava seio. Mas elas [técnicas e enfermeiras] davam mama para ele”*. Inicialmente, a mãe sentia-se receosa em dar a mamadeira para o filho: *“Eram elas que davam porque era mais difícil, né? Daí elas davam mama, porque acho que tinha perigo de engasgar. Daí elas faziam tudo, quando ele passou para o Intermediário que a gente começou a fazer as coisas”*.

Após 16 dias de internação, a mãe teve sua primeira experiência de amamentação com algumas dificuldades: *“No início eu não conseguia amamentar direito, não tinha sabe um jeito, que nem eu não consigo...”*. No entanto, com o tempo, Fabiana foi ficando mais tranqüila e, conseqüentemente, mais segura para amamentar o filho: *“Segurando a cabecinha dele, porque se eu for colocar a mão aqui [referindo-se as costas do bebê] ele vai ficar com a cabecinha lá em baixo, então eu vou pegando a cabecinha dele que é melhor né, eu amamento melhor. E antes não tinha jeito, eu não sabia, né? Ele ficava enroladinho daí ele não tinha contato com o meu corpo. Agora eu abro o casaco assim [mostrando para a autora], eu abro o casaco aí ele fica mais em contato com a minha pele e mama que é uma beleza”*.

Os profissionais da UTINeo também foram lembrados pela mãe como fundamentais no sucesso da amamentação de Tomás: *“Daí a nutricionista me mostrou que a gente põe o minguinho assim e é só ele chupar... se ele chupar o minguinho é porque ele tá com vontade de mamar. E agora ele pega, olha, e eu ponho um e ponho noutra e ele... se eu tirava de uma era difícil de pegar na outra, agora ele já pega numa e pega na outra, ele mama, mama, mama... meu Deus”*.

Quando questionada sobre como se sentia amamentando o filho, Fabiana relatou: *“Ai, eu adoro, né? Antes eu ficava assim, aí eu vou amamentar e depois vai cair tudo, vou ficar horrível, mas agora eu nem ligo, se meu corpo ficar feio, azar...”*. Ela referiu também que planos feitos antes do nascimento de Tomás, foram reformulados: *“E agora tem que mamar, né? É que nem eu falava: vou trabalhar. Mas como é que eu vou trabalhar tendo que amamentar, não tem como. Não vou tirar o seio dele tão cedo, né? Eu pretendo amamentar ele até... sei lá. Até sei lá”*.

Através de seus relatos, Fabiana revelou que a amamentação do filho foi sendo incorporada por ela com o tempo. Inicialmente ela não se sentia pronta e segura para fornecer o alimento para

Tomás através da mamadeira o que pode ser um indicador de que a *preocupação materna primária* ainda não estava plenamente estabelecida. Contudo, com o passar dos dias, Fabiana foi se aproximando do filho no sentido de assumir cada vez mais os seus cuidados, assim como o da amamentação.

Após as primeiras mamadas, nas quais a mãe foi descobrindo seu jeito de amamentar e a maneira pela qual Tomás gostava de ser alimentado, a díade conseguiu conquistar um espaço potencialmente positivo para o desenvolvimento do filho. A mãe relatou tamanho contentamento com a amamentação, que idéias negativas que tinha ligadas a tal contexto acabaram sendo desconsideradas. Este novo indicador que surgiu na comunicação da díade pode revelar que a *preocupação materna primária* estava acontecendo de maneira gradual. Nesse sentido, Fabiana começou a sentir necessidade de ficar mais tempo se dedicando ao filho e não voltar ao mundo externo (representado pelo seu trabalho) logo após o nascimento de Tomás, identificando, dessa forma, as necessidades de seu filho.

Disponibilidade de entrega da mãe aos cuidados com o filho

A capacidade de Fabiana de suportar adversidades para ficar ao lado do filho destacou-se em seus relatos: *“E eu saio de manhã cedo e se eu tiver que andar na chuva, não interessa. Acho que nos dois primeiros dias tava chovendo quando eu vim ver ele. E todo mundo dizia: ‘Vai te dar uma recaída’, e eu: ‘Que recaída que nada, queria ver ele logo’”*. A disponibilidade da mãe para mudar sua rotina para inserir Tomás em sua vida foi reconhecida com clareza: *“Han, mudou completamente né, porque antes eu dormia. Claro, eu acordava tarde, mas trabalhava. Agora eu não faço nada porque eu venho de manhã pra cá, acordo cedo. Só acordo, arrumo a minha cama, venho para cá, para o hospital, volto já de noite... só chego em casa, janto, tomo um banho e já vou dormir ou tentar dormir e o outro dia tudo a mesma coisa”*. Sua postura sobre voltar a trabalhar depois do nascimento do filho também mudou: *“Sim, eu falava: ‘Depois que ele nascer eu já vou trabalhar, eu não agüento mais ficar em casa’ e agora eu já penso o contrário. Eu não vou trabalhar, eu quero é ficar com ele, sabe? Eu quero cuidar dele. Imagina trabalhar e ficar o dia inteiro longe dele. Aqui, eu já fico aqui e fico a noite toda longe dele, imagina um dia inteiro depois ir para casa”*.

Apesar da aparente dificuldade diante da hospitalização do filho, ela destacou uma forte motivação para enfrentar tal contexto: *“Todo mundo fala: ‘Han, tu tá acostumada a dormir até tarde, vai ver depois’. Mas não. Eu ponho o celular para despertar um horário e eu acordo bem antes. Hoje eu coloquei as sete e acordei as seis”*.

Contou, então, que depois do nascimento de Tomás *“parece que eu durmo pensando: amanhã eu tenho que acordar cedo, daí já acordo, nem desperta o celular. Já acordo, já me levanto, já tomo um*

banho, sabe, já me arrumo, tomo um café e venho correndo, né?”. Comentou ainda sobre o cansaço que esta rotina imposta pelo nascimento pré-termo do filho lhe causava: *“Eu acho que só de eu tá vindo pra cá né, porque querendo ou não eu canso né, de ter que vim, aí já... a minha alimentação é de manhã quando eu acordo, no almoço e depois eu só janto. Não é aquela coisa, eu comia toda hora, até antes da gravidez, eu comia toda hora, sei lá, eu comia... não tinha horário certinho pra mim. Agora eu tenho um horário certinho”.* Porém, ela não cogitou a possibilidade de não vir ao hospital todos os dias: *“Bem capaz um dia eu não vir. Tem umas mães que não vem, aí vem num dia, ou então não vem muito cedo e vai cedo embora, sabe? Eu não consigo... porque tá todo mundo dizendo: ‘Fabiana, tu tem que vir mais cedo pra não pegar o sereno da noite’. Eu não, eu vou, nem que me de alguma coisa. Mas eu me sinto cansada assim tanto que eu tomo banho e janto e vou dormir, né?”.*

Ainda em relação à sua disponibilidade mais especificamente a sua rotina, Fabiana descreveu seu dia-a-dia em função de Tomás: *“Aí eu chego aqui e já pergunto se ele já tomou mama, se não tomou, eu dou. Mas ultimamente eu chego e já tá mais ou menos no horário que ele mama, daí eu chego, já dou mama pra ele e ponho ele no colo. Aí ao meio-dia eu vou almoçar, volto, dou mama pra ele de novo e fico com ele a tarde toda. Dou banho, de mama, quando eu vejo que ele tá meio reinando eu dou mama, troco ele. É isso”.*

Sua preocupação com Tomás continuava, mesmo quando ela se encontrava longe do hospital e, esta situação parecia se exacerbar com a distância: *“Ai, quando eu vou pra casa [fico pensando], o que tão fazendo, será que tão cuidando dele direitinho, será que não tá chorando. Fico lá em casa pensando. O momento que eu estou em casa é o momento que eu mais penso, né?”.* Os momentos em que ela ia embora do hospital também foram referidos como os que mais geravam preocupação, a ponto de excluir qualquer outro interesse de Fabiana: *“Quando eu vou embora também, será que vão cuidar direitinho, será que ele vai chorar. Quando eu estou aqui ele é uma criança calma, sabe? Eu vejo aquilo ali e tem umas crianças que choram, choram, choram e eu fico imaginando ele chorando e daí eu fico pensando dele chorar, daí imagina, né?”.*

De acordo com Fabiana, tal condição parecia se acentuar nas situações em que questionava a competência da equipe para cuidar de Tomás: *“Que nem o dia, não sei se eu te contei, do dia em que ele tava com vômito, imagina. Eu vim chorando porque eu tinha esquecido a carteirinha, pensando que eu não ia entrar e poder ver ele e dar mama. Quando eu chego, ele tá com vômito até pelo nariz e chorando e chorando e a mulher [enfermeira] não vem, imagina”.*

Os relatos acima revelam que a disponibilidade de Fabiana para se dedicar a Tomás era total. Ela demonstrou uma grande capacidade de dedicação ao filho, mesmo diante das dificuldades inerentes ao contexto da prematuridade. Sua energia foi tamanha que hábitos anteriores ao nascimento do filho foram deixados de lado sem que tais mudanças gerassem conflitos na mãe. Na

verdade, seu comportamento era espontâneo e vinha de sua própria necessidade de estar com o filho, mesmo que com isso ela ficasse mais cansada ou dormisse menos. Tais adversidades não pareciam lhe perturbar naquele momento.

A possibilidade de retomar sua rotina de trabalho, considerada durante a gestação, agora era algo fora de cogitação para ela, que não planejava voltar a trabalhar, pois não queria permanecer longe de Tomás. Inclusive, o aspecto relacionado à distância dele, gerado pela hospitalização, parecia acentuar ainda mais a devoção de Fabiana para com ele. Tais aspectos maternos de dedicação ao filho parecem ser indicadores da presença da *preocupação materna primária*.

5) Síntese dos indicadores de *preocupação materna primária*

A partir dos relatos destacados acima, sugere-se que os indicadores da *preocupação materna primária* em Fabiana na gestação oscilaram. Seu acompanhamento pré-natal começou tardiamente, fato este que pode sugerir um desligamento da mãe em relação ao filho. Assim, seu comportamento “desligado” persistiu na gravidez, pois a mesma não levava a sério as recomendações médicas e precisou que seu companheiro dissesse quais os cuidados que ela deveria ter com o filho. Tal atitude pode indicar que ela estava tentando envolver Márcio nos cuidados com seu filho, embora com isto, acabou reduzindo sua própria responsabilidade para com o filho, revelando poucos indicadores de *preocupação materna primária*, naquele momento. Além disto, Fabiana não foi em busca de informações sobre sua saúde na gravidez, o que pode ter contribuído para a desorganização com que lidou com a situação. A busca de esclarecimentos estaria, não somente relacionado a uma preparação sobre o que fazer, como se cuidar e que decisões tomar, mas também para se organizar melhor emocionalmente. As mudanças físicas foram ignoradas por Fabiana, mesmo que pessoas próximas chamassem sua atenção para este aspecto. Esta atitude manifestada aponta para a falta de sintonia da mãe com as mudanças em seu corpo e do bebê que crescia dentro dela, fato este que poderia revelar a não presença de indicadores da *preocupação materna primária* na gravidez. Embora Fabiana tenha relatado elevada sensibilidade, o que pode ser um indicador da *preocupação materna primária*, este seu estado oscilava de maneira expressiva, o que dificulta sua associação como um indicador de *preocupação materna primária*. A sintonia da mãe em relação ao filho também pode ser um indicador da *preocupação materna primária*, sendo que em Fabiana tal característica apareceu mais em relação ao sexo do bebê. Este aspecto esteve relacionado às expectativas e aos sonhos maternos. Já sua disponibilidade para a chegada do filho oscilou entre preparar o ambiente para recebê-lo até cogitar a possibilidade de continuar trabalhando após seu nascimento. Juntas estas características podem ser indicadores de que a *preocupação materna*

primária de Fabiana não parecia bem estabelecida, pois oscilava entre uma aparente desconexão com o bebê até preparar com carinho um ambiente para recebê-lo.

Quanto à *preocupação materna primária* e o nascimento pré-termo, Fabiana demonstrou medo durante o parto e estranhamento ao ver Tomás após seu nascimento, destacando que não sabia o que fazer quando o filho foi colocado no seu colo. Ela justificou seu sentimento por pensar que ele seria uma menina. Porém, pode-se pensar que, já que seus indicadores da *preocupação materna primária* não se desenvolviam de maneira estável no decorrer da gestação, a mãe não havia conseguido intensificar sua identificação com o filho até a hora do parto. Para isto, pode ter contribuído o fato de ter sido um nascimento pré-termo e o fato de ter nascido um menino ao invés da menina que estava sendo esperada. No entanto, tal situação começou a dar sinais que iria mudar, a começar por sua rápida capacidade de recuperação física após o parto. Fabiana começava a demonstrar ter uma grande energia para recuperar-se, alegando que seu desejo de ficar ao lado do filho na UTINeo era maior que suas dores e cansaço. Percebe-se que a partir deste momento os indicadores de *preocupação materna primária* parecem se intensificar cada vez mais.

Quanto à *preocupação materna primária* no puerpério, sugere-se que Fabiana passou a se identificar cada vez mais com seu filho e conseguir desvendar as minúcias de suas demandas. Ela também consegue identificar características dele, tais como ser calmo e gostar de ficar em determinada posição. Estes aspectos sutis que estavam sendo percebidos podem indicar a presença de *preocupação materna primária*. Estas constatações também foram descritas nos momentos de separação da díade, sendo que estes eram vivenciados com muito sofrimento por Fabiana. Mesmo diante disso, ela procurou amenizar a tristeza que sentia e que o filho também poderia estar sentindo, pela sua ausência na UTINeo, estabelecendo uma rotina de cuidados com ele antes de ir embora, buscando com isto minimizar seu sofrimento.

Os profissionais, com exceção de alguns momentos, não foram vistos como empecilho pela mãe na sua interação com o filho. A comunicação entre ela e o Tomás pareceu se desenvolver de forma gradual, e Fabiana destacou que conseguia decifrar alguns sinais dele. Como a comunicação da díade fluía de maneira espontânea, ela se sentiu mais segura e conseguiu exercer mais intensamente sua maternidade, assumindo diversos cuidados do filho na UTINeo. Como um forte indicador da *preocupação materna primária*, a amamentação também foi sendo incorporada por ela. Inicialmente, através da mamadeira, ainda com algumas inseguranças, e após, através da amamentação ao peito. É interessante destacar o amadurecimento contínuo da díade até a pré-alta hospitalar, quando estes dados foram coletados. Sua crescente produção de leite acompanhou seu desejo de amamentar, facilitado pelo próprio amadurecimento fisiológico de Tomás para ser

amamentado. Sua dedicação total ao filho parecer ser um importante indicador da *preocupação materna primária* em Fabiana. Isso também parece associado tanto à sua capacidade de recuperação e dedicação ao filho, como em sua capacidade de deixar de lado de maneira espontânea hábitos anteriores ao nascimento de Tomás, sem que tais mudanças gerassem conflitos na mãe. A partir das constatações acima, pode-se perceber que Fabiana foi apresentando indicadores de sua *preocupação materna primária*, que oscilou bastante na gestação, porém, após o nascimento de Tomás, esta parece ter se estabelecido. Constata-se que este movimento ocorreu de forma espontânea entre a mãe e o filho, não sendo imposta para a mãe, mas sim, partindo de seu próprio mundo psíquico, num processo de dentro para fora dela. Nesse sentido, a equipe parece ter tido um papel fundamental, pois conseguiu esperar o tempo certo da mãe, não impondo cuidados relacionados ao bebê sem que a mesma se sentisse pronta para isso.

Caso 2 - Mãe: Daniela; Bebê: Luana

1) Caracterização do Caso

Daniela foi contatada pela autora seis dias após o parto de Luana, enquanto ela encontrava-se internada no Centro Obstétrico do HCPA. Ela não foi contatada antes porque precisou permanecer no CO por quatro dias, devido à hipertensão arterial. Sua alta aconteceu dez dias depois do nascimento de Luana. Como parte do procedimento do Setor de Psicologia, a autora se apresentou à mãe e falou a respeito dos atendimentos psicológicos que o referido setor prestava às mães de bebês pré-terms internados na UTINeo, se propondo a atendê-la. Após a concordância de Daniela, os atendimentos tiveram início. Estes podiam variar em termos tempo e lugar, podendo ser realizados no leito, enquanto a mãe ainda estava internada, do lado da incubadora do bebê e na sala de atendimentos do Setor de Psicologia. Depois de 14 dias de atendimentos psicológicos e de discutir o caso com a supervisora local, decidiu-se convidar Daniela para fazer parte deste estudo. Ela foi convidada 21 dias após o parto e aceitou responder as entrevistas do estudo. A primeira entrevista foi realizada quando o bebê estava com 22 dias e a segunda foi realizada em dois momentos: quando o bebê estava com 25 e 26 dias de vida. Nos momentos das entrevistas o bebê encontrava-se na UTI 3, chamada de intermediária, na qual permanecem os bebês que estão com o estado de saúde regular. No entanto, o bebê permaneceu internado na UTI 1, onde permanecem os prematuros considerados graves por 16 dias.

Daniela era uma jovem de 22 anos, casada, que se tornara mãe de sua segunda filha, Luana. Seu marido e pai do bebê, Felipe, tinha 23 anos e ambos estavam juntos há seis anos. O casal morava em uma casa de duas peças no pátio da mãe de Felipe, juntamente com a primeira filha, Gabriela, de três anos. Daniela concluiu o segundo grau e trabalhava em uma imobiliária, mas precisou se afastar do emprego na 31ª semana de gestação, pois começou a sofrer de hipertensão. Seu marido tinha o segundo grau completo e trabalhava como funcionário administrativo em um aeroporto.

Ela nasceu em Porto Alegre, caçula da família, e sempre residiu com seus pais e um irmão. Daniela se descrevia como uma mãe atenciosa e dedicada, qualidades estas, herdadas dos seus pais, segundo relatou. Ela tinha uma relação próxima com sua mãe, que era descrita como uma mãe *“carinhosa assim, que não é uma mãe de bater”*. A mesma residia numa cidade do litoral, com o padrasto de Daniela. Seu pai havia falecido há três anos, o qual era descrito como sendo *“um bom pai, conversava, falava das drogas na rua hoje em dia né, que não era para gente seguir esse rumo, que tinha coisa melhor para conseguir nesse mundo”*. Ambos eram definidos como *“bons pais”* e que eram *“muito de conversar assim...”*. A família residiu em Porto Alegre até o falecimento de seu pai. Atualmente, somente Daniela e seu irmão moravam em Porto Alegre. [Ela sempre se emocionava ao falar do pai durante os atendimentos, referindo que após sua morte *“ficou sem chão, sem base”*. Referiu que esperava que *“Felipe substituísse o pai em algumas situações, dando-lhe mais atenção e carinho”*, porém ressaltou que isso *“era impossível”*].

Em relação à gravidez de Luana, Daniela destacou que esta não foi planejada e quando descobriu que estava grávida foi *“um choque muito grande”*. Nesta época, ela e Felipe estavam separados, porém continuavam residindo juntos na casa da mãe deste, pois ele queria que a filha de três anos *“ficasse perto dele”*. Ela referiu que parou de tomar anticoncepcional nesta época e *“acabou ficando grávida”*, mesmo mantendo relações sexuais ocasionais com o marido.

Daniela realizou todo seu pré-natal em um Posto de Saúde perto de sua casa, em um total de seis consultas. Destacou que não foi possível ver o sexo da filha durante as ecografias, pois a mesma estava sempre *“com as perninhas fechadas”*. Disse que a gestação tornou sua personalidade ainda mais sensível e *“chorava por coisas nada a ver”*. Ela ressaltou que tinha muito medo de engravidar novamente, pois já tinha histórico de pré-eclâmpsia e Síndrome de Hellp⁷ da gestação

⁷ De acordo com Peraçoli, Rudge, Calderon, Maestá e Sgarbosa (1998) Hellp é uma sigla usada para descrever a condição de paciente com pré-eclâmpsia grave que apresenta hemólise, níveis elevados de enzimas hepáticas e contagem baixa de plaquetas. A síndrome de HELLP é o achado extremo do espectro de alterações que ocorrem na hipertensão induzida pela gestação, e posteriormente, a pré-eclâmpsia. Essa síndrome é acompanhada de aumento da morbidade e mortalidade maternas e perinatais.

anterior, sendo que sua primeira filha havia nascido prematura de 30 semanas. Naquela ocasião a filha bebê permaneceu internada na UTINeo do HCPA por 52 dias e foi atendida pela mesma equipe que viria a atender Luana.

Com relação à presente gestação, Daniela relatou que começou a sentir tonturas na 31ª semana de gestação e seu médico orientou “*repouso, porque a partir de agora tu começa a ter pressão alta*”, e ainda não estava na hora de Luana nascer. No entanto, sua pressão seguiu muito alta e ela foi levada ao HCPA, onde foi internada, sendo que o parto ocorreu dois dias depois. Segundo Daniela, sua placenta já não estava “*mais passando oxigênio*” para a filha, sendo que “*para sobreviver, ela precisava sair*”.

Luana nasceu com 31 semanas, pesando 1.010gramas (g), de parto cesárea, segundo Daniela “*de alto risco*”. Seu Apgar foi de oito no primeiro minuto e dez nos cinco minutos posteriores, sendo que precisou de oxigênio inalatório após o nascimento. O bebê não pode ir para o colo da mãe após o nascimento, sendo internado imediatamente na UTINeo. Daniela referiu que “*já pegaram ela enroladinha e já levaram ela... foi bem rápido assim*”. Ela destacou que conseguiu escutar o “*chorinho dela*”, fato este muito significativo para a mesma, pois no parto de sua primeira filha estava “*sedada*” e não conseguiu ter esta experiência. O casal descobriu o sexo do bebê depois do parto, pois na ecografia não foi possível identificar, como foi mencionado acima. No decorrer da internação, o bebê apresentou sepse e precisou fazer uso de antibióticos, mas recuperou-se nas semanas seguintes e também começou a respirar sem a ajuda de aparelhos. Duas semanas antes de sua alta, Luana começou a ser estimulada pela Fonodíloga e pela Nutricionista a mamar ao peito da mãe. Sua amamentação começou dez dias antes da alta hospitalar. Ela permaneceu internada na UTINeo do HCPA por quarenta dias.

2) Preocupação materna primária na gestação

Acompanhamento pré-natal

Ao se referir à gestação, Daniela salientou que ela e o marido não haviam planejado a gravidez, pois esta não pretendia engravidar novamente. O motivo para tal decisão foi o fato de sua primeira gravidez ter sido muito difícil e a filha ter nascido prematura. Ela descreveu que seu sentimento ao descobrir que estava grávida novamente foi de “*choque*”, destacando: “*Eu tinha que aceitar né, fazer o quê? Não era uma coisa esperada, mas tive que aceitar*”. Para agravar a situação, o casal estava separado na época e Felipe havia iniciado um novo relacionamento: “*Porque a gente tava naquela vai não vai, meio que discutindo, brigava, sabe? Aí eu fui morar com a minha mãe, aquela*

coisa toda, né? E aí de repente, eu tava na praia, e a minha menstruação não desceu, mas tipo, a gente tava e não tava. Ele tava com essa menina e não me mentiu, ele foi bem aberto comigo e chegou e disse que ele tava ficando com outra pessoa e que não queria me fazer sofrer então era melhor cada um ir para o seu lado”. Ela contou que mesmo separados o casal ainda mantinha uma relação, pois o marido insistia para que Daniela permanecesse morando com ele: “E ele pedia para eu ficar na casa dele e eu disse que não, que eu não queria, porque na verdade quem se machucava era eu. Porque ele como homem queria ter a filha dele perto dele, entendeu? (...) Não vou dizer que ele não sentia nada por mim, alguma coisa ele sentia, sabe, só não sei... do modo dele, mas ele sentia. E ele dizia que não, que ele queria ficar mais perto da Gabriela, que o coração dele fazia dizer isso, né? E aí eu ficava, foi quando eu fiquei na casa dele, a gente ficava... foi aí que eu fiquei grávida”. Mesmo admitindo que Luana não foi planejada como havia sido a primeira filha, ela destacou: “A Luana não foi planejada como a Gabriela, mas foi uma criança que desde que eu soube que fiquei grávida dela foi uma criança bem esperada por mim e por ele, ele jamais rejeitou ela, sabe?”.

Daniela relatou que após dar a notícia para o marido da gravidez e ambos concordarem em levá-la adiante as coisas ficaram mais tranquilas entre eles: *“Parece que foi aí que ele se afirmou mais comigo, foi aí que a gente se aproximou mais e a gente voltou, mas não eram nossos planos de ter outro. Mas daí deu tudo certo...”. A partir disso, ela começou a fazer o acompanhamento pré-natal, sempre com receio de que as intercorrências da primeira gestação se repetissem: “Eu tinha essa preocupação. Desde o começo quando eu fiquei grávida eu tinha essa preocupação. De novo assim, no início eu chorava e ele chorava assim comigo: ‘Ai, a gente vai ter que passar tudo de novo’. Bom, se a gente tiver que passar, e der tudo bem, a gente vai ter que passar, fazer o quê? E foi o que aconteceu, realmente. Tinha uma grande preocupação, enorme”.*

A mesma referiu que deu início aos cuidados pré-natais logo que descobriu a gestação, com oito semanas: *“Quando eu descobri, quando eu fui no médico, ela disse: ‘Bom, agora tu vai ter que começar a fazer repouso, porque a partir de agora tu começa a ter pressão alta ...’”. Suas consultas foram realizadas pelo plano de saúde particular: “porque da Luana eu vinha com meu plano de saúde lá do serviço”, sendo todo ele realizado num hospital particular. Apesar do medo, Daniela seguiu trabalhando até o final da gravidez de Luana.*

A complicação maior na gestação foi *“a pressão alta, mesma coisa da Gabriela”* e as recomendações médicas foram de que ela deveria permanecer em repouso completo: *“[médico teria dito] Então não tá na hora do teu nenê nascer [disse o médico], mas para que tu ajude o teu nenê a ficar mais tempo ali dentro, tu tem que ficar em repouso, para tu não inchar, porque a gente retém muito líquido, tu tem que tomar bastante líquido para ela poder ficar mais tempinho aí dentro. Mas agora se tu continuar com pressão muito alta a gente vai ter que te encaminhar para uma emergência”.* Quando questionada

sobre qual era sua maior preocupação na gestação, a mãe contou: *“Em relação a ela e a mim, exatamente. E depois mais assim com ela do que comigo devido a quando a médica veio e falou do por que da prematuridade da Luana”*.

Quanto aos cuidados com o bebê, Daniela comentou que o casal procurava não ter relação sexual para não machucar a filha: *“Até relação, a gente pouco fazia porque ele ficava com medo de machucar o nenê, então ele nem... ele queria, mas não dava, dá para segurar para não machucar o nenê”*. No entanto, em uma consulta médica a orientação foi outra: *“Inclusive até numa consulta que a gente teve, da Luana, quando eu fui na gineco, ela disse: ‘Não, vocês podem ter relação, não tem problema, o nenê tá numa bolsa da água, ele não sente nada ali, sabe, ele tá bem confortável, tá bem confortável, e não vai sentir nada, vocês podem ter relação normal, até os oito meses ela disse para nós’*. Mas Daniela relatou que quando o marido chegava perto, ela pedia para que este saísse *“de pertinho”*.

Os relatos acima mostram que a gravidez de Daniela aconteceu em um momento inesperado, tanto para ela quanto para seu companheiro, que estavam separados. Além disso, a gestação anterior dela foi conturbada devido às intercorrências que acabaram resultando no nascimento pré-termo da primeira filha, fato este que fez com que Daniela não desejasse engravidar novamente. Ela passou toda gravidez com medo de que tanto ela quanto a filha tivessem problemas graves. Tais acontecimentos podem ter dificultado, em um primeiro momento, a aceitação da gravidez pela mãe.

Apesar das recomendações médicas, Daniela seguiu trabalhando na gestação, parando somente na 31^o semana, quando os sintomas da pré-eclampsia se acentuaram. Mesmo não seguindo todas as orientações médicas, esta alegou preocupações com sua vida e a da filha. Tal conduta de Daniela pode indicar certa ambivalência dela para com a gravidez não planejada de Luana, sendo que ao mesmo tempo em que apresentava uma conduta de relaxamento com as recomendações de repouso absoluto ela destacou preocupação com a vida de sua filha, inclusive evitando relações sexuais, que pudessem machucá-la. Pode-se perceber que a ambivalência inicial vivida pela mãe a impossibilitou de se sentir feliz e aproveitar a gravidez. Tais características podem ter dificultado a presença de indicadores da *preocupação materna primária* em Daniela em um primeiro momento. Seus relatos apontaram para certa dificuldade em aceitar a gravidez, fato que pode ter afetado a identificação de Daniela com o bebê e com os cuidados que o mesmo demandava, já na vida intra-uterina.

Sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais

As mudanças físicas não foram bem aceitas por Daniela no início da gestação de Luana: *“Parecia que eu fiquei com medo de demonstrar que eu estava grávida para os outros, sabe? Não é*

preconceito, sabe? Era uma coisa estranha que eu nunca tinha sentido. (...) Daí eu colocava só roupa larga para não aparecer a barriga, para os outros não acharem que eu tava grávida, sabe?". Ela referiu que *"pensava muitas coisas meio ruins assim pra mim, coisas que eu sabia que podia prejudicar a Luana, sabe?".* Tal situação perdurou por três meses de gestação. [No atendimento psicológico, Daniela relatou que a situação instável do casal, além do medo de uma nova gravidez, contribuiu para sua atitude de querer esconder a gestação inicialmente. Porém, ao mesmo tempo em que não aceitava a gravidez, demonstrava muita preocupação de "passar" para a filha estes sentimentos].

As alterações físicas que mais chamaram a atenção da mãe foram relacionadas à pré-eclâmpsia: *"Eu só notava os meus pés inchados, coisa que até o sexto mês tava normal assim, eu usava sapato no serviço e não inchava nada. E teve um tempo que quando fechou o sexto mês de gravidez que meus pés começaram a inchar e aí eu começava a ficar tonta também né, e isso era efeito da pré-eclâmpsia, né? Eram os sintomas".*

De acordo com Daniela, suas amigas do trabalho a ajudaram a aceitar a gestação: *"Aí, depois no serviço, que as gurias foram, porque eu falei para elas também né, que as gurias me ajudaram a aceitar, sabe? Porque: 'Aí, tu vai ter uma guriuzinha, tudo de bom, não sei o quê ...'. E elas: 'Mas tu é nova, tu é bonita, certo que tu tem que ter teu filho, tu não tem que esconder de nada, porque filho não é doença, não é nada, sabe?'. Se Deus quer, que venha com saúde, sabe? E foram elas que me apoiaram. Aí foi uma época que eu fui aceitando assim, mas bem difícil".* Ela também demorou em dar a notícia a sua mãe, pois tinha medo que esta a repreendesse, fato este que acabou deixando sua mãe *"magoada"*.

Em relação às mudanças emocionais, Daniela referiu que *"ficava muito chorosa"*. Ela destacou que seu marido não sabia o que fazer para acalmá-la *"Porque eu chorava, chorava, chorava, sabe?".* Contou que *"pela mínima palavra dele, ele já me irritava, já falava"*. Relatou que Felipe perguntou à obstetra que atendia a esposa se sua sensibilidade exacerbada era *"normal"*, questionamento este que foi respondido positivamente, segundo verbalizou Daniela: *"E elas falavam: 'Não paizinho, é normal chorar, tu fica mais sensível, é normal chorar, fica mais melosa, é porque ela tá grávida, tem que entender, tem que saber levar ela'. Essas coisas, sabe, aí falava para ele. Mas eu chorava assim por qualquer coisa"*.

Ela constatou que se sentiu desta forma nas duas gestações, apesar de ressaltar que já tinha uma personalidade mais sensível anteriormente: *"Da Gabriela e da Luana. Das duas. E eu sou mais sensível assim, sabe? Qualquer coisa eu começo a chorar, eu sou muito sentimental, sabe?".* Porém, Daniela admitiu que *"com a gravidez ficou bem mais"*. Tal aspecto de sua personalidade foi identificado com um traço herdado de sua mãe: *"Que nem a minha mãe, a minha mãe é assim também. Qualquer coisinha, ou ver alguém chorar assim na minha frente, eu já começo a chorar, às vezes é sem motivo. Às vezes eu vejo a pessoa triste no canto chorando e eu já começo a chorar"*.

Quanto aos relatos acima, pode-se pensar que a ambivalência de Daniela em relação à gravidez acabou refletindo em sua aceitação das mudanças físicas que a gestação traz. Seu comportamento de querer esconder, inicialmente, as alterações em seu corpo é um dos exemplos desta situação, verbalizados por ela. É importante destacar que as alterações físicas da pré-eclampsia mesclaram-se com os sintomas físicos esperados da gestação, o que pode ter gerado mais ansiedade na mãe. A relação conturbada com o marido também foi verbalizada como um dos fatores que contribuíram para suas dificuldades em aceitar a gravidez. Tais acontecimentos complicadores podem ter retardado a presença de indicadores da *preocupação materna primária*. Porém, se por um lado o apoio de Felipe foi insuficiente, ela destacou que o apoio recebido por parte de suas colegas de trabalho foi fundamental para que ela olhasse sua gravidez por um prisma mais positivo.

Os sintomas emocionais, tais como choro e irritação, também se tornaram exacerbados com a gestação. Tais sintomas são comumente enfrentados pelas mães que se encontram na *preocupação materna primária*. Porém, Daniela verbalizou ter uma predisposição para a sensibilidade emocional anterior à gestação. Este comportamento seria herdado de sua mãe. A identificação de Daniela com sua mãe na gestação também pode ser indicador da presença da *preocupação materna primária*.

Sentimentos em relação à função materna

Daniela destacou que se identificava com uma figura de mãe presente e carinhosa: “É, exatamente com essa mãe presente assim, sabe? Carinhosa assim. Principalmente é tá presente assim, porque é isso que importa, tá perto deles, né, que é o que eles precisam, né?”. Ela relatou que não se preocupava em pensar a respeito de como seria ser mãe de Luana: “Eu já tive essa experiência”. Reforçou que já tinha passado pela experiência de cuidar da primeira filha prematura, fato este que contribuiu para sua segurança: “Eu sou forte, eu tento equilibrar essa emoção com a razão, assim. Eu consigo mais ou menos equilibrar isso”.

Apesar de sua confiança, ela também ficava receosa em relação a possíveis adversidades: “Que nem eu perguntei no pré-natal dela: ‘Será que eu vou ter que passar tudo de novo?’”. Ela relatou que evitava pensar nos problemas que a prematuridade da filha poderia trazer e sonhava em levá-la para casa para poder cuidá-la: “Eu já pensava de outro modo, ia mais além, que ia ser uma criança saudável, que vai nascer uma criança de nove meses, que eu vou conseguir chegar aos nove meses, sabe? Eu pensava tudo isso. Que eu ia poder, que quando nascesse eu ia poder ouvir o chorinho dela. Eu queria ouvir o chorinho dela, ia poder levar ela logo para casa, sabe, tudo isso eu pensava”.

Considerando os relatos acima, pode-se perceber que ao mesmo tempo em que ela passava uma imagem despreocupada em relação à função materna, também demonstrava temores relacionados a problemas que a prematuridade da filha poderia trazer. Destaca-se que tais adversidades foram antecipadas por Daniela durante toda a gestação, mesmo que esta buscasse pensar em uma situação oposta ao nascimento pré-termo. Tal situação poderia influenciar negativamente os indicadores da *preocupação materna primária* dela, pois ao mesmo tempo em que sonhava com uma filha perfeita, sabia que a mesma tinha grandes chances de nascer pré-termo.

Porém, pode-se pensar que tal movimento foi fundamental para que a mãe estivesse ligada a Luana no decorrer da gestação, pois parece a Daniela conseguiu encontrar um meio termo entre seus temores com a prematuridade e seus sentimentos relacionados à *preocupação materna primária*. Diante disso, ela pareceu conseguir entrar em sintonia com seu bebê e aceitá-lo, apesar dos receios que a cercavam.

Sintonia com o bebê na gestação

Em relação às expectativas de Daniela sobre a filha, ela verbalizou que só ficou sabendo o sexo dela na hora do nascimento, fato este que gerou ansiedade no casal: *“Na verdade eu nem sabia, eu fiquei sabendo quando ela nasceu”*. Ela informou que não foi possível ver nas ecografias o sexo da filha: *“Eu fazia o pré-natal normal e tudo, mas daí quando eu ia fazer a eco, guria! Eu não sei o que dava que ela tava sempre de perna fechada...”*. Mãe interpretou que *“ela [Luana] queria que fosse surpresa”*.

Ela comentou que *“queria um guri né, porque o Felipe também queria, né?”*. Porém, suas amigas do trabalho a aconselharam a mudar de idéia e não pensar assim, justificando que Daniela poderia se sentir culpada caso fosse uma menina.

Quando a filha nasceu, a primeira pergunta de Daniela foi relacionada ao sexo do bebê: *“E aí quando veio, quando nasceu a Luana, a primeira coisa que eu pensei foi: ‘Que que é?’”*. A mãe verbalizou que ela e o marido ficaram felizes com a revelação, destacando que tinha a expectativa de que as duas filhas fossem amigas: *“Vão crescer juntas, né? Porque a Gabriela tá com três [anos], não tem muita diferença... é não tem muita diferença. É, vão ser bem amigas também. Eu espero que sejam bem amigas, né?”*.

Ainda no que se refere às expectativas relacionadas à filha, Daniela destacou que gostaria que esta nascesse a termo e saudável: *“Uma criança saudável, que não tem problema nenhum, que eu ia conseguir chegar até os nove meses. Eu imaginava que o bebê ia nascer gordinho ou gordinha, sei lá. Que eu podia levar logo para casa”*. Daniela imaginava a filha mais ativa e interagindo com ela: *“Mas que ela já nascesse com os olhinhos abertos, que eu fosse conversar com ela e ela já ia... e bem diferente mesmo.*

Que eu ia levar ela para casa, como é que eu vou te dizer, que ela sabia entender que ali era o pai dela, era a casa dela, com os olhos bem ativos assim para as coisas. Bem diferente daquela criatura que só dorme, né? Bem diferente...”.

De acordo com a mãe, a filha também conseguia sentir quando ela estava triste: *“Na verdade o fato de tá ali dentro, eles já tão sentindo tudo. Quando eu estou triste, quando eu choro, tudo o nenê sente, sabe? Passa tudo para ela, né? Então é um momento especial, então tu tem que saber onde é que tu vai assim, porque tu não pode te incomodar, porque tudo o que eu sinto, o nenê vai sentir, tá ali dentro de mim, né? Então vai sentir”*

A mãe destacou que os sonhos com o bebê durante a gestação estavam relacionados ao sexo do mesmo: *“Eu sonhava que devido aquilo que estava na mente, que ia ser um guri, né? Que ia nascer com um bairra de um tiquinho, aquela coisa toda, eu imaginava que ia ser cabeludo que nem o pai. Eu imaginava que nem o Felipe. Eu imaginava que fosse que nem o pai dele, aquela coisa toda. Que ele ia ser mulherengo que nem o pai dele, sabe?”.* Ela comentou com o marido o conteúdo dos sonhos e foi repreendida: *“Eu dizia para o Felipe e ele dizia: ‘Daniela, eu não acredito que tu andas tendo sonhos, tu nem sabes o sexo da criança’. E eu dizia: ‘Fazer o que, né Felipe? Eu tenho em mente que é um guri, né? Não tem como controlar’”.* Ela relatou que seu maior pesadelo era o de o bebê não sobreviver, pois havia sido alertada pela médica que fez seu parto anterior que não poderia ter mais filhos: *“Eu acho que eu botava isso na mente e dormia profundamente e sonhava né, da Luana. Eu tinha esse medo. Mas graças a Deus veio fora de tempo, mas ela tá bem, né?”.* Tais sentimentos podem estar relacionados à mãe não acreditar na sua capacidade de manter a sobrevida do bebê, mesmo já tendo gerado uma filha.

Os relatos acima revelam indicadores de que Daniela apresentou ainda na gestação, a *preocupação materna primária* em relação à filha. Ela imaginava o bebê interagindo e brincando com ela. A sintonia da mãe com a filha teve continuidade em seus sonhos, nos quais o conteúdo foi relacionado ao sexo da mesma, pois não foi possível descobri-lo no pré-natal. Já os pesadelos diziam respeito ao contexto que o nascimento pré-termo poderia reservar à mãe e à filha.

A comunicação da díade, característica importante de indicadores da *preocupação materna primária* foi apontada e reconhecida por Daniela, sendo que a mesma relatou que a filha sentia tudo o que a mãe sentia, pois estava *“dentro”* dela. Com isso, ela evitava sentimentos que poderiam afetar negativamente o bebê. Porém, sugere-se que o alerta dado por sua médica de que a mesma não poderia ter mais filhos, pois corria risco de vida caso ficasse grávida novamente, pode ter retardado a presença de indicadores da *preocupação materna primária* em Daniela.

Preparação para a chegada da filha

Daniela relatou que antecipou os preparativos para a chegada da filha, devido à experiência anterior da primeira filha: *“Aí, quando eu fiz o meu chá de fraldas eu já fiz antes, como já tinha passado tudo aquilo com a Gabriela, já avisei as gurias, com cinco meses eu já fiz meu chá de fraldas, aí eu ganhei roupinha amarelinha, branquinha, tudo corzinha que servisse para guri ou guria, [que] dava para usar”*. Ela comentou com as amigas que precisava fazer o chá de fralda antes, pois a filha tinha grandes chances de nascer prematura: *“E aí eu disse: ‘Se eu fizer chá de fraldas eu vou fazer bem no comecinho da gravidez, porque vai que aconteça isso aí, e aí eu não vou fazer nada’. E se ela nascer eu não vou fazer nada, porque eu não vou ter dinheiro para comprar as coisas né, quer dizer, dinheiro vou né, mas daí já aproveita e é bom ,né? Aí foi o que eu fiz, com cinco meses eu peguei e fiz o chá de fraldas”*.

Ela também contou que o lugar do bebê em casa já estava pronto: *“Sim, já tá tudo arrumadinho. O bercinho que era da Gabriela agora ficou para ela. Porque o nosso é sofá é sofá-cama e a parte de baixo ali da para fazer a cama da Gabriela... o bercinho e o guarda roupinhas que é pequenininho [fica] para Luana”*.

Os relatos de Daniela quanto à preparação para a chegada da filha revelam que ela se antecipou aos acontecimentos que materializam o nascimento pré-termo da filha. Tal acontecimento é característico da *preocupação materna primária*, onde a mãe começa a reservar um espaço interno e externo para o bebê que está por chegar, o que sugere que ela ingressou neste estado. Ela assumiu os preparativos do chá de fralda, juntamente com suas amigas, de forma segura e tranqüila. O mesmo aconteceu com o quarto do bebê na casa da família, que já estava arrumada antes de sua ida para o hospital. Ela pareceu sentir-se bem com tais preparativos, mesmo diante da possibilidade da filha nascer pré-termo.

3) Preocupação materna primária e o nascimento pré-termo

Impacto inicial em relação ao nascimento

Daniela relatou que, no dia do parto, estava no trabalho quando começou a se sentir mal: *“Eu tava me sentindo muito tonta no serviço, daí as gurias do serviço ligaram para o Felipe [vir] me buscar. Aí a minha doutora me levou no meu convênio, e a gente foi e a doutora disse que não, que a gente ia direto para hospital. Aí eu escolhi esse [hospital] aqui”*. Ela destacou que permaneceu no hospital até a hora do parto: *“Aí quando veio, daí eu já peguei e vim, e aí quando a gente veio para cá e eu aqui já fiquei [dois dias antes do nascimento da filha]. Quando ela viu minha pressão aqui tava dezenove e uns...”*

Logo depois de sua internação, a equipe médica do hospital explicou a ela o porquê do parto pré-termo da filha: *“Porque o meu sangue não estava passando pra ela, meus nutrientes, na verdade, não*

estavam passando para placenta para passar para ela. Então ela tava precisando sair logo para ser tratada e ser cuidada fora da barriga... do que ficar dentro da barriga, não tinha evolução mais para ela. Parece que ia ficar só naquele tamanhinho, naquele pesinho ali. Ela não ia crescer mais. Melhor crescer fora, bem cuidada, do que ficar dentro da barriga e não...". Ela [médica] comentou que a filha *"poderia morrer e eu poderia segurar até os nove meses e nem sentir, saber que ela estava morta só na hora de nascer"*. Daniela também verbalizou que *"de repente"* a equipe precisou fazer o parto de Luana, pois *"não podia deixar muito tempo ela ali"*. De qualquer modo destacou que ficou apavorada com a situação emergencial.

Ela verbalizou que seu parto foi cesárea e *"rápido também e veio a Luana"*. Ela contou que *"colocaram a anestesia em mim e foram me arrumando, né? Foi tudo rápido"*. Observou que *"tinha que ser um parto que fosse ligeiro e que não podia ter sangue"*, pois a mesma corria o risco de desenvolver a Síndrome de Hellp no parto. Daniela também disse que o parto foi de *"de alto risco, para a criança nascer logo e que não podia sangrar muito"*.

Quando questionada sobre se alguém a acompanhou no momento do nascimento de Luana, ela frisou: *"Não, não teve ninguém, de familiares não teve ninguém. (...) Eles tinham ido pra casa, para sexta-feira virem prontos para minha cesárea. Mas aí chegou quinta né, que eu fiquei sozinha, aí de noite a minha mãe não estava comigo e nem ele [Felipe], eles vinham no outro dia de manhã cedo. E aí quando chegou na quinta para sexta, meia noite que a médica foi examinar e tudo no hospital e viu que tava muito devagarzinho o coração dela e aí ela disse assim: 'Não, a gente vai ter que fazer agora o teu parto...'. E quando chegaram ela já tinha nascido. Rápido"*.

Ela referiu que ficou *"bem nervosa"* na hora do nascimento, pois durante seu pré-natal ela foi alertada dos perigos que poderiam envolver uma segunda gestação. Nesse sentido, Daniela relatou que *"eu não esperava que [o parto] fosse correr tão bem"*, pois ela acabou construindo uma expectativa negativa deste momento, devido a prognósticos médicos. Durante o parto referiu que ficou com medo de Luana *"não sobreviver né, porque ia nascer prematurinha né, porque eles são tão fraquinhos né, tão pequeninhos, que nem conseguem, né?"*.

O momento do nascimento foi descrito como emocionante: *"Quando ela nasceu para mim foi gratificante, imagina, poder escutar o chorinho, né? Porque da outra eu nem pude escutar o chorinho..."*. Porém, a mãe não conseguiu ter contato com a filha depois do parto: *"Mas assim, eu não tive contato assim direto porque ela nasceu pequeninha então ela foi direto para [a] Neo. Mas teve um momento que eu vi ela assim. Depois eu fiquei no quarto"*. Mesmo não podendo pegar Luana no colo, Daniela referiu que se contentou só de ouvir o choro da menina: *"Acho que foi só o chorinho dela e o chorinho dela foi tudo, né?"*.

Quando questionada a respeito de como imaginava que seria este momento, ela verbalizou: *“Eu esperava que eu ficasse perto dela. Que eu fosse para o quarto junto com ela e que ela fosse junto comigo, mas daí não deu, né?”*. Relatou que após o parto, sentiu-se triste em ver as outras mães com seus bebês no CO [onde permaneceu cinco dias], sendo que ela estava sem a filha: *“Porque quando o bebê nasce perfeito, tipo, grande e gordo, eles levam para a mãe ver lá no CO, mas a Luana não veio. Então é uma coisa complicada, todas as mães estavam ali com seu filho e eu a única assim, sem ver a Luana”*. Daniela buscou argumentos para explicar a situação difícil em que se encontrava: *“Mas ela não podia ficar ali porque era muito pequenininha. Ela tinha que ir direto para os aparelhos, com certeza. E, mas que bom que eu tive uma experiência de antes, da Gabriela, porque eu estou me superando agora. Porque se fosse minha primeira filha, com certeza [eu] ia entrar em depressão, porque de tudo que eu passei, né? É sempre bom, leva uma lição. Sempre tem uma experiência”*.

Diante destas questões enfrentadas, Daniela resumiu sua experiência: *“Que é totalmente um sonho reversível, que é assim uma coisa que tu não pensa. Tu já pensas em outras coisas de um modo diferente. Aí tu vês teu filho daquele tamanho, sabe? É bem difícil, sabe? Tu vês teu filho daquele tamanho, prematurinho, porque por mais que seja prematura tu vê compridinho, maiorzinho como a gente vê ali com um e pouco. Mas ela quando nasceu com um, e ainda quando perderam ficaram com seiscentos, setecentos, imagina... é muito difícil né, do bebê sobreviver. Mas tem Deus né, eu tenho fé em Deus. Mas graças a Deus tá aí a Luana e agora ela tá bem”*.

Diante dos relatos expostos acima, destaca-se que apesar de Daniela tentar se preparar para o nascimento pré-termo da filha durante a gestação, no momento em que o mesmo ocorreu, o sentimento descrito pela mãe foi de medo e choque. Medo, segundo ela, pela vida da filha e choque por ter a gravidez interrompida de maneira brusca. O fato de a médica ter resolvido fazer uma cesárea de emergência parece ter acentuado os temores da mãe. Além disso, os familiares também não puderam acompanhá-la devido à urgência do procedimento, fato este que também não foi esperado por Daniela. Tais aspectos podem ter contribuído para que a mãe se identificasse com o desamparo da filha, característica da *preocupação materna primária*. Por outro lado, pode-se pensar que, apesar da mãe suspeitar que Luana fosse nascer antes do tempo, ela não estava psiquicamente preparada para o nascimento da filha.

Apesar disso, o nascimento de Luana foi descrito como emocionante, já que um dos desejos almejados por Daniela era escutar o choro da filha, momento este que acabou acontecendo. Neste sentido, pode-se pensar que a sua capacidade de *“se sentir mãe”* foi parcialmente satisfeita ao escutar o primeiro choro de Luana. No entanto, o bebê precisou ser levado em seguida para a UTINeo e ela não teve a oportunidade de pegá-la no colo, como também gostaria. Tal situação, que se manteve por vários dias, fez com que ela se entristecesse ao observar que todas as mães que

estavam junto com ela no CO encontravam-se com seus bebês e ela não. Considerando a presença de indicadores da *preocupação materna primária*, pode-se pensar que se separar de sua filha neste momento foi ainda mais delicado, já que ela parecia estar identificada e em sintonia com Luana. Porém, ela procurou racionalizar tal sentimento, explicando que mais do que estar ao seu lado, Luana precisava dos cuidados da UTINeo para sobreviver. Tal racionalização se fez fundamental neste momento, pois Daniela conseguiu entender que, além dela mesma, a filha precisava de outros cuidados para sobreviver. Ela verbalizou que a situação enfrentada com a filha era um “*sonho reversível*”, ou seja, era o oposto do que ela sempre sonhou para este momento. Este sentimento parece ser reflexo de uma idealização que a mãe fez de sua filha e do nascimento, sendo importante que este ocorresse na gestação. Porém, neste momento, a mãe precisava assimilar a realidade para poder continuar identificada com Luana.

Capacidade de recuperação da mãe após o parto

Daniela relatou que sua recuperação e as dores físicas após o parto foram intensas: “*Foi bem demoradinho assim. Eu fiquei dois dias na sala de recuperação, lá em cima no CO e ela já tinha descido né, veio para cá. Não, minto, eu fiquei quatro dias... que eu fiquei lá. Porque a pressão tava muito alta e a cesárea, eu fiz cesárea e cesárea tem que ficar mais um tempinho na observação*”. A experiência de recuperação do nascimento de sua primeira filha foi lenta, fato este que fazia com que Daniela ficasse apreensiva quanto a sua saúde. Destacou que tinha medo de ter que reinternar no hospital, devido a problemas ocasionados pela sua cesárea: “[Tinha medo] *De ter que voltar para o hospital, devido a minha cesárea, né? (...) Mais devido à cesárea de ter que voltar de novo sabe, sangrar, febre alta, eu fiquei com muito medo. Mas graças a Deus eu não tive nada disso, mas eu fiquei assim com medo*”. Quanto ao desconforto físico, Daniela comentou: “*Muita dor de cabeça e eu sinto cansaço de querer chegar e deitar, sabe?*”. Não foram relatados sintomas emocionais pela mãe após o parto.

Os relatos acima revelam que a recuperação de Daniela foi particularmente influenciada por seus sintomas físicos. Devido à cesárea e a pré-eclâmpsia, a mãe demorou mais para se recuperar. Ela parecia bastante debilitada após o parto, fator este que a deixou mais tempo longe da filha.

No entanto, sua recuperação foi mais rápida do que na primeira gestação, na qual, após ter alta hospitalar, precisou internar novamente após intercorrências. Seus sintomas físicos foram destacados, porém não fica claro se estes são ocasionados pela desgastante rotina do hospital ou se estão ligadas à doença da mãe. Os sintomas emocionais, que foram mencionados na gestação, não foram verbalizados como elementos que influenciaram em sua recuperação. Assim, poucas

associações parecem possíveis entre os relatos acima e indicadores da *preocupação materna primária*.

Sentimentos em relação aos primeiros contatos

Em relação aos sentimentos sobre os primeiros contatos de Daniela com a filha, a mesma relatou ter sentido uma “emoção de mãe” ao vê-la: “Ai, eu achei ela linda, a mais linda, por mais que tivesse aparelho, oxigênio aquelas coisas tudo, eu gostei muito, né? Sim, ela era perfeita. Mas eu acho assim, nascendo perfeitozinho, com saúde né, é tudo para mim né, imagina”. A primeira vez que ela viu Luana [5º. dia após o nascimento da filha], ela estava na incubadora, sendo que ficou com receio de pegá-la no colo: “Tava, tava com oxigênio, então eu nem quis pegar ela. Eu fiquei muito com receio sabe assim de tocar nela. Aí eu fui tocar nela já depois que ela foi para outra salinha, aí é que eu fui começar a tocar nela. Mas assim contato, contato, contato eu fui ter agora né, que... pegar ela no colo e tudo, lá na incubadora não”.

Daniela destacou que Luana não era como ela imaginava na gestação, mas estava mais preocupada que o bebê nascesse com saúde: “Perfeita. Nasceu perfeitozinha, como eu imaginava. Claro, não tão como eu imaginava né, não foi de nove meses. (...) Não tão como eu imaginava, mas é minha filha de qualquer jeito, não tem como dizer que não é.”. Ela verbalizou que, apesar de ter sentido falta de estar com a filha nos primeiros momentos, compreendia que tal situação era inevitável: “Eu fiquei triste porque não tinha ela do meu lado. Mas ao mesmo tempo eu sabia que ela não poderia vir porque era pequeninha e ia precisar dos aparelhos. Então, ela precisava ficar nos aparelhos e de abrir mão de eu ver ela e que ela me ver eu, pra ela conseguir sobreviver”.

A partir das verbalizações de Daniela acima, é possível apontar para um movimento de idealização inicial da filha e do sentimento materno, no sentido de evitar as angústias que o contexto da prematuridade lhe trazia. Ao mesmo tempo em que ela dizia estar muito feliz com a maternidade, referiu ter receio de tocá-la. Com isso, a mãe procurava racionalizar a importância do distanciamento inicial da filha, para a sua sobrevivência. Tal atitude pode revelar uma identificação da mãe com a filha, indicador da *preocupação materna primária*, que apesar do seu desejo de estar com Luana, procurou entender a distância como temporária e fundamental para a filha.

4) *Preocupação materna primária no puerpério*

Sentimentos sobre o comportamento do bebê

No que concerne aos sentimentos de Daniela sobre o comportamento da filha, quando ela estava com 25 dias de vida, ela mencionou que o que mais lhe agradava era a hora do Canguru

[Luana começou a fazer o Método Canguru 13 dias após seu nascimento]: “*Eu acho que ela gosta do Canguru, né? Fica bem quentinha, sente o cheirinho da mãe, fica em contato com ela...*”. Por outro lado, ela não conseguiu destacar algum momento em que Luana demonstrasse um comportamento de desagrado, sendo que acabou respondendo algo que lhe desagradava: “*Quando ela chora. Porque eu acho que nenhuma mãe gosta quando o filho fica chorando, chorando, chorando, né?*”.

Por outro lado, ela observou que a filha apresentava comportamentos de atenção, dirigidos principalmente a Daniela e ao marido: “*Como quem diz: ‘Ai, o meu pai... ela já conhece a voz dele. Ela já sabe. Ou às vezes ela tá chorando e ele pega ela. Outra vez ela tava chorando e ele pegou ela, e aí ela parou. Eu fui ali tirar leite, e ele ficou com ela, aí ele disse: ‘Ai, ela tava chorando e eu peguei ela e ela ficou bem quietinha’.* Finalizou seu relato destacando que Luana se sentia mais segura com a presença dela e do marido: “*Ela [Luana] se sente mais segura com ele, saber que é o pai que tá ali. (...) Ai, eu acho que ela também se sente mais, eu acho que ela deve sentir isso também, mais segura por eu tá ali, né?*”.

Ela também referiu que a filha já sabia reconhecer as pessoas pelo tom de voz: “*Ela já sabe, pela nitidez da voz ela já vê quem é a pessoa*”. Ao falar sobre a possibilidade da filha desejar se comunicar com ela de alguma forma, Daniela verbalizou: “*Ela fica prestando atenção, né? Do jeitinho dela, fica me olhando. Ela fica olhando assim, sabe? Mas ela já tá... parece que tá querendo cantar alguma coisa, sabe? Ela é pequeninha ainda, mas ela observa muito. Ela sente a falta da mãe*”. Ao ser questionada sobre a aparência de Luana, Daniela não deixou dúvidas de que a mesma era parecida com a irmã “*e evidentemente com o pai dela. Não tem nem o que falar, né?*”.

É possível notar nos relatos de Daniela que ela misturava seus sentimentos com os do bebê, identificação esta que pode ser um indicador da *preocupação materna primária*. Ela também reconhecia as potencialidades da filha, principalmente em relação a ela e ao marido. Descrevia Luana como observadora e ativa, destacando que a mesma sentia-se mais segura com ela e o pai por perto. Após a separação inicial da filha, que durou cinco dias, constata-se que Daniela desenvolveu novamente uma sintonia sutil e delicada com sua filha, demonstrando que tinha a capacidade de prestar atenção em pequenos detalhes do comportamento do bebê.

Sentimentos sobre as situações de separação da filha

No que se refere aos momentos de separação da filha, ela destacou que quando teve sua alta hospitalar foi muito difícil, pois ao mesmo tempo em que sabia que precisava ir embora, não queria deixar Luana sozinha no hospital: “*Ai eu chorei bastante assim. Claro, eu tava louca para ir embora por causa que, ai é complicado tu já tá baixada, sabe, (...) mas eu queria estar mais perto da Luana, enfim. Claro que internada eu ia ficar bem mais perto dela do que se eu fosse para casa, como eu estou indo, mas é que eu já tava cansada, eu me acostumei com a minha filha ali precisando de cuidado também e eu também,*

sabe? (...) Mas daí depois quando eu fui embora, bah, eu chorei bastante porque a Luana não ia embora comigo, né?”. Referiu que sentiu como se estivesse deixando a filha: “Eu deixei ela né, pobrezinha, um pedacinho de mim”.

Nesse sentido, ela verbalizou emocionada que os momentos mais complicados que foram e que continuam sendo enfrentados é na hora dela voltar para casa: “Quando eu vou embora. Porque parece que tu tá deixando um pedaço de ti, né, na verdade. Porque simplesmente tirou de dentro de ti, é um pedaço de ti, né? (...) Eu fico mais preocupada à noite, porque parece que a noite é mais longa. Então, eu fico mais preocupada à noite, porque eu não estou perto dela.” Seguiu relatando que sentia um vazio quando se despedia da filha no final do dia: “Fica um vazio. Enquanto ela não for para casa, eu sempre vou ter esse vazio dentro de mim, porque eu sou mãe, né? E não adianta saber que eu tenho a Gabriela, porque eu tenho ela [Luana] também. Mas geralmente um pedaço de mim fica. Cada passo que eu dou longe dela, um pedaço meu fica.”

De acordo com ela, Luana também sentia estes momentos de separação: “Ai, eu acho que deve sentir também né, deve chorar também assim. Teve um dia que eu vim de manhã e acho que a técnica da noite passou para da manhã né, na troca de plantão, que ela tava muito chorosa. Eu perguntei: ‘Como é que ela passou a noite?’ Aí ela: ‘A colega disse que ela passou muito chorosa, assim né, de repente é alguma cólica, alguma dorzinha’. Mas também pode ser dor, pode ser falta de mãe, isso tudo, né? Mas com certeza ela sente.” Por outro lado, os reencontros com a filha foram relatados pela mãe como os momentos em que esta se sentia novamente completa: “Ai, parece que se torna, volta de novo o coração, é um quebra-cabeça, né? (...) É um quebra cabeça. Quando eu saio, eu desmonto o quebra cabeça né, e quando eu volto eu monto de novo. E assim vai. Sim, né? Na verdade é um quebra cabeça, é verdade, se parar para pensar, né? Se eu vou, eu quebro os quadradinhos e quando eu chego eu monto de novo, que é quando eu entro em contato com ela”.

De acordo com os relatos acima, os momentos de separação da filha foram descritos como os mais complicados de serem enfrentados por Daniela. O sentimento que prevaleceu nas verbalizações dela foram os de que estava deixando um pedaço de si no hospital, sentimentos estes que podem ser indicadores da *preocupação materna primária*. Os relatos sobre tal situação foram emocionados, pois separar-se de Luana neste momento representava separar-se de um pedaço dela mesma.

A empatia da mãe com os sentimentos da filha também foram destacados, sendo que, tanto ela sentia falta se sua filha, quando Luana sentia a falta da mãe. Tal conduta pode ser um indicador importante da *preocupação materna primária*, onde ocorreu uma identificação inicial de Daniela com sua filha, na qual ela sente e sabe o que sua filha precisa. Neste caso, verbalizado como sendo ela própria, ou seja, a mãe.

Sentimentos sobre os cuidados na UTINeo

No que diz respeito aos cuidados dos profissionais da UTINeo, ela esclareceu que tinha que controlar sua maternagem com a filha: *“Eu não posso fazer todas as minhas vontades, e fazer tudo que a minha vontade e minha mente manda. Só dou opiniões, assim, mas sempre respeitando as regras assim, então...”*. Entretanto, quando questionada sobre como se sentia diante dos profissionais a resposta foi positiva: *“Ai, muito bem, eu não tenho do que me queixar assim. Eu fui super atendida, cuidam super bem”*. Destacou que os profissionais foram os mesmos que atenderam ela e a primeira filha: *“A equipe que ela tá também é ótima, porque eu até conheço há três anos, então eu não tenho que...”*. A mãe referiu confiança e admiração pela médica responsável pela equipe que cuidava de Luana: *“É. Essa mulher é fora do sério. Eu admiro muito dela. E eu me sinto bem feliz sabendo que é ela que é da Luana também, né? E eu nem preciso perguntar, às vezes tem alguma coisa que eu preciso perguntar para ela, tipo, eu ia perguntar ontem quando é que é iam tirar o saturômetro dela, aí eu nem precisei perguntar porque ela mesmo disse: ‘Ai, Luana ganhou peso, amanhã tu pode suspender o saturômetro e tal’. E isso me deixa bem segura, bá, super segura. E eu tenho o telefone dela, se acontecer qualquer coisa eu posso ligar para ela. Então isso tudo eu sei que ela tá bem cuidada né, pela equipe, assim”*.

Quando questionada a respeito de como se sentia vendo outras pessoas cuidarem da filha, Daniela comentou *“Ai super bem, né?”*, com exceção de uma profissional que não havia cuidado corretamente da filha: *“Uma vez eu tava ali e ela, e a Luana tava chorando, ela e mais um nenezinho e ela deixava chorar, chorar, chorar. Mas quando eu fui tentar acalmar a Luana ela tava toda xixi, ainda bem que ela não se assou. Mas tipo assim, os cuidados dela não é a mesma coisa. Sabe? Se torna um ambiente meio inseguro com o teu filho”*. Criticou a conduta da profissional, dizendo: *“Porque é o trabalho dela e ela tem que fazer aquilo ali. Eu acho que não, a pessoa tem que ter sentimentos também, né? São uns bichinhos, é um ser humano. Tu tens que trabalhar com certeza, é o teu serviço, mas trabalhar também com o teu sentimento, né? Aquele cuidado todo”*. Outro ponto negativo referido por Daniela diz respeito à falta de limite de alguns profissionais em relação à vida pessoal dos pais: *“Tudo o que se passam ali eles falam na troca de plantão, eles passam. E eu sei, porque numa troca de plantão eu já vi a técnica passar para outra técnica que ia ficar que a mãe tava brigando com o pai da criança e não sei ela pegou e disse. (...) Acho que o interesse delas é os bebês ali que elas têm que cuidar que a relação do pai e da mãe não tem nada a ver com elas, mas tudo bem, né?”*.

Por outro lado, a conduta de outro profissional da UTINeo foi elogiada por ela: *“Ontem, eu estava observando, ela tava chorando no meu colo, e eu conversava com ela e ela não queria parar, aí quando veio a [enfermeira] loira, aí ela disse: ‘Ai meu bichinho da tia...’. Eu acho que tu vê o carinho, a solidariedade que a pessoa dá. Daí ela ficava: ‘Calminha, te acalma, te acalma, a tia Silmara tá aqui, a mamãe tá aqui, te acalma, tu tem que ficar calminha, né?’*. E aí começava. Sabe aquele carinho, sabe? E aí

realmente, ela parou mesmo de chorar”. Ao mesmo tempo em que avaliava o comportamento dos profissionais, Daniela referiu que também se sentia avaliada por eles: *“Eles [técnicas de enfermagem] avaliam se o pai da criança tá presente, se a mãe tá presente, esse tipo de coisa, tudo é avaliado por elas, que passam para a enfermeira”*.

Finalizou, destacando que os bebês sentem o carinho dos profissionais da UTINeo, por isso a importância destes terem disponibilidade: *“Mas eles sentem tu vê, sente, né, sente tudo ali. Eles escutam perfeitamente. Então eu acho que isso é muito importante da conversa deles com eles pequeninhos”*.

Em relação aos relatos acima, pode-se pensar que ao mesmo tempo em que Daniela sentia sua maternidade podada e avaliada pelos profissionais, ela também era muito grata pelo trabalho que eles prestavam à Luana. Seu relato reservou algumas críticas, porém os elogios prevaleceram aos profissionais da UTINeo.

Ela não via problema em ver outras pessoas cuidando de Luana, no entanto, não gostava quando suas preocupações em relação à filha eram limitadas pelos profissionais. Ela se percebia como conseguindo entender melhor as necessidades de Luana do que os profissionais da UTINeo, e não se sentia intimidada diante da experiência destes com prematuros. Ela comentou que a filha também gostava de ser bem cuidada pelos profissionais.

Sentimentos sobre a comunicação da díade

Ela relatou que algumas vezes a situação da prematuridade prejudicou a comunicação com Luana: *“Não é nada legal, (...) quando eles choram tu tens vontade de pegar no colo para saber o que que eles tão querendo te passar, se é uma dor. Eu acabei falando para ela [técnica] porque eu sabia que não era o bico que ela queria, ela queria mais do que o bico. Ela queria uma coisa para sugar e eu vi que era o seio e eu dava mamadeira”*. Nesse sentido, a incubadora foi citada como um fator que dificultava a sintonia da mãe com Luana: *“Mas é horrível assim, porque eu tenho que tocar nela, sabe, por mais que eu converse, eu até canto musiquinha para ela. Aí eu converso com ela e tudo, mas nada [melhor] do que ela estar no meu colo e de eu saber que no meu colo ela tá mais calma, tá mais tranqüila. Porque só na incubadora não tem como saber o que tá sentindo então é difícil, né? Porque na verdade é daquilo dali que eles precisam”*.

Apesar dos desafios impostos pela prematuridade da filha, Daniela destacou que aos poucos conseguia se comunicar com ela: *“Agora eu já sei, quando ela chora eu boto um bico e se ela abre a boca eu sei que ela não quer o bico, ela quer o colo de mãe né, aí tem que dar o colinho que aí ela acalma. E é assim que a gente vai conseguindo pegar, né?”*. De acordo com ela o choro era um dos sinais que

conseguia decifrar em Luana: *“Que é para tentar identificar ela, né? Que, é o choro, que é uma das coisas que dá para identificar um pouquinho. Não cem por cento, mas um pouco dá para identificar, né?”*.

Luana também emitia sinais para a mãe de que a interação entre elas estava dando certo: *“Reconhece. Com certeza. Ela já sabe. E às vezes quando ela tá chorando e ela agarra no dedinho e aí eu começo a cantar: cirandinha vamos todos... e ela fica assim, com o olhinho escutando a musiquinha, coisa mais querida. Coisa mais queridinha”*. Ainda sobre a comunicação de Luana com a mãe, Daniela inferiu que a filha entendia suas necessidades também: *“E a Luana eu vejo que é uma criança bem, que ela consegue reconhecer, as minhas necessidades de dar carinho para ela. Ela obedece assim. E isso eu me sinto bem feliz. (...) A gente conversa uma com a outra”*.

Para acalmar a filha, Daniela utilizava algumas estratégias, que eram bem recebidas por ela: *“Porque quando ela tá chorando daí converso com ela. Daí começo a cantar musiquinha para ela, ela se acalma... eu canto a música da cirandinha para ela, aí ela se acalma sabe, aí ela fica agarrada no meu dedo, para eu não sair dali. Aí fica chupando o bico e aí ela escuta, sabe? Já sabe, já”*. Ela observou que estava conseguindo ler os sinais da filha e ela os seus: *“Isso mesmo! Porque daí ela consegue identificar que é eu e aí ela se acalma mais”*.

Daniela buscou aproximar o marido de Luana, incentivando-o a se comunicar com a filha e procurando sinais de resposta nela: *“Uma vez já, o Felipe pegou ela no colo e ela tava dormindo. Aí eu disse: ‘Conversa com ela Felipe’. Aí ele começou a falar com ela e aí ela abriu os olhinhos, ela sabe quem tá aqui falando sabe, identificando a voz assim. E na verdade é, eles começam a identificar assim. A gente conversando, porque acha que tá dormindo, mas na verdade eles tão ali e aí fica bom”*.

Para ela, o mais difícil de identificar na filha era quando esta ficava irritada: *“Tem que ir aos poucos tentando identificar. Nessa parte eu ainda não consegui pegar bem assim, né? Quando tá muito braba e não quer nem colo e nem bico...”*. Por outro lado, o mais fácil de identificar era *“Quando ela tá chorando, porque daí eu boto ela no colo e boto o bico, que eu sei o que ela quer um colinho ou uma conversa de mãe”*.

Ela exemplificou um momento em que a comunicação da díade aconteceu de maneira singular: *“É, ela tava dormindo [quando eu cheguei de casa], daí eu não quis tocar, vou deixar dormir, aí quando eu vi, ela [técnica falando] falou: ‘Recém acalmei ela porque ela tava meio chorosa, aí eu botei o biquinho e enrolei ela e ela ficou quietinha’. Aí eu acho que ela [Luana] escutou sabe, daí dormindo eu comecei a conversar: ‘Ai, meu amorzinho, tu tá dormindo, a mamãe chegou’, e ela tava quase com o olho aberto, eu acho que ela escutou, né? Por mais que a incubadora tá fechada, mas eles sentem né, aí ela ficou acordada, aí eu conversei com ela e ela começou a chorar. Daí eu achei que ela queria colo, sabe? Aí ela começou a chorar. Aí eu fiquei embalando ela um pouquinho e daquele jeito ela se acalmou”*.

Os tipos de choro da filha estavam sendo decifrados por Daniela: *“Ai, às vezes eu reconheço um pouco. Porque o choro de mamar que é aquele choro assim, como é que eu posso dizer? Claro, ela tá*

com fome, ela se irrita mais, ela começa a chorar. Mas quando ela quer sair da incubadora parece que ela começa a espernear, sabe? Então eu acho que o sapateado dela é que ela quer um colo, né? [risos]”. Mãe comentou sobre a importância de conversar com Luana para conhecê-la e não precisar solicitar ajuda da equipe: “A gente tem que conhecer muito eles, sabe? Por isso que é bom a gente conversar porque no conversar tu vai reconhecendo também o teu filho. E realmente, eu fui conversando com a Luana assim pequenininha eu fui aos poucos, sabe, eu fui conhecendo o que ela queria. Porque até então se eu tocar nela e não conversar eu não vou saber, ia ficar desesperada. Ia pedir para elas: ‘Socorro, minha filha só chora e eu não consigo acalmar’.

Daniela comentou que a filha conseguia distingui-la das outras pessoas que cuidavam dela na UTINeo: “Porque às vezes eu vejo que ela quer colo assim, mas nem sempre com elas... elas disseram: ‘Aí mãe, é só contigo que ela faz isso, porque quando é com a gente, às vezes a gente até pega ela no colo porque é muito difícil ela chorar assim, mas é mais quando tu chegas assim, que ela sabe que tu tá chegando e ela quer’, eles querem colo de mãe. Aí eu pego e dou e realmente ela se acalma”. Referiu que a filha “se sente mais segura” com a sua presença, destacando que “se dependesse de eu tá perto dela, ela não chora”. Ela contou que a filha gostava muito de seu carinho: “Às vezes até quando eu saio ela fica dormindo assim. Mas se ela tiver acordada e eu sair, ela chora, porque ela não vai ter aquele contato, a mão, aquele carinho ali, porque a mulher não vai ficar só nela, só fazendo carinho nela, né?”. Tal comportamento, segundo Daniela, foi também reconhecido por outras mães dentro da UTINeo: “Tem uma mãezinha que chegou hoje ali. (...) Ela disse assim: ‘Ai, como ela gosta de carinho, né?’ . Eu fazendo carinho na Luana e ela vendo, né? E ela disse: ‘Ai, como ela gosta de carinho’. Aí eu disse: ‘É né, até a gente gosta de um carinho, quem não gosta de um carinho?’, eu disse para ela”.

Apesar das dificuldades iniciais em se comunicar com seu bebê, Daniela e a filha pareciam conquistar, aos poucos, uma experiência suficientemente boa, indicadora da presença da *preocupação materna primária*. O primeiro sinal que a mãe conseguiu decifrar da filha foram seus tipos de choro. Ela conseguiu entender os choros em que a filha solicitava colo e os que pediam comida. Todas estas características enumeradas pela mãe podem ser indicadores da *preocupação materna primária*. À medida que Luana respondia bem ao comportamento da mãe, esta se sentia mais segura para interagir cada vez mais com sua filha. Ela entendia, a partir das reações da filha, que estava indo no caminho certo e decodificando o que necessitava. Com isso, ela parecia estar conseguindo adicionar experiências ricas ao mundo de sua filha, não deixando-a cair no vazio de não ser entendida e correspondida.

Outro indicador da presença da *preocupação materna primária* foi o relato de Daniela de que sua filha conseguia distingui-la dos outros profissionais da equipe pelo fato de que esta conseguia entendê-la como nenhuma outra pessoa. Em seu relato apareceram inúmeras vezes a idéia

de que Luana gostava muito de seu colo. Analisando a história da mãe, pode-se pensar que não era só a filha que gostava de colo, mas ela própria também sentia necessidade tanto de dar quanto de receber colo.

Sentimentos sobre a maternidade

A maternidade foi assumida cada vez mais por Daniela dentro da UTINeo, apesar dos obstáculos da prematuridade e da equipe: *“Troca a fralda , às vezes seguro o mamazinho pela sonda, quando acaba o mama eu tiro, lavo com agulha, sabe, tem até umas [técnicas de enfermagem e enfermeiras] que não gostam né, aí eu respeito a opinião, tudo bem, não gosta, não gosta. Tem que cuidar né e cada uma reage de um jeito, né? E teve uma [técnica de enfermagem] que um dia que eu botei água e ela não gostou. Não é que ela não gostou, ela falou assim: ‘Quando acabar tu sempre me avisa’, aí [ela] disse: ‘Tu já tá acostumada?’. Eu disse que já, mas ela achou que fosse só a primeira vez, entendeu?”*. Ela enfatizou que não esperava a permissão da equipe para cuidar de Luana: *“Mas eu faço, se eu tiver que fazer eu faço. Porque que eu vou esperar né, de repente o mama acabou ali e ela tá atendendo outra criança, se eu sei fazer eu pego e faço”*.

Daniela enumerou os cuidados atuais assumidos com Luana na UTINeo: *“Ai, eu pego ela no colo, eu tento fazer carinho nela, eu canto”*, referindo que se sentia *“especial”* ao assumir tais cuidados com a menina. Ela referiu que seu comportamento era uma forma de dar carinho para Luana e frisou a importância desta escutar sua voz: *“Tem muitas mães que tão tocando, mas não conversam com ela, não escutam a voz da mãe”*. O choro era um dos momentos em que ela destacou como importância de saber reconhecer em sua filha, que muitas vezes não era desvendada pela equipe: *“Então tu tens que saber reconhecer o lado do teu filho, né? Então quando ela chora, assim, realmente me corta o coração. Então eu tento acalmar sabe e eu fico bem mais tranqüila, porque eu consegui entender. Eu consegui, e às vezes nem sempre elas [técnicas de enfermagem e enfermeiras] conseguem. Às vezes é só com um afeto de mãe que eles realmente se acalmam”*.

Quando questionada a respeito de como se sentia assumindo tais cuidados, destacou: *“Ai, eu me sinto bem mais segura, porque eu sei que eu estou fazendo pela minha própria filha. Por mais que eu não esteja tocando, tipo, dando uma injeção nela, mas eu acho que já é um sentimento que eu me sinto mais segura assim. Só por eu fazer assim”*. Ela observou que ficava mais tranqüila por conseguir acalmar a filha: *“Ai, bem mais tranqüila porque quando ela fica chorando muito tempo, parece que não tem ninguém olhando por ela, parece que não tem ninguém olhando para ela quando ela tá chorando, para acalmar assim”*.

Ao mesmo tempo, relatou que estava feliz com a maternidade, acrescentando que era *“algo especial”* e que se sentia *“uma rainha”*. Segundo Daniela, o contexto da prematuridade não era

empecilho para este sentimento: *“Eu sei que isso tudo vai passar, entendeu. Então eu vou ter os meus momentos só com ela entendeu. Por mais que ela esteja aqui, eu sei que eu estou presente, mas em casa é outra coisa, né? Cuidar do jeito que eu quero, dar carinho e amor para ela”*.

Daniela relatou que sonhava com o dia em que a filha a reconhecesse como sua mãe: *“Ai, de ela entender que eu sou a mãe dela, sabe? O carinho, aquela coisa toda, de me chamar de mãe, mãe é uma palavra muito linda, sabe?”*. Verbalizou que se sentiu mãe de Luana desde a primeira vez que a viu: *“Porque mãe é mãe, depois que a gente olha o filho ali não tem como dizer que não é, né? Não tem como”*. Ela destacou que era uma mãe *“Carinhosa, amiga”*, assim como seus pais foram com ela. Porém, observou que quando a filha fosse para casa seria diferente, pois no hospital *“Tem incubadora, não precisa pedir. Não precisa pedir”*. Ela finalizou relatando que gostaria de criar suas filhas da mesma forma como foi criada por seus pais: *“Então eu quero passar pras minhas filhas o modo de que eu fui criada. Sabe assim. E graças a Deus deu tudo certo”*.

Em relação a como as pessoas a viam como mãe, Daniela comentou primeiramente que não sabia responder a pergunta. Entretanto, verbalizou elogios da equipe em relação a sua maternagem com Luana: *“Que nem a Heloísa [pediatra de Luana] chegou hoje ali, a Heloísa é a professora da equipe, (...) aí ela chegou e disse: ‘Aí que bom que a Luana tá nesse teu colinho, tão gostoso. De uma mãe que vem todo dia e que se preocupa, de uma mãe tão nova assim’. Me elogiou um monte, sabe? Porque ela disse que é difícil ver assim pacientes né, mães de pacientes prematuros, que são fortes que nem eu. Sabe? Que vão até o fim”*. Daniela destacou que se sentia muito bem com tal reconhecimento.

A partir dos relatos acima, é possível pensar que apesar de algumas adversidades impostas aos indicadores da *preocupação materna primária*, Daniela parecia conseguir vivenciar este estado e atender a filha na UTINeo. Quanto mais ela cuidava de Luana, mais se sentia segura e competente para fazê-lo, sentindo-se efetivamente mãe de sua filha apesar de todos os cuidados e da tecnologia da UTINeo, que a impediam de uma interação mais intensa com a filha. O reconhecimento das necessidades da filha, citado por Daniela, é um forte indicador da *preocupação materna primária*.

A maneira como seus pais a criaram foi citada como um modelo a se seguir. Assim, Daniela se descrevia como mãe da mesma forma como descrevia seus pais: *“carinhosos”*. O reconhecimento de suas competências maternas por parte da equipe e da família foi destacado como algo importante para ela. Observa-se que tal reconhecimento fez com que ela ficasse mais segura para seguir sua intuição e conseguisse se devotar plenamente a Luana.

Sentimentos sobre a amamentação

As questões relacionadas à amamentação de Luana no seio preocupavam Daniela, já que ainda não podia amamentar a filha no momento da entrevista, no 25^o dia após o nascimento da filha:

“*Eu tenho medo de secar e não pode dar para ela* [Daniela retirava seu leite no Banco de Leite do hospital e o alimento era fornecido para Luana, primeiramente através da sonda e, após, pela mamadeira], *que nos primeiros meses é muito importante o leite materno, né? E eu queria amamentar ela, né? Sei lá. Eu queria tentar dar para ela. Eu tenho medo de quando ela pegar e já ter secado. E é ruim, porque acho que depois que seca não volta, porque da Gabriela secou nunca, eu tentei...*”. Ela esperava que a filha tivesse alta logo para tentar amamentá-la: “*E eu queria amamentar ela e vamos ver como é que fica, se ocorrer tudo bem, talvez ela pegue e saia, né?*”. Daniela comentou que o fato de estar estressada poderia influenciar na sua produção de leite: “*E eu tenho que esquecer essa coisa de fora, prejudica bastante o leite, né? Preocupação, essas coisas assim né, isso tudo prejudica. Eu vou ter que tirar um pouco isso da minha cabeça, tentar me acalmar para descer mais o leite. Porque isso também prejudica*”. [Tais preocupações diziam respeito à relação com o marido, que segundo Daniela, voltou a receber mensagens no celular da antiga namorada. Além disso, a mesma relatou se sentir muito sozinha no hospital, pois ele a acompanhava pouco e demonstrava desinteresse em relação a ela e a Luana. A autora até solicitou que ele comparecesse ao hospital e foram realizados dois atendimentos individuais com ele e três atendimentos com o casal, onde questões da relação com a esposa e Luana foram trabalhadas].

A mãe buscava valorizar cada gota de leite que conseguia tirar para a filha: “*Se eu tirar cinco ml já tá bom para ela. Lá no Banco de Leite me falaram: ‘Por mais que para ti pareça ser pouco para ela é o suficiente’ e é verdade*”. No entanto, verbalizou que não conseguiu dar a mamadeira com seu leite para Luana, pois a mesma só era trazida pela equipe à noite: “*Mas assim, o pouco que eu tiro só de noite é que eles podem dar, daí até mandar lá para baixo para pasteurizar porque demora muito, né? Na verdade não é nem elas que demoram, é para pasteurizar bem o leite para mandar, daí só vem de noite*”. Nesse sentido, destacou ainda que Luana já começava a procurar o seio para sugar durante o Canguru: “*Procurando o seio pra sugar. Bem assim que ela fica*” [Luana ainda não havia sido liberada por sua médica para a amamentação no seio].

Os relatos de Daniela demonstram sua preocupação em experienciar o momento da amamentação da filha no seio. Apesar de Luana estar sendo alimentada com seu leite através da mamadeira, tal situação não era suficiente para a mãe. Seu desejo em amamentar a filha se constituiu em um importante indicador da *preocupação materna primária* que já estava parecendo estar presente desde a gestação.

Ela disse que tinha receio que seu leite secasse, por estar estressada com a hospitalização da filha e por desentendimentos com o marido. Fora estas questões, ela não referiu maiores dificuldades em amamentar a filha. Segundo Daniela, Luana já demonstrava uma conduta de procura de seu seio para sugar, principalmente durante o Canguru. Outra característica de indicadores da presença da *preocupação materna primária* é que tal conduta da filha parecia deixar

a mãe ainda mais motivada para a amamentação, pois ela entendia que Luana estava pronta para dar este passo.

Disponibilidade de entrega da mãe aos cuidados com a filha

Daniela relatou que estava tentando manter a calma no hospital, ao lado de Luana, apesar das adversidades: *“Eu estou fazendo o máximo que eu posso para não tentar me explodir, porque a gente tem que manter a calma também né, por tudo, a correia; [mas] discutir, bater boca, fica complicado, né? Porque clima de hospital já não é bom né, para ninguém, então, ainda mais quando é o filho da gente, né? Então assim, a gente tem que tentar segurar a barra e fazer o máximo que pode”*. A melhora gradativa da filha fazia com que ela ficasse mais tranqüila para enfrentar a situação de prematuridade: *“Eu vendo que ela tá bem, para mim tá super tranqüilo [25º. dia após o nascimento]. Só o fato de não ver ela naqueles aparelhos como ela tava, sabe, aquelas coisas todas e ver que ela tá bem, eu vou estar bem também. No momento que ela tiver ruim eu vou me abalar bastante. E isso eu acho que fazer parte né, de mãe, né?”*.

Apesar de sua disponibilidade, ela queixava-se da rotina imposta pela prematuridade da filha: *“É, é bem cansativo, né? Mas eu tento me manter também assim. Então a pessoa tem que se manter forte assim para conseguir manter a pressão, né?”*. A melhora da filha servia como um estímulo para que ela seguisse com a dedicação quase total: *“Esse tempinho [ela ficava em torno de 6 horas, diariamente, com a filha] que eu fico com a Luana eu vejo que é bem produtivo”*.

Daniela justificou que seu cansaço não era *“de vir para hospital”*, e sim, porque sentia-se sozinha nesta rotina, já que o marido não permanecia no hospital com a filha. Mesmo diante desta realidade, ela não abria mão de vir todos os dias à UTINEo: *“Se ela tiver aqui eu sempre vou tá junto, não vou deixar de vim, mas é cansativo em função disso, sabe?”*. Ela observou que precisava dividir seu tempo entre as filhas: *“Mas eu acabo me dividindo na verdade, né? Porque eu fico um pouquinho com a Luana e vou embora umas três e pouca, quatro, daí eu sei que vou ficar de tarde com ela [Gabriela] também, né? E eu pego e vou embora”*.

Sua rotina consistia em chegar cedo ao hospital para conseguir conversar com a equipe médica: *“Eu resolvi vim de manhã para pegar a equipe toda, já me diz ali tudo, já me deixa claro tudo o que eu quero saber. O que eu quero pergunto e elas vão me responder”*. Ela acreditava que o tempo que permanecia com Luana era o suficiente: *“Mas eu acho que todo esse tempo que eu fico com ela já é o suficiente, sabe?”*.

Daniela demonstrava que o ambiente familiar iria mudar para receber Luana: *“Então isso vai ter que entrar no ritmo, vai ter que se acertar bem até para ela não ir para casa num clima pesado também dentro de casa”*. Ela verbalizou que o casal estava pensando em mudar de residência, com o

objetivo de aumentar o espaço para a família quando Luana fosse para casa: “*E ele [marido] tá bem ciente assim, que ele quer se mudar, ele quer sair dali, a gente já têm duas filhas, tá na hora da gente ter a nossa casa. Mas agora no começo vamos deixar estabilizar um pouquinho né, na casa dele, até para ver como ela reage, aí depois para gente partir para nossa casa, se Deus quiser*”.

Além disso, procurava vias para conter suas ansiedades, objetivando ficar bem ao lado da menina: “*Agora semana que vem eu vou ir numa sessão espírita que eu vou vê se consigo me acalmar assim um pouco*”.

Tomando-se conjuntamente os relatos de Daniela quanto à sua disponibilidade de entrega aos cuidados com sua filha, percebe-se que, apesar de seu estresse, ela pareceu ter assumido com dedicação e empatia as principais funções que envolviam Luana. Além da situação de prematuridade, seu estresse pareceu ser fruto da falta de apoio do marido, principalmente no hospital. Embora isso a deixasse triste, não era empecilho para que deixasse de se dedicar à filha.

O dia-a-dia da mãe restringia-se a dar atenção à filha mais velha e à rotina de Luana no hospital, sendo que sua gradativa melhora a deixava mais motivada para se dedicar aos cuidados com a filha. Porém, mesmo quando a saúde de Luana era instável, a mãe não saía do lado da filha, mesmo que não pudesse cuidar e interagir com a mesma. Sua capacidade de superar suas ansiedades para permanecer ao lado de Luana também foi percebida em seus relatos. Tal atitude foi verbalizada quando Daniela comentou que procurava vias alternativas para conter sua ansiedade, objetivando não prejudicar a filha. Constata-se nas atitudes dela, que a mesma esquecia-se de si mesma para se dedicar à filha, característica que pode indicar a *preocupação materna primária*.

Outro comportamento indicador de tal estado foi o cuidado de Daniela relacionado à rotina da família no momento em que Luana fosse para casa. Ela relatou preocupação em tornar o ambiente mais agradável para receber a filha.

5) Síntese dos indicadores de *preocupação materna primária*

A partir dos relatos expostos, pode-se pensar que o fato de a gravidez não ter sido planejada e de o casal estar separado naquele momento pode ter influenciado a *preocupação materna primária* em Daniela. Além disto, é possível apontar como mais um fator complicador o fato de a primeira gravidez da mãe ter sido problemática e a filha ter nascido prematuramente. Isto a levou a passar toda a gravidez de Luana com medo de que tanto ela quanto a filha tivessem problemas graves, pois sua médica a havia avisado que correria risco de vida caso engravidasse novamente. Com isso, durante o acompanhamento pré-natal, o sentimento que prevaleceu foi a ambivalência da mãe em relação a filha, sendo que ela oscilava entre uma conduta de relaxamento com as

recomendações de repouso absoluto e preocupações com a vida de Luana. Parece que seus indicadores da *preocupação materna primária* oscilavam como seus sentimentos. Tais conflitos parecem refletir em sua rejeição inicial às mudanças corporais que a gravidez lhe acarretava, sendo que ela escondia seu corpo como uma tentativa de evitar as provas concretas da gravidez. Seus sintomas emocionais, tais como choro e tristeza, também estiveram muito presentes nesta fase. Sua posição em relação à função materna também oscilou entre uma aparente segurança até temores relacionados a problemas que a prematuridade da filha poderia lhe trazer. Assim, ela pareceu enfrentar a maternidade com esperança, mas ao mesmo tempo com medo, sentimentos estes condizentes com tal situação. Ela também sonhava com uma filha perfeita, mesmo sabendo de todos os riscos do nascimento pré-termo. Este movimento de idealização pode tê-la aproximado mais de Luana e contribuído para estabilizar sua ambivalência, já que tal idealização incentivava seus desejos de exercer a maternidade. A permanência de determinado nível de negação em relação ao problema que poderia ser a prematuridade da filha parece estar a serviço também de manter um certo equilíbrio emocional de Daniela, durante a gestação. Assim, com este equilíbrio estabelecido, uma sintonia entre a mãe e a filha parecia estar surgindo com a presença de indicadores da *preocupação materna primária*. Nesse sentido, ela relatava expectativas e sonhos com o bebê, além de verbalizar que tudo o que sentia seria passado para a filha. Este aspecto aponta para uma das primeiras identificações dela com a filha, indicador da presença da *preocupação materna primária*. Esta sintonia parece ter sido refletida nos preparativos para a chegada de Luana, que foram antecipados por ela, o que também pode ser indicador da *preocupação materna primária* e pode ser interpretada como um espaço interno e externo que a mãe abria para a filha. Também pode ser indicador da identificação da mãe com sua filha, que apesar de um movimento de idealização dela, sabia que a mesma poderia nascer prematura e não queria abrir mão dos rituais de chegada para a mesma.

O momento do nascimento da filha foi vivido por Daniela com nervosismo e medo, pois ela temia por sua vida e pela vida da filha, sentimentos que levaram a uma situação ansiogênica. Apesar disso, sentiu-se emocionada ao ouvir o choro da filha pela primeira vez, demonstrando desejo de estar com ela logo após seu nascimento. Estas características podem ser indicadoras de que a *preocupação materna primária*, que teve início na gestação, foi exacerbada pelo nascimento pré-termo. Ela verbalizou com clareza que a situação vivenciada pela díade era “*um sonho reversível*”, e não se deixou abater pela situação. Nesse sentido, ela enfatizava o aspecto saudável de Luana salientando inclusive a beleza da filha. Entende-se que o mecanismo de defesa de negação pareceu necessário para que Daniela tivesse disponibilidade emocional para se aproximar da filha e seguir

apresentando indicadores de sua *preocupação materna primária*. Sua recuperação após o parto foi lenta devido à pré-eclâmpsia e ao parto cesárea, porém ela seguia com a preocupação de não estar longe da filha. Considerando os primeiros contatos da díade, percebe-se que, apesar do desejo de cuidar da filha, Daniela conseguiu identificar a necessidade inicial de Luana dos cuidados da UTINeo, entendendo que a distância era temporária. Percebe-se aqui a presença do mecanismo de defesa de racionalização, necessário neste momento da hospitalização da filha, pois sua necessidade de cuidados neonatais era vital.

Após um período de separação necessária nos primeiros dias de internação, pode-se pensar que os indicadores da *preocupação materna primária* na mãe no puerpério continuaram. É possível pensar que ela seguia atenta aos sinais e comportamentos da filha, misturando seus sentimentos com os do bebê, identificação esta esperada para a *preocupação materna primária*. Daniela verbalizou tristeza no dia de sua alta e em todos os momentos em que precisava ir para casa, sentimentos estes esperados para a uma situação em que mãe e filha precisam estar juntas durante quase todo o tempo. Esta simbiose entre mãe e filha foi ilustrada por ela em seu relato quando disse que sentia como se um pedaço seu ficasse no hospital quando ia embora, sendo que quando regressava, tal pedaço era preenchido novamente, juntava-se novamente um “*quebra-cabeça*”. Como os indicadores de sua *preocupação materna primária* pareciam estar exacerbados, Daniela referiu um certo desconforto com intromissões da equipe nos momentos em que ela cuidava da filha e sabia o que esta precisava. Apesar de alguns obstáculos impostos pela prematuridade do bebê, a comunicação da díade fluía e ela, na maioria das vezes, parecia saber o que a filha necessitava, já que haviam fortes indícios de que ela estava identificada com o bebê. Ela também enfatizava as potencialidades da filha, que parecia responder aos seus cuidados que poderiam ser classificados como suficientemente bons. Com isso, a devoção de Daniela à filha parecia ocorrer de maneira gradual, sendo que, ao que tudo indica, ela conseguiu assumir as demandas afetivas de Luana na UTINeo. Pode-se pensar que quanto mais ela cuidava de Luana, mais se sentia segura e competente para fazê-lo, sentindo-se efetivamente mãe de sua filha, apesar de toda a tecnologia da UTINeo. Conseqüentemente, alguns eventos que envolvem a maternidade, tais como a amamentação, começaram a instigar Daniela, que revelou desejar amamentar a filha no seio, fato este que é outro indicador importante da *preocupação materna primária*. Mesmo que ainda não pudesse amamentá-la ao peito, ela não abria mão dos momentos de alimentar a filha pela mamadeira, parecendo saber das importantes trocas afetivas vivenciadas neste momento. Como reflexo do que foi discutido até aqui, constata-se uma grande disponibilidade afetiva de Daniela aos cuidados com a filha sugerindo que ela estava sendo uma mãe suficientemente boa, apresentando indicadores da *preocupação materna primária*.

Assim, pode-se sugerir, com o que foi exposto acima que, apesar dos problemas iniciais que podem ter dificultado o surgimento de indicadores na mãe da *preocupação materna primária*, tais adversidades foram aos pouco sendo superadas. Este aspecto pode ser visto pela presença de indicadores de que Daniela conseguiu devotar-se e identificar-se com amor à Luana.

Caso 3 - Mãe: Andréa; Bebê: Joaquim

1) Caracterização do Caso

Andréa foi contatada pela autora dois dias após o parto de Joaquim, quando ela encontrava-se em pré-alta do Centro Obstétrico do HCPA. A mãe teve alta três dias após o nascimento de seu filho. Como parte do procedimento do Setor de Psicologia, a autora se apresentou à mãe e falou a respeito dos atendimentos psicológicos que o referido setor prestava às mães de bebês pré-termos internados na UTINeo, se propondo a atendê-la. Após a concordância de Andréa, os atendimentos tiveram início. Estes podiam variar em termos tempo e lugar, podendo ser realizados no leito, enquanto a mãe ainda estava internada, do lado da incubadora do bebê e na sala de atendimentos do Setor de Psicologia. Depois de aproximadamente oito dias de atendimentos psicológicos, e após discutir o caso com a supervisora local, decidiu-se convidar Andréa para fazer parte deste estudo. Ela foi convidada dez dias após o parto e aceitou responder as entrevistas. A primeira entrevista foi realizada quando Joaquim estava com doze dias e a segunda foi realizada em dois momentos: quando ele estava com quatorze e quinze dias de vida. No momento da entrevista sobre a gestação, Joaquim estava internado na UTI 2, chamada de isolamento, na qual permanecem os bebês que estão com algum tipo de infecção e que precisam ser manuseados com mais cuidados do que os outros. Nas demais entrevistas, o bebê já havia saído do isolamento e estava na UTI 3, chamada de intermediária, onde encontram-se os bebês com a saúde regular.

Ela tinha 28 anos e se tornara mãe de seu quarto filho, Joaquim, fruto de seu relacionamento com o marido atual, Joaquim, 23 anos, que era pai apenas de Joaquim. Os outros três filhos de Andrea eram fruto de seu primeiro casamento. Ela estava desempregada havia dois anos e tinha o segundo grau incompleto. Joaquim tinha o segundo grau completo e provia o sustento da família trabalhando em uma marcenaria. Além disso, este fazia um curso para tornar-se técnico em enfermagem. Andréa morava em uma casa de três peças, no pátio da casa de seus pais, com o marido e os três filhos.

Andréa nasceu em Porto Alegre e relatou que tinha uma relação próxima com seus pais. Ela foi casada anteriormente por nove anos, porém o ex-marido fazia uso abusivo de bebida, era

violento e maltratava ela e seus filhos. Segundo ela, seus *“filhos não têm noção do outro pai, (...) quando ele vinha, o mais velho sabia e não queria mais saber dele”*. Já seu atual marido foi descrito como sendo *“legal, companheiro”*, sendo que este *“faz tudo pelos meus filhos”*. Andréa disse que seus *“filhos chamam [ele] de pai, não porque eu incentivei, mas as crianças sentem quando tem um carinho de pai, né?”*. Sua sogra também era uma pessoa presente na vida da família. Seu relacionamento com Joaquim era descrito como *“muito bom”*, sendo que ele era presente como marido e pai. Porém, uma nova gestação não estava nos planos do casal, sendo que Andréa destacou que fazia uso de método contraceptivo injetável quando engravidou. Ela referiu que recebeu a notícia da gestação com um *“susto”* e ficou *“triste”*, pois não estava *“preparada para ser mãe”* novamente. No entanto, seu marido permaneceu do seu lado e foi uma das pessoas que mais a *“ajudou”* neste período.

O casal descobriu a gravidez quando Andréa estava com três meses de gestação, por incentivo de seus pais, porque estes *“perceberam”* a gestação antes dela e orientaram que ela e o marido procurassem um médico. A partir disso, ela destacou que foram fazer a ecografia e *“apareceu o bebezão lá”*. Seu pré-natal foi realizado em um Posto de Saúde perto de sua casa, em um total de seis consultas. Durante a gravidez, a mesma se sentiu fisicamente *“muito mal, até para dormir”*, pois engordou *“demais”*. Porém, destacou que o mal-estar *“foi passando, tudo por causa da pressão alta, né?”* Ela referiu que estava emocionalmente *“muito sensível, com qualquer coisinha era muito para eu chorar...”*. Também relatou irritação quando *“as coisas”* não ocorriam do jeito que ela desejava. Sua gestação foi repleta de intercorrências. Já nos primeiros meses sofreu sangramentos e precisou permanecer em repouso até o final da gestação, pois estava com *“um início de aborto”*. Somando-se a este problema, a partir da vigésima oitava semana de gestação, Andréa relatou que começou a sofrer de *“pressão alta”*. Duas semanas depois, a mesma começou a perder *“muito”* sangue e foi internada para maiores investigações. Foi diagnosticado que Andréa estava perdendo líquido amniótico, no entanto, segundo ela, em uma troca de plantão, a mesma teve alta hospitalar e foi para casa. Na mesma noite, ela referiu que acordou e sua cama parecia uma *“piscina”*, pois sua *“bolsa rompeu e eu comecei a perder bastante água”*, parecendo que estava *“jorrando água”*. Em seguida foi levada ao hospital pela família, chegando *“quase sem nada de líquido”* amniótico. Após a internação, Andréa tomou duas injeções: uma para amadurecer o pulmão do filho (corticóides) e a Gama-globulina anti-D, pois seu fato Rh era negativo e do bebê positivo. Ela decidiu esperar as contrações para conseguir ter um parto normal, porém a equipe começou a induzir o parto, pois a mesma não tinha dilatação suficiente. Ela referiu que os procedimentos começaram ao meio-dia e seu filho nasceu às dez e meia da noite.

Joaquim nasceu com 33 semanas, pesando 1.935g, de parto normal. Seu Apgar foi de nove no primeiro minuto e dez nos cinco minutos posteriores, sendo que precisou de oxigênio inalatório ao nascer. Após o nascimento, Andréa revelou que não viu o filho, apesar de sua vontade: *“A primeira coisa que a mãe quer quando vem é ver né, é pegar ele no colo, né? Só que ele nasceu com sete meses né, e não deu”*. Ela destacou que, após o nascimento de Joaquim, *“a doutora falou para mim que achava que não ia viver, que tava bem mal na UTI lá, no oxigênio e tudo, né?”*. No decorrer da internação, Joaquim apresentou sepse e precisou fazer uso de antibióticos, no entanto recuperou-se nas semanas seguintes e também começou a respirar sem a ajuda de aparelhos. Inicialmente a amamentação também foi interrompida, porém, uma semana após o nascimento, Joaquim começou a ser estimulado pela Fonodióloga e deu início a amamentação na mamadeira. Dez dias após seu nascimento, começou a ser amamentado ao peito da mãe. Permaneceu internado na UTINeo do HCPA por vinte e cinco dias.

2) Preocupação materna primária na gestação

Acompanhamento pré-natal

Ao se referir à gestação, Andréa salientou que ela e o marido não haviam planejado a gravidez. Ela comentou que quando recebeu a notícia *“foi um susto”*, pois já tinha *“três filhos”* e não pretendia engravidar novamente por recomendações médicas: *“Porque quando eu engravidei do meu terceiro filho a doutora disse que eu não podia ter o risco de ter mais né, que era para eu fazer ligadura e tudo né porque o meu colo não ia sustentar outra gestação, tava mais fraco e a gravidez inteira desse eu fiquei com o colo aberto”*.

De acordo com ela, começou a sentir enjôos e resolveu consultar um médico porque *“para quem já teve filho sabe que tá grávida, né? Tu já sabes os sintomas”*. No entanto, comentou que foram seus pais que sugeriram que ela fosse fazer o exame. Andréa relatou que solicitou ao marido que fossem ao médico, já que este tinha convênio e o atendimento seria mais rápido: *“Aí a gente viu, fez uma ecografia”*. As emoções deste momento foram descritas como um misto de susto e desafio para o casal: *“Descobrimos juntos. Aí eu fiz uma ecografia e apareceu lá um bebê. Apareceu lá na tela um nenzinho, né? Foi um susto, uma surpresa e um amadurecimento para ele, né?”*.

Ela frisou que fez *“umas cinco ecografias, porque a gente tava louco para saber sexo do nenê e não aparecia e na última apareceu”*. Destacou que *“daí ele apareceu bem, foi aparecendo, foi aparecendo até que eu. (...) O doutor botou nitidamente o rostinho dele, né?”*. Andréa referiu cuidados em relação a

sua alimentação também: *“Comia as coisas adequadas, eu comia demais, comia o suficiente... comia assim, eu me alimentava melhor, cuidei melhor da minha alimentação”*.

No início da gravidez, começou *“a perder sangue”* e resolveu ir ao médico para começar o pré-natal. O médico orientou que ela fizesse repouso absoluto, pois ela estava com *“muito pouco tempo”* e *“não tinha o que fazer, apenas repouso”*. Ela destacou que seguiu as recomendações e nem *“para ir no banheiro eu levantava”*. Revelou que tal conduta teve efeitos positivos: *“Daí eu vi que eu estava melhorando, eu estava me sentindo bem, aí eu levantei, comi e continuei minha vida, né? Condição, tudo, tinha o pré-natal, eu tinha uma dúvida, eu vinha no médico, vinha no hospital”*.

Quanto ao decorrer da gestação, Andréa comentou que *“foi muito diferente essa gravidez”* e que se sentiu *“cuidada até demais”*. Quando questionada sobre quais foram as pessoas que mais estiveram do seu lado na gestação, destacou: *“A minha sogra, sabe? Até a minha vizinha lá do lado, a minha amiga né, amiga minha. Ela ia lá em casa me ajudar a fazer o serviço da casa e eu nunca precisei saber dessas coisas assim”*. Tal situação não agradou-a: *“Foi horrível porque eu me senti assim que situação... me sentindo mal porque as pessoas vindo fazer para mim sabe, porque eu nunca dependi de ninguém, sabe? Eu ganhei os meus filhos, eu te falei, e fiquei bem, já fui para casa. E aí, de uma hora para outra fiquei sete meses bem dizer assim”*. Andréa verbalizou o quão difícil foi enfrentar os riscos da gestação do filho: *“Eu chorava muito, sabe, porque eu tive que parar de trabalhar para segurar ele, né? Mexeu muito com tudo, sabe? Tudo mudou... por ele né, tudo por ele né, para não perder. Já que ele veio né, vamos ter ele”*.

Mesmo com todos os cuidados, no início do mês de setembro *“começou tudo de novo”*, com o agravante da pressão alta: *“Aí eu sei que começou a me dar pressão alta. Eu só via que eu tava com uma mancha no olho, meu marido viu, né? Eu nem vi. Aí eu fui no médico, né? Foi no médico aí ela me orientou a vir para o hospital e eu vim. Daí o doutor disse que eu não ia embora, que eu ia ficar aqui, né? Me assustei”*. No entanto, ela foi liberada pela equipe médica após realização de alguns exames. Alguns dias depois, começou a perder sangue novamente e *“um pouquinho do tampão”*, porém ainda não estava com a dilatação necessária para o parto. Diante deste contexto, foi internada novamente.

Na última internação, Andréa tomou duas injeções, uma para *“amadurecer o pulmãozinho dele”* e outra *“por causa do meu sangue que é O negativo né e o dele é B positivo, aí eu tive que tomar”*. Tais cuidados foram destacados por ela como fundamentais para a recuperação posterior do filho.

A partir dos relatos acima, é possível pensar que apesar da gravidez não ter sido planejada, Andréa estava constantemente demonstrando sua preocupação para que a gestação seguisse bem. Suas preocupações se intensificaram com o bem-estar do filho, pois o colo de seu útero estava frágil desde a última gestação e esta desenvolveu pré-eclampsia no decorrer desta gravidez. A ameaça de

aborto que ela teve no início da gravidez, parece ter intensificado sua atenção para com o filho, fazendo com que ela seguisse as recomendações médicas de repouso.

Apesar de suas preocupações com seu filho, Andréa não gostava da idéia de ter que depender de outras pessoas, atitude esta que, segundo seus relatos, estava ligada a idéia de repouso absoluto. Tal conduta pode ser indicadora de que ela resistia a deixar que a regressão seguisse o seu curso normal, esperado pela *preocupação materna primária*. Esta resistência pode ser fruto da idéia que Andréa construía de que necessitar de apoio e cuidados estava relacionado à condição de estar doente. Mesmo diante disso, a mãe recebeu apoio nos cuidados com sua saúde de sua família, amigos e da sogra. O apoio do marido teve destaque especial em seus relatos, sendo que ele permaneceu ao lado de Andréa durante toda a gestação, o que a deixou mais segura. A atitude da família e do marido parece ter sido fundamental para que a mesma conseguisse apresentar indicadores da *preocupação materna primária*, pois o apoio fez com que ela conseguisse se desligar das demais preocupações externas, mesmo que não completamente devido à ameaça de nascimento pré-termo.

Sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais

Quanto às mudanças físicas na gravidez, Andréa comentou que não sentiu diferenças das gestações anteriores, a não ser o fato de ter engordado mais: “*Ficou parecido. Daí a única diferença foi que eu engordei, né? Eu não engordei nas outras gravidezes*”. A pressão alta também foi lembrada pela mãe.

Já as oscilações de humor foram mais destacadas: “*Aí eu peguei e me irritava com as coisas assim, sabe? Que eu via que não era do meu jeito, sabe? Daí eu ficava com raiva assim não por, sabe, eu queria de um jeito e não era daquele jeito sabe. Eu ficava assim...*”. Exemplificou sua raiva ao ser contrariada em um momento em que a família estava arrumando o berço de Joaquim: “*Eu pedia para colocar ali, mas não botavam sabe, daí eu, eu fiquei assim, sabe, com uma raiva assim que foi motivo para discussão...*”. Destacou que não era assim antes da gestação: “*Isso aí não é eu, não é coisa de mim assim. Eu acho que por causa da gravidez também*”. Ela justificou sua conduta, dizendo que se sentia incomodada ao ter que solicitar ajuda das pessoas, pois não podia fazer força: “*Porque eu não gosto de, por mais que eu esteja grávida ou não, eu não gosto de ficar pedindo as coisas sabe? Mas se não faz aí, agora depois que eu fiquei grávida eu fiquei pior. Eu vou lá e faço e não peço. Se... como não podia fazer força, não podia fazer nada, eu tinha que pedir e eu acho que foi essa a minha...*”.

A partir dos relatos acima, constata-se que ela pareceu sentir os aspectos relacionados às mudanças físicas e emocionais como relacionados aos problemas de saúde que precisou enfrentar.

As alterações emocionais foram mais destacadas, sempre sendo relacionadas à sua condição de repouso, que a irritava profundamente. Tais alterações apontam novamente para possíveis dificuldades dela em regredir para conseguir estar em sintonia com seu filho. O fato de ter que pedir auxílio de outras pessoas deixava Andréa irritada e alterava seu humor.

Porém, a gravidez por si só também foi reconhecida como responsável por suas oscilações afetivas, já que ela destacou que não agia desta forma antes de engravidar. Diante disso, pode se pensar que os sintomas relacionados à problemática enfrentada pela gestação e a presença de indicadores da *preocupação materna primária* estavam intimamente ligados, não sendo possível constatar onde começava um ou o outro.

Sentimentos em relação à função materna

Andréa estava apreensiva quanto a ser mãe de mais um filho: *“Ai, eu achei que eu não ia conseguir mais um filho, sabe? Eu pensava assim no início. Mais no início, não. Mais no finzinho, porque eu tava cansando já assim”*. Tal sentimento foi justificado por esta já ter outros filhos pequenos e estar passando por uma gestação de risco: *“E eu passei muito... eu chorava muito, sabe, porque eu tive que parar de trabalhar [em casa] para segurar ele, né? Mexeu muito com tudo, sabe? Tudo mudou, sabe?”*.

Logo que soube da gravidez, ela ficou se questionando se conseguiria cuidar de um bebê, já que seus filhos apresentaram durante a gestação, comportamentos regressivos: *“Pensava: ‘Mas como é que eu vou fazer cuidando dele e deste, né?’ Foi tudo... um ficou chorão, o outro queria ser nenê voltou até a mamar na mamadeira, o de três anos... e agora ele voltou a mamar na mamadeira. Tenha dó, né? Aí tentei né, bá. Agora sim daí eu achei que eu não ia conseguir por isso”*. Mesmo diante de ambivalência, ela verbalizou momentos em que pensava em como cuidaria de Joaquim: *“E tem que tá perto de mim para eu ver, para eu cuidar, porque pode se afogar, muita coisa... porque eu tenho medo que ele se afogue assim, eu acho que é normal. Então quanto mais perto de nós, né?”*.

Apesar destas preocupações, Andréa relatou que também pensava que era uma pessoa forte para enfrentar as adversidades de desenvolver sua função materna: *“Se eu tive, se eu fui mãe e fui forte para sustentar três sozinha né, trabalhei, fui guerreira, fui forte, porque não é fácil. Por que que eu vou rejeitar agora?”*. Ela exemplificou que estava disposta a ter parto normal desde o início da gravidez, apesar da sugestão de profissionais da saúde: *“Que as gurias estavam me sugerindo [profissionais que a acompanharam no momento do parto]: ‘Tu já fizeste cesariana? O que que tu acha?’ Vinham toda hora me perguntar e eu jamais com aquelas dores intensas inclusive, uma atrás da outra, jamais cesariana. Eu sempre quis parto normal, né? Se eu ganhei meus três em parto normal por que que esse não, né?”*.

Analisando-se conjuntamente os relatos de Andréa, pode-se pensar que inicialmente ela estava insegura diante da possibilidade de ser mãe novamente. Questionava se conseguiria cuidar de

mais um filho, principalmente se este fosse prematuro, e se, conseqüentemente, teria condições de ser uma mãe devotada ao filho. Aos poucos, tal ambivalência foi abrindo espaço para preocupações dela com o bem-estar de seu bebê, que estavam refletidas em pensamentos relacionados a onde o filho dormiria e qual o tipo de parto que ela faria. Nestas verbalizações, pode-se constatar indicadores de que a capacidade de abstrair seus medos e temores parecia estar presente em Andréa e que ela parecia estar preocupada de maneira suficientemente boa com o filho que estava gestando.

Sintonia com o bebê na gestação

Em relação às expectativas de Andréa sobre Joaquim, ela verbalizou que o casal estava ansioso para descobrir o sexo dele: *“Eu acho que eu fiz umas cinco ecografias, porque a gente tava louco para saber o sexo do nenê e não aparecia e na última apareceu”*. De acordo com ela, só descobriram o sexo na última ecografia, pois o filho estava com as pernas cruzadas: *“É, ou se virava demais e não ficava na posição para ver, não aparecia, custou para aparecer”*.

A demora para saber o sexo do bebê fazia com ela ficasse imaginando como ele seria: *“Tinha intuição que era guri. E meu marido tinha intuição que era uma guria”*. No entanto, questionou-se sobre a possibilidade de criar uma menina: *“Para mim se fosse uma menina né ia ser uma menina novidade, né? Mas eu pensei assim, eu nunca cuidei de uma maneira, sabe? Se eu cuidar de uma menina será que eu vou cuidar bem? Então eu prefiro, vou cuidar de um menino, né?”*.

Mesmo diante das dúvidas, ela dizia não ter preferência sobre o sexo do filho: *“Não. E fiquei pensando nisso, sabe? Fiquei pensando assim, mas não tive preferência exatamente assim: ‘Bá se eu tiver uma menina acho que eu não vou conseguir lidar, porque eu nunca tive, né?’ E eu nunca cuidei de uma menina, então, ai meu Deus, tomara que seja um guri”*. Referiu que sua intuição foi devido a seu histórico: *“Eu tive três gurus, né? E de todos eu tive os mesmos sintomas assim, enjoô assim, sabe?”*.

No que se refere aos sentimentos relacionados ao filho, Andréa verbalizou que após uma ameaça de aborto [aos quatro meses de gestação], estes se tornaram mais intensos: *“Porque depois do susto que a gente levou eu tinha quase um principio de aborto, né? Eu tive um principio de aborto, e isso fez a gente se ligar mais sabe, que ele estava precisando da gente, do nosso carinho, né? Foi bem diferente, começamos a dar carinho desde a barriga, quando ele estava dentro de mim. E ele sentia, né? Porque cada vez que a gente conversava com ele, ele mexia”*. Assim como Andréa, a família começou a demonstrar uma maior ligação afetiva com o bebê: *“Até meus filhos, tiravam fotos todos juntos assim e depois cada um deu beijo né na foto assim, na barriga, e ele sentiu cada beijo. Eu sentia que ele... reagia, sabe? Ele mexia”*.

Ela destacou que conversava com seu filho para que ele não tivesse pressa de nascer: *“Eu falava: ‘Tu fica bem dentro, não vai dar susto na mãe hoje’, porque ele mexia tão... daí eu conversava com*

ele muito assim. 'A mãe te ama filho, fica bem dentro, quando tu vir, que tu venhas com bastante saúde', falava toda hora para ele". Ela comentou emocionada que ele reagia aos seus estímulos. Contou sobre um momento em que toda a família tentava escutar os batimentos cardíacos de Joaquim, que se confundiam com os seus: "E o meu marido deitava né, com os guris para escutar os batimentos. E os guris ficavam escutando o nenê, e os guris vinham quero escutar também. Só que não era o nenê que eles estavam escutando, era o meu, né? Era o meu coração, né? E eles sentiam, aí estou ouvindo, estou ouvindo. Era uma emoção. Parece um só".

Andréa verbalizou que sonhou "muito" com o filho na gestação. Seus sonhos foram descritos com sendo de conteúdo relacionado ao sexo do bebê: "Eu sonhava... eu sonhei que era ele mais um monte de menina do meu lado, né? Eu sonhava com ele mais um monte de menina. Só que na minha cama tinha umas seis guriázinhas assim... nenezinho, bebezinhos meninas e daí do outro lado que eu me virei tava um gurizinho, o meu. Achei estranho, né? Daí, aí eu acordei, né? Acordei com um choro e era o choro do meu filho de três anos. Aí eu acordei". Quando questionada sobre o que ela achava que significava o sonho, a mesma destacou: "Eu acho que entre seis meninas e um menino ia vir um guri, porque eu sonhava com um monte de guria né e só tinha um, então ia vir um guri. Eu só tinha um menino dentro de mim então era aquele menino lá". Os pesadelos relatados ocorreram após o nascimento e foram relacionados a medos de que o filho fosse roubado dela: "Eu tive pesadelo depois que eu ganhei. Eu sonhei que meu ex-marido veio e roubou meu filho. Eu sonhei isso aí e isso aí mexeu mais ainda comigo".

Considerando-se os relatos acima, pode-se sugerir a existência de indicadores de que a sintonia de Andréa com seu filho acentuou-se após uma ameaça de aborto no início da gestação. Parece que a possibilidade real desta perder o filho, reforçou sua convicção de desejá-lo e levar a gravidez adiante, assumindo sua responsabilidade pelo bem-estar do bebê. A partir disso, Andréa começou a imaginar o sexo do filho e como este seria. Os sonhos lembrados por ela também foram relacionados ao sexo do bebê, sendo que, seus conteúdos a faziam acreditar que era um menino que estava dentro dela. A mãe relatou que começou a conversar com o filho, atitude esta que persistiu durante toda a gestação. É possível pensar que Andréa havia ingressado em um elevado estado de identificação com Joaquim, relatando que o filho entendia o que ela dizia a ele e que tinha a sensação de eram um só. Constata-se em suas atitudes que ela parecia estar identificada com seu filho e sabendo o que ele sentia, sendo que tais aspectos podem ser considerados como indicadores da presença da *preocupação materna primária*.

Preparação para a chegada do filho

Andréa relatou que “foi tudo antecipado” para a chegada do filho. Ela comentou que “parece que foi adivinhado”, pois conseguiu organizar tudo o que queria antes do parto.

Ela destacou a importância do apoio de sua sogra neste momento, que estava muito feliz com a gravidez, pois iria ganhar o primeiro neto: “A minha sogra que fez. Comprou tudo, tudo. Minha sogra fez todo o enxoval do netinho dela, comprou tudo...”. Além do enxoval, a mãe do marido também organizou o chá de fralda para Andréa: “Uma semana antes de eu vir ganhar, eu ganhei um chá de fraldas. Deu tempo, sem querer né, parece que foi uma coisa. (...) Ela sentia, né?”.

A mãe também contou sobre o momento em que a família montava o berço de Joaquim: “Daí a gente montou o berço, só que eu queria num lugar e ele no outro, né? Até meu filho de três anos ele botou o travesseiro do nenê de um lado e o dele no outro, porque ele queria dormir junto com o bebê. Foi emocionalmente para ele [marido] principalmente o meu marido, que ele nunca viu isso. Para mim foi diferente porque os meus filhos ganharam o berço, o berço deles foi passado de antes, era da minha cunhada e passou para o meu. Esse sim foi tudo ganhado. Eu me senti assim, né?”. Andréa relatou preocupação que o berço do filho permanecesse em seu quarto, para que ela conseguisse ouvi-lo quando este a chamasse.

A partir dos relatos acima, é possível considerar que ela preparou-se antecipadamente para a chegada de seu filho, fato este que pode ser indicador da *preocupação materna primária*. A mãe do marido foi uma das pessoas que mais ajudaram nos preparativos, atitude esta que agradou muito Andréa. A família também antecipou animada a arrumação na casa para receber Joaquim. Ela comentou que tal situação fez com que o companheiro se emocionasse, sendo que foi somente nesta gestação que ela sentiu a felicidade e presença constante do marido. Pode se sugerir que tal apoio foi fundamental para que a mãe conseguisse apresentar indicadores da *preocupação materna primária*. A partir das verbalizações maternas, verifica-se que o lugar do filho na vida da mãe e da família foi sendo construído no decorrer da gestação, sem maiores conflitos.

3) Preocupação materna primária e o nascimento pré-termo

Impacto inicial do nascimento

A interrupção da gestação foi descrita por Andréa como difícil, aparecendo no relato materno um sentimento de responsabilidade pela interrupção precoce da gravidez: “Se eu pudesse eu teria, eu tentei segurar ele mais um pouco dentro de mim. Eu acho que a pior coisa é ver eles tão pequenininho ali sabe, tão fragilzinho ali... aquilo dói na gente, mas a gente sabe que é para o bem deles. Se

eu pudesse eu segurava ele até o fim, sabe? Não consegui, infelizmente". Ao mesmo tempo, não descartou a possibilidade de o filho ter vontade própria: *"Ele resolveu vir"*.

Sobre o momento do nascimento do filho, Andréa comentou que seu parto começou a ser induzido ao meio-dia, sendo que ele nasceu somente às dez e meia da noite. Ela relatou que se sentiu *"fraca demais já e cansada"*, destacando que teve medo de morrer: *"Pensei que eu ia morrer. Pensei, porque eu tomei muito remédio eu acho. Eu tava perdendo muito líquido e tomei antibiótico e tomei mais o remédio para induzir e depois disso eu tomei aquele para diminuir a minha dor, só que isso adormeceu muito, toda a minha boca assim, eu não conseguia mexer, todo o meu corpo assim adormeceu e eu não conseguia nem falar. Tava indo, tava diminuindo assim, parecia que eu tava apagando. Não conseguia nem falar. Eu não mexia boca, eu falava e não conseguia nem mexer a boca"*. Seu marido a acompanhou durante todo o parto: *"Das seis da tarde, porque ele chegou às seis horas né, até as três e meia da noite"*. Andréa referiu que o mesmo chamou a médica ao vê-la neste estado: *"Daí ele chamou a doutora para ver né, e a doutora viu assim: 'Não, a gente vai [fazer o parto], eu vou te ajudar'. Ela botava a mão na minha mão e dizia: 'Eu vou te ajudar, tem que aumentar um pouco a contração'. Ela ia aumentar a contração e daí ela veio e rompeu a minha bolsa, né? Quando ela veio, rompeu, porque eu não estava tendo contração, porque estava fechada em baixo, minha bolsa"*.

Andréa queixou-se do atendimento da equipe, que, segundo ela, poderia ter sido mais atenciosa: *"Teve uma doutora que veio e falou que eu estava com quatro centímetros só de dilatação e saiu, só que no momento que ela saiu, o nenê veio. O nenê veio e com quatro centímetros de dilatação, será que eu tava com quatro centímetros de dilatação para o nenê vir? Como ele era prematuro ele era pequenininho e poderia ser, né? Daí eu senti uma coisa negativa da doutora, né?"*.

Quando questionada sobre seus medos relacionados à sobrevivência do filho, ela afirmou: *"Sim, eu pensei que ele estava morrendo dentro de mim também. Porque eu estava naquele estado lá. Eu tava fraca, cansada, foi muita turbulência, né? De um dia para outro"*. Além disso, as informações médicas eram de que o filho corria risco de vida, o que deixou Andréa mais alarmada. Apesar de todas as intercorrências, ela verbalizou que seu esforço foi recompensado: *"Fui persistente, na dor, ali, sofrendo do meio-dia às dez e meia da noite, mas veio de parto normal"*.

Logo após o nascimento de Joaquim, ela verbalizou que sentiu *"um alívio de ver ele ali né, bem, né?"*. Ela relatou que não pode ficar com o filho, pois a médica observou que este era prematuro: *"A doutora falou assim: 'Vamos enrolar e dar para mãe né assim', para eu sentir o cheirinho dele, né? E a doutora, a outra moça que tava lá, falou: 'Não, mas ele é prematuro, é de trinta e duas semanas, tem que subir [para a UTI] com ele'. Daí as gurias: 'Ai meu Deus'. E aí eu tava naquela expectativa será que vão dar ou não? Daí levaram ele"*.

Andréa destacou ainda que sentiu um estranhamento em relação à separação do filho, pois suas gestações anteriores foram de “*nove meses*” e seus filhos ficaram com ela após o parto: “*E eu subi e o meu não tava ali sabe, uma sensação tão... um vazio, sabe? Parece que eu estava sem... Faltava alguma coisa*” .

Diante dos relatos descritos acima, percebe-se que Andréa se sentia responsável pelo nascimento pré-termo de seu filho. No entanto, já verbalizava a vontade própria dele para nascer também. Seus relatos refletem sua identificação com o filho, ao mesmo tempo em que, ela conseguiu se diferenciar dele e saber de sua responsabilidade diante dos cuidados que este necessitava. Ela sabia também que o parto antes do tempo era fundamental para a sobrevivência de Joaquim, porém referiu que fez de tudo para mantê-lo dentro dela por mais tempo. Tais características podem ser consideradas como indicadores da *preocupação materna primária*.

O momento do parto foi complicado para ela, pois permaneceu em trabalho de parto durante muitas horas e precisou fazer uso de medicações. Ela relatou também não estar satisfeita com o atendimento dos profissionais em alguns momentos. Tal situação deixou-a temerosa quanto à vida dela e a do seu filho. A demora para o nascimento foi resultado de uma decisão de Andréa de realizar um parto normal, porque ela sabia o quanto isto influenciaria a saúde de Joaquim. Mesmo diante de algumas adversidades, ela não abriu mão de sua decisão. Tais atitudes dela podem ser indicadores de sua *preocupação materna primária*, que apesar de todo o desgaste diante de horas de trabalho de parto, não abriu mão do que era melhor para seu filho. A expectativa de Andréa em pegar o filho após o parto não foi atendida pela equipe médica. Apesar de entender o porquê desta atitude, demonstrou certo estranhamento, pois nunca havia passado por tal situação anteriormente.

Capacidade de recuperação da mãe após o parto

Quanto a sua capacidade de recuperação física após o parto, Andréa verbalizou que: “*Aí depois eu fique muito fraca, né? Eu não conseguia nem... depois parece que eu desmaiei, sabe?*”. Destacou que ficou “*com muita dor, sabe, por dentro assim*”. Ainda sobre suas dores físicas após o parto, Andréa relatou não saber se estas estavam ligadas ao longo trabalho de parto ou a sua rotina diária no hospital: “*Eu não sei se é porque eu estou sentada, mas é normal né, sentar. E as minhas pernas incham demais, acho que é porque eu estou aqui né, para cima e para baixo, daí incha, né? Mas a minha dor maior é essa, e não posso sentar assim oh [mostra a posição na qual não pode sentar por muito tempo] por muito tempo. Eu tenho que fazer assim, eu tenho que levantar bem devagar porque parece que tá tudo enferrujado aqui. Eu pareço uma avó, né?*” .

O sintoma emocional que mais chamou sua atenção após o parto foi o de que ela ficou “*muito sensível*”. Referiu que “*qualquer coisinha assim era motivo para eu chorar, né?*”. [Durante o atendimento psicológico, eram muito frequentes os momentos em que Andréa enchia os olhos de lágrimas, mesmo quando se tratava de um assunto trivial. A mesma alegou que este estado de sensibilidade exacerbada tinha dois motivos principais: a situação de prematuridade de seu filho e o medo de perder a guarda de seus três filhos do primeiro casamento, devido a uma ação judicial movida pelo ex-marido, que solicitava a guarda dos mesmos. Andréa foi orientada pela autora a procurar a Defensoria Pública do Rio Grande do Sul, na qual foi informada que o pai das crianças não tinha chance de ganhar a causa, devido a seu histórico de conduta violenta e negligente com as mesmas]. Além disso, ela comentou que sua rotina estava muito diferente, fato este que contribuía para sua sensibilidade: “*Muito diferente. Coisa assim que eu nem imaginava né, tão acontecendo. Acho que esse é o grande motivo para mim tá ainda sensível, né?*”.

Os relatos de Andréa revelam que ela demorou bastante para se recuperar fisicamente do parto. Pode-se sugerir que os seus sintomas físicos de mal-estar também estavam ligados aos seus sintomas emocionais, parecendo que um influenciava o outro. Assim, poucas associações parecem possíveis entre os relatos acima e indicadores da *preocupação materna primária*.

Sentimentos em relação aos primeiros contatos

O primeiro contato com o filho foi descrito com estranhamento por Andréa: “*Ai, quando eu vi ele assim... eu tive uma sensação estranha assim, porque ele era tão pequenininho, né? Quando ele veio, daí não deu tempo de nada, né? Apenas ela sentou ele um pouquinho né e ele ficou meio assim com a cabeça, né? Parece que bebeu, né?*”. Ela verbalizou que Joaquim não nasceu chorando, fato este que a deixou preocupada: “*Aí ele deu um espirro e aí fez xixi e chorou. Ele não nasceu chorando né, me assustei por isso também, né? Ele chorou depois que deu um espirro, ele se afogou com algumas coisas, né? Daí foi estranho, foi diferente*”. No entanto, após o primeiro susto, Andréa comentou: “*Mas depois ele espirrou e já chorou e já fez xixi na hora, já tava pronto*”. Quando questionada sobre o que achou da fisionomia do bebê, a mãe referiu: “*É como eu vi na ecografia ele. Eu já sabia como é que ele ia ser mais ou menos*”.

Ainda em relação aos primeiros contatos com o bebê, um dia após o parto, Andréa foi para o Centro Obstétrico, onde a enfermeira foi buscá-la para ver Joaquim. Ela relatou que foi “*difícil*” vê-lo neste estado: “*Daí eu vi ele e foi uma sensação tão... sabe? O jeito que ele tava ali, tão pequenininho, tão sensível ali, cheio de aparelhos, agulha, aparelho que ele tava eram uns antibióticos, o soro para hidratar ele né, aquele coisinha para ver o coração dele, para marcar os batimentos*”. Emocionalmente, a mãe destacou que “*foi um choque para mim porque eu nunca vi meus filhos assim, sabe?*”, sendo que tal contexto fazia com que a mesma se sentisse “*impotente, sem ação*”. Verbalizou novamente sobre sua responsabilidade no parto pré-termo e pediu desculpas ao filho: “*Eu tentei segurar ele dentro de mim*”.

mais um pouco, mas não consegui. Se eu conseguisse pelo menos de repente hoje ele não estaria ali, né? Daí eu vi aquilo ali e falei para mim: 'Não consegui filho, desculpa né, eu pedi para ele, que a mãe não conseguiu, né?'

Referiu que a única coisa que poderia fazer naquele momento era chorar, porém sempre pensava em poupar o filho: *“Tentei não chorar perto dele, né? Porque daí transmite coisas né, para ele né, e ele sente, né?”*.

Considerando os relatos de Andréa sobre seus sentimentos em relação aos primeiros contatos com Joaquim, constata-se que, inicialmente, ela se sentiu estranha ao ver o filho. Sugere-se que tais sentimentos relacionam-se a interrupção precoce da gestação e o nascimento de um bebê “pequeno”, diferente do que a mãe havia imaginado até então. Porém, tais acontecimentos parecem não ter influenciado muito na presença dos indicadores de sua *preocupação materna primária*, pois ela conseguiu se aproximar em seguida de seu filho.

A primeira vez que Andréa viu Joaquim foi descrita como chocante, devido ao estado de saúde do bebê, que se encontrava no oxigênio e na incubadora. Ela descreveu sentimento de impotência diante de tal contexto e pediu desculpas ao filho, pois se sentia responsável por seu nascimento pré-termo. Mesmo diante das adversidades, Andréa conseguiu pensar no bem-estar de seu filho e procurava poupá-lo de sua tristeza, atitudes estas que podem ser indicadoras da *preocupação materna primária*.

4) Preocupação materna primária no puerpério

Sentimentos sobre o comportamento do bebê

Segundo Andréa, seu filho era “bem comportadinho”, pois dormia “muito” e chorava pouco. Ela destacou também que *“As gurias [profissionais da UTINeo] adoram, né? As gurias adoram ele. Ele dormiu, só dormiu. Ele acorda só para mamar”*. Ao mesmo tempo em que apontava que o filho dormia muito, referiu que este também era “bem ativo”, quando comparado aos outros bebês. Quanto a seu físico, Andréa achava seu filho “a cara do pai”.

Os relatos descritos acima revelam que, em geral, a mãe estava deixando de ver o filho de forma estranha e já começava a descrever os seus comportamentos. Ela realizou um movimento de aproximá-lo fisicamente do marido, ao reconhecer que era parecido com ele, evitando que seu filho parecesse estranho aos seus olhos. Ainda que ele fosse prematuro, quando comparado a outros bebês da UTINeo, seu comportamento foi descrito por ela como mais ativo. É possível notar nos relatos de Andréa que ela misturava suas expectativas sobre o comportamento do bebê,

identificação esta que pode ser um indicador da *preocupação materna primária*. Ela também reconhecia as potencialidades do filho, ressaltando que ele se destacava dentre os demais bebês da UTINeo.

Sentimentos sobre situações de separação do filho

Andréa relatou que sua alta hospitalar “foi o pior momento” para ela. Ela mencionou desconforto ao falar sobre este momento e verbalizou: “*Porque a sensação assim, eu não queria ir embora e deixar ele aqui, sabe? Eu ia ficar com ele aqui a noite inteira se eu pudesse. Mas as gurias me convenceram de ir embora, de descansar, tomar bastante água para no outro dia tirar leite para ele e isso que vai fazer ficar forte, né? E foi o que eu fiz, né? Porque ele tá bem aqui. (...) Aí eu fui embora, né? Mas foi muito difícil. Eu acho que eu fui embora à uma hora da manhã*”. Quando questionada sobre como reagiu, ela referiu que “*chorava, chorava*”, porém, apesar de seu sofrimento, destacou preocupação em demonstrar sofrimento ao filho: “*O problema é que eu chorava né, e passava para ele sem querer, apesar de eu não fazer isso lá dentro, quando eu olhava para ele eu já chorava de novo, sabe? E eu não queria ir embora. Daí foi pior. Foi o pior momento para mim*”.

Os sentimentos tristes de Andréa nas horas de separação persistiram durante a internação de Joaquim: “*O mais difícil é a hora que eu vou embora*”, apesar de destacar que confiava nos profissionais da UTINeo: “*Não tá sozinho, tá bem acompanhado com as gurias [técnicas e enfermeiras], mas que a gente mais quer é deixar eles pertinho aqui da gente, né?*”. Com o objetivo de diminuir a tristeza nas horas em que voltava para casa, a mãe tentava estabelecer uma rotina com o filho, antes de ir embora: “*Eu dou banho nele, mudo ele, eu dou mamadeira para ele, dou o seio para ele, aí boto ele no bercinho e converso com ele né: ‘Tchau filho até amanhã, a mamãe vai vir cedo para tirar o leite para ti para ti mamar, tá, daí tu dorme bem, fica com Deus que as gurias tão cuidando bem de ti, tá?’*. Daí eu vou embora”. Porém, no momento de sair, ela relatou dificuldades: “*Só que no momento que eu vou embora eu já vou desabando, né?... fico muito triste, né? Eu queria muito ir com ele né, ou ficar com ele, né? Jamais a gente quer deixar um pedacinho da gente tão longe*”. Afirmou que “*a mãe que é ‘a mãe’ né, nunca quer deixar o seu pedacinho longe, né? E a gente já sai triste, né? Eu já vou desabando água desde a porta aqui, começa aqui e vou até lá em casa chorando*”.

Para compensar a tristeza dos momentos de separação, ela verbalizou felicidade ao reencontrar o filho: “*Dou pulo né, de alegria, porque eu estou vendo ele bem. (...) Me sinto bem porque eu vejo que ele tá bem, tá dormindo, tá calminho*”. Ela relatou que a confiança nos profissionais da equipe foi fundamental para que conseguisse enfrentar a situação: “*É, por isso que eu me sinto segura indo para casa*”.

Ao examinar os relatos acima, percebe-se que, os momentos de separação da mãe de seu filho foram vividos com tristeza e dificuldade. A alta hospitalar de Andréa foi descrita como a situação mais difícil enfrentada desde o nascimento do bebê. Apesar disso, ela preocupava-se em não passar sentimentos tristes ao filho, pois acreditava que poderia prejudicá-lo. Diante disso é possível pensar que o sofrimento materno decorre do fato de que a mãe estava identificada e estabelecendo uma relação de dependência saudável e esperada com seu bebê, indicadora da presença da *preocupação materna primária*. A separação, neste momento tão delicado, trouxe muito sofrimento à mãe, pois, no curso esperado do desenvolvimento emocional, a díade estaria grudada.

Os momentos de separação durante a internação também eram difíceis para ela. Para amenizar tais sentimentos, ela procurou organizar uma rotina de cuidados com Joaquim, que fazia antes de ir embora para casa. Tal conduta pode ser indicadora de uma sensibilidade exacerbada de Andréa, que é característica da *preocupação materna primária*. Neste contexto, preparava uma rotina de cuidados quando iria se separar do filho para que o mesmo, e ela, não sentissem tanto a falta um do outro. Ela comentou que cada vez que ia embora, sentia como se um pedaço de si ficasse no hospital, já que estava identificada com Joaquim. Por outro lado, os momentos de reencontro foram destacados com carinho por ela. Ela comentou que seu bem-estar estava condicionado ao bem-estar de seu filho, referindo que quando via que ele estava bem, sentia-se bem também.

Sentimentos sobre os cuidados na UTINeo

Apesar das preocupações em relação ao filho, Andréa estabeleceu uma relação de confiança e gratidão com os profissionais da UTINeo: *“Ai, eu me sinto segura, por isso que eu vou para casa, se não eu não ia. Eu me sinto segura com elas, todas, o jeito que elas tratam ele. Não só ele, mas todos os bebês. Elas são muito atenciosas com eles”*. Quando questionada a respeito de como se sentia com os profissionais cuidando de seu filho, a mãe não relatou conflitos: *“Eu sinto como... como é que eu vou dizer, eu sinto que tratam como filho, né?... eu sei que elas tão ajudando! Até demais assim eu vejo. Porque elas tão trabalhando ali, né? Elas se dedicam totalmente a eles, né? Completamente”*. Andréa imaginava que tal conduta dos profissionais era *“para deixar nós tranqüilas [mães], né? Elas fazem tudo isso para deixar nós tranqüilas, saber que eles tão bem, elas fazem o melhor para ele”*.

Embora relatasse preocupação em deixar o filho no hospital, destacou segurança em deixá-lo na UTINeo: *“Me sinto segura e vou para casa. Eu vou para casa tranqüila, durmo né e venho no outro dia bem disposta para ele, né? Quando eu saio eu vejo que ele tá bem e quando eu chego, eu vejo a resposta,*

né?”. Quando questionada sobre quem cuidou mais do bebê na UTINeo, citou o nome de uma funcionária, que não dedicou sua atenção apenas a Joaquim, mas também a própria Andréa: *“Han, quem cuidou muito dele no início, eu gosto muito dela, a dona Nice, lá do Isolamento. Sabe, ela marcou em mim, sabe? Ela conversava muito comigo, com ele. Eu acho que a primeira pessoa que fica com teu filho sempre fica marcado... foi a primeira pessoa que eu vi com ele. Aquela que me ensinou a mudar ele, porque ele era muito pequenininho...”*. Ela sentia-se apoiada e cuidada no hospital: *“Me sinto segura aqui com ele, entre mim e ele, né? Nós dois aqui estamos bem. Muito segura”*.

Com isso, Andréa evitava apressar a alta hospitalar do filho, fato este muito comum nas mães da UTINeo: *“Eu acho que eu ia me sentir insegura se tivesse lá fora, sabe? Com dúvidas, eu não quero sair daqui com dúvidas, é o meu maior medo, sabe? Eu quero sair daqui com a certeza de que tá tudo bem com ele”*.

A partir dos relatos acima, que o fato de Andréa confiar na equipe da UTINeo foi fundamental para que ela conseguisse enfrentar a situação de prematuridade de seu filho. Ela comentou que além de admirar os cuidados dedicados a Joaquim, também se sentia cuidada pela equipe, cuidado este fundamental comumente associado à presença de indicadores da *preocupação materna primária*. Mais uma vez conseguindo ser empática com seu filho, apesar do aparente desejo de levá-lo para casa, Andréa não tinha intenção de apressar a alta hospitalar dele, relatando que sabia que os profissionais da UTINeo o liberaria somente quando estivesse tudo bem com sua saúde.

Sentimentos sobre a comunicação da díade

Andréa afirmou desejo de adivinhar o significado dos sinais emitidos por Joaquim: *“Eu queria só adivinhar o que que será que ele tá sonhando, que ele tá rindo. Por que tem horas que ele chora, sabe?”*. Ela dizia não saber o que o filho precisa nestes momentos: *“Eu não sei. Eu não consigo... essa parte eu não consigo... eu não consigo pensar...”*.

Apesar de verbalizar dificuldades em decifrar as necessidades do bebê, ela intuía que: *“Coisa boa ele ri, coisa que ele não gosta ele chora”*. Ela considerava que o mais fácil de entender no filho era quando ele estava com fome [14º. dia após nascimento do bebê]: *“Ele só começa a nhan, nhan, nhan, com aquele bico lá, daí eu sei que é fome. Uma vez que ele chora assim é que é quando... no momento que ele chorou só não foi um choro, foi só para me ligar, oh, ele vai chorar, né? Ele resmungou um pouquinho daí eu vi também que caiu o bico dele e ele tava com fome, tava quase na hora do mama”*. Andréa relatou que Joaquim não chorava muito.

Ela conversava muito com o filho e gostava de explicar a ele quando precisa sair ou quando retornava ao hospital: *“Eu falo assim: ‘Filho, a mamãe chegou, só que a mãe vai ali e já volta, tá?’*. Eu

falei pra ele assim, sabe? E ele: 'Humf!'. De olho fechado assim, ele olhou para cima e riu assim". Além destes momentos, ela conversava com o bebê no momento da alimentação também [10º. dia após o nascimento do bebê]: "Oi filho, a mamãe tá aqui, já tá quase na hora do teu mama, tão bonitinho, tá tão gordinho, vamos mama mais um pouquinho para ganhar mais peso, tá quase na hora, já vai chegar, tá filho?". Quando questionada sobre a capacidade de Joaquim reconhecer o que ela falava, Andréa afirmou que este a entendia e complementou: "Eu acho que é uma palavra de coração de mãe, né? Que vai direto para ele, né? São palavras com o coração, né?".

Ela achava que o filho "sente" sua presença: "Eu sinto que ele sabe que eu cheguei, né? E ele olha assim né, fica olhando assim. Ele abre aqueles olhinhos assim tão pitininho, oh...". Segundo Andréa, o mesmo acontecia na presença do marido: "Ele olha para gente assim, abre os olhinhos assim, fica assim, sabe? Fica olhando assim, ou olha assim direto fixamente assim para gente mesmo, né? Fica... a gente vê que ele está vendo que somos nós, assim".

De acordo com ela, o momento que mais agradava Joaquim era quando este estava em seu colo: "Quando eu estou com ele no colo. Ele dorme, ele dorme. Só que ele custa para dormir, ele vem para o meu colo e ele acorda, ele abre aqueles olhão assim. (...) Eu acho que é a parte que ele mais gosta". Ela mencionou que a interação com o filho era muito rica, sendo que ele respondia a seus estímulos: "Ele devolve. Eu tiro toda a energia para dar para ele. Tiro tudo né, primeiro ele". Ela exemplificou um momento da interação entre ela, Joaquim e o marido: "Teve uma vez que o pai dele botou a mão dele assim [mostrando para a entrevistadora], e eu botei a minha depois né, só que quando ele bota a mão do pai dele, o dedo do pai dele, o pai dele faz assim com a mão e ele aperta. O pai dele tava fazendo isso toda hora nele, né? E eu botei o meu e ele viu que não era o pai dele. Eu senti que ele viu que não era porque ele só botou a mão assim e não pegou, ele não fez nada". Destacou a capacidade dele diferenciá-la do marido: "Eu senti que ele viu que não era do pai dele. Que o pai dele tem uma mão né grande, a minha é pequeninha, dedinho". Quando ela comentou que o filho construía determinadas brincadeiras com o pai, procurou desenvolver suas próprias, para diferenciá-la do marido: "Daí o que eu fazia para ele, para ele sentir que era eu: eu botava a mão na cabecinha dele, né? Mas nunca o dedinho assim, sabe? Quem fazia isso era o pai dele. Eu botava a mão no pezinho, na bundinha dele, sabe?".

Considerando os relatos de Andréa sobre a comunicação com seu filho, destaca-se o estabelecimento, gradual, de um caminho de ligação da díade. Inicialmente, ela pareceu ter dificuldade em entender os sinais emitidos pelo bebê, mas tal situação não perdurou e ela logo conseguiu decifrar os primeiros sinais de Joaquim relacionados à fome, o que sugere a presença dos indicadores da *preocupação materna primária*. Com isto, gestos como conversar com o filho e explicar para ele acontecimentos de sua rotina, apresentando o mundo ao bebê se tornaram mais frequentes. Ela destacou que Joaquim tinha a capacidade de reconhecê-la e respondia a estes

momentos de comunicação com o olhar, sendo que sentia que toda a energia dedicada a ele era retribuída pelo bebê. Os momentos em que o marido estava junto com os dois também foram lembrados. No entanto, Andréa preocupava-se em diferenciar suas brincadeiras com Joaquim das atividades que o pai realizava com o bebê. De acordo com ela, o bebê já começava a apresentar a capacidade de diferenciá-la do marido.

Sentimentos sobre a maternidade

Andréa disse que a experiência da maternidade nos primeiros dias após o nascimento de Joaquim foi “*estranha*” [sobre os primeiros oito dias de internação]: “*Ai, eu senti, sei lá, eu me senti estranho porque foi uma sensação muito estranha porque ele não tava comigo primeiramente, né?*”. No início ela questionava-se se saberia assumir tarefas com o bebê: “*Custou para cair a ficha, eu senti... eu achei que eu não conseguir*”, porém, aos poucos foi se apropriando de suas funções : “*Mas aos pouquinhos eu estou conseguindo porque eu consigo dar conta de vir aqui, atender ele. Eu venho cedo, às sete horas eu estou aqui e vou embora onze e meia, dez e meia, por aí. E ainda eu vou para casa e consigo dar conta dos meus três filhos em casa, sabe?*”.

Ela justificou seus receios iniciais por se sentir insegura ao cuidar do filho internado: “*Porque por ele tá aqui longe, né? E eu tenho que vir, tirar leite para ele. Eu tenho medo que falte leite para ele de noite. Daí tudo ajudou. Mas agora eu tenho opinião diferente né, agora eu vi que eu consigo, que eu sou forte, né?*”. Como foi, gradativamente, construindo sua maternidade e sua confiança nos seus próprios cuidados, Andréa disse que: “*Eu estou me sentindo mais mãe porque eu estou com ele. No momento que ele saiu de mim eu me senti estranha, sabe? Eu achei estranho porque eu não tava com ele*”. Segundo ela, o fator que mais contribuiu para seu fortalecimento foi ver o quanto Joaquim precisava dela: “*Mas no momento que eu vi ele a primeira vez lá no Isolamento, eu vi o quanto ele precisa de mim, sabe? Se eu não desse força para ele, como é que ele ia conseguir? Eu falei para ele que eu ia ficar o tempo todo para ajudar ele né, para dar força para ele. E principalmente o meu leite. Eu ia dar bastante leite para ele para ele sair rápido daqui. E é o que tá acontecendo, né?*”.

Andréa enumerou os cuidados que tinha com Joaquim na UTINeo, destacando que sabia da importância de sua conduta afetiva para o filho: “*Eu mudo ele, eu dou mamadeirinha para ele, eu dou o seio para ele agora, eu dou banhinho nele. Eu penso assim, quanto mais contato eu tiver como uma mãe para ele ali né, ele reage mais sabe. Ele sente que é eu, né?*”. Ela também relatou que “*eu sei a hora que ele tá xixi, que ele tá cocô. Não por cheirar, mas por sentir, a gente sente...*”.

Destacou a importância do incentivo recebido dos profissionais da equipe para que ela assumisse os cuidados com o bebê: “*Ela falou [técnica de enfermagem]: ‘Tu quer mudar mãe?’ Eu falei para ela que eu queria muito mudar ele né, então ela: ‘Então tu quer mudar?’ Aí eu: ‘Ai, eu quero’. Aí*

então eu falei para ela: ‘Só que eu tenho medo porque ele é muito pequenininho, né?’ Aí não, vem cá que eu vou te ensinar, pega aqui, pega ali e deu. Depois ela me ensinou a dar mama, sabe, que eu que dei desde o início, a mamadeira fui eu que dei”. Andréa referiu que esta experiência “foi única, sem explicação”. Andréa destacou que imaginava que a equipe a via como “uma mãe presente assim, né? Uma mãe coruja”, sendo que suas atitudes diante do filho foram elogiadas: “Elas deram parabéns para mim porque eu estou me esforçando mais assim por ele, as enfermeiras sempre falam isso”. [No atendimento psicológico, Andréa relatou que tais elogios reforçavam ainda mais sua conduta positiva em relação ao filho, além de fortalecer o vínculo de confiança desta com os profissionais da UTINeo].

Quando questionada a respeito de como se sentia cuidando de seu filho, ela destacou: “Ai, eu sinto, me sinto em casa com ele, né? Porque daí é a rotina de casa, né?”. Justificou que os primeiros momentos emocionantes que viveu com Joaquim, que no caso de um parto normal seria em casa, são vivenciados no hospital: “E ontem eu senti uma coisa tão. (...) Cheguei a me emocionar né, eu chorei, porque o pai dele deu mamadeira para ele ontem de noite, sabe? Ficou tocante em mim, ele fez uma coisa que eu jamais imaginei porque ele tão pequenininho assim, eu achei que ele não ia querer. Ele que pediu para dar o mama para ele”. Ela relatou que conseguia se desligar do ambiente externo para se sentir mais próxima do filho: “É, eu me sinto em casa quando eu faço essas coisas para ele, dou banhinho, mudo ele sabe, dou mama. Eu me sinto em casa, mas quando eu olho para lado eu sei que não é, sabe? Só quando eu olho para lado a gente percebe né, onde a gente tá. Porque a gente tá tão junto [ela e o bebê], tão assim ligado nesse momento”.

Em relação à incubadora, ela frisou a importância desta para a recuperação do filho, apesar de achá-la “estranha, uma caixinha” e dos impeditivos que esta impôs à maternidade: “Eu preferia que ele ficasse dentro para não ter contato nenhum, sabe? Com o ar daqui, quando ele tava lá no Isolamento. Mas eu preferia assim né, todo o tempo. Me deixava mais segura”. Quando o bebê deixou a incubadora, quatorze dias após seu nascimento, ela relatou que ficava controlando se este estava conseguindo manter a temperatura.

Segundo Andréa, o momento de maior gratificação para ela era observar “cada passo que ele dá”. Tal aspecto era representado pela melhora gradativa do filho: “Ele estava na incubadora, de luz, antibiótico, oxigênio, agora tá na salinha do Canguru sem nada, tá com, só pra medir o coração, os batimentos. Cada passo é uma vitória” [14º dia após o nascimento]. Quando questionada a respeito do que lhe agradava mais em ser mãe de Joaquim, ela falou: “Ver que o meu nenê tá bem aqui. Tudo me agrada em ser mãe, ver que meus filhos têm saúde, apesar de tudo, sabe? O nenê agora é só ganhar peso”. De acordo com ela, as maiores necessidades do bebê eram: “Eu. Eu e o pai dele”.

Ela comentou que sonhava freqüentemente que estava cuidando do filho em casa: “O sonho que eu tenho sempre é quando eu estou, quando eu acordo e ele tá ali do lado no bercinho, sabe? Teve um

dia que eu sonhei que ele tava ali, que ele tava chorando, só que eu nem olhei para berço, eu apenas me levantei e fui procurar a mamadeira dele, coisa assim, né? Que aqui ele tava tomando só a mamadeirinha, aí eu acordei, mas ele não tá aqui, bá, né? Aquilo ali foi um balde de água fria. Acordei, eu levantei né, sonhei que ele tava chorando ali no berço né, acordei, levantei e fui lá procurar a mamadeira dele, mas nem olhei para berço né, apenas fui fazer isso”.

De acordo com os relatos acima, pode-se perceber que Andréa, inicialmente, não se sentia segura, o que pode ter afetado a emergência dos indicadores de *preocupação materna primária*. O fato de ter tido partos a termo dos outros filhos acentuou este estranhamento, pois ela comparava tais contextos. No entanto, na medida em que ia se aproximando mais de seu filho, fortalecia sua capacidade de acreditar nela mesma e em sua capacidade de cuidá-lo bem. Já mais identificada com seu filho, a mãe comentou que um dos fatores que fizeram com que ela se sentisse mais forte foi ver o quanto o bebê era dependente de seus cuidados.

Os indicadores de *preocupação materna primária* foram se fazendo presentes, e ela parecia começar a sentir prazer em exercer os cuidados do filho e relatando que sentia quando o bebê precisava de seus cuidados. Andréa parecia conseguir desligar-se do ambiente ansiogênico da UTINeo, vivenciando sua *preocupação materna primária* com Joaquim. Os momentos de felicidade da família não deixaram de acontecer porque ele estava internado, e ela emocionava-se a cada nova aquisição de seu filho. A primeira vez que o pai amamentou o filho na mamadeira foi mencionada como uma das mais emocionantes experienciadas pela mãe. A partir de seus relatos, percebe-se sua realização e orgulho em exercer sua devoção com Joaquim. Seus sonhos também pareciam indicar a presença de indicadores da *preocupação materna primária*, pois seus conteúdos estavam relacionados aos desejos de prover cuidados ao filho quando ele fosse para casa.

Sentimentos sobre a amamentação

O seu leite representava para Andréa o cuidado mais vital que esta poderia dar ao filho: “*Só com o meu leite do seio e engordou mais trinta gramas*” e tinha dificuldade de entender o porquê de Joaquim demorar um pouco mais para mamar seu leite: “*Os três mamaram e nunca tiveram nada, entendeu? E agora por que não esse também?*”.

Com a liberação médica para fornecer o leite materno a Joaquim na mamadeira [12º. dia após o nascimento do bebê], ocorreu um engano por parte da equipe que deixou Andréa “*muito chateada*”. Houve a troca do leite materno por uma fórmula dada aos prematuros: “*O meu leite foi para seringa e eu não queria que fosse* [a fórmula foi para a mamadeira e Andréa gostaria de amamentar o filho com seu leite na mamadeira]. *Eu fiquei chateada porque a doutora disse para mim: ‘Mãe, vamos então estimular com leite na mamadeira, o leite do teu seio na mamadeira porque assim que ele estiver sugando bem e se ele não perder*

peso, ele vai rápido para seio'. E aquilo ali me deixou, me incentivou e eu vinha todo o dia às sete horas da manhã pra tirar o leite dele, sabe, quatro vezes ao dia eu vou ali no banco de leite pra tirar leite para ele tomar na mamadeira para não faltar, (...) para eu sentir que não tá faltando leite para ele, né?"

A mesma intuíta que Joaquim era maior que os outros bebês da UTINeo por causa de seu leite: *"Porque têm bebês ali que não estão tomando leite do seio e que estão bem menores que ele... então eu sei que é o meu leite que tá fazendo aquilo ali para ele. E eu não acho justo se eu estou me esforçando tanto para ele por que que não, por que que não mamar do meu leite? Dá o leite, a fórmula, para quem tá precisando, não para o meu que não tá precisando. Eu chorei muito, eu chorei muito"* [em função da troca do seu leite pela fórmula]. Nesta situação, a equipe admitiu o erro e se desculpou com a mãe: *"Até que as enfermeiras falaram: nós não vamos deixar isso acontecer, tu tá em todo o teu direito de defender o teu filhote. A mãe quer o seu filhote"*.

A amamentação ao peito logo foi liberada pelos médicos [12º. dia após o nascimento do bebê], fato este que resultou em momentos importantes da mãe com o filho: *"Ai, foi uma sensação tão... sabe? Eu e ele viramos um só, né? Ele tava em mim assim, senti ele, a boquinha dele no meu seio, não uma boquinha artificial, que é aquela maquininha ali. Foi uma sensação bem única assim, sabe?"*. Em seguida, ela relatou que Joaquim estava mamando bastante para um bebê prematuro: *"Mamou dez minutos em cada lado, né?"*.

Estes momentos eram descritos como lúdicos por ela: *"Ai, eu boto o biquinho na boca dele, eu fico passando assim na boquinha dele, daí olha para mamãe, conversando, olha para mamãe, tá na hora de mamar, vamos acordar, vamos seu preguiçoso, depois tu pega peso, espera um pouquinho, vamos botar para dentro primeiro. Eu falo assim com ele. Daí eu... às vezes ele acorda, ele puxa o bico pra dentro e toma o mamazinho"*.

A partir dos relatos acima, pode-se pensar que a amamentação era vista como algo vital para Andréa, tanto para a mãe quanto para o filho, na qual as trocas entre eles eram realizadas. Ela assumiu que seu leite era responsável pela recuperação de Joaquim, demonstrando acentuado descontentamento com uma troca de leites na UTINeo. Ela pareceu sentir que seu filhote estava em perigo e logo se rebelou com os profissionais da UTINeo. Tais condutas apontam para indicadores da presença da *preocupação materna primária*.

Quando a amamentação ao peito foi liberada, a mãe pareceu sentir-se realizada, descrevendo que sua sensação era a de que ela e seu filho eram um só naquele momento. Tais relatos parecem apontar para indicadores da *preocupação materna primária*. Nesse sentido, ela buscava seus direitos de cuidá-lo em sua prematuridade, pois sentia o quanto seu bebê precisava dela em seu processo de recuperação.

Disponibilidade de entrega da mãe aos cuidados com o filho

Andréa contestava freqüentemente a falta de disponibilidade das outras mães em se dedicar aos seus filhos internados: *“Eu acho que se todo mundo fizesse um pouquinho de sacrifício, os bebês não estariam tanto tempo dentro de uma UTI. Porque a presença do pai ou da mãe ali é muito importante. Mas nenhum vem, sabe? Porque moram longe... mas tem casa de apoio aqui. Eu moro aqui em Porto Alegre né, eu queria muito ficar aqui mais perto dele, mas eu não posso porque eu tenho três filhos lá também, né? E mesmo assim eu vou embora todo o dia, entre onze e meia e dez e meia da noite, por aí, e volto no outro dia sete horas da manhã, sabe? Todo o dia. Mas eu acho que um pouquinho de sacrifício né, pelo menos vir e ficar um pouquinho ali já que não pode vir todo o dia. Sei lá, eu faria diferente”*. Quanto ao contexto da prematuridade, ela comentou: *“A gente nunca tá preparado para essas coisas, mas acontece, é um tombo feio para gente levantar, né? E foi o que aconteceu comigo. Eu acho que eu levantei porque foi um tombo, muito... não esperado, né?”*

Ela buscava explicar o nascimento e a internação do filho como um acontecimento que visava fortalecê-la como pessoa e como mãe: *“Esses momentos que eu estou passando com ele aqui, eu acho que, sei lá, eu acho que tinha que acontecer, né? Eu não queria que isso acontecesse, mas eu acho que tinha que acontecer isso porque, sei lá, para amadurecer de repente, né? É um tombo para gente levantar, né? Eu levantei. Eu sinto que agora eu estou forte por isso, sabe? Se não eu não ia conseguir ir em casa e voltar, ir em casa e voltar”*. Segundo ela, a experiência serviu para que se aproximasse mais dos filhos: *“Para eu ficar mais ainda pelos meus filhos, né? Para eu lutar mais por eles agora que aconteceu tudo isso, né? Isso aí eu acho que aconteceu para me dar mais força ainda para vencer, né?”*. Andréa se descreveu como *“uma super mãe”*. Quando questionada do por que desta imagem, ela respondeu: *“Porque imagina, por mais que quando eu chego estejam dormindo os meus filhos eu deixo tudo organizado para eles pro outro dia, sabe? E arrumo as coisas para eu vir para cá no outro dia”*. Tal comportamento foi herdado de seus pais, que segundo Andréa, tinham um cuidado especial com ela até hoje: *“Eu acho que eu herdei isso deles, né?”*.

Andréa não se queixava da rotina no hospital: *“Aí é diferente porque eu quero fazer tudo para ele né, daí quando eu vejo”*, porém, a sensação de cansaço só ocorria quando a mesma chegava em casa: *“Eu me sinto cansada quando eu vou para casa, porque aí eu sinto... eu relaxo, né? Depois que eu tomo um banho eu relaxo e vejo que eu estou cansada... se não eu nem sinto aqui porque não dá tempo, sabe?”*[Ela permanecia cerca de dez horas com o filho na UTINeo]. Referiu que ela e o marido enfrentavam dificuldades financeiras, no entanto, tal problema, não foi impeditivo para o casal vir ao hospital: *“Tivemos que vir a pé até uma parte e depois pegamos o ônibus. Caminhamos. Caminhamos desde o Renascença, que é lá o bairro Glória, cemitério...”*.

Ela relatou excluir qualquer possibilidade de voltar a trabalhar, destacando que, antes de tudo, Joaquim precisa dela: “*Não posso né, porque no momento ele precisa de mim. Minha sogra diz que vai ficar com ele para eu trabalhar, né? Tudo bem né, só que eu quero deixar ele, ele bem né, ele pronto para isso, sabe? Eu não quero isso agora*”. Além do bebê, também destacou que não estava pronta para se afastar devido à dependência do bebê em relação a ela: “*Eu não estou pronta para isso agora por causa dele, né? Porque eu sei que quanto mais eu ficar com ele, mais eu sei que ele vai ficar bem. Que é eu que ele precisa... é eu. Ele precisa de mim para conseguir. Então é eu que ele vai ter, (...) porque a mãe é que deixa o filho forte, o filhote forte*”.

Andréa desejava que sua disponibilidade emocional também se estendesse para o resto da família: “*Ele com as crianças, as crianças com ele. Vai mudar tudo. Tudo diferente. Mas tudo para melhor, sabe? Eu acho que vai ser mais família, sabe? A gente já é uma família unida né, mas os meus filhos vão ver ele tão pequenininho, eu acho que eles vão se unir mais também, (...) sentir o quanto ele precisa deles também*”.

A partir dos relatos expostos acima, pode-se supor que a mãe estava disponível emocionalmente para se dedicar ao filho, o que caracteriza a presença de indicadores da *preocupação materna primária*. Ela procurava encarar as intercorrências da rotina no hospital com o filho como um aprendizado, para fortalecê-la e uni-la mais a ele. Apesar de desgastante, Andréa não se queixava da rotina e vinha todos os dias ao hospital de manhã cedo e saía somente à noite. Seu empenho era tamanho, que em determinado momento, no qual não tinha dinheiro para vir ao hospital, foi caminhando de sua casa até a casa da sogra para conseguir fichas de ônibus. Andréa referiu que não pensava em trabalhar logo, pois Joaquim precisava dela para ficar “*pronto*”. Sua disponibilidade emocional foi refletida na família, que parecia estar animada com as mudanças que Joaquim poderia ocasionar quando fosse para casa.

5) Síntese dos indicadores de preocupação materna primária

Analisando-se conjuntamente os relatos de Andréa, percebe-se que, apesar da gravidez não ter sido planejada e a mesma ter ficado chocada ao receber a notícia, ela estava constantemente demonstrando sua preocupação para que a gestação seguisse bem. Após uma ameaça de aborto no início da gestação, a preocupação da mãe com o bem-estar do filho parece ter sido intensificada. Ela seguiu as recomendações médicas e procurou se informar sobre sua saúde. Tal atitude ativa pode indicar que a mãe buscava recursos para se organizar afetivamente diante de uma gestação de risco. Estes comportamentos iniciais de Andréa mostram que ela parecia estar mais disponível afetivamente o que se constitui em indicadores da *preocupação materna primária*, pois desde o

início buscou cuidar do seu corpo para que o filho recebesse aquilo que necessitava neste momento. Quanto as suas mudanças físicas, Andréa não verbalizou maiores conflitos, somente o fato de ter engordado mais nesta gravidez, o que ela atribuiu também aos problemas de saúde enfrentados. Porém, as alterações emocionais foram mais destacadas, sempre sendo relacionadas à sua condição de repouso, que a irritava profundamente. Diante disso, fica difícil relacionar seus sintomas físicos e emocionais a indicadores da *preocupação materna primária*. Seus sentimentos em relação à maternidade pareciam oscilar entre desejar o filho e não saber se conseguiria cuidar de mais uma criança. Tal nível de ambivalência é esperado diante do contexto vivido por ela e parece não ter sido um grande obstáculo para os indicadores da *preocupação materna primária*, já que ao mesmo tempo em que tinha dúvidas também sabia de suas potencialidades para enfrentar os problemas. Sua ambivalência parece não ter atrapalhado o surgimento da sintonia com o filho, o que pode ser verificado em suas verbalizações nas quais a mãe imaginava como este seria e sonhava muito com o filho. Os indicadores de sua *preocupação materna primária* começaram a aparecer naturalmente, já que sua identificação com o filho parecia estar estabelecida. Exemplo disso foi a comunicação estabelecida pela díade, através de conversas de Andréa com seu filho, nas quais ela intuiu que este entendia o que ela dizia a ele e que tinha a sensação de que eram um só. Com isso, os preparativos para a chegada do filho foram bem pensados e vivenciados por ela. O apoio da família também mereceu destaque em suas verbalizações, fato este que parece estar diretamente relacionado com a presença de indicadores da *preocupação materna primária*, já que o lugar do filho não foi sendo construído somente na vida da mãe, e sim, por toda a família.

Sobre a *preocupação materna primária* e o nascimento pré-termo, percebe-se que Andréa estava assustada neste momento, temerosa em relação a sua vida e a vida do filho. Ela verbalizou responsabilidade sobre o nascimento dele, fato este que parece sugerir novamente para uma sintonia da díade, já que a mãe tinha consciência da dependência de Joaquim em relação a ela. Mesmo diante disso, ela não abriu mão do parto normal, pois alegava que este era melhor para o filho. Constata-se por suas atitudes que apesar do choque do nascimento antecipado, Andréa seguiu apresentando indicadores da *preocupação de materna primária*. Sua capacidade de recuperação após o parto foi lenta, sendo verbalizado por ela que seus sintomas da pré-eclampsia seguiram alguns dias depois do nascimento do filho. Assim como os sintomas físicos, sua condição emocional também oscilava, principalmente em relação à sensibilidade excessiva. Porém, estes fatores não a impediram de permanecer ao lado de seu filho. Os primeiros contatos com Joaquim foram descritos com estranheza especialmente considerando que seus outros três filhos nasceram a termo.

Com base nos relatos de Andréa relacionados à *preocupação materna primária* no puerpério, verifica-se que a mãe não se via como vítima da situação. Ela parece ter assumido uma postura ativa e de enfrentamento das dificuldades. O estranhamento inicial dela sobre o filho, descrito acima, não persistiu, pois ela começava a identificar características familiares em Joaquim. Os momentos de separação da díade também foram vivenciados com sofrimento, porém ela adotou uma rotina de cuidados para que o filho e ela não sentissem tanto a distância imposta, o que sugere a presença de indicadores da *preocupação materna primária*. A relação estabelecida com os profissionais foi vista de forma positiva, pois além de admirar os cuidados que eles dispensavam a seu filho, ela também se sentia cuidada. No caso de Andréa e Joaquim, a equipe da UTINeo parece ter estabelecido um cuidado suficientemente bom com ambos, já que ela não se queixava de intrusões dos profissionais em sua maternagem. Ao contrário, parece que eles ajudaram a mãe a se fortalecer neste momento delicado e, com isso, aproximar-se ainda mais do filho. Apesar de verbalizar ter dificuldades em decifrar os sinais emitidos por Joaquim, Andréa descreveu com riqueza a comunicação singular que acontecia entre mãe e filho. Ela relatou que conversava e explicava o mundo ao seu filho, que parecia acompanhar o que ela expressava. É possível se pensar que tal ligação afetiva é um importante indicador da *preocupação materna primária* da mãe. Assim como a comunicação da díade corria bem, a maternagem foi assumida por Andréa sem maiores conflitos, salvo o início da internação, onde ela se sentia insegura para cuidar do filho. Com o tempo e incentivo da equipe, Andréa começou a cuidar de seu filho, sendo que, segundo ela, algumas vezes se sentia em casa. Porém, tal sentimento logo era interrompido quando a mesma olhava para o lado e via que estava em um hospital. A amamentação foi descrita como algo fundamental que permitiria prover as necessidades do filho. Enquanto Joaquim ainda não estava liberado para ser amamentado ao peito, Andréa foi devotada em retirar todos os dias, em horários determinados, o leite de seu seio para dar ao filho. A partir do momento em que Joaquim foi liberado pela equipe médica para ser amamentado, ela e o filho começaram a experienciar momentos ricos de trocas afetivas. Nesse sentido, pode-se perceber que a disponibilidade dela em relação a Joaquim foi satisfatória. Apesar de ter outros filhos e dificuldades financeiras, Andréa parecia ter uma energia inesgotável para se dedicar ao filho.

Como discutido anteriormente, percebe-se que os indicadores da *preocupação materna primária* de Andréa se estabeleceram de forma gradual, desde a gestação, tendo continuidade após o nascimento de Joaquim. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, foi possível constatar, através dos relatos maternos, uma energia interna na mãe, que foi devotada sobremaneira ao seu bebê. Esta

ligação entre mãe filho é uma das principais características da *preocupação materna primária*, na qual a mãe abre mão temporariamente aos seus interesses pessoais para dedicar-se ao bebê.

Caso 4 - Mãe; Regina; Bebê; Pedro

1) Caracterização do Caso

Regina foi contatada pela autora dois dias após o parto de Pedro, quando ela encontrava-se internada no Centro Obstétrico do HCPA. Ela teve alta hospitalar quatro dias após o nascimento do filho. Como parte do procedimento do Setor de Psicologia, a autora se apresentou à mãe e falou a respeito dos atendimentos psicológicos que o referido setor prestava às mães de bebês pré-termos internados na UTINeo, se propondo a atendê-la. Após a concordância de Regina, os atendimentos tiveram início. Estes podiam variar em termos tempo e lugar, podendo ser realizados no leito, enquanto a mãe ainda estava internada, do lado da incubadora do bebê e na sala de atendimentos do Setor de Psicologia. Depois de 8 dias de atendimentos psicológicos e de discutir o caso com a supervisora local, decidiu-se convidar Regina para fazer parte deste estudo. Ela foi convidada dez dias após o parto e aceitou responder as entrevistas. A primeira entrevista foi realizada quando o bebê estava com quatorze dias e a segunda foi realizada em dois momentos: quando o bebê estava com sesses e dezoito dias de vida. No momento da entrevista sobre a gestação, Pedro encontrava-se na UTI 1, na qual permanecem os bebês que necessitam de cuidados intensivos. Nas demais entrevistas, o bebê encontrava-se na UTI 3, chamada de intermediária, na qual permanecem os bebês que estão com o estado de saúde regular.

Regina tinha 27 anos, era casada e se tornara mãe de seu quarto filho, Pedro. Seu marido e pai do bebê, Fernando, tinha 29 anos e ambos estavam juntos há sete anos, quando tiveram os outros três filhos. Regina tinha o primeiro grau incompleto e trabalhava como camareira em um hotel. Seu marido estava desempregado e fazia bicos como copeiro. Ela morava em uma casa de duas peças e um banheiro, que antes da reforma que Regina realizou, era um porão. Juntamente com ela, moravam o marido e os três filhos.

Regina se descrevia como uma “*boa mãe*”, porém relatou que muitas vezes ficava estressada com os três filhos e por não ter mais tempo para ela. Seu pai faleceu quando Regina tinha sete anos e a relação com sua mãe foi descrita como boa. De acordo com ela, sua mãe era muito preocupada com os filhos e começou a ter filhos cedo, características estas vistas como parecidas com Regina [Em supervisão, após algum tempo de atendimento psicológico prestado a Regina, entendeu-se que a comparação com a sua própria mãe era conflitiva para ela, principalmente pelo fato da mesma ter tido muitos filhos e não ter conseguido se

realizar em outras áreas da vida. Quando descobriu que estava grávida novamente, este sentimento se fez presente e a ambivalência em relação a gestação e ao filho tornou-se ainda maior, pois o bebê personificava este conflito.] Quando questionada sobre sua família, ela verbalizou que a lembrança mais presente de sua infância era quando seu pai a levava ao colégio.

Em relação à gravidez de Pedro, Regina destacou que esta não foi planejada e quando descobriu que estava grávida “*não queria de jeito nenhum*”. Esta é a quarta gestação dela, fato este que fez com que Regina pensasse na possibilidade de “*tirar*” o bebê, pois não sabia como ia “*se virar*” com mais um filho. O marido também não queria o filho e pressionava ela para abortar. Para agravar ainda mais a situação, a chefe de seu emprego também incentivava Regina a abortar e alegava que pagaria a clínica, caso ela aceitasse. No entanto, após pensar e conversar com o marido resolveu que “*a criança não tem culpa*” e “*daí eu não quis tirar*”. Ela relatou que ficou imaginando que, apesar do pouco tempo de gravidez, o bebê já era “*uma criança*” e “*aonde come três, come quatro*”. Ela ressaltou que em sua terceira gestação teve diabetes gestacional e o filho nasceu com oito meses. Porém, como o bebê era grande e saudável não precisou ficar internado. Regina relatou desejo de fazer ligadura após o terceiro parto, porém, devido a sua pouca idade, não foi possível: “*E eu queria fazer a ligadura no terceiro e não quiseram fazer. Eu não tinha ainda vinte e cinco eu tinha vinte e quatro e meio. Aí eu: ‘Aí, mas por meio do ano, por meio ano, né?’ Não, mas não pode. Daí não deu*”.

Regina realizou todo seu pré-natal em um Posto de Saúde perto de sua casa, em um total de cinco consultas. Destacou que foi possível ver o sexo do filho aos quatro meses de gestação. Ela relatou medo de engravidar novamente, devido a seu histórico de diabetes gestacional. Com relação a presente gestação, Regina comentou que sofreu de diabetes gestacional e bolsa rota. Mesmo com problemas gestacionais, ela trabalhou durante toda a gestação: “*Eu internei no dia vinte e cinco e eu trabalhei até o dia vinte às onze horas. Porque eu solto as três, mas às onze horas eu me senti ruim, me deu tontura e tava vazando aquele líquido, aí eu pedi para ir embora*”. Devido à perda de líquido amniótico, ela precisou internar no HCPA com 24 semanas de gestação, permanecendo hospitalizada por 19 dias, até o nascimento do bebê.

Pedro nasceu com 28 semanas, pesando 1.610 g, de parto cesárea. Seu Apgar foi de seis no primeiro minuto e oito nos cinco minutos posteriores, sendo que precisou de oxigênio inalatório após o nascimento. O bebê não pode ir para o colo dela após o nascimento, sendo internado imediatamente na UTINeo. Regina referiu que “*a primeira vez que eu vi no parto né, eu adorei. Eu achei assim que ele tava bem*”. No decorrer da internação, o bebê apresentou apnéia e suspeita de meningite, que, felizmente, não se concretizou. Precisou fazer uso de antibióticos e oxigênio inalatório, no entanto recuperou-se nas semanas seguintes e também começou a respirar sem a ajuda

de aparelhos. Devido a apnéia, a amamentação de Pedro foi realizada através de uma sonda por mais tempo. No momento da entrevista, equipe estava começando a programar a amamentação do bebê através da mamadeira. Pedro permaneceu internado na UTINeo do HCPA por quarenta e cinco dias.

2) *Preocupação materna primária na gestação*

Acompanhamento pré-natal

Ao se referir à gestação, Regina salientou que ela e o marido não haviam planejado a gravidez e pensou na possibilidade de abortar o filho. Ela verbalizou que: *“Eu só chorava porque ao mesmo tempo em que eu queria tirar pela situação de eu ter três só que ao mesmo tempo eu não queria tirar, entendeu? Então eu ficava naquela coisa, eu não sabia o que fazer, e eu só chorava”*. Passado o primeiro momento de surpresa, ela começou a pensar que seu filho *“não tem culpa né, daí eu não quis tirar”*. Segundo Regina a decisão de não abortar foi tomada junto com o marido, porém este a recriminava pela decisão de levar a gestação até o fim.

Ela expressou que deu início aos cuidados pré-natais depois que começou a notar que sua barriga estava *“dura”*: *“Aí eu disse para ele [marido]: ‘Eu vou ter que fazer um exame, porque tá muito estranha a minha barriga’. Mas não podia mexer nem nada, só eu sentia que tava dura. Daí eu fiz o exame e deu que eu tava com três meses”*. Ela ressaltou que sua mãe demonstrou preocupação com sua saúde e a do bebê: *“A mãe sempre dizia, sempre perguntava se eu tava indo no médico, no pré-natal, tudo...”*. Segundo Regina, os cuidados com sua saúde e com a saúde do filho tiveram início logo após a notícia da gravidez: *“Desde o momento que eu soube mesmo querendo tirar ou não eu já tava fazendo pré-natal. Já comecei a fazer os exames no posto, porque eu moro do lado do postinho. Aí as gurias já disseram: ‘Vamos marcar a consulta’. Mesmo sabendo, mesmo não querendo, eu tava fazendo. Porque eu tava pensando: ‘Tem que fazer, né? Depois se eu desistir, não sei’*.

Regina referiu que sofreu de diabete gestacional na gravidez, precisando ter cuidados redobrados com sua saúde e a saúde do filho. Perto da 23^o. semana de gestação, ela começou a perder líquido amniótico, sintoma este que não foi diagnosticado corretamente pelos médicos: *“Um dia eu tava no serviço e senti que eu caminhava e descia uma coisa, e caminhava... Aí eu: ‘Ai meu Deus, será que eu tava me mijando e não sentia?’ (...) Aí eu fui no médico e disseram que não era nada. Ai que de repente o nenê tá comprimindo a bexiga e tu fazes xixi aos pouquinhos sem sentir, daí eu fui embora né”*. Ela seguiu preocupada e voltou ao hospital novamente no outro dia, pois sentiu uma *“tontura no serviço”*. Revelou que foi examinada pela médica e a mesma constatou que ela estava com *“bolsa*

rota”, sendo internada imediatamente após o diagnóstico objetivando “*segurar mais um pouco*” o bebê, pois estava na 24^o. semana gestacional.

Ela sabia da importância de sua internação precoce para a saúde do bebê, porém verbalizou desconforto com a hospitalização: “*Eu tava louca aqui dentro, eu tava querendo ir embora, não queria ficar aqui*”. Os profissionais do hospital foram apontados como fundamentais para que ela aceitasse sua responsabilidade em relação à vida de seu bebê: “*Aí elas [enfermeiras] começaram: ‘Pensa no nenê’, aí eu fiquei porque se fosse só a diabete eu acho que eu ia embora porque eu não tava agüentando mais. Mas com... por causa do nenê eu pensava melhor: ‘Não realmente, eu estou com a bolsa rompida, como é que eu vou embora? Se eu pego uma infecção e pega no nenê alguma coisa, né?’ , daí eu fiquei por causa do nenê, por mim eu não tinha ficado, porque eu pensava nas crianças em casa, né? Daí era como a enfermeira dizia né: ‘É aquela coisa né Regina, os que tão em casa tão sendo cuidados, teu marido cuida, tua mãe cuida, e esse nenê que tá na tua barriga é só tu que tem que cuidar. Ele depende de ti, se tu não ficar pode acontecer alguma coisa com ele’, daí eu ficava*”.

O repouso absoluto incomodava Regina: “*Só que elas queriam que eu tomasse banho no leito, fizesse xixi na comadre. Aí não, eu fico de repouso, mas não no banheiro eu quero ir, tomar banho também. Daí elas me ajudavam, eu ia na cadeira né. Mas me olhar não*”. Diante desse contexto, ela permaneceu 18 dias internada e o Pedro nasceu com 30 semanas.

A partir dos relatos acima, é possível pensar que Regina encontrava-se insatisfeita em relação à gestação. Tais dificuldades foram justificadas por problemas financeiros da família, porém ela não demonstrou desejar o filho, apesar das intercorrências. Além disso, durante a hospitalização de Regina, antes do parto, ela não conseguia entender a dependência de seu filho em relação aos seus cuidados. Foi necessário que a equipe apontasse sua responsabilidade para com o a vida de Pedro e o quanto sua conduta afetava a vida de seu filho, porém não partiu dela a iniciativa de cuidado para com ele. Tal atitude de Regina, que ocorreu por volta da 23^o semana gestacional, demonstra que ela não havia apresentado, ainda, muitos indicadores da *preocupação materna primária*, pois apresentava dificuldade de se identificar com a vulnerabilidade de Pedro e abrir mão de suas necessidades pelo filho. Dessa forma, sugere-se que ela parecia não estar conseguindo sair de si mesma para identificar-se com ele.

Sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais

As mudanças físicas da gravidez foram pouco verbalizadas por ela, sendo lembrado somente o momento em que sentiu sua “*barriga mais dura*”, o que a fez desconfiar que estivesse grávida. Os sintomas da diabete também formam comparados por ela aos sintomas da gestação: “*Han é assim oh,*

fora a diabete, eu tava sempre me sentindo meio ruim por causa da diabete, sentindo uma tremedeira por dentro né e sempre dor de cabeça e dor de cabeça...”

As mudanças emocionais enfrentadas por Regina foram destacadas em seus relatos: *“Em termos emocionais, Deus o livre né, eu só chorava porque, por causa do meu filho, eu tinha que ficar em casa, né, por isso”*. Além do choro, ela constatou que também estava mais *“irritada”* na gestação.

Tal sentimento era expresso em casa, com seus filhos: *“Eu não tinha muita paciência com as crianças, né, não que eu judiasse, mas eu não tinha paciência, sabe? Sabe como é criança, né? Tem dias que tu não queres saber. Ai meu Deus, às vezes até saia de perto pra não tá xingando eles, né? Porque eu tava bem estressada, né?”*. O marido, Fernando, também foi objeto de projeção de sua agressividade: *“Ai meu marido também, qualquer coisinha eu xingava ele né, às vezes eu ficava braba”*. Segundo ela, essas oscilações de humor estavam mais acentuadas no final da gravidez, quando esteve hospitalizada.

Os relatos acima sugerem que as mudanças emocionais de Regina tornaram-se mais intensas devido a sua dificuldade em aceitar a gravidez. Dessa forma, ela parecia oscilar seu humor entre o choro excessivo e a irritação, pois parecia contrariada com sua decisão de levar a gravidez adiante. Sugere-se que sua fase de elaboração da gravidez perdurou com intensidade durante toda a gestação, fato este que pode ter feito com que os indicadores de sua *preocupação materna primária* não estivessem presentes e ela tivesse dificuldade em se identificar com Pedro.

As mudanças físicas foram, inicialmente, ignoradas por ela, sendo que a mesma só descobriu a gestação quando já estava com três meses e mesmo não sendo indicado, pensou seriamente na possibilidade de abortá-lo. Tais aspectos sugerem que os indicadores de sua *preocupação materna primária* ainda não estavam estabelecidos, pois a mesma retardou sua percepção de que o filho estava dentro dela, e logo após descobrir sua existência, desejou abortá-lo.

Sentimentos em relação à função materna

A respeito de seus sentimentos sobre a maternidade, Regina referiu que, inicialmente, sentiu-se triste ao saber que seria mãe novamente: *“Porque a gente na hora sente tristeza, pensa em tudo, mas eu resolvi ficar com ele”*. Passado o choque inicial, destacou que começou a se sentir mais segura com a idéia de ser mãe novamente: *“E aí eu disse não. Se eu tive os três e graças a Deus não faltou nada, não vai ser pra esse que vai faltar”*. Ela verbalizou que não se arrependeu da decisão de ter o bebê: *“Mas eu... me assusta na hora que eu sei: ‘Aí estou grávida’. Mas quando eu vejo nenê né, eu adoro”*.

Quanto ao começo da gravidez, Regina relatou: *“Ai, no começo eu não estava nada bem né. Eu não queria aceitar que eu estava grávida de jeito nenhum. Aí depois eu fui me acostumando né com a idéia. Quando a minha patroa inventou de dizer que ia pagar, aí ou eu queria ou não né, eu tinha que decidir, né?”*

Aí eu caí na real e disse: ‘Não, não vou fazer’, e eu aceitei. Ai comecei a aceitar, comprar roupinhas e tudo”. Apesar de a decisão ter sido tomada, ela estava ambivalente em relação à maternidade: “Eu pensei assim, eu vou ficar coitadinho, não tem culpa de nada, mas ao mesmo tempo em que eu queria eu fiquei pensando: ‘Ai, outro filho’.

Algumas situações envolvendo a criação dos filhos e dificuldades financeiras apareceram como ameaçadoras no relato de Regina: “*É, eu me preocupava assim será que eu vou conseguir criar os quatro né, sem deixar faltar nada, né? É que graças a Deus nunca faltou, mas é que a coisa vai apertando, né? Cada dia mais criança, mais criança... só isso que eu me preocupava*”. Já quando questionada sobre que tipo de mãe seria com Pedro, ela não apresentou maiores conflitos: “*Do mesmo jeito que eu sou com os outros, né? Porque aí meus filhos são tudo para mim, né? Eu me estresso, me incomodo, mas, né? Mas criança incomoda, né? Não adianta, mas eu amo meus filhos. Aí estou doida pra botar ele: ‘Vamos, vamos pequenininho’. Eu estou louca para levar ele pra casa*”. Por outro lado, quando pensava na possibilidade de problemas devido à prematuridade do filho, ela mudava seu relato: “*Eu pensava... como eu nunca tive um nenê tão pequenininho, tão pequenininho, porque o meu de oito meses já nasceu grande já. Aí eu queria ir no berçário para ver com é que eram as crianças e não podia sair da cama. E eu: ‘Aí, meu Deus como será meu filho? Tão pequeno e elas não deixavam ir, não deixavam, não deixavam’.*

Ela relatou que se imaginava em casa, cuidando de Pedro: “*Porque em casa eu sei que eu vou cuidar que eu vou fazer de tudo, né? (...) Eu vou fazer tudo. Eu vou dar tudo na hora certa, que ele tem que se desenvolver e ficar mais forte né, Deus o livre*”. Questões relacionadas a voltar a trabalhar depois do nascimento do filho eram ansiogênicas e foram destacadas: “*Só que agora eu fico pensando nesse negócio de eu voltar a trabalhar com ele bem pequenininho, mas eu vou ter que ir, né? Se eu não conseguir um acordo com ela né, daí eu vou ter que ir, né?*”.

Diante dos relatos acima, percebe-se que os indicadores da *preocupação materna primária* de Regina com o bebê transitavam entre a ambivalência de desejá-lo até a idealizada perfeição da execução de cuidados maternos para com o filho, na qual ela faria tudo por ele. É como se ficasse implícito em seu relato que ela projetava para o futuro cuidados e carinhos que ela poderia estar fornecendo ao filho no presente. Está característica sugere, como foi visto nas subcategorias anteriores, que durante a gravidez, Regina teve resistências em entrar em sintonia com ele.

Este aspecto pode ser indicador do não-desejo inicial dela por esta criança, que foi persistindo durante a gravidez. Quando ela internou no hospital, buscou se identificar com Pedro tentando visitar os prematuros reais da UTINeo, já que internamente não havia conseguido internalizar o filho.

Sintonia com o bebê na gestação

Em relação às expectativas de Regina sobre o filho, esta verbalizou que seu “*sonho era ter uma menina*”, já que seus três filhos eram meninos. Ela destacou que pensava que “*pelo menos esse vai vir uma menina, tenho certeza...*”. No entanto, aos quatro meses de gestação, a ecografia mostrou que ela estava esperando um menino, fato este que deixou Regina frustrada: “*Tá, chegou no dia, na eco, aí disseram que era um guri. Aí eu não acredito, eu falei. E ela: ‘Ai tu não queria um guri?’ Ai, eu não queria um guri, eu queria uma guria, eu disse para ela, porque eu já tinha três gurus...*”. Mesmo sabendo o sexo de seu filho, ela parecia não querer aceitar a verdade: “*Sempre aquela coisa pode ter dado errado, pode ter dado errado*”.

Para agravar mais a situação, quando Regina internou no hospital, um médico disse a ela, durante um exame chamado Perfil Biofísico Fetal⁸, que ela estava esperando uma menina: “*E um doutor, o Dr. João, mandou dizer para mim que: ‘Ai, a pererequinha dela’, uma coisa assim ele falou. E eu bem assim: ‘O que? Uma guria?’ E ele: ‘É, olha, por quê? Não era uma guria que tinham te falado?’ Não, na ecografia deu guri. Daí ele começou a olhar e olhar e disse: ‘Olha eu não sei, posso estar enganado, pode ser que seja, que seja a bundinha dele ou o ânus, e eu esteja me confundindo, mas eu acho que é uma guria’. E eu fique naquela coisa: que é uma guria, que é uma guria*”. Para uma nova frustração de Regina, no outro dia, uma nova médica informou-a que ela estava esperando um menino: “*Daí no outro dia fiz o perfil e falei com a doutora e ela bem assim: ‘Olha eu não sei, eu estou vendo um menino, só se eu estou enganada, mas para mim é um menino, oh ali as bolinhas’. Aí eu fiquei naquelas. Aí depois eu fiz a eco mesmo, a ecografia. Daí o doutor disse: ‘Não, é um guri. Não é uma menina, é um guri’. Aí eu pensei: ‘É um guri, é um guri, fazer o quê?’*”.

Quando questionada se ficou triste com a notícia, ela negou: “*Não. O que eu queria mesmo era uma guriuzinha, mas como disseram que era um guri eu aceitei né igual*”. Por outro lado, Fernando desejava um menino: “*Ele queria um guri. Só para me contrariar. Desde o começo ele dizia: ‘Ai, nem vai fazer a ecografia, é um guri’, ele dizia. Eu: ‘Não é um guri’. Ele: ‘Não, é um guri’*”.

Ela destacou que sentia seu filho ficava mais agitado durante os exames hospitalares: “*Ele mexia mais quando vinha escutar o coração dele, colocava aquele gel, ele ficava enlouquecido, daí ele mexia toda hora*”. Ela verbalizou não ter reparado se Pedro reagia a estímulos externos quando

⁸ De acordo com Alencar et al. (2005) o exame Perfil Biofísico Fetal consiste na avaliação do bem estar fetal e integridade do Sistema Nervoso Central fetal através de análise de variáveis biofísicas ultra-sonográficas e cardiotocográficas. As variáveis ultra-sonográficas enumeradas pelos autores são: os movimentos corpóreos fetais, os movimentos respiratórios fetais, o tônus fetal e o volume de líquido amniótico.

Os autores destacaram que a variável cardiotocográfica corresponde à reatividade fetal ao exame cardiotocográfico. O modo de interpretação varia de dois (considerado normal) até zero (variável alterada).

estava na sua barriga, tais como sua voz ou uma música. Seguiu apontando que ele “*ficava quieto, às vezes se mexia*” quando ela conversava, “*mas não aquele agito de quando botava o gel*”. O comportamento do filho também era imaginado por ela: “*Eu queria que... eu disse para ele, ele vai ser bem agitadinho porque não pára de se mexer, está sempre se mexendo*”. Ela exemplificou que sua intuição foi baseada em acontecimentos reais envolvendo reações de seu filho: “*Teve um dia no Perfil, que ele estava de cabeça para baixo, não, para baixo não, atravessado assim. Aí no outro dia já estava com a cabeça para cima, aí a doutora assim: ‘Mas essa criança dá piruetas’*”. Por outro lado, seus sentimentos relacionados ao filho também eram permeados por medos de perdê-lo: “*Eu não fico pensando muito sabe [sobre o receio de Pedro falecer], mas a gente sempre acaba pensando, né? Com aquela situação eu imaginava né, ai meu Deus, Deus me livre de acontecer alguma coisa, né? Eu pensei sim*”.

Regina verbalizou que “*sonhava*” com o filho na gestação. Seus sonhos foram descritos com sendo de conteúdo relacionado ao nascimento e aos cuidados com ele: “*Ai, eu sonhava que ele tinha nascido, eu imaginava, não pequenininho, eu imaginava ele grandinho. Sempre enorme. Mas eu fui me acostumando com a idéia assim do nenê, já tava louca que nascesse, (...) que eu tinha levado ele pra casa, eu sonhava com ele no colo*”. Ela comentou que já conseguia ver o rosto do bebê e com quem este se parecia mais em seus sonhos. A mesma não relatou pesadelos com Pedro na gravidez.

Considerando-se os relatos acima, sugere-se que, primeiramente, ela tentou fazer uso do sexo do filho de forma compensatória, ressaltando que pelo menos este iria ser uma menina. No entanto, quando descobriu que esperava um menino, parece que tal compensação foi abaixo e uma nova frustração se apresentou para ela. Com isso, os indicadores da *preocupação materna primária* foram novamente abatidos por suas expectativas frustradas.

A sintonia dela em relação aos movimentos fetais de Pedro também apresentava falhas importantes, já que ela não conseguiu verbalizar nenhum momento de comunicação com o filho, fora durante as situações de ecografia. Por outro lado, Regina verbalizou momentos em que imaginava como seria o comportamento do filho, fato este que demonstra algum tipo de sintonia dela com ele. Porém, sua sintonia era invadida por pensamentos repletos de receio em perder o filho. Com base em seus relatos, é possível sugerir que enquanto ela dormia suas defesas deram lugar à comunicação da díade. Regina sonhava livremente com seu filho e com ela exercendo sua *preocupação materna primária*. Apesar de ela ter dificuldades em externalizar estes momentos, destaca-se que a partir destes, ela conseguia se comunicar com o bebê.

Preparação para a chegada do filho

Os preparativos para a chegada do filho, segundo ela, não foram realizados: “*Não. Eu não comprei quase nada assim, mas eu comecei a comprar umas coisinhas para ele né, aí depois eu tive que internar e não deu para comprar mais nada. Aí depois eu peguei e ganhei ele, e aí era prematuro, né? Aí eu estou conseguindo comprar aos pouquinhos para ele*”. O chá de fraldas estava marcado para duas semanas após o dia que Regina internou no hospital.

Ela justificou a falta de preparativos pela sua internação precoce: “*Eu já tava já pensando que eu ia ficar aqui por um bom tempo, né? Eu já nem esperava mais, todo dia que eu ia fazer o perfil eu dizia: ‘Aí, não tem nem previsão?’ ‘Não, Regina, não tem nem previsão [médico], o bebê tá bem, tu tá bem... nós vamos empurrando até dar’.* E eu nem imaginava. Porém, antes de sua hospitalização, Regina levava a vida de forma “normal”.

Analisando-se conjuntamente os relatos acima, sugere-se que ela não havia construído ainda um lugar para seu filho durante a gestação. A aproximação da chegada de Pedro não havia sensibilizado Regina a ponto de conseguir atingir um patamar de comunicação em que os indicadores da *preocupação materna primária* estivessem mais estabelecidos e ela reservasse um lugar externo e interno para seu filho.

3) Preocupação materna primária e o nascimento pré-termo

Impacto inicial do nascimento

Regina relatou que precisou internar no HCPA 18 dias antes do dia nascimento de Pedro, situação esta que estava deixando ela “louca”: “*Eu fiquei apavorada porque ela disse assim oh, a doutora disse que eu tinha que internar, mas que eu só ia sair daqui depois que eu ganhasse e que ia demorar porque ela queria que eu segurasse até... daí eu: “Deu, agora eu vou mofar aqui dentro, só deitada na cama, deu pra mim’.* Eu não imaginava que ele ia nascer assim de trinta semanas, eu tava preparada para trinta e quatro semanas”. Quanto ao tipo de parto, este não foi surpresa para ela: “*Ai, eu já sabia que eu ia ganhar cesárea porque a doutora do pré-natal falou que como eu já tinha feito duas cesáreas eu não podia ter parto normal, porque se não o útero, pode romper o útero ela falou*”.

A interrupção da gravidez se deu de forma confusa, principalmente pela falta de objetividade dos profissionais do hospital em diagnosticar o que estava acontecendo com ela: “*É que foi assim, eu tava ali no quarto onde eu tava internada, deitada e me deu vontade de ir no banheiro e eu fui fazer xixi. E quando eu fui me limpar eu vi que tinha sangue no papel higiênico e quando eu olhei para vaso tava cheio. Daí eu chamei a enfermeira. Daí a enfermeira viu e me mandou deitar porque ela ia ligar pro CO para falar com a doutora, né? Daí me mandaram subir. Daí eu subi e uma doutora me examinou e falou que não era nada, que era sangue, que era resto do sangue do útero, ela falou. Tá. Daí mandaram descer de novo pro*

quarto”. No entanto, ela destacou que ficou apreensiva com a decisão da médica, pois viu *“que a coisa já não era bem assim, eu senti que não era sabe, o que ela me falou”*. Como já havia tido outros partos de seus filhos, ela disse que sabia que o que estava acontecendo não era normal: *“Porque já não era meu primeiro filho, eu sabia que sangue não era normal, uma pessoa que tá grávida com sangue”*.

Logo que chegou ao quarto foi orientada a deitar na cama, porém quando a mesma foi trocar da maca para o leito *“veio aquele monte de sangue assim, sujou todo o lençol, o forro”*. A enfermeira que acompanhava Regina neste momento se preocupou com a situação e resolveu levá-la novamente para ser avaliada, juntamente com todo o lençol sujo de sangue.

Quando ela chegou para ser examinada novamente, mais duas profissionais estavam acompanhando a médica que a examinou: *“Aí eu subi de novo. Aí quando eu subi as doutoras vieram tudo me examinar, ela e mais duas, a doutora Luciana, não sei se tu conhece, que é uma senhora e mais outra que eu não lembro o nome. Daí elas disseram: ‘Mas isso aqui não é... isso aqui é sangue vivo’.* Aí a doutora Luciana falou: *‘Vamos ver se é o que eu estou pensando’.* Aí eu fui para ecografia. Aí eu descii pra ecografia e aí disseram que a placenta tava descolando. Daí eu subi e eles fizeram aquela correria”. Após a avaliação, a equipe resolveu fazer cesárea na mãe. A incerteza na avaliação da equipe deixou Regina apreensiva: *“Mas primeiro não era nada daí depois era uma correria só”*.

Ela verbalizou sentimento de *“pânico”* ao escutar a conversa das médicas que a estavam atendendo: *“Daí a doutora, até quando estavam me dando os pontos, ela falou para outra né e eu escutei: ‘Quando é assim tem que agir rápido, se não a gente perde a mãe e pode perder até o nenê’.* Ela relatou que estava *“prestes a ganhar e escutei e entrei em pânico”*. Os sentimentos descritos pela mãe no momento do parto foram de que ela e o filho não conseguissem sobreviver: *“Ai, eu achei que eu ia morrer. (...) Ou é eu ou é o nenê, sei lá, eu fiquei pensando”*. De acordo com ela, tais sentimentos foram acentuados pelo fato do filho ter parado de se mexer na sua barriga durante o trabalho de parto: *“Quando eu tava perdendo sangue eu não sentia ele se mexer”*. Regina frisou que só conseguiu se acalmar após o nascimento de Pedro: *“Eu só me acalmei depois que deram anestesia e ele nasceu né, daí eu vi que ele tava bem”*.

Ela relatou que conseguiu ver o filho logo após o nascimento: *“Logo depois do parto eu achei que ele ia ficar bem porque ele tava bem, ele tava chorando, normal e tudo. Elas me mostraram ele. (...) Eu achei assim que ele tava bem”*. A respeito da separação inicial dela e do filho após o nascimento, Regina verbalizou: *“Não me deram ele, só me mostraram e disseram que tinham que descer com ele pra Neo, porque ele tava com a respiração muito agitada”*. Quando questionada sobre como se sentiu com isso, ela disse: *“Ai eu pensei: ‘Bom né, nasceu melhor do que eu imaginava, né? Ele tá bem, só vai um pouquinho ali e vai para o quarto’, eu pensei, né? Eu não tinha assim idéia. Daí não, quando eu vi, entubaram ele e eu me apavorei porque na minha cabeça ele piorou. Ele nasceu bem e piorou de uma hora*

pra outra. Aí elas disseram que não, que era normal, que como ele era prematuro tinha que botar naqueles aparelhos nele. Na hora eu não entendi bem. Eu achei que: ‘Han tá, vão colocar ele um pouquinho no oxigênio’. Ela finalizou seus relatos dizendo que “*não tinha noção que ele ia ficar todo esse tempo.*”, relatando que imaginava que o bebê ia ter alta em seguida.

Ela referiu que o marido não pode assistir o parto: “*Ahn não, ele não pode assistir. Mas ele e minha mãe ficaram ali esperando. Porque foi muito rápido então quando, então quando eu liguei para o celular, quando disseram que talvez eu pudesse ganhar e elas ligaram também, depois da ecografia, elas ligaram para minha casa*”. Porém, destacou que quando Fernando viu o bebê “*ficou deslumbrado*”, mas mesmo diante da felicidade do marido, Regina não esqueceu de lembrá-lo sobre sua conduta: “*E eu falei para ele: ‘Ah, engraçado, tu não queria que eu tirasse?’ E ele: ‘Aí, mas coitadinho’.(...) Porque eu joga um pouquinho na cara dele*”.

A partir dos relatos expostos acima, sugere-se que ela apresentou uma resistência a internação precoce para retardar o nascimento do filho. Esta conduta apresentada por Regina parece demonstrar que a mesma não havia atingido ainda uma sintonia com o filho no final da gestação. Ela parecia não conseguir entender como um parto prematuro influenciaria na vida de seu filho e precisou ser convencida disso pelos profissionais do hospital, isto é, seu entendimento não foi construído de dentro para fora e sim, de fora para dentro.

O contexto geral que envolveu o trabalho de parto de Pedro parece não ter sido favorável para a díade. A equipe cometeu uma série de erros, tanto do ponto de vista do diagnóstico da hora certa do parto até comentários inapropriados na frente de Regina. Isso parece ter feito com que a ansiedade e o medo dela aumentassem, tornando o momento do parto ainda mais inesperado e traumático. Por outro lado, Regina sentiu que alguma coisa estava errada, mesmo que os médicos dissessem o contrário. Tal aspecto pode ser indicador de que ela começava a estabelecer uma empatia com seu filho, indicadora da presença da *preocupação materna primária*.

Ela reconheceu que, quando o filho nasceu, pensou que seu estado de saúde não era tão grave, não demonstrando uma preocupação maior com o mesmo. Porém, ao vê-lo na UTINeo, tal pensamento foi desconstruído. Ela comentou que seu marido ficou encantado com Pedro e demonstrou arrependimento pela postura assumida durante a gravidez. Regina parecia ressentida com Fernando e fez questão de lembrá-lo que este não desejava o filho. No entanto, ela não reconheceu que ela mesma permaneceu ambivalente entre desejar ou não o filho durante toda a gestação.

Capacidade de recuperação da mãe após o parto

A capacidade de recuperação física de Regina após parto foi lenta, segundo ela, devido à cesárea: *“Ai, eu só sentia muita dor nos pontos”*. Ela queixava-se de dores de cabeça e insônia quando estava muito preocupada com Pedro: *“Eu tenho às vezes dor de cabeça e também para dormir às vezes, dependendo de como ele tá aqui, eu não consigo dormir direito”*. No entanto, suas dores emocionais tiveram mais destaque em seus relatos: *“Eu tava mais triste por causa dele, né? Porque a dor, perto do que ele tava passando para mim não teve muita importância, né?”*.

Ela destacou: *“Eu andava me arrastando nesse corredor pra poder ir lá ver ele”*, procurando não prestar atenção nas dores que sentia: *“Se eu ficasse dando bola para dor daí eu não ia ter como levantar da cama porque era bem difícil nos primeiros dias”*. Mesmo diante de tanta força de vontade, Regina descreveu este momento como *“bem difícil”*.

Analisando-se conjuntamente os relatos acima, sugere-se que Regina estava começando a sair de dentro de si mesma para se identificar com seu filho. É possível indicar que suas dores físicas não foram super valorizadas e que mesmo sentindo desconfortos, não abria mão de estar ao lado de Pedro.

Seu estado emocional parecia estar relacionado ao de seu bebê, já que ela constatou que tanto seus sintomas somáticos como seu humor, variavam conforme o estado de saúde do filho. Tal característica parece apontar para indicadores da *preocupação materna primária*, na qual ela começou a se identificar espontaneamente com seu filho e entrar em sintonia com este.

Sentimentos em relação aos primeiros contatos

Apesar de ter visto o filho após o nascimento e ter a impressão que este estava bem, os primeiros contatos de Regina com ele na UTINeo desconstruíram esta imagem saudável que ela construiu do bebê. Quanto aos sentimentos relacionados aos primeiros contatos dela com seu filho, Regina verbalizou: *“E eu nunca tinha visto na minha vida um nenê tão pequeno como eu vi ele, eu nunca tinha visto. Eu me apavorei [no mesmo dia do nascimento]. Como é que eu vou cuidar dele? Porque eu imaginava que eu ia embora, que eu ia ficar uns dias e ir embora, né?”*.

Felizmente, Regina não precisou permanecer muito tempo no CO após o parto: *“Eu ganhei ele as cinco e vinte e sete e eu descii... eu sei que era de noite, devia ser umas nove, dez horas”*. Em seguida, ela foi até a UTINeo visitar o filho, rotina esta que foi sendo incorporada por ela, apesar do desgaste emocional que vê-lo naquele estado lhe causava: *“Ai, eu fiquei apavorada porque ele tava todo entubado, sedado, e todo dia que eu ia ver ele, que eu ia ver ele, ele não se mexia, aí eu fiquei apavorada. Aquele dia era o dia que eu mais chorava. Quando ele nasceu, eu vi ele assim, eu pensei, meu Deus, com é que eu vou cuidar desse nenê? Fiquei bem preocupada com isso assim”*. Regina relatou que Fernando a

acompanhava nas primeiras vezes em que ela ia ficar com o filho, sendo que ambos apoiavam-se mutuamente: *“Ele também tava arrasado por ver ele assim”*.

De acordo com os relatos acima, indica-se que ela foi, gradativamente, se aproximando do filho e percebendo o quanto este precisava dos cuidados dela. Quando conseguiu fazer tais constatações, Regina pareceu ter ficado muito assustada inicialmente, já que não se julgava capaz de prover o que o bebê necessitava. Mesmo diante de suas inseguranças, ela seguiu ao lado do filho, indicando que uma força a impulsionava a permanecer ao lado dele. O apoio do marido, que foi escasso na gestação, parece ter sido fundamental neste momento para que ela conseguisse se sentir mais amparada diante deste contexto.

4) Preocupação materna primária no puerpério

Sentimentos sobre o comportamento do bebê

Segundo Regina, inicialmente, era difícil falar sobre o comportamento do filho porque *“ele só dormia”* [primeiros quinze dias]. No entanto, verbalizou: *“De uns dias para cá ele tá um pouco mais que antes sim. É porque ele fica às vezes acordado. Antes ele não ficava. (...) Se mexia assim e não abria o olho para nada. Agora ele abre o olho [18º. dia após o nascimento]”*. Ela comentou que seu estímulo deixava o filho mais ativo *“Às vezes eu estou conversando com ele e ele abre o olho”*. Ela mencionou que ele começava a impor suas necessidades [18º. dias após nascimento]: *“E chorar também, quase não via chorar, era raro, muito raro, hoje eu já vi ele chorar bastante lá em baixo”*. Ela destacou que *“depois que ele fez um mesinho ele tá mais assim esperto, ele tá mais demonstrando mais o que ele quer”*.

Ela constatava que Pedro gostava mais de determinadas posições na incubadora: *“E eu já reparei também que ele gosta mais de ficar de bruço. (...) Ele fica mais calminho assim, não fica assim, tão agitado”*. Quanto a sua aparência física, Regina não considerava o filho parecido com ninguém especificamente: *“Ai, ele não é muito parecido assim com ninguém aqui, mais dá os ares do meu filho menor”*.

Considerando os relatos expostos acima, sugere-se que Regina não conseguiu relatar características do comportamento de seu filho logo após o nascimento. Tal apontamento pode estar relacionado à imaturidade do bebê prematuro, que logo após o nascimento necessita de muito mais tempo de sono para se recuperar, além de estar mais tempo sedado.

Por outro lado, com o passar do tempo, Pedro parece ter começado a aumentar cada vez mais seus momentos despertos, o que fez com que Regina começasse a prestar mais atenção no filho e em suas características. Com isso, os indicadores de sua *preocupação materna primária*

podem ter sido estimulados pelo filho, que acabava solicitando mais uma comunicação com ela. Regina parecia demonstrar, gradativamente, uma adaptação ao comportamento de Pedro, fato este que pode ser indicador da *preocupação materna primária*.

Sentimentos sobre situações de separação do filho

Regina disse que os sentimentos relacionados ao momento de sua alta hospitalar foram muito tristes: *“O dia que eu dei alta foi o pior dia da minha vida, que eu saí desesperada chorando daqui. Porque eu nunca tinha tido alta e deixado meu filho no hospital, né?”*. Ela ressaltou que pediu ao médico para ficar mais tempo internada: *“Aí até perguntei se eu não podia ficar mais dois dias internada, né? Elas disseram que não, que eu tava já de alta. Aí eu desci chorando desesperada. Fui até em casa chorando”*. Com o tempo, ela comentou que foi se *“acostumando”*, já que o filho também começou a melhorar a cada dia que passava: *“Hoje em dia como ele já tá melhorzinho, eu já vou mais tranqüila”*.

Os momentos de separação do filho, quando ela regressava para casa, também foram descritos como difíceis, porém necessários: *“Eu não podia ficar na Casa de Repouso [casa na qual as mães dos bebês internados na UTINeo que moram no interior do Rio Grande do Sul podem permanecer durante a hospitalização do filho] porque eu moro em Porto Alegre, né? E outra também porque não adiantava eu ficar ali, porque ali é dez horas né, tem que... se tu vai não vai, tu não pode mais voltar, né? Aí eu disse: ‘Não adianta eu ficar aqui’, porque têm os outros, né? E tem que vir aqui e ficar em casa com eles também, não adianta. Mas se fosse só ele eu não sairia aqui de dentro”*. Complementando seus comentários, ela verbalizou: *“Se eu pudesse ficar vinte e quatro horas com ele, eu ficava”*.

Para amenizar a dor destes momentos, Regina procurava *“ficar sempre ligando”*, principalmente à noite *“antes de dormir”*. Ela relatou que seu sentimento ao ir para casa nos primeiros dias foi mais intenso: *“Eu sempre saía preocupada, chegava em casa e chorava”*.

Ela analisava que o filho também sentia quando ela ia embora, sendo que a mesma tentava acalmá-lo: *“Tem dias que parece assim que bem na hora que eu vou embora, ele tá dormindo, daí ele se acorda e fica meio agitadinho aí eu fico mais um pouquinho até ele se acalmar”*. Os reencontros foram descritos da seguinte maneira: *“Quando eu volto, eu chego, eu falo com ele, ele abre o olho”*.

Diante dos relatos acima, sugere-se que ela estava construindo uma ponte de comunicação e sintonia com seu filho. Com isso, é possível indicar que ela preocupava-se e começava a se dedicar a Pedro, mesmo com sua alta hospitalar. Neste período sensível, a necessidade fundamental da díade é permanecer junto, porém, no caso de Regina e Pedro, isso não foi possível porque o bebê precisava permanecer internado. A reação de Regina parece ter sido indicadora da presença da *preocupação materna primária*, pois parecia estar envolvida com seu filho, a fim de dedicar-se a ele e prover subsídios para que suas necessidades fossem satisfeitas. Seu comportamento, diante da

distância, foi o de criar caminhos alternativos para se aproximar do filho e minimizar sua própria ansiedade.

Sentimentos sobre os cuidados na UTINeo

Regina considerava a equipe da UTINeo “eficiente” e, desta forma, ficava mais segura em deixar o filho no hospital: “*Eu sei que ele tá bem cuidado, né. Então eu vou mais tranqüila para casa*”. Ela verbalizou que o médico de Pedro a incentivava a perguntar sobre suas dúvidas e se mostrava preocupado: “*Sim, os médicos explicam sim. Que nem o Thiago sempre diz: ‘Se tu tens alguma dúvida, não fica com vergonha, pergunta’*”.

A respeito de quem cuida mais do filho na UTINeo, ela destacou: “*A Ticiane cuidou bastante dele. Agora até que ela não vai muito para lá, mas ela cuidou dele bastante. A Sheila, aí tem uma outra, a Neusa*”. Regina referiu que se sentia “bem” quando as pessoas cuidavam de Pedro na UTINeo, já que elas cuidavam “bem” do filho. Ela não se sentia constrangida em pedir ajuda às profissionais, mesmo em tarefas que ela mesma poderia exercer: “*Quando eu vejo que ele tá de repente com alguma coisinha eu já chamo elas. Que nem ontem, eu achei que o pescocinho dele tava vermelhinho, pedi para ela passar uma pomadinha, ela passou [18º. dia após nascimento do bebê]*”. Quando questionada sobre se não teria vontade dela mesma cuidar do filho em determinados momentos, Regina comentou: “*É, mas eu vendo elas assim, elas fazem bem normal, nem tão, elas têm a prática né e eu vi que da para eu dar, né? Eu vou pedir para elas me darem*”.

No entanto, no relato dela também apareceram críticas a uma situação relacionada à equipe, fato este que acabou deixando ela muito triste e insegura sobre os cuidados que a mesma dispensava a Pedro. Sobre tal evento, Regina verbalizou: “*Porque ela pega, tem algumas [técnicas de enfermagem], ela tem um jeito muito rápido de lidar com ele. E ele era bem menor e ela [técnica de enfermagem] pegava ele muito rápido, pegava pelos pezinhos e pela cabecinha e eu não gostava muito. Sabe, porque às vezes ele estava quietinho dormindo e ela vinha e ele chorava. Aí um dia eu cheguei em casa e chorei tanto que meu marido: ‘Ai se eu ver essa mulher de novo na minha frente eu vou ter que falar, porque ela não tá lidando com um boneco’. Daí ele: ‘Ai te acalma é o jeito dela’, como é que ela falou, ‘ela já tem uma prática para lidar com ele e a gente já trata ele mais delicado’ e eu: ‘Ai, mas não, mas ele não gosta, eu também não gosto porque ele é muito pequeno de tratar ele assim’. Mas depois eu fui vendo que é o jeito dela, que ela é muito... tem umas que são mais carinhosas. Só que eu não gostava porque às vezes ele tava dormindo e ela vinha e também não gostava quando ele tava dormindo e se tivesse que tirar um sangue ou alguma coisa dele, em vez de acordar ele, ela vinha e tirava. Se assustava. Tinha gente que vinha, acordava, conversava, para depois tirar, outros já vinham, já tiravam com ele dormindo*”.

Analisando-se conjuntamente os relatos de Regina sobre a equipe da UTINeo, pode-se pensar que ela parecia estar receosa em assumir os cuidados com seu filho. Com isso, ela acabava delegando para a equipe a maioria das tarefas para com o bebê, parecendo retrair suas potencialidades de devotar-se ao filho. Porém, ela parecia não ficar indiferente quando este era cuidado de forma inadequada pelos profissionais e sentia-se muito triste. Por outro lado, não tinha nenhuma atitude de questionamento a respeito de cuidados que julgava inapropriados, demonstrando insegurança em relação a sua capacidade de ser mãe e a demora na apresentação de indicadores da *preocupação materna primária*.

Sentimentos sobre a comunicação da díade

Quanto à comunicação da díade, Regina considerava que conseguia entender alguns sinais emitidos pelo filho [18º. dias de vida do bebê]: *“Principalmente quando ele tá com fome, eu já notei várias vezes que ele tá com fome”*. Ela achava que ele ficava *“se debatendo assim sabe, aquela a mãozinha assim”* e a partir disso, chegava à conclusão de que Pedro necessitava alimentar-se. Os sinais que o filho emitia quando estava com dores também tentavam ser decodificados por ela, antes mesmo da equipe: *“Ai, uma vez quando ele tava sedado e tava se mexendo muito assim, se debatendo. Aí eu chamei a enfermeira: ‘Ai, eu acho, não sei, né, mas eu acho que ele tá com dor’. E ela: ‘Por que mãezinha tu acha que ele tá com dor?’ Aí eu: ‘Porque ele tá se debatendo e tá sedado, ele deve estar sentindo alguma coisa’. Aí ela: ‘Ai é verdade, ele deve tá mesmo’. Daí ela chamou a outra: ‘Vamos sedar ele mais’. Eu achei que ele tava com dor”*.

A comunicação mais fácil de entender, segundo Regina, era quando o filho estava com fome. Quando questionada sobre a mais difícil de entender, ela não soube responder: *“Ai não tem, porque o que eu sei assim dele eu entendo, que eu entendo mais ou menos é mais assim quando ele tá com fome e só, né? Não tem muito... não é que eu não conheça...”*. Ela justificou sua falta de resposta dizendo que não tinha *“muito contato assim com ele, mais é no Canguru mesmo”*.

Regina não sentia vontade, no início da hospitalização, de conversar com Pedro: *“Ai, no começo eu ficava meio assim de falar com ele, porque eu pensava, elas devem achar que eu sou meio loca né, o guri tá sedado, o que que ele vai ouvir”*. Mesmo diante de tal pragmatismo em relação ao filho, Regina verbalizou que procurava se comunicar com o bebê, sendo que ele parecia reagir aos seus estímulos verbais: *“Quando eu falo com ele, às vezes ele tá até dormindo e eu reparo assim que ele abre o olho e olha assim pra tudo que é lado. Eu acho que ele fica procurando né pra quem tá falando com ele”*. Ela contou que chegava ao hospital e dizia: *“Ai eu chego assim: ‘Oi nenezinho da mamãe’, sabe, falo assim”*. Nas horas de despedida também avisava o filho que estava indo embora: *“Quando eu vou embora e digo: ‘Fica com Deus que amanhã a mamãe vem’. Assim eu fico”*.

Quando questionada a respeito de quais as maiores necessidades de Pedro, ela destacou: “*Ai, eu não consigo...*”. Porém, quando a entrevistadora começou a enumerar as atitudes dela para com o filho, dizendo que ela já conhecia “*um pouco de suas necessidades*”, esta verbalizou: “*É, eu acho que ele precisa de mim, né? Que sou a mãe dele perto dele, o pai dele, eu acho...*”. Ela finalizou comentando: “*Eu acho que ele já conhece a minha voz mesmo, porque eu falo com ele, sabe e...*”.

Considerando-se os relatos acima, pensa-se que a insegurança de Regina diante da comunicação com o filho persistia, mesmo que em alguns momentos ela afirmasse que conseguia entendê-lo. Dezoito dias após o nascimento do filho, tais inseguranças continuavam se fazendo presentes e prejudicavam a sintonia da díade e a presença de indicadores da *preocupação materna primária*, pois ela não acreditava em seu potencial para suprir as necessidades do bebê. Porém, quando questionada pela entrevistadora, conseguiu verbalizar a respeito da importância de seus cuidados primários para Pedro.

Sentimentos sobre a maternidade

Nos primeiros dias de internação do filho, ela relatou ter ficado receosa em tocá-lo e ter mais contato com este [até doze dias após o nascimento do bebê]: “*No começo eu nem procurava tocar muito porque era tão pequenininho*”. Este sentimento deixava Regina sem ação diante do filho: “*Ai no começo quando elas: ‘Ai tu quer pegar ele?’ Eu queria, mas eu ficava pensando: ‘Como é que eu vou pegar ele?’ Eu imaginava que eu tinha que pegar ele ali, eu não tinha ação pra quilo ali. Ai elas: ‘Não, tu senta e eu te dou ele sabe?’*”. Com o passar dos dias, Regina conseguiu pegar seu filho no colo, descrevendo este acontecimento como emocionante [16º. dia após o nascimento do filho]: “*Ai, eu adorei. Eu fiquei emocionada de pegar ele*”. Porém, ela não demonstrava uma atitude de maternidade ativa diante do contexto da hospitalização: “*Porque para pegar ele só quando elas me dão assim, né? Eu nunca fui ali e peguei a hora que eu quis, né? Eu quero que ele vá para o bercinho porque é mais fácil, né? Eu posso trocar ele, vestir ele e tudo, né? Na incubadora é mais difícil*”. Por outro lado, Regina procurava interagir com seu filho de outras formas: “*Ai, eu fico ali, pegando a mãozinha dele, eu pego a mãozinha dele, eu faço carinho na cabeça dele*”.

Condutas relacionadas à maternidade, tais como troca de fralda, ajuda na hora de fazer curativos, banho, não foram assumidas por ela: “*É. Eu nunca troquei, eu nunca... ontem que eu fiquei até mais tarde que a enfermeira da noite perguntou se eu queria dar banho nele. Ai, mas como é que é esse banho, eu não sei como é que é esse banho. Ai ela: ‘Ai, não é banho que nem tu da em casa’*”. Ai ela disse assim: “*Hoje eu vou dar e daí na próxima tu dá, aí tu vai saber. Hoje é só com água*”, daí ela passou um paninho nele todo só com água, que tem dia que vai com saboneteinho. Mas é um paninho. (...) é um banho de gato, é”. Ela que sentia falta de ser mais ativa diante das funções maternas com o filho: “*Ai, eu*

estou sim, eu estou sentindo falta porque eu quero cuidar dele, né? Eu quero cuidar. Eu estou sim. Agora o próximo banho eu quero tentar dar né, para ele me conhecer, né?”. Regina destacou que quando Pedro fosse para casa ia “poder cuidar mais dele”.

Durante os procedimentos, Regina preferia não ficar com o filho: *“Não. Se tão tirando sangue ou se tiver alguma coisa e ele começar a chorar eu prefiro não ver”.* No entanto, ela comentou que quando sentia que seu filho estava inquieto procurava fazer alguma coisa para acalmá-lo: *“Ai, eu tento acalmar ele. Não posso pegar muito, mas eu tento acamá-lo batendo nele, falando com ele. (...) Às vezes dou uma viradinha nele se eu vejo que ele tá assim aberto. Eu dou uma viradinha. Bato na bundinha. E ele se acalma. (...) E ele se acalma, pego a mãozinha dele”.* Ela ressaltou que se sentia bem quando o mesmo respondia as suas intervenções, *“porque eu mais ou menos já estou pegando o jeitinho assim de acalmar ele”.* Ela relatou um evento no qual suas atitudes para com o filho o acalmaram e ajudaram a equipe a fazer um exame no mesmo: *“Porque hoje lá no exame, a enfermeira tentou acalmar ele e não conseguiu, daí eu peguei, eu fui lá, ele pegou na minha mão, só que daí eu tive que ficar ali com ele, porque ele não largou a minha mão. Daí ele ficou quietinho”.*

C: Olha, eu me sinto... me sentir bem eu não me sinto né, porque eu preferia tá em casa com o meu filho, mas eu estou vendo o meu filho ser bem cuidado e tudo, eu me sinto bem aqui.

Em relação às coisas que mais a agradavam quando estava com ele, ela verbalizou: *“Han, quando eu pego ele no colo”.* Quando questionada a respeito de seus receios sobre a maternidade com Pedro, ela comentou: *“Se eu ia saber cuidar dele né, ter todos os cuidados que tem que ter, sabe? Eu fico meio preocupada né, não que eu não vá ter os cuidados, mas tem muita coisa que eu vou ter que aprender, né? Os outros já era mais fácil, né?”.*

Mesmo diante de tais adversidades, Regina achava que era *“uma boa mãe”* com Pedro. Segundo ela, sua impressão era de que as pessoas também a viam *“como uma boa mãe”.*

Ela projetava um futuro de cuidados redobrados com ele: *“E outra que a doutora falou que ele vai ser uma criança mais sensível assim que os outros para pegar pneumonia, pontada, essas coisas tudo, por causa do pulmão dele que não é bem maduro, né? Mesmo que o tempo passe e que ele cresça, o pulmão dele não vai ter a mesma resistência que os outros”.* Diante de tal situação, ela começava a se planejar antes de alta hospitalar do filho: *“Tem que evitar o máximo que puder evitar de pegar frio, de ficar gripado, porque de uma gripe pode virar uma pneumonia”.*

A partir dos relatos acima, é possível pensar que os indicadores da *preocupação materna primária* de Regina não estavam se fazendo presentes, pois a mãe parecia não estar pronta para exercer sua maternidade ainda. Mesmo parecendo se sentir bem, ao tomar as rédeas e cuidar do filho, ela não persistia nestes cuidados e logo recuava, prejudicando a continuidade necessária para fortalecer a comunicação da díade.

Mesmo diante de tais adversidades, ela pareceu conseguir se identificar com Pedro em alguns momentos, como nas situações em que dava colo para o filho. Este espaço de comunicação, que pode ser indicador da *preocupação materna primária*, foi construído, mesmo que não se repetisse com frequência, no qual o colo psicológico provia as necessidades de carinho tanto do bebê quanto de Regina.

Sentimentos sobre a amamentação

Pedro ainda estava sendo alimentado por uma sonda, porém, de acordo com ela, a equipe médica já havia feito tentativas de amamentá-lo pela mamadeira [18º. dia após nascimento]: “É, ele tava a recém aprendendo, eu acho que tomou um três ou quatro dias no máximo, né? Só que ele tomava umas cinco gramas e cansava, como se ele tivesse tomado uma madeira cheia, aí o resto eles colocavam na sonda. Aí começou a dar apnéia e o médico achou melhor tirar. Aí ele disse que lá pela semana que vem vamos tentar de novo”. Regina contou que não deu a mamadeira na época porque foi orientada pela equipe a esperar: “Até a enfermeira disse: ‘Mãe por enquanto é melhor tu não dar né, porque ele tá, ele cansa muito né, ele pode se afogar’, daí eu não dei”.

No entanto, quando questionada sobre sua vontade de amamentar o filho na próxima semana, ela pareceu apreensiva e ambivalente em seus relatos: “Ai, eu acho que já tá mais fácil de dar sim. Eu vou pedir, eu vou tentar. (...) Eu vou amamentar ele sim”. Ela estava estimulando sua produção de leite no Banco de Leite do hospital: “É assim oh, eu tenho leite, mas ali na maquininha no banco de leite sai muito pouco, sai no máximo quarenta ml, aí eu tenho que dar, daí eu dou um tempo e volto e aí sai mais um pouco. Mas não sai aquele monte de leite”.

Considerando-se os relatos de Regina acima, relacionados aos momentos da amamentação de Pedro, percebe-se, como foi dito anteriormente, que seus receios a impossibilitavam de exercer sua *preocupação materna primária* de forma plena. Mesmo que o filho não pudesse ainda ser amamentado ao peito, havia outras maneiras pelas quais ela poderia se aproximar dele neste momento.

Disponibilidade de entrega da mãe aos cuidados com o filho

A rotina de Regina após o nascimento do filho foi descrita como difícil, porém a mesma verbalizou desejo de permanecer ao lado do bebê todo o tempo, mesmo que isso não fosse possível: “Ai, eu achei, eu estou achando um pouco difícil por eu não poder dar mais atenção para ele. Porque eu, por mim, eu vinha para cá de manhã e saía só de noite porque é meu filho e eu acho que eu tenho que estar aqui. Só que como eu tenho os outros, daí, já, né, já não dá. Os outros já foram mais fáceis, pude ir para casa, né?”. Sua disponibilidade para devotar-se aos cuidados com seu filho foi condicionada a saída

dele da incubadora: “É, mas quando ele for pro bercinho ou trocar de sala, eu vou procurar vir mais. Nem que os outros fiquem... os outros são maiores, a minha mãe pode cuidar, o meu marido, mas daí ele vai precisar mais que eu cuide dele, porque ali na incubadora eu não posso fazer muito, né? Assim de cuidar ele, né? Mas elas cuidam mesmo. Mas quando ele for para bercinho eu vou procurar vir mais. Ela comentou que chegava ao hospital no início da tarde e ficava “aqui até de noite”.

Regina verbalizou que não conseguia deixar de se preocupar com Pedro: “Desligar nunca, né? Tá sempre o pensamento aqui, né? Sempre penso nele”. Ela apontou que o mais difícil na rotina vivenciada foi: “É esse negócio de eu ter que me dividir entre eles, né? Não tem como ficar só aqui ou não tem como ficar só lá. (...) É o mais difícil, né? Se eles tão todos juntos eu estou cuidando de todos ali”.

Ela estava disposta a adaptar o contexto em que a família vivia para receber Pedro: “Quando ele [médico] falou que era uma criança sensível, que ia ter que proteger da umidade, que não ia poder pegar frio, aí eu fiquei pensando: aí minha casa é úmida. Em dia de chuva que fica assim, por mais que não chova dentro, que fica aquele cheiro de umidade, sabe? E aí eu já falei para meu marido: ‘E agora? O que que a gente faz agora? Alugar casa de novo com só eu trabalhando?’ Aí ele: ‘Eu vou, eu estou me empenhando mandando currículo para tentar o mais rápido possível arrumar um serviço.’ Porque dois trabalhando é mais fácil para alugar uma casa vai ter que ser com o dinheiro dele”. Ela destacou que a saúde do filho deveria vir em primeiro lugar: “A gente tá pensando. Fazer o que, né? Porque a saúde do meu filho em primeiro lugar, né?”.

Seu interesse em relação a voltar ao trabalho foi excluído: “É como eu te falei [referindo-se a entrevistadora] aquele negócio de eu voltar em janeiro para trabalhar. Eu fiquei pensando, olha só, se eu voltar em janeiro e ele bem pequenininho, eu vou ter que deixar ele com pessoas que não cuidam dele como eu, porque ele é meu filho né, eu acho que melhor que eu ninguém cuida, né? Eu acho. Eu acho... eu não sei né? Eu estou apavorada assim com essa situação”.

Considerando-se os relatos acima, é possível pensar que Regina estava disponível fisicamente para permanecer ao lado de Pedro na UTINeo. Porém, emocionalmente ela parecia ainda demonstrar dificuldades em devotar-se com amor ao filho. Ela justificava que isso iria acontecer após a saída do bebê da incubadora, porém seu receio a impossibilitava de familiarizar-se mais com Pedro, para ir, gradativamente, entendendo seu bebê.

Por outro lado, não deixava de demonstrar preocupação com ele, mesmo não conseguindo se desligar das demais preocupações do seu dia-a-dia. Regina deixava seus filhos aos cuidados de sua sogra e de sua mãe, mas, mesmo assim, estes foram motivo de preocupação quando ela estava com Pedro. Ela parecia não estar totalmente disponível para exercer sua *preocupação materna primária*.

Em suas falas apareceram uma preocupação em arrumar o ambiente para receber o filho, no entanto, ela mesma parecia um pouco desconfortável em prover um ambiente interno de cuidados

em relação a ele. Por outro lado, a possibilidade de voltar trabalhar assombrava a Regina, sendo que ela parecia não estar disposta a deixar o bebê aos cuidados da família enquanto ele fosse pequeno.

5) Síntese dos indicadores de preocupação materna primária

Analisando-se os relatos de Regina em relação à *preocupação materna primária* na gestação, percebe-se uma certa insatisfação desta em relação à gestação. Ela não demonstrou desejo pela gravidez, pensando em abortar logo que tomou conhecimento do que estava acontecendo. Mesmo diante de problemas de saúde (diabete gestacional e perda de líquido amniótico), ela não aceitou ser hospitalizada e não conseguia entender a importância de cuidar de sua saúde para a sobrevivência do filho. Tais aspectos podem indicar que ela não estava identificada com o filho e, conseqüentemente, não havia estabelecido a *preocupação materna primária*. É possível que, mesmo após decidir levar a gestação adiante, Regina ainda não desejasse o bebê e desta forma atuava sua falta de desejo em faltas de cuidados com seu próprio corpo, que abrigava seu filho. Assim, a falta de sintonia da díade pareceu persistir nas mudanças corporais e emocionais destacadas por ela. Quanto ao seu corpo, Regina não conseguiu verbalizar sobre as mudanças pelas quais passou na gestação. Emocionalmente, ela parecia estar mais alterada, porém não é possível relacionar tais oscilações de humor a indicadores da *preocupação materna primária* porque Regina parecia estar sofrendo com a gravidez, fato este que refletiu em seu humor. Seus sentimentos em relação à função materna foram, inicialmente, de tristeza. Porém, sugere-se que ela transitou entre a tristeza para uma aparente idealização da função materna. Indica-se que, como não estava conseguindo realizar uma maternagem suficientemente boa na gravidez, ela projetava para o futuro uma função materna com perfeição, outro indício de que ela não estava em sintonia com o filho. A sintonia falha também pareceu refletir-se nas expectativas dela em relação ao sexo de Pedro, já que ela desejava uma menina e o bebê era um menino. Outro exemplo foi o desligamento dela sobre os movimentos fetais do filho, já que ela não conseguiu verbalizar nenhum momento de comunicação com ele, fora durante as situações de ecografia. Por outro lado, Regina verbalizou momentos em que imaginava como seria o comportamento do filho e sonhava com o mesmo, fato este que demonstra algum tipo de sintonia da mãe com ele. Porém, sua sintonia com o filho era invadida por pensamentos repletos de receio em perder o filho. Nesse sentido, o lugar do bebê parecia ainda não ter sido construído por ela e não conseguiu dedicar-se aos preparativos para sua chegada. Este comportamento pode ser indicador que Regina seguia com dificuldades em aceitar o filho e apresentar indicadores da *preocupação materna primária*.

Os momentos que antecederam o parto do filho foram repletos de intercorrências. Primeiramente, ela não queria ser internada para retardar o nascimento do filho. Nesse sentido, sua identificação com ele parecia seguir problemática, pois a mesma não conseguia entender a importância de cuidar-se para cuidar, paralelamente, do filho. Os procedimentos feitos durante o parto também não contribuíram, já que uma série de contratempos fez com que a ansiedade e o medo da mãe aumentassem, tornando o momento do parto ainda mais inesperado e traumático. Após o nascimento do filho, Regina verbalizou que pensou que seu estado de saúde não era grave, fato este que contradizia tudo o que havia acontecido até agora. Pode-se pensar que ela entrou em um processo de negação da realidade, defesa esperada pela situação ansiogênica. Com base em seus relatos sobre sua capacidade de recuperação após o nascimento, sugere-se que Regina estava começando a sair de dentro de si mesma para se identificar com seu filho, já que suas dores físicas não foram super valorizadas e que mesmo sentindo desconfortos, não abria mão de estar ao lado de Pedro. Nesse sentido, seu estado emocional também parecia oscilar agora conforme a recuperação dele. Os primeiros contatos com o filho foram vividos com dificuldade pela mãe, pois a mesma, como foi dito anteriormente, achava que este havia nascido bem. Após o primeiro choque, Regina pareceu começar a aproximar-se do filho e a se dar conta do quanto o mesmo precisava dela, fato este que a deixou insegura, já que não confiava nas suas potencialidades como mãe. Tal aspecto pode ser resultado da pouca ligação com ele durante a gestação, pois a sintonia característica da *preocupação materna primária* se desenvolve de maneira contínua a partir da gravidez. Ela parecia assustada por não estar pronta para exercer tal função, já que evitou entrar neste estado no decorrer de toda a gravidez.

Com referência à *preocupação materna primária* e o puerpério, percebe-se que Regina não conseguiu relatar características do comportamento de seu filho logo após o nascimento. Porém, com o amadurecimento dele, ela parece ter começado a prestar mais atenção em suas características. Pode-se sugerir que os indicadores da *preocupação materna primária* tinham que ser estimulados em Regina e seu filho parecia estar em busca disso. Por outro lado, os momentos de separação da díade foram vivenciados com tristeza por ela. Porém, ela pareceu fazer uso de defesas para enfrentar tal situação, alegando que esta distância era necessária. Por outro lado, sugere-se que Regina começou a devotar-se mais a Pedro. Ela começou a construir caminhos para que ambos não sentisse tanto a distância, o que pode ser indicador de um início da *preocupação materna primária*. No entanto, ela parecia seguir delegando cuidados maternos à equipe do hospital, fato este que pode indicar a persistência de um sentimento de insegurança e incapacidade para exercer a maternidade com o filho. Como suas inseguranças pareciam prejudicar os indicadores de sua *preocupação*

materna primária, a comunicação da díade também acabava lesada, sendo que ela apresentava dificuldade em entender os sinais de seu filho. Pode-se pensar que Regina não confiava em seus instintos maternos, o que pode ser resultado de sua falta de sintonia com o filho desde a gestação. Com todas estas diversidades, a amamentação também parecia ser um momento temido por ela. Após dezoito dias de internação, Pedro ainda não havia sido liberado para ser amamentado ao peito, porém a mesma tinha medo de amamentá-lo na mamadeira. Indica-se que, dentro do contexto vivenciado pela díade, tais reações são esperadas, porém elas sugerem uma oscilação nos indicadores da *preocupação materna primária* em Regina. Assim, sua disponibilidade de entrega aos cuidados com o filho pareciam encarados da mesma forma que na gestação: ela prorrogava cuidados afetivos para com ele, apesar de estar fisicamente disponível. Ela parecia não estar totalmente disponível para ingressar na *preocupação materna primária*, porém não deixava de se preocupar com Pedro e em arrumar o ambiente para recebê-lo.

Até aqui apresentaram-se as categorias e subcategorias encontradas, com exemplos dos relatos das gestantes. No capítulo seguinte, apresenta-se a discussão das categorias à luz da teoria abordada neste estudo.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

As análises descritas no Capítulo III focalizaram as particularidades de cada mãe e seu bebê no que diz respeito à *preocupação materna primária* na gestação, a *preocupação materna primária* e o nascimento pré-termo e a *preocupação materna primária* no puerpério, considerando-se o contexto da prematuridade do bebê. Neste capítulo, discutem-se, separadamente, os achados de cada uma das três categorias centrais apresentadas no capítulo anterior, destacando-se as semelhanças entre os casos à luz da literatura examinada.

Conforme Winnicott (1999) destacou, o ambiente adquire importância máxima quando o bebê ainda é um feto. O autor referiu que não é possível estabelecer o momento certo no qual o feto passa a ser percebido como uma pessoa, mas que tal fato ocorre ainda dentro da barriga da mãe, o que estaria relacionado também à emergência da *preocupação materna primária*. Ele descreveu que a base de todo o desenvolvimento humano é a continuidade deste processo, que tem início antes do nascimento propriamente dito. Para que o potencial herdado seja desenvolvido em continuidade com a linha da vida, a presença de um ambiente facilitador é fundamental desde a gestação (Winnicott, 1999). Tal ambiente é representado, primeiramente, pela mãe, identificada com seu bebê já na gestação, o que indica a presença da *preocupação materna primária*. Após o nascimento, desde o início, o grau de adaptabilidade ao bebê é tão grande, que só poderá ser realizado por alguém que teve uma espécie de preparação para a tarefa, proporcionada pelos nove meses de gestação (Winnicott, 1999). A rigidez ou inadaptabilidade da mãe (devido à ansiedade ou estados depressivos) podem ter consequências para o bebê antes mesmo que este tenha nascido. Segundo Winnicott, é necessário postularmos um estágio, pertencente à vida intra-uterina, no qual o amor e o cuidado só podem ser expressos e reconhecidos em termos físicos, através da adaptação do ambiente proveniente de todas as direções.

No presente estudo, diversos exemplos da *preocupação materna primária* na gestação foram encontrados nas quatro mães investigadas, desde os cuidados que elas tiveram com sua saúde e a saúde de seu bebê na gestação, assim como seu desejo pela chegada do filho. Inicialmente, todas as mães tiveram dificuldades em cuidar de sua própria saúde e aceitar a gravidez. Enquanto uma delas (Fabiana) apresentou resistências em seguir as recomendações de repouso de seu médico, escondendo tais orientações do companheiro e da família, outra (Regina), prorrogou o começo dos cuidados pré-natais, pois pensava em abortar seu bebê. Duas delas (Daniela e Andréa), após

surgirem ameaças à saúde do bebê, resolveram seguir as recomendações médicas. Uma das mães (Fabiana) teve necessidade de que as orientações quanto aos cuidados com o bebê e com sua saúde viessem de fora, mais especificamente do companheiro, para que ela realizasse determinadas condutas básicas, como o que comer ou não. Já outra participante (Andréa) demonstrou, após sofrer uma ameaça de aborto no início da gestação, preocupação com seu filho de maneira mais efetiva e concreta. Nenhuma delas planejou a gestação e todas apresentaram ambivalência e ansiedade ao receber a notícia da gravidez. Uma das mães (Daniela) já havia sofrido um parto pré-termo de sua primeira filha, fato este que pode ter contribuído para seu receio inicial em enfrentar uma nova gestação.

Winnicott (1990) afirmou que durante um período de nove meses ocorre uma transformação importante na mulher, que deverá passar de um estado de egoísmo para outro. Esta mudança comporta um movimento de voltar-se para seu filho durante determinado tempo e excluir preocupações exteriores, objetivando introduzi-lo no mundo. Todas as mães do presente estudo tiveram dificuldades em abrir mão de sua rotina diária durante a gestação, como deixar de fazer algumas tarefas do dia-a-dia, em nome do bem-estar do bebê. Três das mães (Fabiana, Andréa e Regina) relataram, inclusive, irritação ao terem que pedir ajuda a outras pessoas, demonstrando incomodação com uma dependência temporária devido a problemas de saúde. O surgimento de aspectos dependentes da mãe na gravidez também é considerado como característica da *preocupação materna primária* (Merbaum, 1999; Milijkovitch, 1977). Porém, no caso específico das mães do presente estudo, o surgimento de doenças na gestação pode ter interferido no processo de regressão normal da gravidez. Tal aspecto pode ser uma das explicações para a constante irritação das mães diante do contexto em que sua dependência era necessária e imposta e não necessariamente parte de um processo natural.

A ambivalência em relação à maternidade está presente na *preocupação materna primária*, assim como questões levantadas pela mãe sobre sua capacidade de entrar nesse estado e ter a capacidade de identificar-se com seu bebê, a fim de responder melhor as suas necessidades (Winnicott, 1956/2000; Milijkovitch, 1977; Stern, 1997). Parece que a ambivalência apresentada pelas mães do presente estudo foi mais acentuada devido a não-desejabilidade inicial da gestação e aos problemas gestacionais, que acabaram ocasionando o parto pré-termo. A não-aceitação inicial fez com que todas as mães demorassem mais para se envolver com as mudanças físicas próprias da gravidez e que facilitam a identificação inicial da mãe com o filho. Estas mudanças físicas não foram bem aceitas por umas das mães (Daniela) que procurou esconder seu corpo em mutação. As

demais mães relataram não notar as mudanças iniciais que ocorrem na gestação, fato este que pode ser indicador de um desligamento inicial da mãe em relação ao seu bebê.

Já as mudanças emocionais, que acompanham a regressão materna e seu ingresso na *preocupação materna primária* foram destacadas por todas as mães do estudo. A irritação foi verbalizada por todas elas e o choro excessivo foi lembrado por três das mães (Fabiana, Daniela e Regina). No entanto, como estas mudanças vieram acompanhadas dos sintomas físicos que problematizaram a gravidez destas mães, não é possível dizer que estes são fruto da *preocupação materna primária* ou provocados pela própria doença, ou por ambos.

Os medos da mãe também fazem parte da *preocupação materna primária* e envolvem questões como a mãe se sentir não-natural, inadequada, em desvantagem, deficiente, vazia, não generosa ou deixando a desejar em relação à sua capacidade de amar (Stern, 1997). Os relatos de três mães (Fabiana, Daniela e Andréa) apontaram para uma insegurança aparente em relação à sua inadequação para exercer a função materna. As três pensavam em como atenderiam às demandas de seus filhos, principalmente se este fosse prematuro, e isto apareceu mais especificamente nos relatos de duas mães (Daniela e Andréa). Estas mães foram conseguindo atingir níveis de preocupações com o bem-estar de seu bebê, independente da prematuridade, que estavam refletidos em pensamentos relacionados a onde o filho dormiria ou como este seria. Contudo, uma das mães (Regina) não apresentou relatos nesta direção, e buscou projetar uma função materna idealizada para o futuro, enquanto que, no presente, estava com dificuldades em aceitar seu bebê e a maternagem que poderia estar realizando com ele na gestação.

Para Winnicott (1966/2006), quando o bebê está pronto para nascer, a mãe, se adequadamente amparada por seu companheiro, está preparada para uma experiência na qual ela sabe quais são as necessidades do bebê. No entanto, no caso de prematuros, como se daria este tipo de sintonia? Será que a mãe já estaria pronta tendo em vista que o bebê nasceu antes do tempo? No presente estudo, em relação ao amparo paterno, três das mães contaram com o apoio de seus companheiros durante a gestação (Fabiana, Daniela e Andréa). Mas uma delas (Regina) teve problemas com o marido durante a gravidez, que deixava claro que não desejava outro filho.

Seguindo com as idéias de Winnicott (1960/1983), é possível observar nas mulheres grávidas uma crescente identificação com seu bebê, a quem ela associa uma imagem de objeto interno. Winnicott (1956/2000) destacou que tal estado psicológico da mãe, em que sua sensibilidade em relação ao filho torna-se exacerbada, tem início ainda na gestação, sendo acentuado no seu final. No presente estudo, essa identificação foi denominada sintonia da mãe com

o bebê e apareceu nos relatos maternos ainda na gestação, e se referiam às expectativas, sentimentos, sonhos e fantasia maternas em relação ao filho, com destaque para seu sexo e comportamentos. As expectativas quanto ao sexo do bebê prevaleceram nos relatos de todas as mães, sendo que a frustração no momento em que descobriram o sexo do filho ocorreu em três das quatro mães (Fabiana, Daniela e Regina), pois este não correspondia ao que esperavam. Contudo, em uma das mães (Regina), suas expectativas quanto ao sexo foi usada de forma a compensar sua falta de entusiasmo com a gravidez, ao destacar que pelo menos este seria uma menina. No entanto, quando descobriu que esperava um menino, parece que tal compensação foi abaixo.

Quanto ao comportamento do bebê, de acordo com Winnicott (1999), as mães dão imenso valor à atividade de seus bebês e parecem esperar por ela, sendo que a partir deste momento é possível prever uma organização central, do bebê e da mãe, que seja capaz de perceber estas experiências. A sintonia em relação aos movimentos fetais e a comunicação com o bebê foi relatada por duas mães (Daniela e Andréa) e se referia a conversas com o filho, apontando que o bebê entendia e sentia tudo o que a mãe passava para ele, com destaque para a sensação de serem um só. Nas fantasias de todas as mães prevaleceram o medo de nascimento pré-termo e possíveis problemas que o bebê poderia vir apresentar.

Dentro deste contexto, Aiello-Vaisberg (1999) examinou os sonhos de cinco gestantes e mostrou que todas apresentavam conteúdos relacionados à morte, desencontro, separação, desconforto e perigo, o que estaria ligado ao fato das mães estarem em um estado de sensibilidade exacerbada, como descrito por Winnicott. Todas as mães do presente estudo também relataram sonhos com seus bebês durante a gravidez, porém o conteúdo destes se diferenciou, em parte, dos encontrados por Aiello-Vasberg. Por exemplo, algumas mães (Fabiana, Daniela, Andréa) relataram sonhos relacionados ao sexo do bebê, sendo que uma delas (Daniela) referiu pesadelos relacionados ao nascimento pré-termo de seu filho. Já uma das mães (Regina) disse sonhar com ela exercendo a maternidade livremente, sem maiores intercorrências e temores. No entanto, uma mãe (Andréa) sonhava que o ex-marido roubava os filhos, o que pode aludir a uma situação de perigo, como foi encontrado por Aiello-Vasberg em suas pacientes. Com base nestes relatos, é possível se pensar que enquanto dormem as gestantes conseguem ir desenvolvendo sua *preocupação materna primária* para com o bebê, já que alguma delas podem apresentar dificuldades em externalizar e concretizar na realidade seus desejos e fantasias com relação à maternidade e ao filho.

Segundo Winnicott (1960/1983), uma das características maternas predominante na *preocupação materna primária* é sua capacidade de deixar de lado, temporariamente, seus interesses pessoais e concentrá-los no bebê. Contudo, nos casos investigados, os tempos de cada

uma das gestantes foram diferentes quanto às suas capacidades de deixarem de lado seus interesses pessoais durante a gestação. Duas delas (Daniela e Regina) trabalharam durante toda a gestação, mesmo com recomendações médicas contrárias. Uma delas (Fabiana) estava desempregada quando engravidou, mas relatou não ver a hora de voltar para o trabalho, pois se irritava de ter que abrir mão de seus interesses pessoais pelo bebê. Já a outra (Andréa) não se importou em deslocar seus interesses pessoais para os cuidados dispensados ao bebê. Por outro lado, três das quatro mães (Fabiana, Daniela e Andréa) apresentaram algum tipo de envolvimento com os preparativos para a chegada do bebê, abrindo um espaço psicológico e físico em suas vidas para o filho.

Já em relação ao nascimento pré-termo, segundo Winnicott (1999), assim como uma criança pós-madura mostra sinais de haver permanecido no útero tempo demais, o bebê prematuro se mostraria “pouco capacitado a viver experiências como ser humano” (Winnicott, 1999, p.147). Neste caso, a mãe também teria todas as suas funções para com o filho antecipada. Assim, para Winnicott, o momento certo para a criança nascer é, do ponto de vista psicológico, o mesmo que do ponto de vista físico, ao se completarem os nove meses de vida intra-uterina. Todas as mães do estudo descreveram medo e ansiedade frente à possibilidade do parto pré-termo, especialmente aquelas (Daniela) que já haviam passado por esta experiência, ou que foram informadas de que isto poderia acontecer frente ao seu estado de saúde (Fabiana, Daniela, Andréa e Regina). Isto pode estar relacionado com a antecipação e/ou exacerbação da *preocupação materna primária* que em situação de nascimento a termo, tende a ocorrer só no final do terceiro trimestre da gravidez. No caso destas mães, este processo foi antecipado para 34 semanas (Fabiana), 31 semanas (Daniela), 33 semanas (Andréa) e 28 semanas (Regina). Esta interrupção precoce pode romper o estado fusional em que a mãe e o bebê encontram-se, acarretando um incremento da sua angústia (Soifer, 1992). Neste estudo, uma das mães (Andréa) referiu inclusive se sentir responsável pela antecipação do parto, já que tal evento foi representado como sendo um fracasso seu, para o qual chegava a pedir desculpa ao filho recém-nascido. Esta mesma mãe, frente à situação do nascimento prematuro, resolveu realizar parto normal, pensando que este procedimento seria melhor para o filho. Este fato reflete uma situação já relatada na literatura (Gomes, 2000; Mendelsohn, 2005), em que a gestante, ao sofrer a ameaça de um parto pré-termo e após tentativas frustradas para evitá-lo, pode se sentir culpada e frustrada por imaginar que não fez tudo o que podia, como foi o caso desta mãe (Andréa). De acordo com a literatura, estes sentimentos podem ser somados aqueles nos quais a mãe não se sente boa o suficiente para o bebê (Raphael-Leff, 1997) ou que um defeito seu pode ter causado o parto pré-termo (Klaus & Kennell, 1992).

No presente estudo, embora três mães (Daniela, Andréa e Regina) estivessem tentando se preparar para o nascimento antecipado dos filhos, a hora do parto foi vivenciada como uma interrupção do processo da gestação. Uma das mães (Regina) precisou ser convencida da importância de sua permanência no hospital por alguns dias antes do parto de seu filho, pois não conseguia entender a importância de sua conduta para com a vida do bebê. O nascimento pré-termo pode ter significado para as mães uma frustração das fantasias imaginadas por elas, nas quais seus bebês iriam nascer a termo e com saúde, podendo interagir e reconhecer a mãe logo após o parto, assim como foi defendido na literatura (Klaus & Kennell, 1992; Maldonato, 1989). Isto foi particularmente verbalizado por uma delas (Daniela) que falava na espera de um bebê cabeludo e alerta para o mundo. Algumas intercorrências com duas mães (Andréa e Regina), envolvendo os profissionais do hospital, dificultaram ainda mais este momento, pois elas não gostaram do atendimento prestado na hora do parto. Apesar disso, todas pareceram se emocionar com o nascimento do bebê.

Em um parto normal, Winnicott (1990) destacou que, do ponto de vista do bebê, ele próprio possibilita a ocorrência do seu nascimento, porque está pronto para isto. De acordo com o autor, as mães que apresentam *preocupação materna primária* parecem reconhecer este fato pela maneira como seguram seus bebês nascidos a termo, procurando dar tempo para que ele se acostume a este novo fenômeno. Porém, ele ressaltou que muitos bebês, como é o caso dos participantes do presente estudo, nascem em condições que não são consideradas normais, necessitando de inúmeras técnicas de cuidados infantil. Nestas situações, os recursos da UTINeo e a mãe poderão tentar recriar um ambiente tão próximo ao intra-uterino. O colo materno poderia ser um exemplo de cuidado próximo ao ambiente intra-uterino. No presente estudo três mães (Daniela, Andréa e Regina) não puderam pegar o filho no colo logo após o nascimento, apesar de seus desejos manifestos de fazê-lo. Winnicott (1999) relatou que é muito importante para a mãe ver e sentir contra o seu corpo o bebê após o nascimento, destacando que estas nem sequer toleram o estado de sonolência após o parto, buscando entrar em contato com seu filho imediatamente. Contudo, no contexto da prematuridade raramente isto é possível, como visto neste estudo. Somente uma mãe (Fabiana) teve tal oportunidade, porém relatou que não sabia o que fazer quando a enfermeira colocou o filho em seu colo, talvez pelo susto ao ver o bebê tão pequeno. Nos casos destas mães, a *preocupação materna primária* pode ainda não ter acontecido de modo a lhe permitir lidar bem com o filho.

Como foi destacado acima, durante a *preocupação materna primária* a mãe torna-se ensimesmada, retraindo-se e deslocando o foco de sua atenção de todos os interesses anteriores, como se estivesse deslocando todos os seus sentidos para o bebê (Winnicott, 1956/2000). Nesse

sentido, procurou-se entender como as mães de prematuros conseguiam recuperar-se após o parto para voltarem seus sentidos e devotarem-se aos seus bebês. A partir dos relatos das mães, é possível sugerir que nenhuma delas supervalorizou seus sintomas físicos e emocionais após o parto, fato este que pode indicar um direcionamento da atenção materna para o bebê. Mesmo com as duas mães (Daniela e Regina) que fizeram cesárea, sua recuperação física foi similar a das outras mães (Fabiana e Andréa) que realizaram parto normal. Tais aspectos podem ser fundamentais para que a primeira aproximação da díade não demore a ocorrer e que a *preocupação materna primária* possa ser vivenciada pelas mães. Salvo algumas diferenças, os sintomas psicológicos das mães, muitas vezes mencionados durante a gestação, pareciam, agora, ter relação com a recuperação ou não do bebê, ou seja, o humor e a ansiedade delas variavam conforme a saúde do filho.

Diante do contexto do nascimento pré-termo e da separação precoce, entender como aconteceram os primeiros contatos das mães com seus filhos se faz fundamental. Conforme Wirth (2000), o vínculo estabelecido pela *preocupação materna primária* com o bebê ainda na gestação é rompido de maneira inesperada no caso de internação neonatal, sendo que a mãe fica sem contato íntimo com o filho logo após o parto e vai precisar fazer um maior esforço para conseguir desenvolver e consolidar a *preocupação materna primária*. Para a autora, a mãe e o filho nascido pré-termo encontram-se incompletos, pois foram separados precocemente. No presente estudo, salvo as diferenças de tempo, todas as mães foram visitar seus filhos na UTINeo logo que saíram da Sala de Recuperação, tempo que variou de um a cinco dias, demonstrando disponibilidade para seguir ao lado do bebê, apesar do ambiente ansiogênico da UTINeo. Todas elas demonstraram tristeza ao ver os filhos pela primeira vez, ressaltando abalo afetivo ao vê-los no ambiente neonatal. O medo em relação ao contato próximo com o bebê foi destacado por todas as mães, o que pode indicar um sentimento de insegurança das mães, tudo isto por achar que não saberiam cuidar do próprio filho. Uma das mães (Andréa) chegou a pedir desculpas ao bebê ao vê-lo na incubadora, por não ter conseguido mantê-lo mais tempo no útero, como já foi mencionado acima. Apesar das dificuldades e sofrimentos referidos, as mães relataram que procuravam não se afastar de seus filhos em nenhum momento, a não ser na hora de voltar para casa. Isto lembra um fenômeno similar apontado por Szejer (1999), que destacou que quando as mães de prematuros são atendidas pela equipe é impressionante ver o quanto sua *preocupação materna primária* é forte. Porém, todo esse sentimento acaba caindo no vazio, uma vez que a mãe não se sente capaz de propiciar ao seu bebê os cuidados necessários para sua sobrevivência.

No presente estudo, após o nascimento pré-termo do bebê ocorreram as primeiras aproximações e comunicações da díade. É fundamental que a mãe, neste momento delicado,

consiga identificar-se com seu bebê para que este tenha suas necessidades atendidas de maneira satisfatória, sejam elas quais forem, e possa, a partir daí, continuar se desenvolvendo (Winnicott, 1956/2000). Desta forma, uma mulher que cuida de seu bebê, embalando-o, oferecendo-lhe o seio, consolando-o de suas dores, encontra-se no estado de *preocupação materna primária*. Porém, no caso dos bebês prematuros deste estudo a mãe não podia, inicialmente, desenvolver adequadamente sua *preocupação materna primária* da maneira a qual se refere Winnicott. O autor refere que a mãe entra em uma espécie de sintonia sutil com seu bebê, conseguindo entender suas necessidades, sendo que o comportamento do bebê poderia ajudar a mãe nesta tarefa. No caso de bebês nascidos pré-termo mantidos na incubadora isto fica obviamente dificultado e a teoria winnicottina deve ser **revista** para estes bebês. No presente estudo, as características a respeito do comportamento do bebê foram relatadas por três mães (Fabiana, Daniela e Andréa). Elas começaram a prestar atenção nos sinais mais sutis de seus filhos conforme estes iam amadurecendo, assim como qualificando suas características. Uma mãe (Regina) levou mais tempo para entender o comportamento de seu bebê, alegando que os períodos de sono deste eram muito longos. No entanto, o próprio bebê, com o passar dos dias e com o desenvolvimeto de suas potencialidades, começou a estimular a atenção da mãe. Neste sentido, apesar do eventual atraso nas manifestações comportamentais devido à prematuridade, de uma forma geral, tanto o comportamento da mãe quanto do bebê parecem ter a capacidade de entrar neste estado de *preocupação materna primária*. Contribui para isto o próprio bebê que também apresenta capacidades inatas ao nascer para estimular a conduta materna (Winnicott, 1956/2000), entre elas: uma constituição física; motilidade, sensibilidade e tendências inatas ao desenvolvimento. No caso de prematuros, embora não nasçam com todas as suas capacidades prontas, durante os dias de hospitalização e com a estimulação da mãe eles acabam desenvolvendo suas potencialidades, especialmente quando não há maiores comprometimentos clínicos associados à prematuridade.

Em relação aos momentos de separação da mãe e do bebê, Winnicott (1999) ressaltou que estes não devem ser muito prolongados neste momento inicial pós-parto, pois o bebê ainda não internalizou a mãe e, caso a mesma se ausente por um período maior do que ele poderia suportar, este pode sentir angústias de aniquilamento. Ele enfatizou que a mãe sabe que não deve se ausentar por mais minutos, horas ou dias acima da capacidade dela manter a imagem materna viva e amiga. Caso tenha que se afastar por mais tempo, a mãe sabe que deverá se transformar em mãe terapeuta, isto é, terá que mimar seu filho para tê-lo de volta. Endossando estas idéias, Dias (2003) defendeu que aquela mãe em *preocupação materna primária* que por eventualidades da vida precise ficar longe do seu filho por determinado tempo, vai saber da importância de deixar algo que lembre ela

para que este não sinta tanto sua distância. Todas as mães do presente estudo relataram que o momento se sua alta hospitalar foi o mais difícil da hospitalização. No entanto, todas elas criaram meios para não perder a comunicação com seus bebês quando estavam em casa, seja através de ligações telefônicas à noite antes de dormir ou através do estabelecimento de uma rotina com o filho antes de ir embora, para que este não sentisse tanto sua falta e vice-versa. Duas mães (Andréa e Daniela) relataram que cada vez que se afastavam dos filhos parecia que um pedaço delas havia sido tirado. Tais sentimentos sugerem indicadores da consolidação de uma identificação sofisticada destas mães com seus bebês.

Quanto ao profissional que trabalha nos hospitais, Winnicott (1999) destacou que o mesmo precisa saber que a mãe é a única pessoa realmente indicada para adaptar-se às necessidades do bebê, que exigem a sutileza de entendimento da mãe verdadeira. Assim, é importante que os profissionais não interfiram nesta comunicação tão sofisticada da mãe com o filho, e procurem não tentar ensinar as mães o que fazer com ele, pois estas já sabem como agir da melhor maneira possível. No presente estudo, diante do contexto da prematuridade do estudo, algumas mães (Fabiana, Daniela e Andréa) buscaram, com o passar dos dias da internação e após sua adaptação à condição dos seus filhos, mais autonomia perante a equipe da UTINeo. Elas destacaram satisfação em conseguir entender melhor as solicitações dos filhos e procuravam não abrir mão, dentro do possível, da maternagem com os bebês. Salvo algumas reclamações, todas as mães do estudo ressaltaram confiança nos cuidados da equipe para com os filhos e ressaltaram contentamento com a dedicação dos profissionais. Segundo Gomes (2000) o bebê nascido pré-termo precisará do acolhimento não só da mãe, mas também de toda a equipe, sendo que esta experiência lhe possibilitará um lugar de existência, o que é de fundamental importância para o seu desenvolvimento. No entanto, uma mãe (Daniela) relatou que se sentiu desautorizada, em alguns momentos, pela equipe. Por outro lado, outra mãe (Regina) delegava os cuidados para com seu filho aos profissionais, não demonstrando motivação para executar tais tarefas. Como tal situação ocorreu apenas com uma das mães, isso pode significar que ela ainda não estava pronta para cuidar do bebê. Uma hipótese é de que os profissionais assumiram os cuidados fundamentais com o bebê porque observaram certas dificuldades pelas quais a mãe estava passando e respeitaram o tempo que ela precisava para se restabelecer e se aproximar do filho. Nesse sentido, Mathelin (1999) comentou que a equipe de saúde, para estar à escuta do prematuro, também deve sofrer de um mínimo de *preocupação materna primária*. No entanto, segundo a autora, essa preocupação não deve desautorizar a função materna nem tornar o gesto incerto ou projetivo de suas próprias necessidades em relação ao bebê.

Com relação à comunicação da díade, no estágio inicial de desenvolvimento do bebê, Winnicott (1999) referiu que esta é, muitas vezes, uma comunicação silenciosa, sem palavras, na qual, inicialmente, a mãe vai conseguindo entender os sinais de seu bebê com o objetivo de satisfazer suas necessidades emocionais mais básicas. A importância do toque, do contato corporal, do contato visual e auditivo constituem importante estimulação afetiva da mãe com o filho. Obviamente, em se tratando de bebês nascidos pré-termos, que precisam sobreviver numa incubadora cercados de aparelhos e que tendem a dormir por longos períodos, a comunicação mãe-bebê acaba sendo afetada de alguma forma. Apesar disto, no presente estudo, três mães (Fabiana, Daniela e Andréa) foram conseguindo atingir um bom nível de comunicação com seus filhos conforme estes iam amadurecendo e elas se fortalecendo do primeiro contato com a prematuridade destes. Os tipos de choro, assim como sinais de desconforto, foram sendo decifrados pelas mães, por vezes até antes mesmo da equipe da unidade. Todas as mães verbalizaram que pegar o filho no colo foi um momento emocionante vivenciado pela díade. Uma mãe (Daniela) destacou que muitas vezes cantava para tranquilizar a filha, conduta esta que tinha efeito positivo para o bebê. A teoria winnicottiana aponta para aspectos semelhantes aos achados nestas mães, destacando que a mãe que encontra-se em *preocupação materna primária* sabe sobre as coisas vitais que seu bebê necessita, tais como ser segurado no colo, mudado de lado, deitado, levantado e ser acariciado. Duas mães (Daniela e Andréa) relataram que os filhos a reconheciam e conseguiam distingui-las do resto das pessoas. O amadurecimento dos bebês e a conseqüente capacidade de resposta destes aos estímulos maternos, assim como a construção da mãe da segurança parecem ter sido os principais fatores responsáveis pelo sucesso na comunicação destas díades. Com isso, estas mães conseguiram ir adicionando riqueza ao mundo de seus filhos. Contudo, uma delas (Regina) seguiu apresentando dificuldades em decodificar os sinais emitidos por seu bebê, pois relatava não acreditar em seu potencial para suprir as necessidades deste.

Com o intuito de ajudar mães de prematuros a se aproximarem de seus bebês e conseguirem se comunicar com eles, Szejer (1999) propôs e aplicou uma intervenção denominada intervenção sistemática, em que explicava para essas mães que seus filhos precisavam, mais ainda que as crianças nascidas a termo, da presença do pai e da mãe. A autora destacou que esses bebês prematuros, ainda mais que os outros, são sensíveis a essa presença e a reconhecem. Assim, a intervenção proposta visava estimular a aproximação das mães com seus filhos, ajudando-as a perceber os sinais de comunicação do bebê, com o objetivo de dar o máximo de subsídios às mães, a fim de que pudessem aproveitar os momentos de concentração de seu filho, estimulando-as a exercer sua *preocupação materna primária* quando estavam confusas e não sabiam como se

dedicar. Como foi citado anteriormente, as mães do presente estudo tiveram um acompanhamento psicológico desde os primeiros dias da internação do filho, fato este que pode ter ajudado na aproximação da díade, já que as dificuldades e conflitos maternos eram trabalhados nos atendimentos.

Em relação à função materna, Winnicott (1962/1983) referiu que a *preocupação materna primária* está entre as funções que fazem parte da maternidade suficientemente boa. Contudo, segundo Gomes (2000) no início, as mães de prematuros terão dificuldades para estabelecer uma relação de identificação com seu filho e exercer plenamente a maternidade, pois estes lhes parecem estranhos logo após o nascimento. Apoiando estas idéias, no presente estudo, todas as mães tiveram, inicialmente, receio de exercer a maternidade com o filho devido à prematuridade do mesmo. Porém, algumas mães (Fabiana, Daniela e Andréa) começaram a se apropriar de sua maternidade com o passar dos dias e logo verbalizaram sensações de que podiam sentir o que o filho sentia. Uma mãe (Regina) seguiu apresentando dificuldades em aproximar-se de seu bebê e exercer a maternidade, mesmo com o amadurecimento do filho. Como relatou Winnicott (1968/2006) é provável que, na *preocupação materna primária*, as mães consigam assumir a vulnerabilidade do bebê e revivam momentos de sua própria infância e de como foram cuidadas. Neste sentido, duas mães (Daniela e Andréa) citaram o modo carinhoso como foram cuidadas por seus pais e que desejavam dedicar-se a seus filhos da mesma forma pela qual foram cuidadas. Cabe considerar, segundo Winnicott (1968/2006), a importância de entendermos que toda mãe também já foi um bebê e foi cuidada. Assim, a mãe pode ser influenciada pela forma como foi cuidada e isso pode acabar afetando seu modo de cuidar de seu filho e suas idéias a respeito da forma mais correta de fazê-lo. De acordo com o autor, ela pode sujeitar-se a estes aprendizados ou buscar seu próprio caminho, como uma pessoa independente. É plausível se pensar que as mães com boas experiências na sua própria infância quando eram cuidadas, tenderão a dedicar-se mais adequadamente a seus filhos, apresentando menos conflitos.

O momento da amamentação foi descrito por Winnicott (1962/1983) como uma experiência vivenciada pela mãe e pelo bebê, que envolve mais do que uma simples satisfação dos instintos. De acordo com o autor, o bebê tem impulsos instintivos e idéias predatórias e a mãe tem o seio e o poder de produzir o leite, além da fantasia de que ela gostaria de ser atacada por um bebê faminto. Estes dois fenômenos não estabelecem uma relação entre si até que a mãe e o bebê vivam juntos uma experiência (Winnicott 1945/2000). Este espaço foi chamado por Winnicott (1999) de “a primeira mamada teórica” (1999, p.121), na qual o bebê não está apenas se alimentando, e sim, sendo acolhido, recebendo carinho e escutando a voz da mãe. Tal experiência envolve o toque, o

contato corporal, o contato visual e auditivo que a amamentação envolve e constitui uma importante estimulação afetiva da mãe com seu bebê. Endossando estas idéias, no presente estudo a amamentação foi encarada pelas mães como algo vital para o bebê (Fabiana, Daniela e Andréa). Não poder amamentar nos primeiros dias de internação foi vivenciado com sofrimento por estas mães, que pareciam saber da importância, não só do alimento para o bebê, mas da experiência rica que a amamentação poderia trazer para a díade. Após a liberação pela equipe médica da amamentação ao peito, duas das mães (Fabiana e Andréa) sentiram-se realizadas e relataram importantes trocas de afeto durante o aleitamento. Uma mãe (Daniela) ainda não havia sido liberada para amamentar seu bebê, porém desejava muito fazê-lo e reconhecia que sua filha procurava seu seio durante o Canguru, acontecimento que pode indicar maturidade do bebê para viver esta experiência com a mãe. Já outra mãe (Regina), que também não tinha permissão para amamentar o filho, demonstrava receio em estabelecer tal contato com o bebê. Percebe-se que três mães (Fabiana, Daniela e Andréa) conseguiram criar maneiras de se aproximar de seus filhos, antes de poderem amamentar. Esta conduta fez com que as mesmas encarassem a amamentação como mais um passo fundamental na maternidade, o que pode ser indicador da *preocupação materna primária*.

Como reflexo do desenvolvimento da *preocupação materna primária*, a disponibilidade de entrega da mãe aos cuidados com o bebê foi destaque na teoria de Winnicott (1956/2000). De acordo com o autor, a mãe deixará temporariamente seus interesses pessoais de lado para dedicar-se com devoção ao filho. No estudo presente estudo, estas idéias foram corroboradas pelos relatos de três mães (Fabiana, Daniela e Andréa) que apresentaram o comportamento descrito por Winnicott, refletido tanto na dedicação ao filho como em sua capacidade de deixar de lado de maneira espontânea hábitos anteriores ao nascimento dos bebês, tais como se expor a situações prejudiciais ou de estresse. Tais mudanças pareceram não gerar conflitos nestas mães do estudo, pois elas estavam envolvidas de forma significativa com seus filhos. Contudo, uma mãe (Regina), apesar de estar presente fisicamente, parecia não estar pronta para prover a disponibilidade emocional que seu bebê necessitava.

Conforme Winnicott (1956/2000) o pai teria um papel fundamental neste momento, pois ele cuidaria para que as preocupações do ambiente externo não atingissem a mãe, para que a mesma siga devotando-se ao filho. No entanto, neste estudo, esta situação foi encontrada somente em uma das mães (Andréa). Ela verbalizou satisfação e felicidade com o apoio recorrente do marido. Já as demais mães (Fabiana, Daniela e Regina) verbalizaram que os maridos poderiam ter sido mais presentes após o nascimento do bebê, e enfatizaram a importância das suas companhias para o

desenvolvimento de sua própria segurança, destacando, dessa forma, a relevância da presença paterna.

Sintetizando-se as semelhanças entre os casos a partir das três categorias de análise, é possível sugerir que o contexto da prematuridade, com a interrupção abrupta da gestação, parece ter agregado mais angústia e inseguranças às mães desde estudo, que estavam ainda no momento de desenvolvimento da *preocupação materna primária*. No entanto, a presença de diversos indicadores da presença da *preocupação materna primária*, sugerem que a prematuridade do bebê não impediu que estas conseguissem ingressar mais cedo neste estado, mesmo que este não estivesse ainda bem estabelecido. Nesse sentido, é plausível se pensar que apesar de a prematuridade e suas intercorrências, terem afetado inicialmente a *preocupação materna primária* após o choque inicial, as mães do presente estudo relataram fortes indicadores da presença deste estado, o que, com certeza, contribuiu para a qualidade da relação e desenvolvimento do filho/a. Assim, pode-se pensar que no presente estudo, a maioria dos casos foi composto por mães e bebês que conseguiram construir uma primeira ligação afetiva saudável e repleta de afetos. Tal indicador nos leva a sugerir que o contexto da prematuridade, embora agregue dificuldades, não precisa afetar a *preocupação materna primária* e a continuidade de ser do bebê, que está diretamente relacionada a esta função materna. No entanto, não se pode deixar de frisar que o nascimento pré-termo pode ser um fator de risco por si só e agravar-se ainda mais quando associado a outras situações adversas de intensa ambivalência materna em relação à gravidez ou inseguranças acentuadas da mãe diante da função materna. No mais, cabe ressaltar que muitos fatores podem contribuir para que a *preocupação materna primária* da mãe seja retomada de maneira efetiva, oferecendo uma influência positiva no desenvolvimento desde estado, ou mesmo prejudicando a continuidade desde estado quando da sua ausência. Entre estes, destacou-se neste estudo o apoio recebido do marido, antes e depois do nascimento, e da equipe da UTINeo, o desejo relacionado à gravidez, as dificuldades emocionais que estas mães passaram na gestação, o relacionamento das mães com suas próprias mães e a qualidade do acompanhamento pré-natal, assim como o atendimento psicológico realizado com as mães no momento do pós-parto.

Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo entender como se constitui o que Winnicott (1956/2000) chama de *preocupação materna primária* em mães de bebê nascidos pré-termo. Em geral, os achados do presente estudo sugerem que tal condição também se apresenta em mães de prematuros, apesar deste processo ter sido marcado pelo contexto da prematuridade. O nascimento pré-termo e todas as intercorrências relacionadas a ele obviamente agregam algumas dificuldades à *preocupação materna primária* e aos sentimentos maternos relacionados ao processo de formação da maternidade, que por si só, já é repleto de mudanças, ansiedades e adaptações. No entanto, por este contexto exigir maior participação da mãe nos cuidados do bebê, pode-se pensar que a prematuridade pode contribuir para exacerbar o estado de *preocupação materna primária*, pelo menos em algumas mães.

Os resultados destacam inúmeras dificuldades impostas à díade diante da prematuridade, entre os quais está a preocupação da mãe com a sobrevivência do filho e com a sua própria vida; o distanciamento inicial imposto à díade; a frustração por não poder amamentar logo; a delegação de cuidados à equipe neonatal; a vulnerabilidade do bebê; a culpa por não ter conseguido levar a gestação a termo e as dificuldades em decifrar os sinais e necessidades do bebê. A precariedade que envolveu a rede de apoio de algumas das participantes, incluindo restrições financeiras, em um momento em que elas tanto precisavam de ajuda, também foram apontadas como fontes de muita angústia e tristeza. Durante as entrevistas e os atendimentos houve inúmeros momentos de forte comoção por parte das mães, o que mostrou a dor profunda que as acometia.

Apesar disto tudo, de uma forma geral, após as mães assimilarem o contexto da prematuridade, alguns fatores positivos foram se sobressaindo no lugar das adversidades vivenciadas inicialmente. Entre estes, pode-se destacar a construção simbólica do lugar do filho que em alguns casos não havia sido feito durante a gestação; a identificação materna, depois dos primeiros contatos; a realização da mãe com os cuidados do filho; a sensibilidade frente às necessidades do bebê; e a percepção da dependência do bebê dos cuidados e da presença materna. Como estas características se constituem em indicadores da *preocupação materna primária*, isto pode favorecer o desenvolvimento emocional, cognitivo e físico do bebê.

Cabe ressaltar que, apesar das particularidades envolvendo cada uma das mães, principalmente quanto ao último caso estudado, muitas foram as semelhanças evidenciadas. Nesse sentido, é possível pensar que as ansiedades, tristezas e satisfações verificadas entre essas mães poderão ser encontradas em outras mães que se depararem com o nascimento pré-termo do filho e que se encontram em contextos de vida semelhantes àquelas deste estudo.

Neste sentido, o presente estudo traz contribuições para que seja possível entender melhor como a dinâmica da prematuridade pode afetar as primeiras relações mãe-bebê. O uso do método qualitativo, que visou compreender em profundidade a *preocupação materna primária* e os sentimentos maternos frente à prematuridade se revelou eficiente para os objetivos da investigação. De qualquer modo, limitações também merecem ser destacadas, particularmente quanto aos instrumentos utilizados neste estudo. É possível se pensar que as entrevistas não permitem que se apreendam conteúdos mais complexos particularmente inconscientes e pré-conscientes associados ao fenômeno da *preocupação materna primária*. Além disto, a entrevista da gestação buscou recuperar fatos e sentimentos ocorridos em meses anteriores, e a situação atual pode ter levado as mães a re-significarem aqueles conteúdos, além de o relato estar sujeito a erros de memória. A inclusão sistemática de todo o material oriundo dos atendimentos psicológicos, poderia ter contribuído muito para esta compreensão mais sofisticada dos conteúdos psíquicos. Isto não foi feito exaustivamente, tendo em vista que as sessões não foram gravadas. Assim, sugere-se que novos estudos busquem incorporar os conteúdos dos atendimentos psicológicos realizados com as mães, como parte central das análises.

Além disto, por se tratar de um estudo de caráter transversal, não foi possível acompanhar longitudinalmente a extensão com que a prematuridade influencia o processo de interação da mãe e do bebê após a alta hospitalar. Seria importante o seguimento deste estudo, a fim de se investigar possíveis mudanças na relação mãe-bebê após algum tempo de convivência em casa e como se dá o término da *preocupação materna primária*, que segundo a teoria winnicotiana ocorreria por entre os 4/5 meses de vida do bebê. Caberia se perguntar se isto também ocorreria na situação de prematuridade, em que as aquisições do bebê tendem a ser mais demoradas, afetando com isto a relação mãe-bebê. Tais aspectos são fundamentais para a continuidade do desenvolvimento do *self* do bebê, pois é necessário que, após algum tempo, a mãe consiga sair desta condição e comece a “frustrar” (Winnicott, 1956/2000, p.404) gradativamente, seu filho.

Os achados do presente estudo, de um modo geral, indicaram uma aproximação suficientemente boa das mães com o filho nestes momentos iniciais. Contudo, é possível se pensar que com o passar dos dias, já em casa, alguns temores e ansiedades maternos possam afetar as etapas finais da *preocupação materna primária*. Somente novos estudos poderão esclarecer estas questões.

Cabe ressaltar também a importância de novos estudos que investiguem algumas questões que podem estar relacionadas com o nascimento pré-termo do bebê, como o excesso de ansiedade da mãe na gestação ou a falta de desejo acerca da gravidez. Tais pesquisas poderão contribuir de

forma profilática, principalmente no sentido de se adotar medidas de prevenção a estes nascimentos antecipados. Nesse sentido, futuros estudos também podem focar seu objeto de pesquisa na observação da relação mãe-bebê dentro do hospital, a fim de verificar se os relatos das mães nas entrevistas são corroborados pelos comportamentos manifestos durante os momentos de interação. Além disso, sugere-se que outras pesquisas possam incluir mães de bebês a termo, viabilizando algumas comparações e permitindo que se identifique melhor a extensão da influência da prematuridade sobre as questões que foram investigadas neste estudo.

Salienta-se a importância dos programas de atendimento psicológico pré e pós-parto que atendam às necessidades destas mães. Como relatado no decorrer deste estudo, as mães já apresentavam sofrimento psíquico desde a gestação, fator este que poderia ter sido amenizado caso elas tivessem acesso a algum tipo de atendimento voltado para suas demandas. Também é importante destacar que ainda não se sabe dizer o quanto o estresse materno pode influenciar no nascimento pré-termo, porém o mesmo não deve ser ignorado. Uma intervenção possível seria o atendimento psicológico em grupos de gestantes, que deveriam ser encaminhadas, quando necessário, no início de seu pré-natal no posto de saúde. Estes atendimentos poderiam ir além do parto e acompanhar as mães durante todo o processo de adaptação da díade, proporcionando um espaço de acolhimento e elaboração de ansiedades. Nesse sentido, entende-se que assim como o bebê precisa ser recebido com carinho pela mãe, esta também precisa de cuidados especiais para receber adequadamente o seu bebê. Estas intervenções estariam voltadas à profilaxia e saúde mental, tendo como destaque a prevenção de futuros problemas psíquicos que tanto a mãe quanto o bebê possam apresentar. Estes aspectos têm destaque na teoria winnicottina, que é particularmente voltada para a prevenção e a saúde. Em sua teoria do amadurecimento emocional, Winnicott (1990) enfatiza que faz parte da saúde ficar perturbado e perder-se em si mesmo, momentaneamente. Mas, é a partir da relação de confiança com outro indivíduo, representado pelo ambiente suficientemente bom, seja inicialmente o colo da mãe, seja posteriormente um *setting* terapêutico, que o indivíduo tem a oportunidade de acontecer e dar vazão à continuidade de seu amadurecimento.

Considerando estes aspectos teóricos e os achados do presente estudo as intervenções psicológicas realizadas, no dia-a-dia de uma UTINeonatal, são fundamentais junto a essa população, na medida em que essas mães e seus filhos enfrentam uma situação, no mínimo, profundamente ansiogênica. Além disso, tais atendimentos, como os realizados pela autora, podem ser preventivos em relação a possíveis distúrbios no vínculo mãe-bebê e futuros impactos que isso possa acarretar no desenvolvimento emocional, cognitivo e físico do bebê nascido pré-termo, já que sabemos da importância vital destas primeiras experiências para ele. Tais intervenções podem

oferecer subsídios para que as mães consigam nomear suas angústias e serem cuidadas. Elas parecem precisar de um espaço de acolhimento para verbalizarem seus medos e assimilarem possíveis culpas em relação ao filho, criando, assim, uma nova chance para a maternidade e para a aproximação da díade. Com estas constatações, fica evidente a relevância do apoio emocional oferecido pelos profissionais da saúde, com destaque para os profissionais da saúde mental.

A partir disso, finaliza-se este estudo destacando, através das idéias de Winnicott (2008) que, a longo prazo, o que precisamos é de mães e pais que tenham descoberto como acreditarem em si mesmos, sendo através da experiência que eles evoluem e conseguem construir os melhores lares nos quais os bebês podem viver e desenvolver-se.

REFERÊNCIAS

- Adamson-Macedo, E. N., & Attree, J. L. A. (1994). Tac-Tic Therapy: The importance of systematic stroking. *British Journal of Midwifery*, 2, 264-269.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). Sonhos de nascimento e preocupação materna primária. *Psicologia Clínica*, 14(2), 87-92.
- Ainsworth, M. D. (1982). Attachment: retrospect and prospect. In C. M. Parkes, & J. S. Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp.3-30). Nova York: Basic Books.
- Alencar, C. A., Feitosa, F. E. L., Carvalho, F. H. C., Ribeiro, G. G., Alencar, M. de F. M. F., Mendonça, V. A. de. (2005). Intervenções Antenatais para Redução da Morbimortalidade Neonatal devido a Prematuridade. *Femina*, 33 (2), 127-134.
- Alfaya, C., Schermann, L. (2001). Recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico*, 32 (1), 115-29.
- Ananth, C. V., Misra, D. P., Demissie, K., & Smulian, J. C. (2001). Rates of preterm delivery among black women and white women in the United States over two decades: an age-period—cohort analysis. *American Journal of Epidemiology*, 154(7), 657-665.
- Andreani, G., Custódio, Z. A. O., & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126.
- Assel, M. A., Landry, S. H., Swank, P. R., Steelman, L., Miller-Loncar, C., & Smith, K. E. (2002). How do mothers' childrearing histories, stress and parenting affect children's behavioural outcomes? *Child: Care, Health & Development*, 28(5), 359- 368.
- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (1994). *Research methods in clinical and counselling psychology*. England: Wiley.
- Barnard, K. E. & Kelly, J. F. (1990). Assessment of parent-child interaction. In S. J. Meisels, & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 278-302). United States: Cambridge University.
- Barratt, M. S., Roach, M. A. & Leavitt, L. A. (1996). The impact of low-risk prematurity on maternal behavior and toddler outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 581-602.

- Barratt, M. S., Roach, M. A., & Leavitt, L.A. (1992). Early channels of mother-infant communication: Preterm and term infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(7), 1193-1204.
- Barros, F. C., Victora, C. G., Barros, A. J. D., Santos, I. A., Albernaz, E., Matijasevich, A., Domingues, M. R., Sclowitz, I. K. T., Hallal, P. C., Silveira, M. F., & Vaughan, J. P. (2005). The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *The Lancet*, 365(9462), 847-854.
- Beckwith L., & Rodning, C. (1991). Evaluating effects of intervention with parents of preterm infants. In S. L. Friedman, & M. D. Sigman (Eds.), *The psychological development of low birthweight children* (pp.572-582). Ablex Publishing Corporation: EUA.
- Beek, Y., & Sampson, J. F. (1994). Communication in preterm infants: why is it different? *Early Development and Parenting*, 3, 37-50.
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.
- Black, B. P., Holditch-Davis, D., Miles, M. S. (2008). Live course theory as a framework to examine becoming a mother of medically fragile preterm infant. *Research in Nursing & Health* 32(1), 1-12.
- Bordin, M. B. M., Linhares, M. B. M.; & Jorge, S. M. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 49-57.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artmed.
- Bradley, R. H., Whiteside, L., Caldwell, B. M., Casey, P. H., Kelleher, K., Pope, S., Swanson, M., Barret, K., & Cross, D. (1993). Mental and IQ, the home environment, and child IQ in low birth-weight, premature children. *International Journal of Behavioral Development*, 16(1), 61-74.
- Bradley, R. H., Whiteside, L., Mundfrom, D. J., Casey, P. H., Kelleher, K. J., & Pope, S. K. (1994). Early Indications of Resilience and Their Relation to Experiences in the Home Environments of Low Birthweight, Premature Children Living in Poverty. *Child Development*, 65(2), 346-360.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes
- Brazelton, T. B., Nugent, J. K., & Lester, B. M. (1979). Neonatal Behavioral Assessment Scale. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development* (pp.780-817). New York: John Wiley.
- Brazelton, T. B. (1975). Human Maternal Behavior After Delivery. *Parent Infant Interactions*. Elsevier: Amsterdam.

- Brazelton, T. B. (1998). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artmed.
- Busnel, Marie-Claire. (1997). *A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?* São Paulo: Escuta.
- Calil, V. M. L. T. (1996). Caracterização do recém-nascido pré-termo. In Leone, C. R., & Tronchin, D. M. R (Eds.), *Assistência integrada ao recém-nascido* (pp.79-95). São Paulo: Ateneu.
- Castro Neto, A. (1995). Mãe e filho: um abraço que começa no útero. *Pediatria Moderna*, 31(5), 837-838.
- Celeri, E. H. R. V. (2007). A mãe devotada e seu bebê. In M. C. P. (Ed.), *Livro de ouro da psicanálise. O pensamento de Freud, Jung, Melaine Klein, Lacan, Winnicott e outros* (421-434). Rio de Janeiro: Ediouro.
- Chatwin, S.L., & Macarthur, B.A. (1993). Maternal perceptions of the preterm infant. *Early Child Development and Care*, 87(1), 69-82.
- Cho, J., Holditch-Davis, D., & Belyea, M. (2004). Gender, ethnicity, and the interactions of prematurely born children and their mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(3), 163-175.
- Colombini Neto, M.; Linhares, M.B.M.; Oliveira, M.B.F. & Martinez, F.E.(1998). Grupo de apoio a mães de RN prematuros e baixo peso internados em UTI Neonatal: análise de conteúdo das verbalizações. *Resumo do 6º Ciclo de Estudos em Saúde Mental, Pós- Graduação em Saúde Mental* (p. 62), Ribeirão Preto.
- Colucci, A. M, Mello, A. M. de, Mello, C. M. de, Pavan, E. M., Silveira, L. F. B. da, Grácio, M. C. C. (2006). A investigação das condições para a instalação da preocupação materna primária: incidência na população e estudo longitudinal dos bebês observados. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 100(1), 7-14.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). Resolução nº 016/2000, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, DF.
- Cox, C, & Bialoskurski, M. (2001). Neonatal intensive care: communication an attachment. *Journal of Pediatric Nursing*, 10(10), 668-676.
- Cramer, B., e Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artmed.
- Creasey, G. L., Jarvis, P. A., Myers, B. J., Markowitz, P. I., & Kerkering, K. W. (1993). Mental and motor development for three groups of premature infants. *Infant behavior and development*, 16(3), 365-372.
- Cresti, L., & Lapi, I. (1997). O esboço da relação mãe-bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade? In M. Lacroix, & M. Moymanrant (Eds.). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp.149-162). Porto Alegre: Artmed.

- Dammann, O., Walter, H., Allers, B., Schröder, M., Drescher, J., Lutz, D., Veelken, N., & Schulte, F. J. (1996). Development of a regional cohort of very low-birthweight children at six years cognitive abilities are associated with neurological disability and social background. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(2), 97-108.
- Davis, D. H., & Thoman, E. B. (1987). Behavioral states of premature infants: implications for neural and behavioral development. *Developmental Psychobiology*, 20(1), 25-38.
- Davis, M., & Wallbridge, D. (1982). *Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, M. S., Morales, R. T., & Grigoletti, L. (2004, June). A relação de apego da díade mãe-recém-nascido pré-termo e o tempo de permanência hospitalar desses bebês. In Sociedade Psicanalítica de Pelotas (Ed.) *Comunicações científicas, I Jornada sobre a Relação Pais-Bebê e Infância* (p.36-51). Pelotas, Brasil: SPP.
- DiPietro, J. A.; Novak, M. F. S. X.; Costigan, K. A.; Atella, L. D.; & Reusing, S. P. (2006). Maternal Psychological Distress During Pregnancy in Relation to Child Development at Age Two. *Child Development*, 77(3), 573-587.
- Druon, C. (1996). *À l'écoute du bébé prématuré. Une vie aux portes de la vie*. Paris: Aubier.
- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo em crianças em uma UTI neonatal. In M. Lacroix, & M. Moymanrant (Eds.), *A observação de bebês. Os laços do encatamento* (pp.139-148). Porto Alegre: Artmed.
- Eckerman, C.O., Oehler, J.M., Medvin, M.B., & Hannan, T.E. (1994). Premature newborns as social partners before term age. *Infant Behavior and Development*, 17, 55-70.
- Eizirik, C. L., Wilhelms, F. M., Padilha, R. T. L., & Gauer, R.H. (1998). Psicoterapia breve e dinâmica. In : A.V. Cordioli (Ed.). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. (pp.145-152). Porto Alegre: Artmed.
- Feijó, L.(1998). *O bebê pré-termo: intervenção precoce visando a melhoria da interação mãe-bebê*. Master's Thesis. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49 (3), 290-302.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudos*, 12 (2).

- Ferrari, F., Grosoli, M. V., Fontana, G., & Cavazzuti, G. B. (1983). Neurobehavioural comparison of low-risk preterm with fullterm infants at term conceptual age. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 25(4), 450-458.
- Fonseca, E. S. B., Bittar, R. E., & Zugaib, M. (1999). Prevention of Preterm Birth: Role of Uterine Contraction Monitoring. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 21(9), 509-515.
- Freud, S. (1969). *Inibições, sintomas e ansiedade*. (M.A.M. Rego, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 107-180). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1926)
- Gasparetto, S. (1998). *Desenvolvimento de um programa de intervenção para mães de bebês pré-termo*. Doctoral Dissertation. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Gibbs, R. S., Romero, R., Hillier, S. L., Eschenbach, D. A., & Sweet, R. L. (1992). A review of premature birth and subclinical infection. *American journal of obstetrics and gynecology*, 166(5), 1515-1528.
- Gibbs, R. S. (2001). The relationship between infections and adverse pregnancy outcomes: an overview. *Annals of periodontology: The American Academy of Periodontology*, 6(1), 153-163.
- Goldenberg, R.L., Goepfert, A.R., & Ramsey, P.S. (2005). Biochemical markers for the prediction of preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(5), 36-46.
- Gomes, A. L. H. (2000). Vínculo mãe-bebê pré-termo: as possibilidades de interlocução na situação de internação do bebê. *Estilos da Clínica*, 4(2), 89-100.
- Gorski, P. A., Davison, M. F., & Brazelton, T. B. (1979). Stages of behavioral organization in the high-risk neonate: theoretical and clinical considerations. *Seminars in perinatology*, 3(1), 61-72.
- Halpern, R., Giugliani, E., Victoria, C., Barros, F., & Horta, B. (2000). Fatores de risco para suspeitas de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de Pediatria*, 76(6), 421-428.
- Harris, J. (2005). Critically ill babies in hospital: considering the experience of mothers. *Infant Observation*, 8(3), 247-258.
- Hernandez, A. M. (1996). A atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In Anadrade, C. R. F. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco* (pp.43-97). São Paulo: Lovise.
- Hughes, M., & McCollum, J. (1994). Neonatal intensive care: mother's and father's perceptions of what is stressful. *Journal of Early Intervention*, 18(4), 258-268.

- Javorski, M. (1997). *Os significados do aleitamento materno para as mães de prematuros em cuidado Canguru*. Master's Thesis. Programa de Pós-graduação em Saúde, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Kálmar, M. & Boronkai, J. (1991). Interplay of biological and social-environmental factors in the developmental outcome of prematurely born children from infancy to seven years. *International Journal of Disability, Development and Education*, 38(3), 247-270.
- Klaus, M.H., Barnett, C.R., Leiderman, P.H. & Grobstein R. (1970). Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics*, 45(2), 197-205.
- Klaus, M. H.; & Kennel, J. H. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artmed.
- Klaus, M., Kennel, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artmed.
- Kleine, M. J. K., Den Ouden, A. L., Kollée, L. A. A., Ilsen, A., Van Wassenaer, A. G., & Brand, R., Verloove-Vanhorick, S. P. (2007). Lower mortality but higher neonatal morbidity over a decade in very preterm infants. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 21(1), 15–25.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em estudo*, 11(2), 277-284.
- Kipper, D. J., & Clotet, J. (1998). Princípios da beneficência e não maleficência. In S. I. F. Costa, G. Oseka, & V. Garrafa (Eds.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmit, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 843- 853.
- Laville, C., & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Senttineri, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artmed.
- Lewis, R. J., Dugloinski, E. L., Caputo, L. M., & Griffin, R. B. (1988). Children at risk for emotional disorders: Risks and dimensions. *Clinical Psychology Review*, 8(4), 417-440.
- Linhares, M. B. M., Chimello, J. T., Bordin, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2005). Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças nascidas pré-termo em comparação com crianças nascidas a termo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(1), 109-117.
- Little, M. (1990). *Phychotic Anxieties and Containment*. London: Jason Aronson.
- Maldonato, M. T. (1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. Petrópolis: Vozes.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Sutton, P. D., Ventura, S. J., Menacker, F., & Munson, M. L. (2003). Births: final data for 2002. *National Vital Statistics Report*, 52 (10), 1–113.

- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). Situações clínicas frequentes. In P. Mazet, & S. Stoleru (Eds). *Manual de psicopatologia do recém-nascido* (263- 280). Porto Alegre: Artmed.
- McDonald, H.M., O'Loughlin, J.P.T., Vigneswaran R., & McDonald, P.J. (1994). Changes in vaginal flora during pregnancy and association with preterm birth. *Journal of infectious diseases*, 50(4), 258-259.
- McGrath, M. M., Sullivan, M. C., & Seifer, R. (1998). Maternal interaction patterns and preschool competence in high-risk children. *Journal of Nursing Research*, 47(6), 309- 317.
- Mendelsohn, A. (2005). Recovering reverie: using infant observation in interventions with traumatized mothers and their premature babies. *Infant Observation*, 8 (3), 195-208.
- Merbaum, J. (1999). Primary maternal preoccupation: maternal-child transference and countertransference in the analysis of a pregnant patient. *Modern Psychoanalysis*, 24(1), 97-106.
- Miles, M. S., Holditch, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive Symptoms in Mothers of Prematurely Born Infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(1), 36-44.
- Miljkovitch, M. (1977). La preoccupation maternelle primaire: illustration à l'aide d' un protocole de Rorschach. *Bulletin de Psychologie*, 31(1-2), 33-43.
- Miljkovitch, M., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., & Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 15(2), 143-177.
- Miller, M. (1996). Relevance of resilience to individuals with learning disabilities. *International Journal of Disability and Education*, 43(3), 255-269.
- Minde, K., Goldberg, S., Perrota, M., Washington, J., Lojkasek, C., Corter, C., & Parker, K. (1989). Continuities and discontinuities in the development of 64 very small preterm infants to 4 years of age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 30 (3), 391-404.
- Miura, E.(1991). Causas de mortalidade perinatal. In E. Miura (Ed.), *Neonatologia. Princípios e Práticas* (pp.7-8). Porto Alegre: Artmed.
- Moreira, M. E. L., Bomfim, O. L., & Júnior, J. L. (2003). Esperando um bebê de risco. In M. E. L. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch (Eds.), *Quando a vida começa diferente. O bebê e sua família na UTI NEONATAL* (pp.15-21). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Moreira, M. E. L., & Rodrigues, M. A. (2003). O bebê na UTI: intercorrências e exames mais frequentes. In M. E. L. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch (Eds.), *Quando a vida começa diferente. O bebê e sua família na UTI NEONATAL* (pp.43-50). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Perrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145-158.
- Mussen, P. H., Conger, J. J., Kagan, J., & Huston, A. C. (1990). *Child Development & Personality*. New York: Haper & Row Pub.
- Niven, C., Wiszniewski, C., & Alroomi, L. (1993). Attachment (bonding) in mothers of pre-term babies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(3), 175-185.
- Novello, A.C.; Degraw, C. & Kleinnan, D.V. (1992). Healthy children ready to learn: an essential collaboration between health and education. *Public Health Reports*, 107 (1), 3-10.
- Ogden, T. H. (2004). On holding and containing, being and dreaming. *The Journal of Analytical Psychology*, 50(4), 1349-1364.
- Orr, S. T., & Miller, C. A. (1995). Maternal depressive symptoms and risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 65-171.
- Orr, S. T., Reiter, J. P., Blazer, D. G., & James, S. A. (2007). Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 566-570.
- Pennell, C. E., Jacobsson, B., Williams, S. M., Buus, R. M., Muglia, L. J., Dolan, S. M., Morken, Nils-Halvdan, Lye, S. J., & Relton, C. (2006). Genetic epidemiological studies of preterm birth: Guidelines for research. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *In Press*, *Corrected Proof*, 2-14.
- Peraçoli, J.C., Rudge M. V. C., Calderon, I. M. P., Maestá I., Sgarbosa, F. (1998). Síndrome Hellp recorrente: relato de dois casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 20 (3), 165-167.
- Pursley, D. M., & Cloherty, J. P. (2000). Identificando o recém-nascido de alto risco e avaliando idade gestacional, prematuridade, pós-maturidade e os recém-nascidos grandes para a idade gestacional e os pequenos para a idade gestacional. In J. P. Cloherty, & A. R. Stark (Eds), *Manual de Neonatologia* (pp. 39-54). Belo Horizonte: Medsi.
- Rabouam, C., Morales-Huet, M. (2003). Cuidados parentais e vinculação. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Eds.), *Vinculação: conceitos e aplicações* (pp.71-85). Lisboa: Climepsi.

- Rades, E., Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2004). Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(8), 655-662.
- Ramos, J. G. L., Martins-Costa, S. H., Valério, E. G., & Müller, A. L. L. (2006). Nascimento pré-termo. In F. Freitas, S. H. Martins-Costa, J. G. L. Ramos, & J. A. Magalhães (Eds), *Rotinas em Obstetrícia* (pp. 78-90). Porto Alegre: Artmed.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez : a história interior*. Porto Alegre: Artmed.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of Child development Research* (pp.187-244). 244).Chicago: University Chicago Press.
- Samuelsson, S., Finnström, O., Flodmark, O., Gäddlin, P. O., Leijon, I. & Wadsby, M. (2006). Longitudinal Study of Reading Skills Among Very-Low-Birthweight Children: Is There a Catch-up? *Journal of Pediatric Psychology* October, 31(9), 967 - 977.
- Schermann, L. (2001). Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. *Temas em Psicologia da SBP*,9(1), 55-61.
- Secretária de Políticas de Saúde. (2001). *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Secretária de Vigilância em Saúde. (2004). *Uma Análise dos Nascimentos no Brasil e Regiões*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Segatto, C., Anauate, G., & Buscato, M. (2008, July 21th). *No frágil mundo dos prematuros*. Época, 531, 105-112.
- Segre, C. A. M. (2002). *Perinatologia: fundamentos e prática*. São Paulo: Sarrier.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença*. Casa do Psicólogo. São Paulo.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artmed.
- Sokol, R. J., Janisse, J. J., Louis, J. M., Bailey, B. N., Ager, J. J., Jacobson, S. W., Jacobson, J. L. (2007). Extreme prematurity: An alcohol-related birth effect. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(6), 1031-1037.
- Spitz, René A. (2000). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stake, R. (1994). Case studies. In N. Denzin, & Y. Lincon (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp.236-247). London: Sage.
- Steer, P. (2005). The epidemiology of preterm labour. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112 (1), 1-3.

- Stern, D. N. (1997). *A Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebês*. Porto Alegre: Artmed.
- Szejer, M. (1999). Nasce-se pelo menos duas vezes. In M. Szejer (Ed.), *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade* (pp. 53-127). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Theunissen, N. C. M., Veen, S., Fekkes, M., Koopman, H. M., Zwinderman, K. A. H., Brugman, E., & Wit, J. M. (2001). Quality of life in preschool children born preterm. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 43(7), 460-465
- Thoman, E. B. (1975). Early development of sleeping behaviors in infants. In N. R. Ellis (Ed.). *Aberrant development in infancy: human and animal studies*. New York: Wiley.
- Thoman, E. B., Denenberg, V. H., Sievel, J., Zeiner, L., & Becker, P. T. (1981). State organization in neonates: developmental inconsistency indicates risk for developmental dysfunction. *Neuropediatrics* 12(1), 45-54.
- Thoman, E. B.; Ingersoll, E. W. (1999). Sleep/Wake states of preterm infants: stability, developmental change, diurnal variation, and relation with caregiving activity *Child Development*, 70 (1), 1–10.
- Tribe, R. M. (2007). A translational approach to studying preterm labour. *BMC-Pregnancy and Childbirth*, 7(1), 1-5.
- Tucker, J. & Mcguire, W. (2004). ABC of preterm birth: epidemiology of preterm birth. *BMJ*, 329(18), 675-678.
- Voigt, M., Olbertz, D., Fusch, C., Krafczyk, D., Briese, V., Schneider, K.T. (2008). The Influence of Previous Pregnancy Terminations, Miscarriages and Still-Births on the Incidence of Babies with Low Birth Weight and Premature Births as well as a Somatic Classification of New Borns. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 212(1), 5-12.
- Waber, D.P. & McCornick, M.C. (1995) Late neuropsychological outcomes in preterm infants of normal IQ: selective vulnerability of the visual system. *Journal of Pediatric Psychology*, 20 (6), 721-735.
- Watson, J.E., Kirby, R. S., Kelleher, K. J., & Bradley, R. H. (1996). Effects of Poverty on Home Environment: An Analysis of Three-Year Outcome Data for Low Birth Weight Premature Infants. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(3), 419-431.
- Werner, E.E. (1986). A longitudinal study of perinatal risk. In D. C. Farren, & J. D. Mckinney (Eds.). *Risk intellectual an phychosocial development*, 6, 3-27.

- Whitelaw, A., Heisterkamp, G., Sleath, K., Acolet, D., & Richards, M. (1988). Skin to skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Archives of Disease in Childhood*, 63(11), 1377-1381.
- WHO- World Health Organization (2009). *World Health Statistics 2009*. Progress on health-related Millennium Development Goals.
- Winnicott, D. W. (1983). Provisão para a criança na saúde e na crise. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp.62-69). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1983). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1999). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1945).
- Winnicott, D.W. (2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2006). A mãe dedicada comum. . In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp.1-11). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1966).
- Winnicott, D. W. (2006). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (2008). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Wirth, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI Neonatal. In: Caron, N. A. (Ed.), *A relação pais-bebê, da observação à clínica* (207-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANEXO A

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Mestrado e Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, que busca investigar a interação pais-bebês.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; minha participação é voluntária e terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento médico e psicológico dispensado nesta instituição.

Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização dos relatos das entrevistas realizadas.

Os pesquisadores responsáveis por este Projeto de Pesquisa são o Dr. Cesar Augusto Piccinini, que poderá ser contatado pelo Tel: 3308 67 68 e a mestranda Carolina Marocco Esteves, que poderá ser contada pelo telefone 3779-7830.

Carolina Marocco Esteves
Pesquisadora Responsável

Participante

ANEXO B
Entrevista de Contato Inicial
(NUDIF, 1998a)

Nome da mãe:.....

Escolaridade:.....

Trabalha? () Sim () Não O que faz?Horas/semana:.....

Esta é sua primeira gravidez?.....

Como está a sua saúde?.....

Quantos anos você tem?.....

O pai do bebê vive com você?.....

Há quanto tempo?.....

Como é o nome dele?.....

Qual é a idade dele?.....

O que ele faz? Qual é a escolaridade dele?.....

Ele tem outros filhos?.....

Qual o bairro que você mora?.....

Cidade:.....

Telefone:.....

Data da entrevista:

Mestranda responsável:.....

ANEXO C

Entrevista de Dados Demográficos do Casal

(NUDIF, 1998b)

Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você e seu marido:

Esposa:

- Nome:.....
- Data de Nascimento..... Idade:.....
- Escolaridade (ano concluído):.....
- Religião:..... Praticante: () sim () às vezes () não
- Estado civil: () casada () separada () solteira () viúva () com companheiro
- Mora com o pai do bebê? () sim () não Desde quando:.....
- Quem mais mora na casa?.....
- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregada Desde quando?.....
- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:.....
- Grupo étnico:.....
- É a tua primeira gravidez?.....(se não for) Tens outros filhos?.....
- Como estava a tua saúde durante a gravidez?.....

Marido

- Nome:.....
- Data de Nascimento..... Idade:.....
- Escolaridade (ano concluído):.....
- Religião:..... Praticante: () sim () às vezes () não
- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregado. Desde quando?.....
- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:.....
- Grupo étnico:.....
- Tens outros filhos?.....
- Endereço para contato:.....
- Cidade:..... CEP:..... Telefone:.....
- Telefone do emprego/contato: Esposa: Marido:
- Renda mensal da família:
- Mestranda Responsável:.....

ANEXO D**Ficha de dados clínicos do bebê e da mãe**

(Marocco & Piccinini, 2008)

Bebê

Nome:

Sexo:

Tipo de parto:

Idade gestacional:

Peso:

Apgar ao nascimento:

Doenças logo após o nascimento:

Doenças no decorrer da Internação:

Amamentação:

Data nascimento:

Data Alta:

Comentários:**Mãe**

Nome:

Idade:

Doenças na gestação:

Intercorrências no parto:

Intercorrências após o parto:

Data da internação:

Data da alta:

Comentários:

ANEXO E

**Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade
(Adaptada de GIDEP/NUDIF, 2003c)**

I- Eu gostaria que tu me falasse sobre a tua gravidez.*(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

1. Esta foi a tua primeira gravidez? Foi uma gravidez planejada? E desejada?
2. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
3. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
4. Como a tua mãe e o teu pai receberam a notícia da gravidez?
5. Como a mãe e o pai do teu companheiro receberam a notícia da gravidez?
6. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos e emocionais?
7. Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi? Precisou fazer repouso?
8. Sentiu que teu humor estava diferente?
(em caso afirmativo): Como? Em que período da gravidez?
9. *(caso não tenha falado do último mês)* Me fala um pouco do teu último mês de gravidez. Como tu te sentiu? Alguma mudança no humor ou orgânica?
10. O que você achou quando soube do sexo do bebê? E o pai, o que achou?
11. Tu já escolheu um nome para o teu filho/a? Qual é?
12. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
13. Tu tinha algum problema de saúde anterior à gravidez? Qual?
14. Que tipo de mãe tu achavas que serias?
15. Que preocupações tu tinhas em relação ao/a *(nome)* durante a gravidez?
16. Como tu imaginavas que ele/a seria? Como tu imaginavas que seria o teu relacionamento com ele/a?
17. Tu sonhavas com o bebê durante a gestação?(em caso afirmativo): O que sonhavas? Tinhas pesadelos com ele?
18. Tu lembras de alguém que te ajudou durante a gravidez?
(em caso afirmativo): Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
19. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou?
(em caso afirmativo): Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
20. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (o que ele fazia)? Como tu te sentiste com isto?
21. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
22. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
23. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai durante a gravidez?
24. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro durante a gravidez?
25. Tu já tiveste outra gravidez?
(Caso tenha tido): Como foi a tua outra experiência de gravidez? O que aconteceu? Como tu te sentiu?
26. Como foram tuas últimas semanas de gestação?
Teve envolvimento com algum preparativo para a chegada do/a *(nome)*? (em caso afirmativo) Quais?

II. Eu gostaria que tu me falasse sobre o parto e os teus primeiros momentos com o/a *(nome)*.*(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

1. Como foi o parto? Foi normal ou cesariana? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
2. Alguém te acompanhou no momento do parto?
3. Que preocupações tu tiveste em relação a ti durante o parto?
4. Que preocupações tu tiveste em relação ao/a *(nome)* durante o parto?
5. Tu lembras de alguém que te ajudou no parto?
(em caso afirmativo): Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
6. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou?
(em caso afirmativo): Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
7. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre o que nós conversamos?

ANEXO F

Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade (Marocco & Piccinini, 2007, adaptada de GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2003d)

I- Eu gostaria que tu falasse um pouco a respeito dos primeiros contatos com o teu bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como foi o teu primeiro encontro com o teu/tua filho/a após o parto? Como tu te sentiste?
2. Ele/a era como tu imaginavas? Como tu te sentiste?
3. Como foram os primeiros dias após o parto? Como tu imaginavas que seria? O que te agradou e desagradou?
4. Tu sonhas com (*nome*) agora? Tem algum tipo de pesadelo?
5. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do/a (*nome*)?
6. Como está sendo para ti o fato do/a (*nome*) ter nascido prematuro/a (ou ter nascido antes do tempo)?
7. Como é para você, ele/a estar em uma incubadora agora?
8. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
9. Tu tem sentido algum tipo de desconforto, como (sintomas somáticos), dores, fadiga, taquicardia, sono em excesso, insônia, pesadelos? Desde quando?
10. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
11. Tu lembras de alguém que te ajudou nos primeiros dias após o nascimento?
(em caso afirmativo): Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
12. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou que te atrapalhou nesses primeiros dias?
(em caso afirmativo): Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
13. E o teu companheiro? Ele te apoiou nesses primeiros dias do/a (*nome*)? Como (o que ele fazia)? Como tu te sentiu?
14. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele nos primeiros dias após o nascimento do/a (*nome*)?
15. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai nesses primeiros dias?
16. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro nesses primeiros dias?

II- Eu gostaria que tu falasse sobre o teu dia-a-dia com o/a (*nome*).

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados do/a teu/tua filho/a? Como é lidar com ele/a?
2. Como era na hora de amamentá-lo? Como é agora?
3. Como está sendo para ti essa experiência? Como tu te sente?
4. Como tu vê a comunicação entre vocês dois?
5. Tu sentes que já é possível entender o que ele/a expressa?
6. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que tu entendeste o/a teu/tua filho/a?
7. Tu achas que já dá para ver com quem ele/a é mais parecido/a?
8. O que tu achas que mais agrada o/a (*nome*) quando ele/a está contigo? Por quê?
9. E o que mais o desagrada? Por quê? Tu costumava interagir com ele/a? Com que frequência? (*se sim*) Como?
10. Como ele/ela reage a tua interação? Como tu te sentes?

III. Gostaria que tu falasse um pouco sobre como está sendo a tua experiência como mãe.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como tu estás te sentindo como mãe nesse momento?
2. O que mais te agrada em ser mãe?
3. Como está a tua rotina após o nascimento do/a (*nome*)? Como tu te sente?
4. E o que é mais difícil para ti?
5. Em que momentos te sentes mais preocupada com o/a (*nome*)? Quais?
6. Como tu imaginavas que seria? Como tu te sentes?
7. Como tu te vê ou te descreves como mãe?
8. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
9. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
10. Como a tua mãe (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
11. E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
12. E o teu pai (ou outro cuidador), como ele te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
13. E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dele?
14. Como as pessoas te vêem como mãe?

IV. Eu gostaria que tu falasse como tu estás vendo o teu companheiro como pai.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como é o jeito dele lidar com o/a (*nome*)?
2. Ele tem ficado contigo no hospital? Como tu te sentes?
3. Como tu achas que ele está sendo como pai? Era como tu imaginavas?
4. Como ele lida com o bebê? Como te sentes com isso?
Como te sentes quando ele cuida do/a (*nome*)? O que mais te agrada nessa ajuda? E o que te incomoda?
5. Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o/a (*nome*)? (*em caso afirmativo*): Como tu te sentes ao pedir essa ajuda?
6. Como o/a (*nome*) fica aos cuidados dele? Como tu te sentes?
7. Como imaginas que ele te vê como mãe?

V. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre as pessoas que ajudam a cuidar do/a teu/tua filho/a aqui na UTI Neonatal.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como tu te sentes em relação à equipe?
2. Quem cuida mais do/a (*nome*) aqui na UTI Neonatal? Como tu te sentes?
3. Tu costuma solicitar a ajuda desses profissionais?(se não) Por quê? (*se sim*) Como tu te sentes fazendo isso?
4. Como o/a (*nome*) reage a esses cuidados?
5. E tu? Como se sente ao vê-lo/a sendo cuidado por outras pessoas?
6. O que mais te agrada na equipe do hospital? Alguma coisa te incomoda?
7. Como tu imaginas que eles te vêem como mãe? Como tu te sentes em relação a isso?
8. Sente que algum profissional te atrapalha na relação com teu/tua filho/a?

VI. Queria que tu me falasse agora sobre o dia-a-dia aqui da UTI Neonatal.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias falar um pouco mais sobre...

1. Como é a rotina da UTI Neonatal? Como tu te sentes em relação a isso?
2. Tu costumavas permanecer com o/a (*nome*) durante os procedimentos? Como tu te sentes?
3. Como tu está fazendo para cuidar dele/a? Como tu te sentes?
4. O que tu faz quando ele/a chora? Tu consegues saber por que ele/a chora? E por que fica quietinho/a? Como tu te sentes?(comunicação consciente e inconsciente com o bebê)
5. Tu costumavas conversar com o/a (*nome*)? Como tu te sentes?
(Observar se ela fala sobre o bebê, se fala pelo bebê com linguagem infantilizada).
6. Quanto tempo tu costuma ficar na UTI Neonatal? Por quê? Como tu te sentes?
7. O que tu acha que são as maiores necessidades do teu bebê? Como tu te sentes?
8. Como tu te sentes aqui no hospital?
9. Quando tu está do lado do/a (*nome*), o que costuma fazer? Como tu te sentes?
10. Como está sendo o sono dele/a?
11. Tu achas que ele/a tenta interagir de alguma forma? Como tu te sentes em relação a isso?
12. Como tu reages quando o/a (*nome*) fica agitado/a? Costuma fazer alguma coisa para acalmá-lo/a? Como tu te sentes?
13. Costuma manter contato visual com teu filho/a (olhá-lo)? Como tu te sentes?
14. Costuma pegá-lo/la no colo quando é possível? Como tu te sentes?

VII. Eu gostaria que tu falasses um pouco sobre os momentos de separação de vocês.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias falar um pouco mais sobre...

1. Como foi tua alta hospitalar? Como tu te sentiste?
2. Quais têm sido estes momentos? Ele/a reage? E tu, como te sentes?
3. Como são os momentos em que vocês se reencontram?
4. Como ele/a reage? E tu, como te sentes?

VIII. Eu gostaria de conversar contigo a respeito das mudanças que um filho pode trazer.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias falar um pouco mais sobre...

1. O quanto tu acha que o/a (*nome*) vai mudar a tua vida e a do teu marido?
2. Em que aspectos pensas que vão ocorrer essas mudanças?
3. Como tu achas que vai te sentir com essa mudança?
4. E quanto ao relacionamento de vocês? O quanto será afetado pelo nascimento do/a (*nome*)? Em que aspectos?
5. Como tu achas que vai te sentir com essas mudanças?

IX. Gostaria de falar um pouco contigo a respeito do desenvolvimento do/a teu/tua filho/a.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias falar um pouco mais sobre...

1. Como tu acha que teu filho/a vai ser quando crescer? Como tu te sentes?
2. O que tu espera para ele/ela quando crescer? Como tu te sentes?
3. O que tu não gostaria para ele/a? Por quê?

X. Tu gostaria de fazer mais algum comentário sobre o que nós conversamos?

ANEXO G

Estrutura de Categorias

1. *Preocupação materna primária na gestação*

- 1.1 Acompanhamento pré-natal
 - 1.1.1 Cuidados em relação à sua saúde
 - 1.1.2 Cuidados em relação à saúde do bebê
 - 1.2 Sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais
 - 1.3 Função materna
 - 1.3.1 Sentimentos em relação à função materna
 - 1.3.2 Sentimentos em relação a possíveis adversidades nos cuidados com o bebê
 - 1.4 Sintonia da mãe com o bebê
 - 1.4.1 Expectativas em relação ao bebê
 - 1.4.2 Sentimentos em relação ao bebê
 - 1.4.3 Sonhos e fantasias
 - 1.5 Preparação para a chegada do filho (a)
-

2. *Preocupação materna primária e o nascimento pré-termo*

- 2.1 Impacto inicial do nascimento
 - 2.1.1 Sentimentos em relação ao nascimento
 - 2.1.2 Sentimentos em relação à interrupção da gravidez
 - 2.1.3 Sentimentos em relação à separação inicial
 - 2.2 Capacidade de recuperação da mãe após o parto
 - 2.2.1 Sintomas físicos e somáticos
 - 2.2.2 Sintomas emocionais
 - 2.3 Sentimentos em relação aos primeiros contatos
-

3. *Preocupação materna primária no puerpério*

- 3.1 Sentimentos sobre o comportamento do bebê
- 3.2 Sentimentos sobre situações de separação do filho (a)
- 3.3 Sentimentos sobre os cuidados na UTINeo
- 3.4 Sentimentos sobre a comunicação da díade
- 3.5 Sentimentos sobre a maternidade
- 3.6 Sentimentos sobre a amamentação
- 3.7 Disponibilidade de entrega da mãe aos cuidados com o bebê
 - 3.7.1 Capacidade de suportar dores e ansiedades para permanecer ao lado do filho
 - 3.7.2 Preocupar-se com o bebê a ponto de excluir qualquer outro interesse, de maneira normal ou temporária
 - 3.7.3 Rotina da mãe após o nascimento do filho (a)