

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Valéria Tinoco

**Maternidade prematura:
repercussões emocionais da prematuridade
na vivência da maternidade**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2013

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Valéria Tinoco

**Maternidade prematura:
repercussões emocionais da prematuridade
na vivência da maternidade**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em **Psicologia Clínica** sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco.

São Paulo

2013

Banca Examinadora

Dedico este trabalho
a todas as mães e seus filhos,
principalmente à minha e aos meus.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco, minha orientadora, minha querida Lelê. Agradeço por tudo o que passei e passo ao seu lado, pelos seus ensinamentos não só na área acadêmica, mas na vida. Sinto-me privilegiada por tê-la perto de mim. Muito obrigada!

À Profa. Dra. Rosane Mantilla de Souza, pelos seus ensinamentos durante toda minha vida acadêmica e pelas valiosas contribuições para esse trabalho.

À Profa. Dra. Regina S. Bousso, profissional admirável, pelas importantes contribuições no exame de qualificação.

Aos meus pais, pela vida, pela base segura e por sempre torcerem e acreditarem em mim.

Ao meu irmão, minha irmã, minha família e minha família estendida, por existirem, por darem sentido à minha existência e pela constante torcida.

À Gabi, querida companheira, amiga e incentivadora. Agradeço pelos seus papéis em minha vida, pelas contribuições e disponibilidade de sempre. Sua presença faz qualquer distância ficar pequena, obrigada!

À Lu, minha querida parceira, pela sua amizade e por estar sempre ao meu lado, estejamos nós em qualquer parte do mundo. Obrigada pela torcida e por me ajudar sempre.

À Gilda Montoro, pelas valiosas contribuições para este trabalho. Por transmitir seu encantamento pela TA.

À Profa. Dra. Yara Castro, agradeço pela disponibilidade.

A todos os meus professores.

À Gisa Mendes, Sebastião Macedo e Bia Damato, sempre me socorrendo com agilidade e presteza!

À Rê, Andrea, Elaine e Juliana, pela disponibilidade e eficiência com os resumos e correções nesta reta final.

À Déria, Rosane e Luiz Antônio, companheiros, colaboradores e torcedores.
A todos os meus colegas de classe.

À Monica Pereira, pela atenção e cuidado. Muito obrigada!

Às participantes desta pesquisa, por compartilharem suas histórias e pela vontade de contribuir com este trabalho.

Aos meus pacientes, com quem sempre aprendo.

Aos meus supervisionandos e alunos, grandes motivadores. Agradeço especialmente à Sueli.

À Maria Leonilde, a quem confiei parte de mim para poder realizar este trabalho.

Ao Eduardo Heredia, pela disponibilidade, atenção e cuidado.

A todos os meus amigos, especialmente Carol Telles, Bé, Fá, Lugi, Odete, Taís, pela torcida e por fazerem parte da minha história.

À Carol e Erasmo, pela amizade e acolhimento nesta importante e nova etapa.

Ao CNPq.

Ao Deco, meu amor e companheiro de vida, por me dar espaço para realizar este trabalho, por acreditar e me incentivar, por me levar a experiências que sozinha não teria coragem de viver, pelas melhores coisas da minha vida.

Aos meus filhos, amores da minha vida, obrigada por existirem e me transformarem em mãe, meu melhor papel. Obrigada por esperarem a mamãe terminar este trabalho. Lis, obrigada também por me fazer rir com sua franqueza e inteligência: “mamãe, para que escrever tanto se ninguém vai ler?” Espero que leiam, filha! Lis, você me incentivou a terminar este trabalho e até fez suas correções, que foram devidamente incorporadas! Obrigada, filha.

TINOCO, V. **Maternidade prematura**: repercussões emocionais da prematuridade na vivência da maternidade. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

Resumo

Este estudo teve como objetivo conhecer experiências vividas por mães de bebês prematuros e entender as repercussões da prematuridade na maternidade e na construção do vínculo entre mãe e filho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na análise de conteúdo de questionários respondidos por 28 mães, cujos bebês estiveram internados em Unidade de Cuidados Intensivos. A Teoria do Apego foi utilizada como fundamentação teórica. Duas representações a respeito do exercício da maternidade foram destacadas e relacionadas aos comportamentos de cuidado. A representação da maternidade potente foi caracterizada pela percepção materna da eficiência do sistema cuidador. Esta representação revela a existência de mecanismos de enfrentamento saudável, o que repercute positivamente no vínculo mãe-bebê. A representação da maternidade impotente apontou para a dificuldade de integração da experiência da prematuridade à maternidade, interferindo nos comportamentos de cuidado com o filho. Concluiu-se que o enfrentamento da crise gerada pela prematuridade implica em um trabalho psíquico de elaboração da experiência, que pode permanecer em estado ativo durante muito tempo. A experiência da prematuridade não elaborada pode colocar em risco o funcionamento saudável do sistema de cuidado e de apego. A capacidade individual de significar e elaborar as experiências foi ressaltada. Foi possível observar que as participantes ampliaram e modificaram positivamente os modelos operativos internos a respeito do cuidar e do enfrentamento de adversidades. As intervenções dos profissionais de saúde com esta população devem focalizar os mecanismos de enfrentamento, o processo de elaboração e os fatores facilitadores e dificultadores da experiência da maternidade prematura.

Palavras-chave: prematuridade; maternidade; sistema cuidador; enfrentamento.

TINOCO, V. **Premature motherhood**: emotional repercussions of prematurity on the experience of motherhood. 2013. Doctoral Thesis in Clinical Psychology. Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2013.

Abstract

This study aimed to assess the experience of mothers of premature infants and understand the repercussions of prematurity on both the motherhood experience and the formation of the mother-child bond. A qualitative research was carried out based on the content analysis of questionnaires completed by 28 mothers whose babies were admitted to Intensive Care Unit. The Attachment Theory was used as theoretical foundation. Two types of motherhood representations were pointed out and associated with caregiving behaviors. The potent motherhood representation was characterized by the mother's perception of the efficiency of the caregiving system. This representation reveals the existence of healthy coping strategies, which reflects positively on the mother-child bond. The impotent motherhood representation indicates the difficulty of integrating the experience of prematurity with motherhood, which interferes in the caregiving behavior. The conclusion was that coping with the crisis caused by prematurity requires a psychological internal change, so that the experience, which can remain in an active state for a long time, is elaborated. If non-elaborated, the experience of prematurity may affect the healthy functioning of both the caregiving and attachment systems. The individual ability to find meaning and elaborate experiences was emphasized. It was observed that the participants had their internal working models of caregiving and coping with adversities expanded and enhanced. Interventions by health professionals in this population should focus on the coping and elaboration processes, as well as on the risk and protective factors of the premature motherhood experience.

Key-words: prematurity; motherhood; caregiving system; coping.

TINOCO, V. **La maternidad prematura**: efectos emocionales de la prematuridad en la experiencia de la maternidad. 2013. Tesis (Doctorado en Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar las experiencias de las madres de los recién nacidos prematuros y comprender el impacto de la prematurez en la maternidad y en la creación del vínculo entre la madre y el niño. Se trata de una investigación cualitativa basada en el análisis de contenido de los cuestionarios completados por 28 madres cuyos bebés fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. La Teoría del Apego se utilizó como teórico. Dos representaciones con respecto al ejercicio de la maternidad se destacaron y se relacionan con los comportamientos de cuidado. La representación de la maternidad potente se caracterizó por la percepción materna de la eficiencia del sistema cuidador. Esta representación muestra la existencia de mecanismos de afrontamiento saludables, que se refleja positivamente en el vínculo madre-bebé. La representación de la maternidad impotente señaló la dificultad de integrar la experiencia de la prematurez a la maternidad, lo que interfiere en los comportamientos en el cuidado del niño. Se concluyó que enfrentar la crisis causada por la prematuridad implica en un trabajo psíquico de elaboración de la experiencia, que puede permanecer en un estado activo durante un largo tiempo. La experiencia de la prematuridad no elaborada puede poner en peligro el funcionamiento saludable del sistema de cuidado y apego. Se destacó la capacidad individual para significar y elaborar experiencias. Se observó que las participantes ampliaron y cambiaron positivamente los modelos de funcionamiento interno a respecto del cuidar y hacer frente a la adversidad. Las intervenciones de los profesionales de la salud con esta población deben centrarse en los mecanismos de afrontamiento, el proceso de elaboración y los factores facilitadores e inhibidores de la experiencia de la maternidad prematura.

Palabras-clave: prematuridad; maternidad; sistema cuidador; afrontamiento.

Sumário

Introdução	11
1. Justificativa	13
2. Objetivo	17
3. Revisão de literatura	18
3.1. A Teoria do Apego e o vínculo mãe-bebê	18
3.1.1. O Sistema de Apego	18
3.1.2. O Sistema Cuidador	25
3.2. A Chegada do bebê e a maternidade	33
3.3. Prematuridade e maternidade	39
3.3.1. A experiência de hospitalização do bebê prematuro	49
4. Método	54
4.1. Participantes da pesquisa	55
4.2. Contato com as participantes	58
4.3. Instrumento	59
4.4. Sobre a análise	60
4.5. Cuidados éticos	61
5. Caracterização das participantes	63
6. Análise	65
7. Discussão	115
8. Considerações finais	136
Referências	142
Anexos	
I - Termo de consentimento livre e esclarecido	150
II - Carta de recrutamento	152
III - Instruções para participação da pesquisa	153
IV - Modelo de confirmação de recebimento do material da participante ...	156

Introdução

O interesse por estudar as repercussões emocionais da prematuridade na mulher que se torna mãe surgiu após termos nos dedicado ao estudo e à prática na área da formação e rompimento de vínculos afetivos nos últimos quase vinte anos. As situações vividas pelo ser humano que envolvem a formação de um novo vínculo e aquelas em que ocorrem a perda de um vínculo já estabelecido e significativo são foco de nosso interesse na Psicologia. Temos nos apoiado no estudo sobre perdas, morte, luto e formação de vínculos para aprimorar nossa prática nesta área.

Estudar a Teoria do Apego, de John Bowlby, tem sido eficaz para atuarmos tanto no auxílio àqueles que passam por rompimentos de vínculos, quanto para pensarmos de maneira profilática na formação de novos vínculos, como é o caso das mães e seus filhos, nosso interesse atual.

Precisar o momento exato em que tem início a vinculação entre a mãe e seu bebê não nos parece possível. Isso porque o vínculo pode surgir antes mesmo da concepção, quando era apenas um desejo, mas o bebê e a relação com este já era imaginada. Com os avanços da tecnologia voltada ao cuidado pré-natal, podemos destacar a diferença existente na relação com o bebê durante a vida intrauterina em comparação à décadas atrás, quando não existia exame de ultrassonografia, por exemplo. Hoje há tecnologia que permite conhecer as feições do bebê que está sendo gestado, a cor do cabelo, dos olhos e até mesmo ter palpites sobre sua personalidade (se calmo ou agitado durante a realização dos exames), o que fomenta a ideia de que o envolvimento afetivo com o filho se inicia muito antes do nascimento.

Durante a gestação, a mãe, comumente ao lado do pai do bebê, de um companheiro(a), ou sozinha, prepara-se para receber o bebê e desempenhar um papel totalmente novo em sua vida: a maternidade.

Apesar de ser um processo natural, a transição para a maternidade é uma experiência complexa, na qual estão envolvidos aspectos fisiológicos, neurológicos, psicológicos, afetivos, sociais e relacionais da mulher que tem um filho. No presente

estudo, cujo foco são mães que tiveram filhos prematuros, faremos referência à maternidade neste contexto de transição vivido pela mulher que se torna mãe.

Desde o período de gestação até os primeiros meses do nascimento, as expectativas em relação ao bebê e a si mesma são muitas, povoando o imaginário daquelas que geram um filho. Serei capaz de cuidar – bem – do meu bebê? Serei boa mãe? Meu filho crescerá saudável e feliz? Como será minha vida pós-maternidade?

Durante os nove meses de gestação, a mãe se prepara para a chegada do filho e para adentrar em uma nova experiência e um novo papel. Quando o nascimento ocorre prematuramente, isto é, antes de completadas 37 semanas de gestação e/ou antes que o peso do bebê atinja a marca de 2.500 gramas (Pinto et al. 2004; Brasil, 2006; Ortiz e Oushiro, 2008; WHO, 2012), a mãe frequentemente é tomada por uma experiência inesperada, na qual, não só a gestação é interrompida, mas também a gravidez psíquica, podendo gerar consequências emocionais importantes, tais como angústias de separação e de perda, culpa e ansiedade.

Além de passar pelo processo de tornar-se mãe, ela tem de lidar com medos e expectativas relacionados à saúde e ao desenvolvimento do bebê e, muitas vezes, com o risco da morte do filho (Brazelton e Cramer, 1991; Levy e Orlans, 1998; Pinto et al., 2004; Dias, 2006; Borghini et al. 2006; Bozzette, 2007; Korja, et al., 2009; Ferrari e Donelli, 2010; Forcada-Guex et al., 2011; Favaro, Peres e Santos, 2012).

Dias (2006) ressalta essa experiência ao dizer que quando o parto é prematuro, o nascimento se torna real de forma violenta. A imaturidade, a fragilidade do bebê e a dependência acentuada dos recursos técnicos e humanos para sua sobrevivência, somados aos fantasmas a respeito do futuro, podem exercer impactante influência na vivência da maternidade e na formação do vínculo mãe-bebê (Levy e Orlans, 1998; Pinto et al., 2004; Dias, 2006; Korja, et al., 2009; Ferrari e Donelli, 2010; Forcada-Guex et al., 2011). Nos interessa, neste estudo, que essa experiência seja ressaltada à luz da Psicologia, para melhor compreendermos essas mães e para pensarmos em formas de oferecer suporte a elas e seus filhos.

1. Justificativa

Devido ao avanço da medicina e da tecnologia presente no cuidado neonatal, a sobrevivência de bebês prematuros com pouca idade gestacional e/ou baixo peso vem se tornando uma experiência cada vez mais comum no mundo atual (Scochi et al. 2003; Brasil, 2004; Caserio e Pallas, 2009; Schonhaut e Perez, 2010; Klein, Gasparido e Linhares, 2010). As principais mudanças propiciadas pelo avanço tecnológico e das especialidades médicas podem ser assim destacadas:

- a) Melhor manejo e controle de gravidez de alto risco, possibilitando que esta se prolongue até pelo menos uma idade gestacional em que o bebê tenha chances de sobreviver fora do útero materno.
- b) Viabilidade de bebês cada vez mais prematuros com tecnologia e pessoal capacitado para propiciar a maturação de seu organismo fora do útero até que adquira autonomia equiparada a um bebê que nasce a termo.

As causas que frequentemente resultam em um parto prematuro estão relacionadas à idade, à saúde e a hábitos maternos, além de intercorrências gestacionais e assistenciais (Brasil, 2004; WHO, 2012).

Além disso, o modo de vida moderno e a tecnologia têm interferido no aumento do número de nascimentos prematuros (Colletto, Segre e Beiguelman, 2001; Brasil, 2004; Velazquez, Masud e Avila, 2004; Graner e Barros, 2009; Amador, Gutierrez e Roig, 2010; WHO, 2012), conhecidamente devido:

- a) à qualidade de vida nas grandes cidades (grande consumo de comida industrializada, poluição, estresse, sedentarismo) e aumento da gravidez tardia (mulheres com mais de 35 anos), impactando na fertilidade, envelhecimento do aparelho reprodutor feminino, aumento de doenças que favorecem o nascimento prematuro como hipertensão e diabetes;
- b) ao aumento de mulheres grávidas por reprodução assistida, elevando a frequência de gestações múltiplas e, conseqüentemente, o risco de partos prematuros.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 2012), mais de um a cada dez nascimentos em todo o mundo é de prematuros, sendo esta a maior

causa de mortalidade de recém-nascidos. O Brasil é o décimo país em número absoluto de partos prematuros, fazendo parte de uma lista de dez países nos quais se concentram 60% dos nascimentos prematuros. Assim, há uma grande população de bebês prematuros e suas famílias a serem atendidos pelo sistema de saúde, sendo a prematuridade, portanto, uma importante questão de saúde pública.

As implicações do nascimento prematuro vão além do período neonatal e podem se estender por toda a vida, causando impacto não somente ao bebê, mas também a sua família e à sociedade. Bebês que sobrevivem ao nascimento antes do tempo normal frequentemente precisam de cuidados especializados e podem enfrentar sérios problemas de saúde como: paralisia cerebral, doenças respiratórias e cardíacas crônicas, problemas de visão e audição, deficiências cognitivas e dificuldades globais de desenvolvimento (WHO, 2012).

As políticas públicas para a prevenção e o cuidado de bebês prematuros, de suas famílias e comunidade incluem uma série de intervenções que visam tanto diminuir o número de nascimentos prematuros quanto à mortalidade e os riscos para a saúde destes bebês (WHO, 2012). Dentro das intervenções preconizadas pela OMS (idem) percebemos que há grande atenção aos cuidados médicos, sociais e ambientais e pouca preocupação com os cuidados psicológicos desta população.

A experiência de ter um parto prematuro é considerada traumática por muitos estudos (Kersting et al., 2004; Pinto et al., 2004; Souza et al., 2010; Ferrari e Donelli, 2010; Forcada-Guex et al., 2011), mesmo em casos de gravidez de risco nos quais esta possibilidade era esperada. O trauma, segundo estes autores (idem), está relacionado principalmente à vivência materna diante do risco de morte e/ou de sequelas que frequentemente acompanham bebês que nasceram antes do tempo e/ou com baixo peso.

Por trauma entendemos a vivência de uma situação ameaçadora, cujas estratégias de enfrentamento conhecidas pelo indivíduo até o momento são insuficientes para lidar com a mesma, gerando uma sensação de desamparo e impotência (Parkes, 1998 e 2009). Assim, os recursos que a mãe possui não parecem ser suficientes para dar conta da experiência de ter um filho prematuro tal como ela se apresenta.

Um estudo longitudinal realizado na Alemanha mostrou que a experiência traumática de ter um bebê prematuro de muito baixo peso (menos de 1.500 gramas)

causa sintomas depressivos e de ansiedade nas mães quando comparadas a um grupo controle de mães cujos bebês nasceram espontaneamente, a termo e saudáveis (Kersting et al., 2004). Os sintomas encontrados nas mães dos prematuros não diminuíram após 14 meses do nascimento, indicando que esta é uma experiência traumática a longo termo. A explicação para esse resultado é que o nascimento de um bebê prematuro não é considerado um evento traumático isolado, mas um evento complexo e de longa duração.

Nossa experiência clínica com traumas vividos pelos indivíduos que passam por diferentes situações relacionadas ao luto, adoecimento e outras perdas mostra que, de modo geral, dificilmente uma situação traumática pode ser considerada um episódio isolado, já que, ao atingir um aspecto da vida do indivíduo, muitos outros são afetados e vividos com certo grau de descontrole.

O fato de todas as consequências em relação ao nascimento prematuro só poder ser conhecido depois de decorridos alguns meses e até anos, faz com que o trauma permaneça ativo, gerando um processo de “retraumatização contínua”¹ durante bastante tempo (Kersting et al., 2004). Consideramos esse termo bastante interessante para ajudar na compreensão da experiência vivida por estas mulheres. Saber se o desenvolvimento global do filho acompanhará, ou não, o esperado para a idade, por exemplo, é uma dúvida que dificilmente pode ser respondida de imediato. Assim, entendemos que as mães podem ser confrontadas diariamente com a realidade traumática enquanto cuidam de seu bebê.

Kersting et al. (2004) apontam ainda que o fato de ser mais frequente que mães de prematuros tenham tido uma gestação de alto risco que mães de bebês a termo indica que fatores estressores anteriores ao nascimento prematuro podem influenciar e/ou incrementar a dificuldade de passar por essa experiência. Esses fatores são: dificuldade para engravidar, idade materna avançada e consequentes riscos para a gravidez, perda de um filho durante a gestação ou após o nascimento e outras complicações em gestações anteriores.

Kersting et al. (2004) e Forcada-Guex et al. (2011) consideram que a depressão, ansiedade e estresse pós-trauma materno podem ter consequências no desenvolvimento dos filhos nascidos prematuros. Aos três anos de idade, as dificuldades de desenvolvimento destas crianças estavam mais relacionadas a

¹ Termo traduzido do inglês “*sustained retraumatization*”.

questões ligadas ao meio social, que a questões fisiológicas e condições de seu nascimento. Pinto et al. (2004) estão de acordo com essas colocações e indicam que as desvantagens do nascimento prematuro estão também relacionadas com a qualidade de vínculo estabelecida.

Para que a mãe possa assimilar, enfrentar e se relacionar adequadamente com a situação que se apresenta será necessário que ela passe por um processo de elaboração dessa experiência. Podemos entender que nessa vivência há um luto a ser elaborado: de um lado, a perda que leva a este processo é a do bebê saudável e desejado, nascido a termo e sem complicações de saúde. De outro, a mãe tem de lidar com a perda de suas fantasias a respeito da maternidade idealizada, ou seja, há a perda do bebê ideal e a perda do “ser mãe” ideal.

É importante ressaltar que entendemos que a condição de saúde do bebê prematuro afeta e influi no modo como a relação com sua mãe é estabelecida. Porém, não significa que afeta de modo negativo, mas que é um fator presente nesta relação e interferirá em sua construção.

Durante uma busca junto à base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), verificamos que a maioria dos estudos sobre bebês prematuros foi realizada no período logo após o nascimento, período no qual o choque, o trauma, as dificuldades de adaptação e enfrentamento estão muito presentes. No presente estudo, o nosso olhar será para a experiência da mãe de um filho prematuro depois de decorrido algum tempo do nascimento (13 meses), período em que os sentimentos iniciais diminuíram e a maternidade teve tempo de ser vivida, conforme explicitado adiante, no método de pesquisa.

As consequências da prematuridade também repercutem no pai, na paternidade, na família e na sociedade, porém estes não são nosso objeto de estudo.

2. Objetivo

Conhecer experiências vividas por mães de bebês prematuros e entender as repercussões da prematuridade na maternidade e na construção do vínculo entre mãe e filho.

3. Revisão de literatura

A revisão de literatura está dividida em três partes. Primeiramente nos dedicamos a entender aspectos da Teoria do Apego relacionados à vinculação mãe-bebê. Em seguida partimos para a compreensão da experiência da maternidade. Por último apresentamos nossa revisão teórica a respeito da prematuridade, com foco na experiência da maternidade e na experiência de hospitalização.

3.1. A Teoria do Apego e o vínculo mãe-bebê

“Cada mãe é influenciada em maior ou menor grau pelo bebê que tem. (...) O modo como uma mãe trata seu bebê constitui um produto complexo que reflete como suas próprias tendências iniciais foram confirmadas, modificadas ou ampliadas por sua experiência pessoal com a criança.” (Bowlby, 1969/1993, p. 364)

“É como se estivessem envolvidos numa dança, onde cada parceiro antecipasse os movimentos do outro, regulando-se por um ritmo compartilhado e pela previsibilidade oferecida pela música.” (Cramer, 1993, p. 47)

3.1.1. O Sistema de Apego

A Teoria do Apego, desenvolvida por John Bowlby ([1951]1976/1995; 1969/1993; 1973/1993a, 1973/1993b; 1979/1990), ocupou lugar de grande destaque na Psicologia do Desenvolvimento e na Psicopatologia. Apesar de Bowlby não ter sido o primeiro, nem o único, a afirmar a importância da relação mãe-bebê² desde o início da vida para o desenvolvimento emocional e social dos indivíduos, o autor construiu sobre essa questão uma consistente teoria a respeito da formação e rompimento dos vínculos afetivos.

² Consideramos que qualquer adulto significativo pode exercer o papel de figura materna e sabemos que há famílias nas quais não é a mãe quem assume os cuidados maternos. Apesar deste estudo poder ser útil a estas famílias, nos referimos apenas às mães, foco de nosso estudo.

Por meio de estudos baseados na Etologia, Bowlby (1969/1993) definiu apego como um sistema de comportamento afetivo e motivacional cujo objetivo central é a busca de segurança, fundamental para a sobrevivência e manutenção da espécie. O modo como o sistema de apego é estruturado impacta no funcionamento de outros sistemas de comportamento do indivíduo, sendo, portanto, o conceito central da Teoria do Apego.

O comportamento de apego é definido, segundo Bowlby (1969/1993), como todo comportamento que visa à procura de segurança e conforto por meio da proximidade com alguém considerado capaz de exercer tal função. Durante o primeiro ano de vida, a criança desenvolve um vínculo afetivo com a mãe e/ou outra figura que responda de maneira consistente aos seus sinais, sendo percebida como fonte de confiança e proteção. Essa figura é chamada de figura de apego ou de base segura, como complementou a principal colaboradora de Bowlby, Mary Ainsworth (Ainsworth, 1979; Ainsworth et al., 1978³, citado por Bowlby, 1969/1993). Nos momentos de aflição, medo ou dificuldade, a criança volta-se para sua figura de apego, buscando sentir-se em segurança e, quando esta é alcançada, pode voltar a explorar o meio com tranquilidade.

Desde o nascimento o bebê demonstra seu interesse pela figura humana, possui um repertório de comportamentos que atrai a atenção de seus cuidadores e responde aos comportamentos de cuidado. Este interesse pode ser observado desde os primeiros dias de vida, quando o bebê tem comportamentos que sinalizam seu estado interno, tal como o choro, e se interessa e se acalma com a voz humana, com o som do batimento cardíaco, com o contato pele-a-pele e sendo embalado no colo (Bowlby, 1969/1993, Ainsworth, 1979).

O comportamento de apego é ativado por fatores internos⁴ e/ou externos que fazem a criança sentir-se em situação ameaçadora, perigosa ou desconfortável, e é desativado pela proximidade, contato físico ou psicológico com a figura de apego, permitindo, então, que ela possa se dedicar a outras atividades (Bowlby, 1969/1993).

O sistema de apego é essencial durante os primeiros anos, quando o indivíduo é mais vulnerável, mas permanece ativo durante toda a vida. Porém, o

³ Ainsworth, M. D. et al. **Patterns of attachment**: assessed in the strange situation and at home. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1978.

⁴ Abordaremos a questão dos fatores internos ao final deste capítulo.

comportamento de apego pode ser mais ou menos acionado nas diferentes etapas do ciclo vital, as figuras a quem o comportamento de apego é dirigido podem variar, e os comportamentos também são distintos de acordo com o contexto e a idade.

O desenvolvimento do comportamento de apego é importante para a saúde mental e se dá em uma experiência de cuidado afetivo, contínuo e duradouro com a mãe ou substituto, na qual tanto a criança quanto a figura materna sentem satisfação e prazer. Além da necessidade deste tipo de convivência com a figura protetora, a qualidade do vínculo afetivo está associada ao modo como essa figura interage: se é atenta e responsiva aos sinais e necessidades do bebê, se o faz de maneira tranquila e afetiva (Bowlby, 1969/1993).

Ainsworth (1979) concordava com Bowlby (1969/1993) quando afirmou que o desenvolvimento do comportamento de apego depende da sensibilidade da figura cuidadora em responder aos sinais do bebê e da qualidade e quantidade da interação social entre esta dupla. Porém, segundo Ainsworth (1979), a qualidade da interação importa mais que a quantidade, isto é, para a formação e manutenção da relação de apego, a disponibilidade e intenção da figura de apego de relacionar-se com o bebê, a demonstração explícita de afeto, a iniciativa e capacidade de acolhê-lo rapidamente, bem como a busca por aliviar seu sofrimento são aspectos mais importantes, por exemplo, do que a simples presença e execução dos cuidados físicos rotineiros.

Bowlby (1969/1993) pautou-se nos estudos de Ainsworth (1978)⁵ para analisar quais comportamentos da mãe favorecem o desenvolvimento de apego nas crianças, sendo eles:

- a) contato físico frequente e prolongado entre mãe e bebê;
- b) capacidade da mãe em acalmar o bebê aflito;
- c) sensibilidade da mãe em compreender os sinais do bebê e responder a ele de acordo com estes sinais;
- d) meio ambiente estável e em sintonia com o bebê;
- e) prazer mútuo entre mãe e bebê.

Bertrand Cramer (1993), psiquiatra e psicanalista, trouxe importantes contribuições a cerca do relacionamento que se desenvolve entre o bebê e sua mãe. Segundo o autor, o bebê pequeno é muito sensível às trocas com o mundo,

⁵ Idem nota 3.

escolhendo, desde cedo, a figura materna como sua parceira preferida. Esta, por sua vez, sente-se muito satisfeita com a escolha: afinal ela é amada por seu objeto de amor. A relação que se estabelece entre a mãe e seu bebê ocorre por meio de uma complexa interação que inclui a fala, tom de voz, repetição, toque, gestos, olhares, cheiros, entre outros. Um histórico desta interação vai sendo formado, e o bebê vai compreendendo sua mãe e aprendendo a se relacionar com ela.

Por meio desta mútua e afetiva eleição, a comunicação entre ambos ocorre por meio de uma interação na qual o bebê se manifesta, e a mãe responde a ele de modo concordante e afetivo (Cramer, 1993). Ao encontrar uma mãe que compartilha e dá aval às suas manifestações, o bebê demonstra grande satisfação, que gera novas respostas como a primeira – ou mais intensas, e assim a comunicação entre ambos se desenvolve. Essas gratificantes trocas entre mãe e bebê possibilitam que o vínculo entre ambos se fortaleça e perdure. Ao compartilharem o prazer da comunicação, tanto a mãe quanto o filho se esforçarão para que essa satisfação se repita constantemente.

A comunicação prazerosa é um indicativo de estabelecimento do comportamento de apego, estando presente em vários comportamentos do bebê que iniciam a interação com a figura de apego: saudar, chamar, aproximar-se, tocar, abraçar, sorrir, falar (Bowlby, 1969/1993).

Outras formas de comportamento indicadoras de apego quando manifestadas em relação a uma figura elegida são:

- a) comportamentos em resposta às iniciativas da figura de apego com objetivo de manter a interação: por exemplo, olhar atentamente, sorrir, balbuciar, falar, abraçar;
- b) comportamentos com objetivo de evitar separações: por exemplo, seguir, agarrar, chorar;
- c) comportamentos de reunião após a separação;
- d) comportamento exploratório: criança alterna entre o contato com a mãe e a exploração do ambiente e
- e) afastamento da situação geradora de medo e busca de proximidade com a mãe.

A criança que possui uma mãe atenta, responsiva, tranquila e afetiva, em um ambiente previsível e confortável, tende a sentir-se segura para relacionar-se com o

meio, bem como para buscar e aceitar ajuda quando se sentir insegura ou com dificuldades. A expectativa da criança é, portanto, de ser amada e acolhida em caso de necessidade, por alguém disponível e receptivo. Como afirmam Bartolomew e Horowitz (1991), esta criança tenderá a crescer com um modelo positivo tanto de si quanto do outro, e se relacionará com o mundo que a cerca a partir de um estilo de apego seguro (Bowlby, 1969/1993, Ainsworth, 1979).

Segundo Hughes (2009), o apego seguro facilita muitas áreas de desenvolvimento da criança, incluindo desenvolvimento emocional, biológico, social, cognitivo, capacidade de enfrentamento, resiliência, autoconfiança, empatia, capacidade de simbolização e autoestima, o que justifica todos os esforços que buscam favorecer o desenvolvimento deste estilo de apego.

Por outro lado, a figura materna também pode trazer prejuízos para a criança ainda que tenha afeto pela mesma (Ainsworth, 1979 e Ainsworth e Eichberg, 1991). Isso ocorre quando o comportamento da figura materna evoca insegurança ao manifestar excesso de ansiedade, falta de encorajamento para exploração do meio, insensibilidade, indisponibilidade, impaciência, dificuldade de manter proximidade e/ou traumas não resolvidos. Essas dificuldades levam a diferentes tipos de comportamento por parte da figura materna, gerando diferentes estilos de apego inseguro na criança, como apresentaremos a seguir (Bowlby, 1969/1993; Ainsworth, 1979 e Ainsworth e Eichberg, 1991; Bartolomew e Horowitz, 1991; Goldberg, 2000; George e Solomon, 2008; Hughes, 2009).

A figura materna que leva ao desenvolvimento do estilo de apego inseguro ambivalente responde ao filho de maneira imprevisível, inconsistente e confusa. É por vezes atenciosa, mas não em sintonia com a necessidade da criança, tendendo a responder mais adequadamente quando a criança manifesta medo. A criança com apego ambivalente normalmente chora com frequência, precisa ficar grudada na figura de apego, descontrola-se quando é separada de sua mãe, expressa raiva e necessidade de acolhimento quando se reencontram e sente-se permanentemente preocupada em relação ao paradeiro de sua mãe. A criança parece depender demasiadamente do adulto e ter pouca autonomia, pois ela acredita que, caso se distancie da figura de apego, será negligenciada. Crê pouco na própria capacidade de manter-se segura e/ou buscar segurança quando tiver necessidade, pois tem medo de não encontrar. A criança com este estilo de apego tem baixa autoestima e se sente

ineficiente para conseguir a atenção e apoio desejados. Desta forma, apenas o monitoramento constante da figura de apego lhe garante um mínimo de segurança necessário. De modo geral, a criança com este estilo de apego explora menos o ambiente e mostra dificuldade para adaptar-se a mudanças no decorrer da vida.

A figura materna que favorece o estilo de apego evitador, por sua vez, é indisponível emocionalmente, frequentemente tem dificuldades com intimidade e afeto, é rejeitadora, intolerante à ansiedade e ao desamparo da criança e, como consequência, valoriza a extrema independência e autossuficiência. Além disso, demora para responder às aflições da criança, e/ou o faz de forma rígida e ríspida, ou, ainda, não responde. A criança evitadora desenvolve uma atitude defensiva de não recorrer a ninguém em caso de aflição e tende a sofrer quando está em situação difícil. Embora aparentemente não demonstre este sofrimento, não pede ajuda e não conta com o apoio da figura de apego, importante para a vivência de inúmeras situações diárias. Essa criança normalmente possui baixa autoestima e não se sente merecedora do amor materno.

Hughes (2009) sintetiza bem esses dois estilos de apego ao dizer que o estilo ambivalente salienta a relação às custas da independência, enquanto o evitador salienta a independência às custas da relação.

Em suma, enquanto a criança segura aprendeu que sua necessidade de apego gera uma resposta materna que alivia sua aflição, a criança com estilo de apego inseguro-ansioso aprendeu que sua mãe é imprevisível e seus comportamentos passam a ser modulados pela preocupação em manter a atenção da mãe. A criança com estilo inseguro-evitador, por sua vez, aprendeu que seu comportamento de apego gera rejeição, ou indiferença, e ela mesma desenvolve estratégias para assegurar-se, normalmente se distanciando emocionalmente e se isolando. Hughes (2009) ressalta, no entanto, que indivíduos com ambos estilos de apego inseguro – ambivalente e evitador – podem funcionar de modo organizado e satisfatório durante toda a vida, apesar dos limites de cada estilo. Neste sentido, entre a segurança e a insegurança há uma grande variação possível, podendo o indivíduo ser pouco ou muito ambivalente ou evitador, por exemplo, com o que estamos de acordo.

Há ainda o estilo de apego desorganizado, que se refere às crianças que apresentam respostas imprevisíveis, desorganizadas e normalmente extremadas em uma situação de estresse, pois não conseguem se assegurar nem no adulto, nem

sozinhas. As mães dessas crianças respondem de forma desorganizada e desconectada à necessidade delas, seja por terem vivenciado uma situação de trauma, seja por outro grave comprometimento emocional. Normalmente o comportamento dessas mães é assustado ou assustador, frequentemente associado a maus-tratos e violência, vividos apenas pela mãe, ou pela mãe e criança. Essas crianças desenvolvem extrema baixa confiança em si e no outro que, tal como nos outros estilos, também se manifesta nas seguintes fases de desenvolvimento e nos relacionamentos da vida adulta (Bartolomew e Horowitz, 1991; Mikulincer e Shaver, 2008).

É importante frisar que não entendemos que a divisão por estilos de apego deva ser usada para rotular os indivíduos como tendo este ou aquele padrão de funcionamento, pois nem sempre é possível observar a presença de um só estilo e, outras vezes, não se consegue observar com nitidez os limites entre um estilo e outro. Porém, o conhecimento dos diferentes estilos de apego contribui para entendermos a tendência de cada indivíduo a se comportar e se relacionar mais de uma maneira que de outra.

A forma pela qual a criança se organiza e desenvolve o comportamento de apego em relação à mãe costuma predizer como ela se relacionará com o ambiente e tudo que a cerca (Ainsworth, 1979 e Bartolomew e Horowitz, 1991). Essa organização, baseada em modelos internos de funcionamento⁶, normalmente continua em atividade mesmo com novas aquisições do desenvolvimento cognitivo, social e emocional.

Entretanto, é importante ressaltar que os estilos de apego não podem ser vistos de modo rígido, nem determinista porque, apesar da tendência à permanência, eles podem sofrer alterações ao longo dos anos, serem reatualizados a partir das relações amorosas e também pelo papel de progenitor, a depender da história do indivíduo (Guedeney e Guedeney, 2004; Mikulincer e Shaver, 2008; Mooney, 2010). Além disso, problemas de apego vividos na infância não são fatalistas e imutáveis, já que a capacidade de enfrentamento do indivíduo, somada às condições do ambiente, à vivência de novas experiências e possibilidade de obter ajuda são meios de reparar ou reorganizar o que foi construído nos primeiros anos de vida (Katz, 1997; Hughes, 2009; Mooney, 2010).

⁶ Explicações mais detalhadas sobre os modelos internos de funcionamento serão apresentadas ainda neste capítulo.

Concordamos com esta ressalva, principalmente quando o indivíduo não está satisfeito com o modo como se relaciona com suas figuras de apego e com o mundo. Temos o privilégio de acompanhar crianças e adultos com dificuldades de apego que, por meio da psicoterapia, tomam consciência, ampliam e modificam seu estilo de apego em direção à segurança.

Ainda assim, é importante considerar a afirmação de Bowlby (1969/1993) de que problemas de apego são a raiz de algumas enfermidades mentais, justificando o estudo do relacionamento mãe-bebê nos primeiros anos de vida e uma consequente ação preventiva.

Antes de seguirmos adiante, consideramos importante diferenciar o uso dos termos relação de apego e vínculo afetivo, para evitar confusões, conforme sugerem Souza e Ramires (2006). Vínculo afetivo se refere a um laço duradouro com uma pessoa específica e importante, que não pode ser substituída por outra, e com a qual há um desejo de estar próximo. O comportamento de apego se diferencia do vínculo afetivo por pressupor que a busca por proximidade tem o objetivo de obter conforto e segurança. Um relacionamento, por sua vez, pode ser algo transitório e circunstancial, ainda que seja importante, mas sem implicar, necessariamente, um laço afetivo ou uma relação de apego. Em suma, podemos considerar que toda relação de apego é um vínculo afetivo e todo vínculo afetivo é um relacionamento. Porém, o inverso não é verdadeiro, já que podemos nos relacionar com alguém com quem não temos um vínculo afetivo e ter um vínculo com alguém que não é a nossa figura de apego (Ainsworth, 1991).

Com esta explicação temos claro que a relação da mãe com seu bebê tratada neste estudo é uma relação de vínculo afetivo, cujo componente central é o sistema cuidador, o qual abordaremos em seguida.

3.1.2. O Sistema Cuidador

“A maioria das mães sente um forte impulso para ficar perto de seus bebês e filhos pequenos.” (Bowlby, 1969/1993, p. 258)

Segundo Bowlby (1969/1993; 1973/1993a), o sistema comportamental de cuidado materno, ou sistema cuidador, possui a função adaptativa de proteger a prole, garantindo a sobrevivência e manutenção da espécie, tal como o sistema de

apego. O sistema cuidador é recíproco ao sistema de apego e se desenvolve em paralelo a este (George e Solomon, 2008).

O comportamento materno de cuidar e de ter o bebê perto de si (física e emocionalmente) se complementa ao comportamento do bebê de querer a mãe por perto e, assim, sentir-se seguro. Quando se forma este “desenho de proximidade”, como podemos chamar, entendemos que a dupla mãe-filho está segura e satisfeita e, porque não dizer, feliz. Por outro lado, o comportamento materno de cuidar é contrabalanceado com o comportamento materno de afastamento e, como no comportamento de apego saudável, há uma dinâmica entre proximidade e realização de outras atividades.

Entre os comportamentos de cuidado se destacam: salvar a criança de alguma situação perigosa ou potencialmente perigosa, aproximar-se, “dar colo”, segurar, olhar, chamar, tocar, abraçar, sorrir, falar, cuidar, confortar e seguir a criança.

Se observarmos a interação entre uma mãe e seu bebê de até dois anos de idade veremos, segundo Bowlby (1969/1993), que cada um exibirá diferentes comportamentos que variarão segundo os objetivos de procura e/ou a manutenção da proximidade, e de afastamento. Porém, é comum que de tempos em tempos um dos dois, ou ambos, comportem-se de maneira a certificar-se de que a distância entre eles não seja muito grande. Assim, segundo o autor, há uma tentativa de equilíbrio entre mãe e filho de modo a garantir essa proximidade.

São quatro as classes de comportamento referentes às interações espaciais entre mãe e filho:

- a) comportamento de apego da criança;
- b) comportamento exploratório da criança;
- c) comportamento da mãe de cuidar e
- d) comportamento da mãe de realizar outras atividades.

Essas quatro classes de comportamento são afetadas uma pela outra, algumas vezes em harmonia, outras nem tanto.

O comportamento de cuidado é ativado por fatores internos e/ou externos, tal como o comportamento de apego, que fazem a mãe sentir que sua cria está em situação ameaçadora, perigosa ou desconfortável. A avaliação materna leva em conta tanto os sinais do filho, quanto sua própria percepção de perigo e ameaça,

que podem ou não ser reais. A desativação do comportamento de cuidado ocorre quando, após exercer sua função protetora, isto é, aproximação física ou psicológica, a mãe observa sinais de que a criança foi confortada, está segura e satisfeita (Bowlby, 1969/1993).

A percepção materna sobre a necessidade da criança não é, portanto, objetiva: ela é baseada em parâmetros conscientes e inconscientes, que incluem aquilo que a mãe observa e compreende por meio de suas representações mentais (Bowlby, 1969/1993; Bartolomew e Horowitz, 1991; Mayseless, 2006; Mikulincer e Shaver, 2008; George e Solomon, 2008).

Quando desenvolveu sua teoria, Bowlby (1969/1993) propôs que o sistema comportamental de apego é regulado por representações mentais que organizam as vivências das crianças e servem para avaliar as experiências futuras. A ideia de Bowlby é que o mundo interno povoado por representações mentais a respeito das coisas, rege os pensamentos e comportamentos do indivíduo.

As representações mentais a respeito de si e do outro são construídas a partir das experiências com as figuras de apego e são internalizadas desde muito cedo. Com o passar dos anos e a vivência de novas experiências esses modelos podem ser em certa medida reatualizados, a depender da força das novas informações (Bowlby, 1969/1993).

Na língua portuguesa representação mental tem o mesmo sentido da palavra significado (Houaiss, Villar e de Melo Franco, 2012). Significado é um termo bastante utilizado na Psicologia para indicar a visão subjetiva a respeito das experiências, valorizando a unicidade própria das vivências do ser humano. Marris (1991) confirma a possibilidade de usarmos ambos os termos, quando diz que significado é uma forma de organização das experiências vividas, que serve como um guia a respeito dos nossos comportamentos diante de determinadas situações, assim como as representações mentais.

Bowlby (1969/1993) usou o termo Modelo Operativo Interno (MOI) para se referir às representações internas que possuímos em relação ao funcionamento do mundo, incluindo o funcionamento das pessoas e de nós mesmos.

Assim como o sistema comportamental de apego, o sistema comportamental de cuidado também é regulado por modelos mentais internos. Mayseless (2006) e George e Solomon (2008) apontam que o sistema cuidador é regido por

representações mentais a respeito do cuidar. O comportamento da mãe de cuidado é, portanto, influenciado por aquilo que ela vê, sente e compreende em relação ao filho, a si mesma e ao mundo, tendo como base suas experiências internalizadas. Os modelos internalizados ajudam a mãe a organizar os comportamentos que ela imagina que deva ter diante de determinada situação (comportamento do filho ou ambiente), esperando uma resposta que indique que seu comportamento foi exitoso na sua função de cuidar.

De acordo com as pesquisas de Mayseless (2006), cada mãe possui um modelo mental interno a respeito de seu meio, de sua experiência como pessoa e como mãe (embora pesquisas analisadas pela autora apresentam pouca distinção entre esses dois papéis na vida da mulher), de sua capacidade de cuidar e, ainda, um modelo mental do filho.

Mayseless (2006) e George e Solomon (2008) estudaram profundamente pesquisas sobre as representações de cuidados maternos, e elaboraram uma extensa revisão a respeito do conceito de MOI. Segundo estas autoras e Bowlby (1969/1993), os Modelos Operativos Internos do cuidar:

- a) são construídos a partir da relação com o meio social e não social;
- b) são baseadas nas experiências atuais de cuidado, mas tem início antes do nascimento do filho;
- c) são baseadas nas experiências de cuidado recebidas na infância e adolescência;
- d) são influenciadas por outras experiências de cuidado presenciadas;
- e) têm início nas brincadeiras de cuidar na infância e/ou na vivência de cuidar de um irmão, por exemplo;
- f) incluem a representação das próprias habilidades e potencialidades;
- g) servem para regular, interpretar e predizer os comportamentos, pensamentos e sentimentos daquele que recebe o cuidado (filho) e do próprio cuidador;
- h) não refletem apenas a realidade, mas a realidade como ela é vista pela mãe;
- i) envolvem diferentes percepções de memória, em diferentes níveis de consciência;

- j) são flexíveis e podem ser atualizados diante de novas experiências e/ou novas capacidades de interpretação das experiências e
- k) são também o reflexo do funcionamento dos mecanismos de defesa da mãe, que servem para protegê-la de ansiedades intoleráveis e sofrimentos psicológicos.

O estilo de apego materno, que, como vimos, em geral deriva do que foi vivenciado na própria infância, regula as representações maternas de cuidado. A capacidade da mãe de identificar a necessidade do filho, de reagir à essa necessidade e a conseqüente formação de apego do filho, são influenciados, portanto, pelo estilo de apego materno. Diversas pesquisas (Stevenson-Hinde, 2005; Mayseless, 2006; Steinberg e Pianta, 2006; George e Solomon, 2008) comprovaram a relação entre a segurança do apego materno e o estilo de apego dos filhos. Mães com estilo de apego seguro têm maior capacidade de compreender adequadamente a necessidade do filho de estar próximo ou estar afastado e tendem a ser flexíveis quanto à resposta: seja acolhendo o comportamento de apego, seja permitindo a autonomia, por exemplo.

Segundo Steinberg e Pianta (2006), estudos utilizando o instrumento AAI⁷, sigla em inglês para Entrevista de Apego Adulto, confirmam que a representação mental de cuidado está relacionada à representação de apego da mãe, baseada em sua própria experiência de apego, e tem influência no comportamento da criança. Das quatro classificações a respeito do apego adulto proposta por esse instrumento (autônomo, rejeitado, preocupado e não-resolvido/desorganizado), os autores encontraram estudos mostrando que: a) pais classificados como autônomos no AAI tinham filhos classificados como seguros no Teste de Situação Estranha (TSE)⁸; b) pais classificados como rejeitados tendem a ter filhos evitadores; c) pais preocupados, filhos ambivalentes e d) pais não-resolvidos/desorganizados, filhos com padrão desorganizado.

⁷ O AAI (*Adult Attachment Interview*) foi desenvolvido por Mary Main e colegas (George, C., Kaplan, N. e Main, M. **An Adult Attachment Interview**. Unpublished manuscript, Universidade da Califórnia, Berkeley, 1984/1996) e é largamente usado em pesquisas sobre apego (Mayseless, 2006). Para este instrumento traduzido para o português ver Casellato, G. **Motivos relacionados ao luto que levam um casal à adoção: uma possibilidade profilática**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC-SP, 1998.

⁸ Sobre Teste de Situação Estranha ver Bowlby, J. **Trilogia Apego e Perda: vol.2. Separação – Angústia e Raiva**. São Paulo: Martins Fontes, 1973/1993, p.44.

Mayselless (2006) e Steinberg e Pianta (2006) também averiguaram estudos baseados no PAI (Entrevista de Apego Parental) e no PDI (Entrevista de Desenvolvimento Parental)⁹, ambos os instrumentos embasados no AAI, mas com enfoque nas representações parentais, sendo a grande maioria estudos realizados com mães. Esses estudos confirmaram as pesquisas mencionadas acima e também mostraram que mães com representações positivas a respeito de seu papel materno e do filho tendem a ter interações mais positivas com seus filhos, maior oportunidade de estimulação e qualidade na transmissão de ensinamentos.

De acordo com a pesquisa de Steinberg e Pianta (2006) a respeito da correlação entre as representações maternas da relação com o bebê e a qualidade da relação da díade, mães cuja representação materna leva em conta a perspectiva do filho possuem interações mais positivas com os mesmos. Outros fatores que influenciaram positivamente a interação mãe-bebê foram: mães com representações mentais prazerosas do cuidar; mães com capacidade de falar a respeito das aquisições de seus bebês; mães com bons níveis educacionais; mães com capacidade de expressar seus sentimentos.

Uma pesquisa chilena avaliou 139 mulheres grávidas de seu primeiro filho para conhecer a relação entre o estilo de apego e o nível de ajuste socioemocional (Farkas et al., 2008). Os achados revelaram que as mulheres com estilo de apego predominantemente seguros tinham alto nível de ajuste socioemocional em geral, com menores índices de ansiedade e depressão, menor dificuldade de relacionamento interpessoal e melhor ajuste ao meio social. Segundo as autoras (idem), o estilo de apego seguro possibilita o estabelecimento de relações saudáveis, o enfrentamento adequado de situações de estresse e menor vulnerabilidade diante de situações de risco. Concluem apontando que todas essas questões permitem que a mulher desenvolva um melhor vínculo com seu bebê, dado importante para nosso estudo.

Segundo o estudo de Farkas et al. (2008), as grávidas com estilo de apego ansioso-ambivalente apresentaram menores índices de ajuste socioemocionais, maior frequência de sintomatologia ansiosa-depressiva, maior dificuldade de relacionamento interpessoal e de ajuste ao meio. O modo como essas mulheres

⁹ Do inglês *Parent Attachment Interview* (PAI) e *Parent Development Interview* (PDI).

enfrentam situações de estresse afeta de modo negativo o desenvolvimento do vínculo com seus bebês.

As grávidas com estilo predominantemente evitador apresentaram menor frequência de sintomatologia ansiosa-depressiva, mas maior dificuldade de relacionamento interpessoal em comparação às de estilo ansioso-ambivalente. Isso que dizer que, de modo geral, não manifestam desconforto, mas têm dificuldades de relacionamento, o que certamente afeta a relação com seu bebê (Farkas et al., 2008).

Outra pesquisa (Schmidt e Argimon, 2009) avaliou gestantes brasileiras em busca de correlação entre o estilo de apego e o desenvolvimento do comportamento de vinculação materno-infantil e encontrou que gestantes com estilo de apego seguro tiveram índices altos de vinculação após o nascimento do filho. A relação com os filhos, portanto, seja durante a gestação ou após o parto, é mais positiva quando a mãe possui estilo seguro de apego. Por outro lado, estilos de apego inseguros se refletem em índices de vinculação materno-infantil mais baixos, com menos manifestações afetivas e positivas por parte das mães.

A representação materna a respeito da necessidade de cuidado da criança pode instalar ou incrementar dificuldades já existentes no comportamento da criança. Stevenson-Hinde (2005) encontrou em suas pesquisas a relação entre mães com comportamento de superproteção e extremo controle e filhos ambivalentemente apegados, com sentimento de medo e excessiva necessidade de receber conforto. Segundo a autora (idem), o comportamento da mãe de superproteção aumentava diante das reações ansiosas do filho e, de acordo com a resposta materna, o comportamento de medo e ansiedade era aumentado na criança.

Segundo Goldberg (2000), Steinberg e Pianta (2006), George e Solomon (2008) e Schmidt e Argimon (2009), outros fatores que influenciam o sistema cuidador e as representações maternas do cuidar são: níveis hormonais, ajustamento psicológico, nível educacional, existência e eficiência da rede de apoio, percepção da mãe em relação ao apoio dado pelo companheiro; ajustamento conjugal ao nascimento do primeiro filho; desempenho do cônjuge enquanto pai e fatores socioeconômicos. O modo como a mãe vivencia o processo de transição para a maternidade também influencia o desenvolvimento do sistema cuidador e será abordado no próximo capítulo.

Antes de finalizar esse capítulo é importante discutirmos a respeito da influência infantil nos sistemas de apego e de cuidado *versus* a influência do cuidador.

A maioria das pesquisas citadas (Stevenson-Hinde, 2005; Mayseless, 2006; Steinberg e Pianta, 2006; George e Solomon, 2008; Farkas et al., 2008; Schmidt e Argimon, 2009) foca nas influências do cuidado materno na relação com o bebê e na formação de apego deste. George e Solomon (*idem*) colocam que a percepção materna a respeito do filho e da relação com o mesmo é o fator que mais repercute no sistema cuidador, mais que qualquer característica do comportamento do bebê, incluindo o temperamento.

No entanto, desde o início de seus trabalhos, Bowlby (1969/1993) afirmou que é difícil identificar em que medida o comportamento da mãe ou do bebê é responsável por influenciar o comportamento da dupla. Isso ocorre porque tanto Bowlby (*idem*) quanto Ainsworth (1979) colocam a criança como participante ativa na formação das primeiras relações, com o que estamos de acordo. Por exemplo, o tanto que um bebê dorme e chora afeta o comportamento da mãe: se a mãe estiver muito ou pouco cansada e impaciente a depender de como o bebê se comporta, sua reação com o bebê pode ajudá-lo a se acalmar ou pode piorar esta situação. Obviamente o cansaço da mãe tem outras influências que não apenas as reações do bebê, e o comportamento do bebê pode ser, inclusive, uma reação ao comportamento da mãe. Mas é inegável que o temperamento e circunstâncias que fazem o bebê chorar mais ou menos, por exemplo, impactam na forma como a mãe reage (Goldberg, 2000).

Goldberg (*idem*) afirma que, apesar da evidência trazida por Ainsworth¹⁰ (1969 apud Goldberg, 2000) de que o comportamento materno, particularmente a sensibilidade materna para os sinais da criança, é o principal determinante do desenvolvimento dos padrões de apego, é preciso destacar que a definição de Ainsworth foi feita baseada “no conceito diático da sensibilidade materna para as iniciativas do bebê” (Goldberg, 2000, p. 54), e não no comportamento individualizado da mãe.

¹⁰ Ainsworth, M.D. Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. **Child Development**, 40, 969-1026, 1969.

Ambos autores (Bowlby, 1969/1993 e Ainsworth, 1979) afirmam, por outro lado, que é a mãe quem tem maior controle sobre as interações com o bebê e, portanto, sobre o desenvolvimento do comportamento de apego. Isso acontece porque as características maternas são atreladas a uma bagagem bem mais complexa que a do bebê: ela carrega consigo a história de sua infância, de seus pais e avôs, seus valores e cultura e, portanto, seu repertório tem maior possibilidade de influenciar a díade.

Bowlby (1969/1993) fala ainda a respeito das “tendências iniciais do bebê”, que são as características orgânicas e emocionais que influenciam em seu comportamento. Essas tendências naturais levam o bebê a se comportar de determinada maneira, e a mãe vai responder a esse comportamento. Por sua vez, a mãe também tem suas características iniciais de cuidado, que vão influenciar no modo como ela cuida. Concluímos, portanto, que se trata de uma inter-relação circular e complexa.

Hughes (2009) afirma que é a influência recíproca de cada membro da dupla que favorece uma boa relação, o que está de acordo com o que diz Goldberg (2000). Entendemos, assim, que nesta inter-relação, quando as intervenções maternas são baseadas e influenciadas pelos sinais e necessidades do filho, são mais efetivas e trazem maior conforto e segurança para ambos, o que os deixa confiantes de que estão no caminho certo: a mãe de que está cuidando adequadamente e o filho, por sua vez, seguro de que o mundo é confiável.

3.2. A chegada do bebê e a maternidade

*Mães são “anfitriãs de um novo ser humano que decidiu
alojar-se nelas”. (Winnicott, 1988/2006, p.3)*

Há muito tempo estuda-se o que representa a chegada do bebê a uma família (Winnicott, 1958/2000; 1988/2006; Cramer, 1993; Solis-Ponton, 2004; Piccinini e Moura, 2007; Rappapot e Piccinini, 2011): continuidade, triunfo, perfeição, renovação, união. Normalmente o bebê é fruto do desejo da mãe e seu contexto e, com o nascimento, esse novo e esperado indivíduo será conhecido e novas relações serão construídas.

São muitas as expectativas que, com diferentes níveis de importância, estarão presentes no encontro mãe-bebê: a começar pelo sexo do bebê, se parto normal ou cesariano, a condição de saúde, as características físicas e psicológicas do bebê, a possibilidade ou não de amamentação, a criação, a dinâmica familiar, entre outras (Piccinini et al., 2004; Mayseless, 2006; George e Solomon, 2008). A ocorrência ou não daquilo que é esperado terá diferentes significados para a mãe o que, por sua vez, impactará no modo como ela enfrenta as situações que se apresentam.

A maternidade é uma experiência subjetiva e uma fase do desenvolvimento psicoafetivo da mulher, na qual se destacam dois aspectos: o desejo de ser mãe e o processo de transição para a maternidade¹¹ (Houzel, 2004). Esse autor ressalta a maturação psíquica que ocorre na mãe desde o momento em que idealiza tornar-se mãe, como um processo preparatório para receber o bebê. Nesse processo observam-se profundas mudanças no psiquismo feminino: desejos, fantasias, interesses e medos voltam-se para temas ligados à maternidade.

George e Solomon (2008) concordam com a posição acima e afirmam que o sistema cuidador tem seu período de maior desenvolvimento durante a transição para a parentalidade, que ocorre na gestação, parto e primeiros meses de vida do primeiro filho. As autoras (idem) afirmam que neste período também ocorre uma transição biológica, social e comportamental, que se apresenta como uma crise, principalmente na vida da mãe. Ao lado das mudanças psíquicas, as mudanças hormonais e neurológicas ocasionam uma revolução na mulher, preparando-a para seu novo papel.

Para Cramer (1993), a mudança obrigatória do tornar-se mãe pela primeira vez é de ordem concreta, simbólica e, sobretudo, existencial. A mãe aprende a lidar com estas mudanças por meio de modelos, improviso e construção do novo. Pensamos ser interessante usar a palavra “aprender” para falar sobre a

¹¹ O termos *maternidade*, *paternidade* e, principalmente, *parentalidade*, *construção da parentalidade* e *transição para a parentalidade*, têm sido utilizados para descrever os processos psicoafetivos envolvidos no *tornar-se pai* e *tornar-se mãe* (Solis-Ponton, 2004; Houzel, 2004; Vidigal e Tafuri, 2010). Estudiosos desta área às vezes se referem à parentalidade, apesar de suas pesquisas envolverem apenas mães, como é o caso de George e Solomon (2008). Algumas traduções utilizam *maternidade* para *motherhood*, outras (poucas) usam *maternidade* (Houzel, 2004). Consideramos que *maternidade* é um neologismo ainda restrito a alguns trabalhos, principalmente psicanalíticos. Assim, adotamos o uso do termo *maternidade*, um termo mais acessível e de compreensão mais imediata.

maternidade, quando tanto se fala em “intuição materna”. Entendemos, portanto, que a mãe experimenta, vivencia e aprende a partir da própria intuição nas interações que ela tem com seu bebê e com o ambiente (Winnicott, 1988/2006; Cramer, 1993).

Recorremos às referidas contribuições de Cramer (1993) e também de Winnicott (1988/2006) para complementar o que dissemos no capítulo anterior a respeito do cuidado materno. Para Winnicott (1988/2006), toda mãe saudável é normalmente dedicada e capaz de cuidar de um filho por meio de sua intuição, não sendo necessário ensiná-la por meio de livros ou de especialistas. O autor sugere que a palavra “segurar” tem significado suficientemente abrangente para exprimir tudo aquilo que a mãe está naturalmente preparada para fazer e satisfazer a necessidade do bebê: tornar seguro, amparar, conter, garantir, assegurar, tranquilizar, sossegar, conservar, afirmar. Essa definição vai ao encontro da definição de sistema de cuidado.

A frase “quando nasce um bebê, nasce também uma mãe¹²”, popularizada por comerciais de produtos de higiene de bebê, traz uma grande verdade teórica segundo a Teoria do Apego: a mãe, ao ver, segurar e amamentar seu bebê, passa a viver uma experiência que ganha um sentido diferente daquele que existia durante a gestação. Evidentemente, durante a gravidez a mãe já se relacionava com este bebê e se sentia mãe de alguma forma, mas o que queremos dizer é que a concretude do nascimento leva à concretude da maternidade, uma nova etapa na vida da mãe.

A experiência do parto em si é estimuladora dos impulsos maternos e gera uma grande ebulição nos pensamentos e sentimentos da mãe, causando uma espécie de desorganização, que ajuda a mãe a posteriormente reorganizar-se de uma forma distinta da anterior (George e Solomon, 2008).

Segundo Ainsworth e Eichberg (1991), o sistema de cuidado materno é ativado pelas experiências imediatamente seguintes ao parto, quando a mãe passa a nutrir (orgânica e afetivamente) e proteger o bebê. As mães que não estiveram com seus filhos após darem a luz, período em que estão mais sensíveis, tiveram a formação de vínculo entre ela e seu bebê afetada. Porém, para as autoras (idem), muitas mães se vinculam a seus filhos apesar de não terem esse contato pós-parto. Isso

¹² Frase marca registrada de Johnson e Johnson.

nos faz pensar que a interação mãe-bebê imediata é desejável e facilitadora da vinculação, mas, na ausência dessa experiência, outros momentos de contato íntimo e investimento nesta relação podem ser vividos, sendo compensadores.

Concordando com a posição de Ainsworth (1991), George e Solomon, (2008), ressaltam que intervenções após o nascimento que visam facilitar a vinculação, como a oportunidade de estender o tempo de proximidade entre mãe e bebê na sequência do parto, têm influência positiva, contribuindo para a relação de cuidado afetivo. Esse tipo de intervenção também foi avaliada como positiva e favorecedora da relação de apego por Moura et al. (2004) e Cruz, Summam e Spíndola (2007).

Após o parto, mãe e bebê continuam dependendo mutuamente um do outro, cada um a seu modo e para satisfazer a própria necessidade. A relação vincular entre ambos passa a ser diferente daquela que existia antes do nascimento, cada qual agora aprendendo a se ver separadamente. A mãe desenvolve capacidades para se adaptar às necessidades do bebê, ao mesmo tempo em que é a base para o bebê desenvolver suas potencialidades. Ela estabelece um novo padrão de organização após o nascimento do bebê, incluindo novos comportamentos, atitudes, sensações e sentimentos, medos e desejos. Essa nova organização psíquica da mãe passa a ser, neste momento e durante um bom período, o eixo central da própria vida (Cramer, 1993 e Winnicott, 1988/2006).

A vinculação com o bebê é um aspecto essencial do processo de tornar-se mãe, sendo parte constituinte da vida de ambos e que, tanto o sistema de apego, quanto o sistema cuidador, estão relacionados a como este vínculo é formado, como vimos no capítulo A Teoria do Apego e o vínculo mãe-bebê.

O período de amamentação é conhecidamente importante para a formação do vínculo entre mãe-bebê (Winnicott, 1988/2006; Cramer, 1993; Solis-Ponton, 2004, Moura et al., 2004; Cruz, Summam e Spíndola, 2007; Piccinini e Moura, 2007; Sweet, 2008; Rapaport e Piccinini, 2011). A importância reside no fato de este ser um momento oportuno para a vinculação, já que há grande contato físico, troca afetiva e comunicação enquanto a mãe amamenta o filho.

Acreditamos que a alimentação via mamadeira, copo ou sonda, de leite materno e/ou leite artificial, pode ser uma experiência rica nesse sentido, já que no momento em que é alimentado o bebê está, segundo palavras de Winnicott (1988/2006), aberto e vivo para receber as experiências. Assim, apesar da força da

amamentação no seio para a formação do vínculo, a intimidade e troca afetiva pode ser vivida durante a alimentação do bebê por outras vias, desde que a mãe esteja atenta e disponível para isso.

Ser mãe pela primeira vez é uma experiência cercada de alegrias e realizações, mas também de dificuldades. Há algum tempo deixou-se de falar apenas do lado bom da maternidade e passou-se a apresentar uma história mais completa a respeito desta experiência: o cansaço, o medo, o estresse, a dificuldade de se adaptar a uma vida diferente e de unir os papéis de mãe, esposa e profissional, embora nada disso costume anular a alegria de ter e criar um bebê. Mesmo as mulheres diagnosticadas com depressão pós-parto, conseguem sentir a ambivalência das emoções: não há apenas o lado bom, tampouco só o lado ruim (Rappaport e Piccinini, 2011).

Para estes autores Rappaport e Piccinini (idem), a mãe vivencia o fim da sensação de fusão com o bebê gestado, de onipotência e de plenitude existentes na gravidez para experimentar a adaptação ao filho real que difere daquele imaginado. Terá então de enfrentar a sensação de ser incapaz ou insuficiente para satisfazer totalmente ao seu bebê, lidar com seus medos em relação à fragilidade dele e aprender a tolerar um pequeno ser dependente dela. Por esses motivos, os sintomas de depressão e ansiedade são bastante comuns no período após o nascimento, o que foi relatado por vários estudos (Kersting et al., 2004; Farkas, 2008; Schmidt e Argimon, 2009; Rappaport e Piccinini, 2011; Forcada-Guex et al., 2011). Esses sentimentos tendem a ser mais intensos quando as expectativas em relação ao bebê e em relação a si mesma como mãe são muito diferentes daquilo que se encontrou na realidade, como é o caso da prematuridade.

Como vimos no capítulo anterior, ao passo que as representações internas da relação com o bebê iniciam-se durante a gravidez, e até antes desta, estas representações continuam se desenvolvendo após o nascimento e são influenciadas também pela interação entre a díade. As representações internas maternas têm um papel importante no relacionamento mãe-bebê, refletindo-se no modo como a mãe interage com o filho e afeta, conseqüentemente, o modo como o bebê se apega à mãe. Segundo Souza e Ramires (2006), os modelos internos são especialmente úteis no enfrentamento das transições familiares, como é o caso da chegada do primeiro bebê à família.

Nos casos nos quais a realidade se mostra mais difícil do que a imaginada e/ou desejada, o bebê pode representar a desilusão, o fracasso, o indesejado. Neste caso, o significado negativo daquilo que é vivenciado pode ficar atrelado tanto ao bebê, quanto à mãe, ou a ambos.

O significado que a mãe dá às experiências com seu filho marcará o modo como ela vivencia a maternidade. Tudo o que cerca este período terá um sentido diferente para cada mãe e a relação da dupla será colorida por estes sentidos, podendo estes serem mais positivos e/ou negativos. Se uma mãe encara as faltas de noite de sono como uma tarefa necessária e passageira, ou se encara como um injusto martírio, por exemplo, sua visão a respeito do que é ser mãe será muito distinta uma da outra. Em outro exemplo, se uma mãe que teve um parto prematuro se considera incompetente por não ter conseguido levar uma gravidez a termo, ou se o sentido que prevalece é o de que ela é capaz de lidar com situações adversas, a vivência da maternidade será diferente.

Segundo Cramer (1993), nós humanos temos uma necessidade vital de encontrar significado para tudo aquilo que vivenciamos. Sempre que nasce um bebê, a mãe – e também o pai, família e a sociedade, apressam-se em atribuir uma identidade ao bebê: se bonito, se dócil, se voluntarioso, se forte, se corajoso. Nessas atribuições a família se reconhece no bebê e suas tradições são alimentadas. É bravo como a mãe, gosta de comer como o pai, dizem. A atribuição de significado é, portanto, uma forma de conhecer o novo integrante da família, já que estão todos diante de um ser desconhecido. E o desconhecido, segundo Cramer (idem), é fonte de angústia. Diz o autor: *“atribuindo uma gama de características e semelhanças ao bebê, os pais preenchem o vazio e transformam o estranho em familiar, inscrevendo-o em uma filiação conhecida”* (1993, p. 5). Em seguida, completa mencionando que *“é a maior ou menor capacidade dos pais para assimilar o novo ao velho que vai definir o que acontecerá no continuum que vai da irrupção do diferente à repetição do mesmo”* (p.7).

Assim, como toda mãe passará pelo processo de olhar para o novo bebê, conhecê-lo e reconhecer-se nele, e de lidar com o bebê real, diferente daquele imaginado (Winnicott, 1988/2006; Cramer, 1993; Solis-Ponton, 2004), a mãe de um bebê prematuro provavelmente o fará com uma menor quantidade de modelos e estará menos familiarizada internamente com esta realidade, como veremos a seguir.

3.3. Prematuridade e maternidade

“O parto pré-termo dificulta o caminho que cada um deve percorrer para se fazer presente a este encontro”. (Brito e Pessoa, 2006, p.117)

*“(...) não há palavras que possam dar conta desse momento”.
(Ferrari e Donelli, 2010, p.109)*

A definição mais utilizada de prematuridade leva em conta a idade gestacional, sendo considerada prematura a criança nascida antes de 37 semanas de gestação (Brasil, 2004; Pinto et al., 2004; WHO, 2012). A prematuridade também é estabelecida por meio de exames médicos e laboratoriais, dados clínicos e pela avaliação anatômica da criança, seu peso e altura. Há ainda classificações quanto ao nível de prematuridade, sendo considerados muito prematuros os bebês nascidos de 28 a 32 semanas de gestação e extremamente prematuros os bebês com menos de 28 semanas de gestação.

Além das semanas de gestação, o peso do bebê ao nascer é um marco importante na classificação da prematuridade. Bebês pesando de 1.500 a menos de 2.500 gramas são considerados de baixo peso e pesando menos de 1.500 gramas são considerados bebês de muito baixo peso (Ortiz e Oushiro, 2008).

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2004), da Fundação Seade (Ortiz e Oushiro, 2008) e da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), o nascimento prematuro (< 37 semanas) e o baixo peso ao nascer (< 2.500 gramas) são a maior causa de morbidade e mortalidade no período neonatal. O risco de morte de recém-nascidos de muito baixo peso neste período é 155 vezes maior que de bebês com mais de 2.500 gramas (Ortiz e Oushiro, 2008).

O nascimento prematuro está relacionado a condições que levaram a uma impossibilidade do útero para reter o bebê até o final da gravidez e/ou à necessidade de um parto precoce de urgência. As causas mais frequentes se referem à saúde e hábitos maternos, condição socioeconômica e cultural, histórico ginecológico e obstétrico desfavorável, além de intercorrências gestacionais e assistenciais (Brasil, 2004; WHO, 2012).

Durante a gestação as funções fisiológicas do bebê são mantidas pela mãe e, com o nascimento prematuro, o recém-nascido deve ser capaz de desempenhá-las sozinho, o que nem sempre é possível. Os limites do organismo do bebê prematuro são um convite ao desamparo, colocam Pinto et al. (2004), que aumenta diante da dificuldade do meio externo para atender suas necessidades, mesmo com os enormes avanços da medicina neonatal (WHO, 2012). As principais consequências fisiológicas relacionadas à prematuridade são problemas respiratórios, neurológicos, cardiovasculares, hematológicos, nutricionais, imunológicos e oftalmológicos (Brasil, 2004; WHO, idem).

Apesar de existir uma definição objetiva de prematuridade, não podemos fazer referência a uma população homogênea de bebês, havendo uma grande variedade de experiências possíveis (Pinto et al., 2004; Kersting et al., 2004; Borghini et al., 2006 e Forcada-Guex et al., 2011). Um bebê que nasce antes de seu tempo pode ou não precisar de cuidados especiais e, portanto, as vivências podem variar desde ter alta logo após o parto até ficar meses internado, passando por busca de diagnósticos, cuidados intensivos, cirurgias, risco de sequelas e morte, tudo isso repercutindo também no entorno deste bebê.

As consequências de um nascimento prematuro não estão relacionadas apenas às dificuldades fisiológicas do bebê e não se limitam ao período posterior ao nascimento. A prematuridade reverbera, durante anos, nos aspectos psicológicos, familiares, sociais, espirituais, ecológicos, culturais e éticos (Kersting et al., 2004; Brito e Pessoa, 2006).

Diversos autores afirmam que o parto prematuro é considerado uma situação de risco para a relação inicial mãe-bebê (Levy e Orleans, 1998; Goldberg, 2000; Scochi et al., 2003; Brito e Pessoa, 2006; Dias, 2006; Bozzette, 2007; Korja et al., 2009; Ferrari e Donelli, 2010; Meijssen et al., 2011 e Forcada-Guex et al., 2011).

Segundo Winnicott (1958/2000) é durante o terceiro trimestre da gravidez que a representação do bebê idealizado começa a ser do bebê real, processo que prepara a mãe para a separação após o parto. Levy e Orleans (1998) apontam que após nove meses a mãe normalmente sente que a etapa da gestação está completa e está preparada para o nascimento de seu filho e, quando esse processo é interrompido antes de seu final, há uma quebra no processo biológico, instintivo e

psicológico da gestação. O nascimento prematuro produz, portanto, mães prematuras, já que não só a gravidez física é interrompida, mas também a psíquica.

Sweet (2008) coloca de outra forma, dizendo que a transição do bebê imaginado para o bebê real é feita de forma abrupta, assim como a transição para a maternidade. A entrada nessa nova etapa da vida é, para a autora, acelerada.

De todo modo, a mãe pode sentir-se despreparada para vivenciar a nova etapa que inicia com o parto prematuro, tem a ansiedade aumentada e a confiança materna reduzida, o que impactará na relação mãe-bebê (Levy e Orlans, 1998; Sweet, 2008; Forcada-Guex et al., 2011). Além disso, a mãe pode culpar-se, sentindo que o parto prematuro está ligado a uma falha dela em manter a gestação até o final (Brazelton e Cramer, 1991).

É importante destacar que mesmo em situações nas quais o risco de parto prematuro é previsto (casos de gestação de risco, problemas de saúde maternos conhecidos, gravidez múltipla, histórico materno de gravidez interrompida antes do final), a mulher que se torna mãe de um bebê prematuro convive com a estranheza daquilo que não é normal e desejado (Brito e Pessoa, 2006).

Como dissemos no início deste trabalho, a experiência de ter um parto prematuro impacta o psiquismo materno de tal forma, que não é raro mães apresentarem sintomas de estresse pós-trauma (Kersting et al., 2004; Pinto et al., 2004; Souza et al., 2010; Ferrari e Donelli, 2010; Forcada-Guex et al., 2011). A urgência e condições do parto de um lado, o risco de morte e/ou sequelas no bebê do outro, permeados pelo estresse dos procedimentos e do ambiente hospitalar, além da condição de saúde materna, a depender do caso, colocam a mãe em uma situação de difícil enfrentamento.

Concordamos com Scochi et al., (2003) quando diz que uma das consequências negativas para a relação mãe-bebê é quando a mãe sente receio de vincular-se ao filho prematuro, conscientemente ou não. Entendemos que esse receio é uma defesa diante do desconhecido e do medo de perder aquilo que ela tanto quer.

Segundo Kersting et al. (2004) e Forcada-Guex et al. (2011), mães que apresentam sintomas de estresse pós-trauma continuam manifestando essas reações durante meses e até anos após o parto prematuro. Embora Kersting et al. (idem) afirmem que as mães de seu estudo não foram diagnosticadas com

Transtorno de Estresse Pós-Trauma, o impacto dos sintomas na vida delas e a consequente necessidade de ajuda são tão importantes como se tivessem o diagnóstico.

A possibilidade de que aquilo que foi tão desejado e esperado dê errado pode gerar reações de choque e de não aceitação da realidade imposta. Medo, angústia, impotência, ansiedade, culpa e depressão são as reações mais frequentemente relatadas nos estudos com mães prematuras, principalmente quando os bebês tinham sérios riscos de sequelas e morte (Kersting et al., 2004; Borghini et al. 2006; Bozzette, 2007; Korja, et al., 2009; Ferrari e Donelli, 2010; Forcada-Guex et al., 2011; Favaro, Peres e Santos, 2012).

Assim, além da experiência poder ser traumática, entendemos que as reações mencionadas acima refletem um processo de luto vivido diante do bebê que é diferente do idealizado, bem como da experiência de maternidade diferente da esperada.

A expressão “luto pelo bebê ideal”, um termo utilizado pela psicanálise e que se disseminou dentro da Psicologia, é bastante utilizada para se referir à elaboração que toda mãe tem de fazer diante do filho real, que é diferente do imaginado (Winnicott, 1988/2006; Solis-Ponton, 2004; Ferrari e Donelli, 2010). Para Ferrari e Donelli (idem) a prematuridade antecipa e intensifica este processo de luto, e também o luto pela separação do bebê. Podemos ainda acrescentar o luto pelo “ser mãe” diferente do desejado, incluindo tudo aquilo que havia sido imaginado e esperado para o término da gestação, parto e experiência de tornar-se mãe, principalmente quando se trata de mães primíparas.

Trazer a noção de processo de luto para a vivência da prematuridade é interessante para termos em conta que o período seguinte ao parto prematuro pode ser excepcionalmente difícil para a mãe, que tem um trabalho psíquico importante a realizar: reconhecer a situação que se apresenta, que é diferente e mais desafiadora que a esperada, bem como buscar recursos para enfrentá-la e aceitar a nova realidade. Esse processo pode levar mais ou menos tempo, ser mais ou menos intenso e pode ser facilitado e/ou dificultado por fatores presentes e ausentes no decorrer da experiência.

É sabido, por exemplo, que a presença de uma rede de suporte eficiente facilita a experiência de indivíduos enlutados e estresses concomitantes à vivência

do luto, por sua vez, dificultam o enfrentamento (Bromberg, 1998; Parkes, 1998, 2009; Mazorra, Franco e Tinoco, 2002). Sob esta perspectiva, na análise das entrevistas buscamos os fatores que facilitaram e dificultaram o enfrentamento da prematuridade pelas mães participantes deste estudo, como veremos a seguir.

Segundo Levy e Orleans (1998), Goldberg (2000) e Borghini et al. (2006) as interações iniciais e o estilo de relacionamento entre mães e filhos nascidos a termo e pré-termo são diferentes. De um lado temos que a principal chave para uma interação de sucesso entre mãe e bebê é a sensibilidade dela para captar as pistas que o filho transmite a respeito daquilo que necessita. Essa necessidade, é preciso lembrar, é tanto de ordem orgânica quanto afetiva. Por outro lado, temos o bebê prematuro que, devido à precocidade com que seu sistema neuro-sensório-motor começou a funcionar na vida extrauterina, tem menos comportamentos que iniciam a interação que bebês nascidos a termo. Goldberg (2000), afirma que os recém-nascidos prematuros demoram mais para demonstrar reações de contato com o outro como olhar, sorrir e pegar e, por outro lado, parecem estar sempre agitados ou incomodados. Diante desse bebê a mãe comumente demonstra maior ansiedade e dificuldade de compreender e reagir a ele, o que, por sua vez, afeta a resposta do bebê e assim sucessivamente. Se o bebê não expressa uma emoção como a mãe espera, ela pode não compreender seu significado e não responder ao bebê, o que diminui as interações possíveis entre ambos. Dessa forma, é possível afirmar que a prematuridade afeta a predisposição dos bebês de receber cuidados, influenciando o funcionamento do sistema de apego e sistema de cuidado.

Ainda assim, segundo Borghini et al. (2006) e também Korja et al. (2009) não foi encontrado apego inseguro em maior proporção que em bebês que nasceram a termo, o que leva a crer que os pais acabam se adaptando às necessidades dos filhos e o padrão de responsividade estabelecido entre ambos supre a segurança necessária, com o que também está de acordo Goldberg (2000).

Para Borghini et al. (2006) e Bonnier (2008) a prematuridade não necessariamente afeta a relação de apego de forma negativa, já que há bebês que acabam tendo mais experiências de cuidados, aumentando as oportunidades de contato afetivo. Esses autores (idem) citam casos de mães e bebês de muito baixa renda que, devido à necessidade de cuidados médicos especializados, acabam tendo maior acesso a cuidados humanos em geral. Essas mães passam, por

exemplo, por programas de estimulação precoce, que ajudam a díade a se relacionar afetivamente. O mesmo benefício tiveram bebês de mães muito deprimidas.

Segundo Bowlby (1969/1993), quando um bebê nasce com algum problema de saúde, seus comportamentos são de determinada maneira que, dificilmente, não influenciam no modo como a mãe responde. Dessa forma, um bebê com atraso de desenvolvimento que, conseqüentemente, interage menos com a mãe, traz a ela menos gratificações, podendo ser negligenciado, ou, em outro caso, ser superprotegido, sendo que o estilo de apego da mãe também terá influência em ela reagir de uma maneira ou de outra.

Bowlby (1969/1993) também destaca a força das condições ambientais, sociais e culturais no comportamento da mãe. Por exemplo, a sociedade aceitar ou rejeitar uma criança com dificuldades afetará o modo como esta mãe sente-se acolhida e, a depender de seu estilo de apego e suas representações mentais, ela reagirá de determinada maneira. George e Solomon (2008) corroboram esta visão, destacando que o apoio recebido pela mãe, a relação conjugal e fatores socioeconômicos podem facilitar ou dificultar a vivência dos cuidados maternos.

Os bebês prematuros frequentemente são menos alertas, responsivos e expressivos, comparados aos bebês a termo, como vimos (Cramer, 1993; Levy e Orleans, 1998; Goldberg, 2000; Pinto et al., 2004; Brito e Pessoa, 2006; Borghini et al. 2006). Porém, segundo Brazelton e Cramer (1991), Pinto et al. (idem), Borghini et al. (idem), Brito e Pessoa (idem) e Forcada-Guex et al. (2011), o bebê prematuro não é visto como um ser passivo: em sua individualidade o bebê se inscreve ativamente na relação com a mãe e com o mundo. Talvez seja mais difícil decifrá-lo, mas o recém-nascido prematuro é um “colaborador ativo”, nas palavras de Pinto et al. (2004), e capaz de reagir ao mundo que o rodeia, com o que concorda Mooney (2010). Basta que saibamos entender sua forma de se comunicar.

Segundo Borghini et al. (2006) a dificuldade em aceitar as capacidades e as necessidade de independência do filho prematuro está envolvida na maioria dos sentimentos e comportamentos de cuidado materno, inclusive quando a fase de cuidados especiais foi superada. Mesmo se as dificuldades neonatais são temporárias, mãe e filho que vivenciaram o início da relação sob estresse podem continuar experienciando dificuldades de interação, comparados àqueles que não

tiveram tais dificuldades de início (Borghini et al., 2006). Para as autoras (idem), o nascimento prematuro gera efeitos secundários no comportamento da criança ao afetar a percepção e atitude dos pais. Por exemplo, se os pais temem que o longo período de hospitalização deixou sequelas na criança, podem passar a vida com medo de deixar a criança sozinha para que ela não se sinta abandonada.

Ao passo que o desenvolvimento de bebês prematuros é mais lento no primeiro ano de vida, e as aquisições no campo das percepções, motricidade e cognição parecem ser mais demoradas, estudos apontam para dificultadores relacionados ao meio ambiente como causadores desta lentidão (Pinto et al., 2004; Borghini et al. 2006; Brito e Pessoa, 2006). Pinto et al. (idem) citam um estudo americano de Widerström (1999)¹³ que encontrou relação entre a qualidade do vínculo estabelecido com o bebê prematuro e sua consequência nos campos cognitivo, sensorial e social. Este estudo concluiu que um vínculo adequadamente estabelecido tinha boas chances de compensar as dificuldades de desenvolvimento e o inverso também foi encontrado.

Em um interessante estudo, Rappaport e Piccinini (2011) observaram que a limitação da compreensão e aprendizagem dos filhos foi tida como fator de estresse para as mães, isso sem que os filhos tivessem qualquer problema de desenvolvimento e as dificuldades fossem próprias para a idade. As altas expectativas e exigências em relação aos filhos e a elas mesmas foram consideradas fatores estressantes, com poder de alterar a percepção das capacidades do filho.

Pais de bebês prematuros costumam se mostrar-se ansiosos com o ritmo mais lento de desenvolvimento de seus filhos. Importantes distúrbios de vinculação podem ocorrer quando se soma a imaturidade, dependência e fragilidade do bebê no início da vida com as fantasias e medos dos pais em relação ao futuro e às dificuldades do filho. Goldberg (2000) e Brazelton e Greenspan (2002) sugerem que a existência de marcos de desenvolvimento especificamente estabelecidos para essa população deve reduzir a ansiedade, ajudando os pais a esperarem o desenvolvimento conforme o ritmo da criança.

¹³ Widerström, A.H. Identification and treatment of risk factors in newborns and infants in the United States, **Enfance**, 1, 79-91, 1999.

Levy e Orleans (1998), Bonnier (2008) e Meijssen et al. (2010) afirmam que a estimulação à qual um bebê normalmente é exposto pode ser excessiva para o bebê prematuro cujo sistema sensorial e neurológico é imaturo, podendo gerar aflição e incômodo. Segundo Cramer (1993), a imaturidade do comportamento do bebê gera um comportamento inadequado na mãe: querer superestimulá-lo por não ficar satisfeita com o que ele comunica e deseja. Bozette (2007) concorda com Cramer (1993) afirmando que a superestimulação visa compensar a falta de atividade e o atraso de desenvolvimento, podendo ser invasiva.

Porém, em um estudo meta-analítico que reviu pesquisas entre 1990 e 2006, a mesma autora (Bozette, idem) verificou que as mães de crianças prematuras não são intrusivas, que prover experiências para compensar a experiência neonatal é adequado e quanto mais ativo o comportamento da mãe, melhor a habilidade da criança. Porém, ressalta que a sensibilidade materna é a chave para essas interações serem positivas e bem-sucedidas. A autora concluiu seu estudo afirmando que crianças prematuras não diferem das crianças a termo quando suas mães apresentam comportamentos sensitivos e responsivos. Além disso, o meio social tem mais influência nas dificuldades das crianças que os reais problemas físicos da prematuridade. Assim, se a estimulação for adequada às necessidades do prematuro, ela será bem-vinda, e se o nível de solicitação do bebê for menor, o da mãe também deve ser, como aponta Cramer (1993).

Como vimos, a presença, a aparência e o comportamento do bebê são responsáveis por ativar os cuidados maternos (Ainsworth, 1991), com o que concordam George e Solomon (2008). O bebê prematuro, por não ter terminado seu desenvolvimento intrauterino, normalmente é ainda mais distanciado do bebê idealizado: possui feições, tamanho e peso que fazem com que seja visualmente diferente do bebê esperado. Cramer (1993) e George e Solomon (2008) apontam que a mãe que acha seu bebê não atraente fisicamente e/ou anormal, pode se assustar e temer manuseá-lo, podendo rejeitá-lo num primeiro momento. Intervenções focadas em sensibilizar a mãe nessas situações ajudam a aumentar a conexão entre ambos (George e Solomon, 2008).

No entanto, Ainsworth (1991) aponta que a representação interna que a mãe tem a respeito dela mesma neste papel é o que terá maior peso na vinculação inicial com o bebê, tal como vimos no capítulo A Teoria do Apego e o vínculo mãe-bebê.

Mayseless (2006), Steinberg e Pianta (2006) e George e Solomon (2008) também colocam que a percepção materna sobre o filho, sobre si mesma e sobre sua relação com ele tem maior influência sobre o desempenho dos comportamentos de cuidado materno e sobre a qualidade da relação com o filho, que as características concretas de cada um.

Assim, entendemos que uma mãe que tem um modelo operativo interno positivo a respeito da maternidade pode se vincular a seu bebê, mesmo se as circunstâncias não forem favoráveis.

Segundo revisão apresentada por Mayseless (2006), mães de crianças com problemas de saúde, cuja representação materna era de preocupação a respeito do futuro, ofereceram menos suporte e demonstraram menos afeto positivo na interação com o filho. A autora também apontou significativa associação entre a representação materna de bebês prematuros e o padrão de apego do filho. Crianças de 19 meses classificadas com apego seguro quando submetidas ao TSE, foram associadas a mães com representação materna balanceada, caracterizada por coerência, envolvimento e sensibilidade materna, além de baixos níveis de ansiedade, raiva e indiferença. Crianças prematuras com apego inseguro, por sua vez, foram associadas a mães com representação materna desconectada, caracterizada por distância emocional, frieza de sentimentos e indiferença.

Isso quer dizer que, nas pesquisas apresentadas pela autora (Mayseless, 2006), a relação existente entre a representação materna e o estilo de apego da criança também é válida nas famílias cujos bebês nasceram prematuramente, tanto quanto a termo. Porém, não quer dizer que é a prematuridade a causadora deste padrão.

No entanto, as pesquisas de Borghini et al. (2006) e Forcada-Guex et al., (2011), encontraram correlação entre o grau de severidade do bebê prematuro e as representações maternas. Mães de bebês de alto-risco tinham representações maternas distorcidas ou desorientadas, caracterizadas por haver conexão emocional, porém com alto nível de confusão, ansiedade e preocupação. Mães de bebês de baixo-risco, por sua vez, tinham representações maternas desconectadas. Esse interessante resultado é explicado, segundo as autoras, pelo excesso de preocupação nos casos mais graves, que gerou uma conexão maior entre mãe e filho na luta pela vida, apesar do turbilhão de emoções. Nos casos menos graves, isto é, crianças com pouco ou nenhum risco e sequela, as mães não vivenciaram

essa mesma aproximação e se mantiveram emocionalmente mais desconectadas. Ainda assim, mães de bebês de alto-risco e baixo-risco apresentaram representações menos balanceadas que as de bebês a termo.

Apesar desses achados, Borghini et al. (2006) sugerem que sua pesquisa apresentou uma limitação quanto ao fator socioeconômico: as mães de bebês prematuros tinham nível socioeconômico menor que as mães de bebês a termo, indicando o peso desse fator nas representações maternas.

Para confirmar essa possibilidade, Korja et al. (2009) igualaram a variável socioeconômica favorável nos grupos de mães de bebês prematuros e a termo e encontraram representações de apego balanceadas em quantidade muito próxima nos dois grupos. No entanto, na análise qualitativa dos dados dessa pesquisa (idem) foi encontrada maior dificuldade de relacionamento nas mães com bebês prematuros, principalmente devido à depressão materna e sentimentos negativos em relação ao bebê.

Forcada-Guex et al. (2011) encontraram maior ocorrência de padrão de relacionamento cooperativo e sensível entre mães e bebês nascidos a termo e um padrão de relacionamento controlador entre mães e bebês prematuros. O principal motivo desses resultados foi a presença elevada de sintomas de estresse pós-trauma, mais observado nas mães de crianças prematuras de alto-risco.

Outros estudos (Thomaz et al., 2005; Borghini et al. 2006; Bozette, 2007; Korja, et al., 2009) compararam mães prematuras com mães de filhos que nasceram a termo e observaram que a interrupção prematura da gravidez e suas consequências podem resultar em: mães mais controladoras, superprotetoras e menos emocionalmente envolvidas; menor coerência nas atitudes maternas; comportamentos mais ativos e diretivos; mães menos perceptivas e reativas; mães com maior dificuldade com mudanças; maior temor a respeito da segurança da criança; identificação com o discurso médico em detrimento do olhar materno; ligação afetiva permeada pelo “fantasma” da morte; insegurança no cuidado com o bebê. Esses estudos foram realizados em distintos momentos após o nascimento, sendo que a idade das crianças nos estudos variou de 6 meses a 3 anos. As consequências mais impactantes da prematuridade que levaram a esses resultados se referem ao risco de morte e sequelas no bebê, tendo como pano de fundo a experiência de hospitalização, que veremos a seguir.

Apesar de os resultados das pesquisas apresentadas neste capítulo serem às vezes contrastantes e às vezes inconclusivos a respeito da relação direta entre prematuridade, apego seguro e representação materna, é possível compreender que o enfrentamento das dificuldades da prematuridade depende do significado dado à experiência, com o que estamos de acordo. As evidências clínicas relacionadas às dificuldades maternas de enfrentamento da experiência de prematuridade justificam a atenção dada a esse tema.

3.3.1. A experiência de hospitalização do bebê prematuro

Quando o prematuro requer cuidado médico hospitalar, a mãe enfrenta o desafio de relacionar-se com um bebê que pode não sobreviver e tem de lidar com a impossibilidade de exercer a função materna de cuidar do próprio filho ou exercê-la com a interferência e restrição de aparatos e procedimentos médicos.

A possibilidade de que o bebê não sobreviva é uma enorme afronta às expectativas da mãe e de todos os envolvidos. Segundo Casellato (2004), um bebê representa a antítese da morte, pois ele é a garantia da continuidade da família tanto do ponto de vista biológico quanto emocional: ele carrega consigo a possibilidade de realização dos desejos e fantasias.

Ao mesmo tempo em que a estada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) representa a possibilidade de cuidado e sobrevivência para o bebê prematuro, envolve situações estressantes física e emocionalmente, tanto para o bebê quanto para a mãe (Klein, Gasparido e Linhares, 2010; Chiodi et al., 2012; Favaro, Peres e Santos, 2012).

Nos centros de cuidados intensivos neonatais não há tempo, espaço e oportunidades adequadas à interação entre a mãe e seu bebê. O bebê prematuro tem uma urgência do ponto de vista orgânico que impede que a intuição materna possa ser adequadamente escutada pela equipe médica (Brito e Pessoa, 2006; Dias, 2006; Ferrari e Donelli, 2010).

Além dos indiscutíveis avanços tecnológicos e médicos que possibilitam uma alta taxa de sobrevivência de bebês prematuros que antes eram inviáveis (Caserio e Pallas, 2009; Schonhaut e Perez, 2010; Klein, Gasparido e Linhares, 2010), a assistência psicológica e social ao prematuro e sua família, sob uma perspectiva

humanizada, tem tido destaque, embora esteja longe de ser unanimidade na prática de hospitais (Scochi et al. 2003; Kersting et al., 2004; Thomaz et al. 2005; Silva et al., 2006; Bozzette, 2007; Bonnier, 2008; Meijssen et al., 2010; Klein, Gaspardo e Linhares, 2010; Chiodi et al. 2012, WHO, 2012). A participação da família nos cuidados do neonato, a educação para a mãe a respeito dos cuidados rotineiros e estimulação do bebê prematuro, o incentivo aos cuidados maternos durante o período de hospitalização, o uso do método mãe-canguru¹⁴, a assistência à família, a tentativa de minimizar danos ao vínculo causados pela separação durante a hospitalização, a participação conjunta da mãe, pai e bebê nos programas de intervenção precoce que visam apoiar as famílias com bebês prematuros durante a vivência hospitalar, foram práticas destacadas por esses pesquisadores e avaliadas como muito positivas para a relação mãe-bebê.

Em 2010 realizamos uma revisão bibliográfica com objetivo de mapear pesquisas a respeito da relação entre a mãe e seu bebê que nasce com um problema de saúde e identificar o que esses estudos levantaram a respeito de fatores que colaboram e fatores que dificultam a experiência vivenciada durante a hospitalização. Naquele momento não tínhamos como objetivo fazer uma comparação e diferenciação entre as experiências de bebês internados por consequências da prematuridade e por outros problemas de saúde. No entanto, nos quesitos expostos a seguir, as experiências destes bebês e suas famílias se assemelhavam.

Por meio deste levantamento (Alfaya e Schermann, 2005; Andrade e Guedes, 2005; Costa e Monticelli, 2005; Gaíva e Scochi, 2005; Lamego, 2005; Campos e Cardoso, 2006; Vascelos, 2006; Rabelo et al., 2007; Gorgulho, 2008; Teixeira e Moraes, 2008; Silva e Silva, 2009), ficou evidente que o ambiente da UTIN e tudo o que ocorre durante o período de internação hospitalar tem influência na relação entre mãe/família e bebê. Nos hospitais onde há um preparo da equipe para lidar com a situação crítica vivida pela família, as relações entre a família e a equipe médica se dão de forma positiva e a mãe sente-se segura, sendo isto transmitido ao bebê.

¹⁴ Ver Charpak, N., Calume, Z.F., Hamel, A. **O método mãe-canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras.** Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1999; Brasil. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: método canguru.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Tais pesquisas apontaram que a separação mãe-bebê pela internação na UTIN afeta as respostas fisiológicas do bebê e seu consequente desenvolvimento físico, bem como o desenvolvimento emocional e a formação dos laços afetivos.

Observou-se também que o ambiente da UTIN somado à condição de risco do bebê eleva o medo, dúvidas e falta de confiança da mãe em relação ao papel materno, o que prejudica o estabelecimento de uma relação de segurança entre ambos.

Por meio desse levantamento foi possível compreender que, ainda que na prática muitos hospitais mantenham uma postura tradicional de cuidados baseada na tecnologia e na especialização médica, há uma tendência para a implementação e execução de intervenções mais humanizadas. As equipes de saúde dos hospitais e UTIN analisadas por esses estudos recomendam intervenções tais como: exploração de formas de comunicação que facilitem a compreensão da condição de saúde e tratamento; estimulação do contato íntimo do bebê com a mãe; permanência livre dos pais junto ao bebê internado; liberação de visitas a outros membros da família; implementação de grupos de apoio aos familiares; participação da mãe nos cuidados e tomada de decisão; existência de regras claras para a aproximação da família quanto à necessidade de colaborar com os procedimentos médicos e contaminação hospitalar; acolhimento da mãe/família diante das angústias de não ter um bebê saudável, com o que também concordam Bousso e Angelo (2001), Korja, et al. (2009) e Meijssen (2010). Essas recomendações faziam parte da prática de alguns hospitais, parte de uma prática em estudo em outras instituições ou, ainda, não era praticado, apenas recomendado.

Se o lado positivo dessas recomendações humanistas parece óbvio, o lado negativo é justamente essas questões muitas vezes ficarem no âmbito do desejável, não sendo executadas em todos os ambientes que se dispõem a cuidar da saúde materno-infantil.

Scochi et al. (2003) observaram que sentimentos de culpa, medo, desamparo e tristeza podem ser minimizados quando mães prematuras sentem-se cuidadoras de seus bebês durante a interação na UTIN. Outras melhoras observadas foram aumento da sensibilidade materna, bem como satisfação e confiança dos pais em si mesmos e na criança. Segundo estes autores (idem), mais interessante que tentar ajustar a criança prematura ao meio é fazer o inverso, ou seja, ajudar a mãe a

sensibilizar-se pelas respostas dos filhos, bem como interpretar, acolher e atender suas expressões e necessidades.

Segundo Sweet (2008), para as mães prematuras a possibilidade de dar ao bebê o leite materno é uma questão crucial em suas experiências. Em sua pesquisa com mães australianas, elas relataram que amamentar no seio ou extrair o leite materno para dar ao bebê, ou extrair o leite para manter a produção, é a contribuição mais valiosa que podem dar para o bem-estar de seu filho. Embora para essas mães a amamentação no seio seja um sinônimo de ser boa mãe, a extração do leite para dar ao bebê também faz com que elas sintam-se conectadas emocionalmente ao filho, um alento sentido em relação à separação física pela hospitalização.

De acordo com Battikha (2006), durante a amamentação/alimentação todo bebê é nutrido do ponto de vista orgânico e afetivo. O olhar, o toque e a palavra que normalmente acompanham esse momento são o primeiro acolhimento ao desamparo do bebê que está hospitalizado. Concordamos com Battikha (2006) e Britto e Pessoa (2006), que neste momento a mãe também é nutrida pelo bebê, e sua função materna é alimentada, o que está de acordo com o postulado por Winnicott (1988/2006).

Para Winnicott (1988/2006), segurar e manipular o bebê, encontrando outras formas de obter intimidade física é mais importante em termos de saúde psíquica que a experiência concreta de amamentação no seio. Assim, sem questionar os benefícios do aleitamento materno, a alimentação do filho pela mãe durante a internação, sendo acompanhada pelo olhar, toque e palavra, necessita ter espaço como afirmamos anteriormente, mesmo que seja via sonda, copo ou mamadeira, com leite materno ou artificial.

O período de hospitalização que segue um parto prematuro não serve de preparo para o desenvolvimento da função materna, principalmente se o período for longo (Brito e Pessoa, 2006 e Souza et al., 2010). Nos hospitais comumente as mães ficam à margem dos cuidados e, quando o bebê recebe alta, são chamadas a assumir o papel de mãe sem que estejam preparadas. Por outro lado, há hospitais com programas especificamente voltados à orientação da mãe para os cuidados com o recém-nascido prematuro em casa (Silva, 2006).

Além disso, Goldberg (2000) aponta que a falta das interações iniciais devido ao estado de saúde do bebê dificultam as interações em casa, mas que essas dificuldades podem diminuir com o passar do tempo, quando a criança se desenvolve e a mãe aprende e se adapta às necessidades e sinais do filho.

Em pesquisa realizada por Souza et al. (2010), quando as mães de prematuros vão para casa após o bebê receber alta hospitalar, elas sentem-se inseguras, preocupadas e com medo de cuidar de seus filhos sem o apoio que tinham no hospital. Por outro lado, estar em casa traz uma combinação de estresse, ansiedade e gratificação. Parte da dificuldade vivenciada pelas mães a respeito da prematuridade foi agravada pela falta de informação ou dificuldade de compreensão a respeito da saúde de seus filhos e sobre o cuidado, principalmente relativo à alimentação. Além disso, Souza et al. (idem) observaram que essas dificuldades e sentimentos maternos acabavam complicando as relações conjugais e familiares.

Assim, entendemos que há muitos fatores presentes no período de internação hospitalar dos bebês prematuros que influenciam o exercício da maternidade e a relação mãe-bebê.

A seguir, conheceremos o que disseram as mães participantes deste estudo a respeito de como vivenciaram a experiência de ter um filho prematuro.

4. Método

Levando em conta nossos objetivos, realizamos uma pesquisa qualitativa baseada na análise de conteúdo de questionários respondidos por mães que tiveram seus filhos prematuramente.

Quando se pretende descobrir e explorar a unicidade da perspectiva de indivíduos, destacando a qualidade e o processo de aquisição de significados, o uso do método de pesquisa qualitativo é o mais adequado (Neimeyer e Hogan, 2001; Denzin e Lincoln, 2006).

Denzin e Lincoln (2006) chamaram a construção de conhecimento por meio da pesquisa qualitativa de “processo de bricolagem”, no qual é realizada uma montagem entre o contexto da pesquisa, seu objetivo e método, buscando-se produzir um efeito harmônico. Este processo de pesquisa gera, segundo os autores, “uma unidade psicológica e emocional para uma experiência interpretativa” (idem, ibidem, p.19) que, ao lado de crenças, teorias e paradigmas, servem para a compreensão do mundo.

A experiência interpretativa na pesquisa qualitativa é influenciada pela história e experiências pessoais dos envolvidos na pesquisa, fazendo com que se crie uma “colcha de retalhos” de carácter único e limitado (Denzin e Lincoln, 2006). Isso quer dizer que as experiências contadas pelas participantes de nosso estudo serão “costuradas manualmente” à nossa compreensão, produzindo um retrato das experiências de prematuridade destas mães, vistas por esta pesquisadora, neste momento. Essa é a essência da pesquisa qualitativa: um limite claro no cotidiano social, que revela uma visão, para alguns aspectos e de alguns casos, lembrando que “a realidade objetiva nunca pode ser captada” (Denzin e Lincoln, 2006, p.19).

Assim como toda investigação, o método qualitativo também se apoia em um padrão que pede rigor, profundidade e adequação, incluindo credibilidade, reprodutibilidade e aplicabilidade, dentro de uma conduta ética (Neimeyer e Hogan, 2001; Melody, 2001; Denzin e Lincoln, 2006).

Por fim, concordamos com Melody (2001), quando a autora diz que a realização de uma pesquisa qualitativa não é um evento previsível e finito, o que

significa que, ao terminarmos este estudo, as possibilidades de conhecimento a ele relacionadas permanecem ativas.

Esses fundamentos da análise qualitativa estão de acordo com o método de análise escolhido – análise de conteúdo (Bardin, 1977) – que será detalhado a diante.

4.1. Participantes da pesquisa

Participaram desse estudo 28 mães de bebês nascidos prematuramente e que receberam cuidados intensivos em uma UTIN.

Os critérios de inclusão foram três:

a) Mães primíparas

A experiência da mulher que se torna mãe pela primeira vez é marcante e diferente daquela que tem mais de um filho: é quando adentra na experiência da maternidade e passa a desempenhar um papel totalmente novo em sua vida. Uma vez que nosso foco incide sobre o processo de “tornar-se mãe”, em uma situação particular, nossas participantes são todas primíparas. Estão incluídas mães primíparas de gestação múltipla.

b) Parto prematuro

A definição de prematuridade da OMS (WHO, 2012) foi utilizada como parâmetro para este estudo, segundo a qual são considerados prematuros os bebês nascidos antes de 37 semanas de gestação. Tendo ciência de que a população de prematuros é heterogênea, o grau de prematuridade (prematuro, muito prematuro e extremamente prematuro) não foi selecionado por nós, pois não era nossa intenção estudar apenas um ou outro subgrupo. Há, porém, uma exceção, que se configurou como critério de exclusão, tal como explicado a seguir.

c) Filhos atualmente com idade entre 13 meses e 5 anos e 11 meses

O tempo decorrido entre o parto prematuro e a participação neste estudo não foi menor que treze meses, nem maior que cinco anos e onze meses.

O limite inferior deste intervalo (treze meses) foi escolhido porque o primeiro ano após uma experiência de grande impacto na vida de um indivíduo, tal como uma experiência de perda, ameaça de perda ou trauma, é o período de maior desorganização emocional e é quando as reações se apresentam de forma mais aguda e intensa. O mesmo vale para quando se completa doze meses do acontecido e se observam as reações de aniversário (Bromberg, 1998; Parkes, 1998).

Assim, como consideramos a experiência de ter um bebê prematuro uma experiência traumática na qual a ameaça de perda está presente (Kersting et al., 2004; Pinto et al., 2004; Ferrari e Donelli, 2010; Souza et al., 2010; Forcada-Guex et al., 2011), decorridos um ano e um mês do parto é menos provável que a mãe se encontre em estado de choque e/ou completamente imersa no processo de adaptação, período esse que poderia dificultar a disponibilidade da mãe em participar da pesquisa, bem como gerar algum desconforto para a mãe em um momento delicado. Após treze meses também teremos a oportunidade de conhecer mulheres que adentraram há algum tempo na experiência de tornar-se mãe.

O limite superior do intervalo (cinco anos e onze meses) foi escolhido pois os filhos estão dentro da chamada “primeira infância” (Gesell, 2003). Nos pareceu suficiente, para nosso objetivo, estudar mães com filhos até esta idade, antes de um período onde outras demandas, questões de desenvolvimento e relacionamento tornam-se presentes.

Os critérios de exclusão foram dois:

a) Experiência de prematuridade

Três mães, duas cujos bebês nasceram de 36 semanas de gestação e uma de 35, responderam à divulgação da pesquisa se colocando à nossa disposição, embora informaram que seus filhos não foram considerados prematuros pelos médicos, nem por elas mesmas.

Segundo Fraga e Pedro (2004), há bebês prematuros que não tiveram a experiência da prematuridade, ou seja, nasceram antes de completadas 37 semanas de gestação e/ou com menos de 2.500 gramas, e não tiveram vivências típicas da prematuridade como permanecer no hospital para ganho de peso, internação na

UTIN pela imaturidade orgânica, cirurgias, risco de sequelas e morte. Esses bebês, apontam as autoras (idem), possuem uma experiência próxima à experiência de bebê a termo, com o que também concordam Pinto et al. (2004), Kersting et al., (2004), Borghini et al. (2006) e Forcada-Guex et al. (2011).

Assim, entendemos que surgiu um importante critério de exclusão, ou seja, mães que, apesar de se enquadrarem no critério da OMS (WHO 2012) quanto ao parto prematuro, não tiveram a condição médica, nem a vivência da prematuridade, sendo excluídas deste estudo.

As 28 mães que responderam nossos questionários tiveram uma ou algumas das experiências acima descritas. Portanto, este trabalho fala especificamente de mães cujos filhos tiveram vivências típicas de prematuridade, tal como apontou Fraga e Pedro (2004).

b) Participantes não brasileiras

Embora tenhamos divulgado nossa intenção de pesquisa apenas a contatos e grupos virtuais de origem brasileira, devido ao alcance das mídias sociais, tivemos três mães portuguesas interessadas em participar de nosso estudo. Como não se trata de um estudo multicêntrico e por considerarmos importante focalizar em mães brasileiras, essas mães foram informadas de que não poderiam participar do mesmo.

Quando divulgamos a pesquisa tivemos o retorno de 65 mães interessadas em participar. Dessas, 37 não participaram pelos motivos a seguir:

- a) dez não respondiam aos critérios de inclusão;
- b) seis respondiam aos critérios de exclusão;
- c) quinze mães não confirmaram o interesse em participar após enviarmos maiores detalhes da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo I);
- d) cinco não devolveram o questionário respondido no prazo solicitado, apesar de terem enviado o TCLE assinado;
- e) uma não respondeu o questionário de acordo com as instruções, tornando sua análise inviável.

4.2. Contato com as participantes

Recursos do meio eletrônico (*e-mail* e mídias sociais) foram utilizados para captar as participantes deste estudo. Essa escolha foi pautada na contemporaneidade e no poder de alcance desses meios de comunicação, questão importante levando-se em conta o perfil específico das nossas participantes. Outro benefício do uso do meio eletrônico é a possibilidade de participação de pessoas de diferentes localidades do país, sem haver a necessidade de deslocamento.

Segundo Nosek e Banaji (2002), comunidades virtuais oferecem um espaço para que pessoas com interesses específicos possam interagir e conversar. Para os pesquisadores, esse acaba sendo um meio muito rico para reunir informações e contatar essas pessoas.

As participantes foram acessadas de forma intencional (*specific accessibility*). Divulgamos nossa pesquisa em redes sociais virtuais que tratam do tema maternidade e prematuridade, e entre pessoas de nosso círculo social. O modelo da divulgação encontra-se em anexo (Anexo II).

Apesar de não ter havido contato presencial com as participantes, houve interação por escrito entre elas e a pesquisadora. As participantes foram incentivadas a entrar em contato caso houvesse qualquer dúvida referente à pesquisa, bem como qualquer inquietude que esta pesquisa possa ter gerado nelas. Essa informação estava presente no Termo de Consentimento Informado (Anexo I), no Questionário (Anexo III) e no *e-mail* de confirmação de recebimento do material da participante (Anexo IV).

Cada participante nos enviou um *e-mail* se colocando à disposição para participar da pesquisa. Respondemos esse *e-mail* com mais informações sobre a pesquisa e o TCLE anexado. Aquelas que não se enquadraram nos requisitos para participação foram informadas a este respeito. Estando de acordo em participar da pesquisa, cada participante enviou TCLE assinado, quando enviamos o questionário com as instruções para respondê-lo (Anexo III). Após as participantes nos devolverem o material respondido, enviamos um *e-mail* de confirmação de recebimento, com o intuito de garantir que as informações tenham chegado a ambas as partes (Anexo IV). Recebemos os questionários durante cinco semanas. Às interessadas em participar da pesquisa que não retornaram nosso contato após

enviarmos o TCLE e/ou o questionário, enviamos um *e-mail* com a data limite para recebimento do material.

Quase todas as mães agradeceram pela oportunidade de participar da pesquisa e mostraram interesse em ler o trabalho finalizado. Sendo assim, a pesquisadora se comprometeu a enviar o *link* do trabalho, quando publicado.

Devido à ausência de encontro presencial entre pesquisadora e participantes não constarão da análise aspectos como: expressões corporais, aspectos subjetivos captados pela pesquisadora, relação transferencial e contra-transferencial. A variação do ambiente de pesquisa tampouco pode ser igualada entre as participantes. As pesquisas nas quais esses fatores são preponderantes, não devem ser realizadas por *e-mail*, o que não é o nosso caso.

4.3. Instrumento

Para atender nosso objetivo utilizamos um instrumento composto de um questionário com 25 perguntas e um Relato de Experiência com uma pergunta disparadora (Anexo III).

Para Nicolaci-da-Costa, Romão-Dias e di Luccio (2009), a construção e a linguagem dos instrumentos para entrevistas face-a-face ou por meio eletrônico devem seguir o mesmo padrão.

A primeira pergunta do questionário pretendeu caracterizar nossas participantes. As 24 perguntas seguintes foram organizadas de acordo com uma linha do tempo com início no período anterior à gestação, passando pelo nascimento, os primeiros meses e o(s) primeiro(s) ano(s) de relacionamento com o filho. O relato de experiência continha a seguinte pergunta disparadora: Como é a minha relação com meu (minha) filho (a)?

Com este instrumento contemplamos temas que nos interessavam a partir do nosso objetivo, sendo eles:

- a) expectativa e experiência relativa à maternidade antes e durante a gestação (questões 2 a 8);
- b) experiência e enfrentamento do parto prematuro (questões 9 e 10);
- c) experiência e enfrentamento da maternidade prematura, fatores que facilitaram e dificultaram esta experiência (questões 11 a 25);

d) relação entre a mãe e seu filho (relato de experiência).

As respostas dadas pelas mães ultrapassaram o limite objetivado em cada pergunta do questionário, o que não nos surpreendeu, já que a experiência é sentida pela mãe como um todo e não era nosso objetivo vê-la de modo recortado. Assim, os temas acima descritos apareceram simultaneamente em várias questões, o que foi sumamente aproveitado na análise.

4.4. Sobre a análise

Os questionários respondidos pelas participantes foram analisados com base na análise de conteúdo de comunicações, tal como proposta por Bardin (1977). Segundo a autora, o código linguístico escrito nas respostas a um questionário é perfeitamente adequado para ser submetido à análise de conteúdo.

Por meio deste método de investigação buscamos articular a descrição e análise de elementos com características relevantes para nosso estudo, à compreensão dos fatores determinantes destas características, tal como proposto pela autora (Bardin, *idem*). Trata-se, portanto, de uma “inferência de conhecimentos” que permite a passagem daquilo que é descrito para aquilo que é interpretado e significado dentro do contexto da pesquisa.

O procedimento de análise foi realizado manualmente, resultando em uma construção artesanal, como o processo de bricolagem proposto por Denzin e Lincoln (2006). Esse método leva a uma profunda e necessária relação com o material.

A organização da análise seguiu três etapas, conforme sugere Bardin (1977): a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é uma importante etapa de organização do material quando, por meio de uma leitura flutuante dos questionários respondidos pelas participantes, iniciamos o levantamento de ideias iniciais que compõem a categorização do conteúdo. Já nessa etapa estávamos impregnadas do suporte teórico que utilizamos, mas tivemos o cuidado de não contaminar o material por uma interpretação precipitada, conforme alertou Minayo (2012).

Durante a exploração do material realizamos a categorização dos elementos que se destacaram nas respostas dos questionários e relato de experiência, a fim de

compreender o que as mães participantes expressaram sobre suas experiências. Neste momento confirmamos as categorias temáticas levantadas *a priori*, quando havíamos elaborado o instrumento baseado nos nossos objetivos, e estabelecemos as categorias criadas *à posteriori*, já de posse do material das participantes.

A tarefa de categorizar elementos do conteúdo escrito pelas mães implicou leituras repetidas e individualizadas do material recebido, buscando temas que se destacaram, que se repetiam ou que eram únicos, agrupando-os e/ou ressaltando-os.

A última etapa, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, foi quando os significados das mensagens captadas foram analisados e expostos, sendo possível vislumbrar aquilo que estava sendo tecido. Buscamos, nesta etapa, compreender os fatores envolvidos naquilo que foi observado e captado.

Ao organizarmos os dados, categorizando-os e construindo um texto final, tornamos possível a objetivação do conhecimento, tal como pregam Bardin (1977), Denzin e Lincoln (2006) e Minayo (2012).

4.5. Cuidados éticos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão Científica do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, na data de 30/11/2012.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no Anexo II.

Para garantir que foram seguidas as normas e recomendações quanto à autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade em pesquisa, o presente estudo foi fundamentado na resolução 196/96 do Ministério da Saúde (1996), no Código de Ética do Psicólogo, do Conselho Federal de Psicologia (2005), bem como em estudos sobre metodologia e ética em pesquisa (Serapioni, 2000; Neimeyer e Hogan, 2001; Nosek e Banaji, 2002; Christians, 2006; Denzin e Lincoln, 2006 e Nicolaci-da-Costa, Romão-Dias e di Luccio, 2009).

Tivemos a preocupação em não escolher como participantes desta pesquisa uma população vulnerável de acordo com o proposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1996). O risco para as participantes desta pesquisa podia ser aumentado se considerarmos que não fomos nós, mas sim as próprias participantes que fizeram uma autoavaliação sobre se participar desta pesquisa lhe traria algum malefício.

Assim, nos colocamos à disposição das participantes que sentissem necessidade de receber apoio psicológico em razão do que foi mobilizado pela participação da pesquisa. Essa informação foi apresentada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), no Questionário (Anexo III) e no *e-mail* de confirmação de recebimento do material da participante (Anexo IV).

Das 28 participantes deste estudo, quatro responderam nosso *e-mail* de recebimento, pedindo orientações a respeito de questões familiares, embora todas tenham sido claras em dizer que estas dúvidas já existiam antes da participação na pesquisa. As participantes foram devidamente orientadas por *e-mail* e também lhes foi oferecida a possibilidade de conversar por meio do Skype, porém nenhuma manifestou necessidade.

5. Caracterização das participantes

Este estudo contou com 28 participantes, sendo mães primíparas, que tiveram seus filhos prematuramente.

A idade das participantes variou entre 25 e 44 anos, sendo 20 mães com idade entre 30 e 39 anos; seis mães entre 25 e 29 anos; duas mães acima de 40 anos. O grau de escolaridade de nossas participantes é alto, considerando o índice de escolaridade da população feminina brasileira de 25 a 59 anos (Brasil, 2011): 22 mães possuem grau de escolaridade superior ou pós-graduação; três mães possuem superior incompleto e três possuem ensino médio. Em relação à religião: 25 mães possuem religião; duas responderam não ter religião e uma não respondeu.

Quinze participantes são originárias da região sudeste; dez da região sul; duas da região nordeste e uma da região centro-oeste. É importante ressaltar que a concentração nas regiões sul e sudeste não foi intencional. Entre as diversas comunidades virtuais relacionadas à prematuridade nas quais divulgamos nossa intenção de pesquisa, tivemos maior retorno de mães que chegaram à nossa pesquisa por meio de duas comunidades originárias da região sul.

Em relação à composição familiar, 24 mães disseram que sua família nuclear é composta pelo companheiro (pai do bebê) e pelo filho (a); uma participante foi mãe por produção independente e mora apenas com seu filho(a) e três delas não especificaram.

A idade gestacional variou entre 23 a 35 semanas e foi dividida da seguinte maneira:

- a) doze participantes tiveram parto de bebês extremamente prematuros (menos de 28 semanas de gestação);
- b) onze participantes tiveram bebês muito prematuros (de 28 a 32 semanas de gestação);
- c) cinco participantes tiveram bebês prematuros (de 33 a 35 semanas de gestação).

Das 28 participantes apenas duas tiveram gestações gemelares; três tinham alguma condição de saúde conhecida que poderia levar a um parto prematuro;

quatro tiveram perda de gestações anteriores; uma participante tinha condição de saúde de risco, bem como perda de gestação anterior, totalizando dez participantes que relataram ter fatores de risco para parto prematuro.

Apesar de não questionarmos diretamente as participantes, a maioria delas relatou a causa do parto prematuro. Foram: hipertensão, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, Síndrome de Helpp, ruptura precoce de membranas e incompetência istimocervical¹⁵.

Quando as participantes responderam o questionário, a idade de seus filhos variava de 14 meses a 4 anos e 4 meses.

¹⁵ Pré-eclâmpsia, eclâmpsia e Síndrome de Helpp são doenças gestacionais associadas ao aumento da pressão arterial, podendo provocar a morte da mãe. A ruptura precoce de membranas (bolsa) é de causa multifatorial, podendo estar relacionada a infecções vaginais e à gestação gemelar, caso de nossas participantes. A incompetência istimocervical é associada a uma dificuldade do colo do útero em permanecer fechado até o final da gestação (WHO, 2012).

6. Análise

As categorias que compõem a análise de conteúdo que será apresentada a seguir tiveram origem nos temas levantados quando elaboramos o instrumento, e foram modificadas e ampliadas conforme as experiências descritas nas respostas das mães ao nosso questionário. A sequência cronológica presente no instrumento foi mantida na sequência de categorias, por considerarmos que esse critério facilita a compreensão da experiência materna como um todo: de antes da gravidez até os dias atuais.

Assim, as seguintes categorias se destacaram para serem analisadas:

- a) Expectativas em relação à maternidade
- b) Abreviação do tempo de gestação
- c) A vivência do parto prematuro
- d) Representação do filho recém-nascido prematuro
 - d.1) O bebê frágil
 - d.2) O não bebê
 - d.3) O meu bebê
 - d.4) O bebê potente
- e) A vivência da maternidade dentro da UTI
- f) Representação da maternidade prematura
 - f.1) A maternidade impotente
 - f.1.1) A culpa
 - f.1.2) Inconformação e raiva: prematuridade como punição
 - f.2) A maternidade potente
 - f.2.1) A amamentação
- g) A maternidade depois da hospitalização: a busca da segurança
- h) A experiência da prematuridade como fator de fortalecimento do vínculo
- i) O que é ser mãe prematura? Representação da mãe prematura
 - i.1) Profissão mãe
 - i.2) A mãe amada

- i.3) A mãe forte
- i.4) Mãe superprotetora ou mãe assustada?
- j) A elaboração contínua da prematuridade

Os trechos selecionados para análise estão apresentados em itálico e entre aspas. As participantes estão identificadas por nomes fictícios, seguidos por suas respectivas idades (anos = a), idade gestacional do nascimento do filho (semanas = s) e idade do filho no momento da pesquisa (anos e meses = a m), tal como o exemplo: Ana, 34a, 28s, 3a4m. As duas experiências de gestação gemelar, também estão assinaladas na identificação.

a) Expectativas em relação à maternidade

As expectativas em relação à maternidade, incluindo a gestação, bem como a expectativa em relação a si mesma no papel materno e ao bebê foram marcadas por idealizações, desejos, anseios e medos.

A maternidade foi representada como a realização de um sonho, a ideia de completude da mulher, a possibilidade (e desejo) de sentir um amor incondicional, de viver algo mágico, natural e tranquilo.

“Eu sempre sonhei em ser mãe e sabia que amaria muito um filho ou filha.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m).

“Algo simples, fácil e muito natural.” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

A expectativa em relação à maternidade foi frequentemente descrita como uma experiência perfeita, marcada por significativa idealização.

“(…) [imaginava a maternidade] como nos comerciais. Casa bege, limpa, todos de branco, sorridentes e penteados.” (Lia, 34a, 27s, 3a10m)

“(…) eu esperava que meu filho nascesse muito bem, de um parto natural lindo.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

“(…) imaginava um momento sublime e que me traria, no início, apenas alegrias.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

“É difícil pensar que algo errado possa acontecer.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

A riqueza de detalhes na descrição das cenas de como esperavam vivenciar o momento de tornar-se mãe nos remete a um grande ritual, condizente com a importância dessa experiência na vida das mulheres.

“(...) imaginava algo perfeito e mágico. Imaginava o nascimento de meus bebês sendo natural como todas as mães, as visitas na maternidade, a saída mais linda do hospital carregando os dois, o cheiro de cafezinho e bolo em casa para receber as visitas. Imaginava ainda mais, a montagem do quarto e enxoval (que não foi feito)... E muita alegria!” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

Durante a gestação, a sensação de plenitude da maternidade pode ser sentida:

“Foi um amor tão grande que tomou conta de mim que é difícil descrever. Eu me sentia a mulher mais feliz do mundo.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

Esta sensação de plenitude é vivida a partir de uma relação que existe antes do bebê nascer:

“Quando os sentia mexer, então, meu coração subia a garganta de tanta felicidade. (...) já os chamava pelo nome e minha expectativa era enorme.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

A chegada do filho também poderia trazer a satisfação de necessidades pessoais:

“(...) pensei que não estaria mais tanto tempo sozinha, já que meu esposo trabalha em turnos e muitas vezes aos finais de semana ficava sozinha em casa, isso foi o que mais pensei, que teria uma companhia e muito trabalho também.” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

A expectativa sobre si mesma enquanto mãe foi positiva em quase todos os questionários. Muitas participantes imaginavam que seriam mães cuidadosas, dedicadas e amorosas. Amor e cuidado apareceram frequentemente associados entre si, bem como ao papel materno. Percebe-se, também, que o modelo interno de cuidado já está presente na mulher, tal como revelado nas falas das mães.

“Imaginava que eu seria uma mãe muito presente, carinhosa e amorosa com meu filho. Também seria uma leoa que não deixaria

nenhum perigo se aproximar dele, caso contrário eu atacaria com unhas e dentes para protegê-lo.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

“Uma mãe dedicada e amorosa, que abre mão de tudo pelo bem-estar de seu filho.” (Luz, 33a,30s, 1a7m)

Normalmente se imaginavam fazendo coisas “típicas de mãe”, sendo a amamentação a imagem mais frequente:

“Me imaginava amamentando, com meu bebê no colo.” (Clara, 42a, 28s, 1a6m)

“(…) teria bastante leite para alimentá-lo”. (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

“Achava que seria muito paciente, que iria dar de mamar no peito, que passaria noites em claro nos primeiros meses, mas, depois de adaptadas, seríamos como mãe e filha comum, brincando no parque, passeando sem restrições”. (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

A gestação também era vista como algo controlável:

“[Imaginava que a gestação] seria super tranquila, até porque foi muito planejada. Até a data que ele iria nascer estava programada.” (Cloe, 32a, 26s, 2a9m)

“Sempre achei mágico o fato de gerar um filho, mas pensei que seria mais tranquilo, que minha gestação chegasse às 40 semanas.” (Dora, 32a, 33s, 1a3m)

Ainda a respeito de controle, várias mães ressaltaram o cuidado que tiveram com a saúde durante a gravidez, como forma de garantir o sucesso da gestação.

“[A principal preocupação foi] cuidar da minha saúde para garantir a saúde dela: fiz o acompanhamento pré-natal cuidadoso (...) fiz questão de não viajar (...) vivi um clima gostoso, sem preocupações desnecessárias.” (Gil, 38a, 33s, 14m)

“Procurava ser a melhor mãe que minha filha pudesse ter. Fiz todos os exames, fui a todas as consultas de pré-natal, cuidava da saúde e da alimentação. Já amava muito a minha filha e estava curtindo muito a gravidez.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“(…) passei a ser mais prudente, na verdade tinha mais cuidados.” (Mia, 30a, 29s, 4a)

Um destaque especial também foi dado às “condições normais” da gestação, talvez com objetivo de enfatizar a experiência inesperada e impactante que veio depois.

“Tive uma gestação tranquila, sem enjoos, todos os ultrassons em ótimas condições, pressão arterial sempre 12/8, um pré-natal perfeito.” (Dora, 32a, 33s, 1a3m)

“Não havia preocupações importantes, a não ser a decoração do quarto e o enxoval do bebê. Afinal de contas, fazia o pré-natal certinho e estava tudo maravilhosamente bem.” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

A expectativa em relação ao filho também era marcada pela idealização: *perfeito, lindo, saudável, inteligente, carinhoso, que se alimentaria bem, fofo, gordinho, guloso, grande, enorme, calmo, educado, forte, robusto*, foram os adjetivos mais mencionados pelas mães para dizer como imaginavam que seriam seus filhos.

Grande parte da expectativa se referia ao tamanho, peso e à alimentação do bebê, justamente o contrário do que encontraram posteriormente no filho: o baixo peso ao nascer, a dificuldade de ganhar peso e dificuldade de alimentação são características presentes em praticamente todos os nascimentos prematuros. Peso e alimentação são frequentes preocupações maternas em geral, pois o “bebê gordinho” é tido como o retrato do bebê saudável e um sinal visual de que está tudo bem.

“Eu nasci enorme, meu esposo também (...), então todos esperavam um bebê enorme, gordinho, o maior da maternidade.” (Eva, 34a, 26s, 1a4m)

“Imaginava que ele seria grande, gordinho e cabeludo, como todos os bebês da minha família.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

“Imaginava que nasceria cor-de-rosa, bochechudo e sorridente. Que logo sugaria o peito com vontade (...).” (Rita, 37a, 32s, 4a3m).

Na tentativa de inserir o bebê em um mundo já conhecido e familiar, era desejado que ele tivesse características físicas familiares, tal como os relatos acima, e também abaixo:

“Pedia muito a Deus que ele fosse parecido com meu esposo, queria muito um menino, para ter a miniatura dele”. (Eva, 34a, 26s, 1a4m)

“Sempre quis que ele se parecesse com o pai.” (Helen, 29a, 33s, 1a4m)

Algumas mães imaginavam a maternidade de forma menos idealizada, podendo incluir uma perspectiva mais realista:

“Sabia que não seria fácil (...), mas sabia que seria a melhor coisa!”

(Mia, 30a, 29s, 4a)

“Achava que desafios e problemas faziam parte da maternidade.”

(Paula, 36a, 25s, gemelar, 2a8m)

Para algumas mães, o espaço do bebê dentro de si ainda não era evidente:

“Imaginava algo muito distante da minha capacidade, quanto à paciência para cuidar de um bebê, tempo para me dedicar, para cuidar das roupas e tudo que envolve a criação de um filho. Imaginava ter somente que ceder muitas rotinas da minha vida para um ser, que dependeria somente de mim(...). Também [me] imaginava como uma mãe com dificuldade de conciliar a carreira com a maternidade, tinha receio de não saber separar o tempo ideal para meu filho.” (Eva, 34a, 26s, 1a4m)

No estilo de vida contemporâneo nem sempre a maternidade tem espaço garantido na vida da mulher: há um desejo de não perder nada do que se tem ao ganhar um bebê e há também o medo das mudanças que a maternidade gera na vida da mulher.

“Sempre achei que a maternidade traria muito trabalho. Uma mudança muito grande na dinâmica da vida da mulher e do casal.” (Helen, 29a, 33s, 1a4m)

“[Esperava] seguir minha rotina o mais próximo do normal.” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

Há um receio de não estar preparada para assumir os cuidados maternos.

“Sempre fui acostumada a fazerem tudo para mim. Então, pensar no tamanho da responsabilidade que teria ao cuidar de uma criança me assustava muito. Relutei bastante até tomar a decisão de engravidar.” (Helen, 29a, 33s, 1a4m)

“Eu sempre tive medo de ser mãe (...). Será que vou ser capaz? (...) Para ser bem sincera eu não me via muito como mãe, algumas pessoas até me falaram que eu não tinha cara de mãe (...). Vou saber dar banho? E trocar? E saber que hora que o bebê quer mamar? E se ele tiver alguma dor?” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

Existe o medo de ser incompetente e falhar em um papel que é importante tanto para a mulher, quanto para a sociedade. Há também o receio de não corresponder ou ser correspondida na relação afetiva.

“Será que este amor de mãe que todo mundo fala que eu só iria conhecer quando tiver um filho vai acontecer comigo? Será que meu filho vai gostar de mim? Será que vamos nos dar bem?” (Flor, 37a, 29s, 1a4m).

Quando a gestação era de risco e o parto prematuro era uma possibilidade concreta, a expectativa da maternidade foi vivida de duas maneiras.

- Os riscos seriam recompensados pela concretização daquilo que era desejado e tudo daria certo no final:

“Sabia que tudo valeria a pena.” (Alice, 30 anos, 28 semanas, 4 anos).

- A incerteza e o medo da perda foi um obstáculo para o relacionamento com o bebê durante a gestação:

“Eu pensava neles de forma abstrata, não queria imaginar e nem pensar em como seriam, tinha medo de me envolver com esperanças e planos e não poder desfrutar do que planejei.” (Paula, 36a, 25s, gemelar, 2a8m)

“Foi muito difícil e cheia de temores.” (Alice, 30a, 28s, 4a)

Percebemos, assim, que a maioria das expectativas em relação à maternidade era positiva e idealizada, na qual se destacavam as ideias de plenitude, perfeição e controle.

O mecanismo de idealização é uma defesa psíquica que afasta a visão de aspectos negativos que poderiam gerar angústia na mãe. Além disso, podemos entender que a mãe que planeja ter um filho ou está gestando um bebê e idealiza a experiência da maternidade, possui um modelo interno de cuidado, que indica como ela deve se comportar e pensar de forma a garantir a proteção daquele que será seu filho. Assim, podemos pensar que a idealização da maternidade, ao lado de todo cuidado e preparo para a vivência dessa experiência, é uma manifestação do sistema materno de cuidado que está em desenvolvimento. Entendemos que esse sistema já dá sinais de atividade antes mesmo do nascimento do bebê, visando garantir o êxito da experiência em torno do bebê e afastar qualquer ameaça, real ou imaginada, que possa colocá-la em risco.

b) Abreviação do tempo de gestação

Como vimos no capítulo Prematuridade e maternidade, a importância do período de nove meses de gestação ultrapassa as necessidades orgânicas, tendo também a função de preparar a mãe emocionalmente para o momento do parto e para a vivência do novo papel. É durante o terceiro trimestre de gestação que a mãe sente-se mais conectada ao filho: com a barriga crescendo e os movimentos vigorosos do bebê, os laços com essa aguardada figura vão se estreitando.

A gestação foi um período prazeroso para grande parte das mães deste estudo, que se sentia plena gerando um ser dentro de si, desfrutando das mudanças físicas e do afeto em relação ao filho.

Nesse sentido, a abreviação da gravidez representou uma grande frustração, podendo ser sentida, inclusive, como uma perda: uma mudança de planos em um momento tão especial da vida.

“Eu estava gostando tanto de estar grávida que lamentava interromper aquele estado de graça antes do previsto.” (Gil, 38a, 33s, 14m)

“Acho lindo mulher grávida! E me imaginava com aquele barrigão, nem deu tempo da minha barriga crescer! (...) amava estar grávida.” (Julia, 27anos, 26s, 2a11m)

“Costumo brincar que fui uma grávida frustrada (...) mal tive uma barriguinha.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

“Para mim não era o momento ainda.” (Helen, 29a, 33s, 1a4m)

A vivência materna em relação à gravidez é complementada pelo olhar do outro, que reconhece e valida essa experiência, o que faz da gestação uma experiência também social. A perda dessa experiência social foi sentida pelas mães.

“Poucos conseguiam ver que eu estava grávida, nem em filas de supermercados para gestantes eu consegui entrar, porque ninguém via. Engordei apenas quatro quilos e, quando começou a esquentar um pouco o tempo e passei a usar roupas mais leves para mostrar a barriguinha, a [filha] nasceu.” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

“Foi engraçado, quando ela veio para casa, depois de 53 dias de UTI e os vizinhos viram que tinha um bebê, acharam que era de amigos, pois nem sabiam que eu estava grávida.” (Idem)

Algumas mães vivenciaram o tempo de gravidez encurtada por duas razões: de um lado, a prematuridade e, de outro, o tempo avançado com que a gravidez foi descoberta e/ou a dificuldade de elaborar a informação da gravidez.

“Demorou para eu entender o que realmente estava acontecendo... Quando o (filho) ganhava presentes, eu ficava muito perdida ao receber as roupinhas. (...) foi tudo muito rápido (...) não consegui me sentir muito mãe durante a gestação (...) parece que meu inconsciente ainda lutava um pouco com a ideia de ser mãe. Quando alcancei a 24ª semana, acredito que nesta fase comecei a ter maior intimidade com meu filho.” (Eva, 34a, 26s, 1a4m, descobriu-se grávida na 12ª semana de gestação e pariu 14 semanas depois).

“Na verdade, me senti pouco mãe...Descobri estar grávida já de 2 meses, senti o bebê mexer com cinco meses...com sete ele nasceu. Então foi um período curto para curtir...” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

Devido à dificuldade de concepção, a demora para acreditar que estava de fato grávida também “encurtou” o período de gestação.

“Eu passei a gravidez pensando algumas vezes, eu estou grávida mesmo? Minha ficha não caía. E como pouca coisa mudou no meu corpo e meu emocional passava por um turbilhão, era mais difícil ainda acreditar. (...) Passei muito tempo nesta fase de reconhecimento, pois eu não esperava engravidar antes do tratamento de forma alguma e quando isso aconteceu eu fiquei tão pasma que demorei a assimilar as coisas”. (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

Assim, podemos entender que a abreviação do tempo de parto interfere no processo de conexão com o bebê durante o período de gestação, principalmente quando a mãe demora para descobrir-se grávida e/ou para elaborar este acontecimento.

c) A vivência do parto prematuro

As palavras mais mencionadas para descrever a vivência do parto foram: *susto, surpresa, traumático, traumatizante, horror, horrível, péssimo, difícil, sofrimento, triste, conturbada, choque, anestesiada, emocionante, dolorosa,*

angustiante, dramático, tranquilo apesar de tudo, medo, preocupação, ansiedade e alívio.

Somente as próprias palavras das mães dão conta de exprimir a dor, intensidade, angústia e medo presentes no momento do parto prematuro.

“[A experiência do parto foi] péssima, uma correria louca para salvar a vida do meu filho.(...) Acho que até hoje não consegui superar esse momento.” (Dora, 32a, 33s, 1a3m)

“Quando ele nasceu, o vi por uns três minutos e ele foi direto para a uti neonatal. Isso pra mim foi o pior. Sensação de vazio, uma angústia enorme. Só o conheci no dia seguinte. Isso doeu muito.” (Helen, 29a, 33s, 1a4m)

“Eu senti uma dor enorme, como eu nunca senti na vida e hoje fico pensando que além da dor física eu senti também a dor de estar longe da minha filha, de não poder pegá-la no colo, dela estar correndo risco de vida.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m).

“O parto foi muito doloroso emocionalmente para mim. Havia há tempos me preparado para ter um parto normal. (...) quando me deparei com a necessidade de tirar meu filho, que estava muito pequeno, às pressas, através de uma cesariana, fiquei muito abalada. (...) estava ali tendo que ser cortada para salvar nossas vidas.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

O parto foi reconhecido como necessário para salvar a vida do filho e a própria vida, porém foi acompanhado pela dor da separação e pela dor diante dos riscos que o filho estava correndo. Ainda que a separação mãe-bebê após o parto possa causar um impacto emocional nas mães em geral, as mães prematuras não podem se preparar para essa separação, com o agravante de o bebê se encontrar em uma situação de risco e longe dela. Enquanto o bebê estava na barriga, a mãe tinha a sensação de controle e cuidado e, quando ele nasce, ela passa a ter de enfrentar os riscos da vulnerabilidade física somada à impotência de cuidar dele.

Juntamente com a retirada do bebê, também foram retirados sonhos e expectativas. Os detalhes que a mãe normalmente se dedica a planejar durante toda a gestação (tipo de parto, médico, hospital, primeiro contato, primeira foto, amamentação, primeira roupa e outros) frequentemente não podem ser vivenciados

quando há uma emergência e urgência médica colocando em risco a vida do bebê e/ou da mãe. Assim, para algumas mães, as expectativas, desejos e idealizações a respeito do momento do nascimento do filho foram frustradas pela prematuridade do parto e suas circunstâncias.

“(...) não foi nada como tinha pensado!” (Karen, 31a, 35s, 1a4m)

“(...) a foto que eu tanto queria de nós três – aquela clássica – simplesmente não aconteceu.” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

“Não pude segurar meu filho no colo, nem ao menos vê-lo, não ouvi ele chorar...” (Luz, 33a, 30s, 1a7m)

“(...) a única tristeza que tenho deste dia é não ver nem por um segundo o meu bebezinho (...) eu aguardava muito este momento, desde que soube que estava grávida.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

“Não pude pegar o meu bebê [quando nasceu] sei que isso foi muito por causa do meu estado, mas foi muito frustrante, choro muito até hoje quando me lembro disso!” (Zela, 36a, 34s, 3a)

“Eu não a conheci logo que ela nasceu e esta é uma ferida que ainda dói.” (Gil, 38a, 33s, 14m)

Para essas mães, receber o bebê, tê-lo imediatamente nos braços, senti-lo, ouvi-lo e registrar o momento do nascimento fazia parte do imaginário a respeito do início dessa nova etapa em suas vidas. Além disso, entendemos que as mães precisavam usar os próprios sentidos (ver, ouvir, tocar) para se certificarem sobre a condição dos filhos, sendo esta uma característica do funcionamento do sistema cuidador.

A separação prematura impactou emocionalmente essas mães deixando a marca da falta, que não é facilmente superada, mesmo para as mães que pariram há mais tempo, como Zela disse acima.

“(...) ainda estou tentando”, sobre como enfrentou a experiência do parto. (Luz, 33a, 30s, 1a7m)

No entanto, mesmo a mãe que pode ver seu bebê não conseguiu tranquilizar-se: além de vê-lo, ela precisava vê-lo em segurança. No seguinte trecho observamos a mãe de posse de seu lugar de quem sabe o que é melhor para o filho.

“Eu pude vê-la e tirar uma foto com ela, ela estava cor-de-rosa, os lábios bem vermelhinhos (...). No momento em que pude vê-la e tirar

uma foto com ela fiquei muito apreensiva, querendo que levassem ela logo, pois não queria que ela corresse nenhum risco.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

Algumas mães, apesar das circunstâncias, conseguiram permanecer conectadas à emoção do nascimento do filho.

“(…) a melhor [experiência] da minha vida, apesar dos riscos.” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

“O parto em si foi tranquilo e muito emocionante apesar do medo pelo parto ser prematuro.” (Julia, 27a, 26s, 2a11m)

Parece que a explicação para o fato de Julia, que teve seu parto na 26ª semana de gestação, ter ficado tranquila nesse momento se deve à não compreensão dos problemas envolvidos em um parto a essa idade gestacional.

“No ultrassom o peso dela era de 980 gramas (...) (o médico) me explicou como seria o nascimento dela antes, mas na minha cabeça eu não imaginava que seria tão complicado.” (Julia, 27a, 26s, 2a11m)

Algumas mães descrevem a reação de resignação diante da necessidade urgente de realizar o parto.

“(…) não havia mais o que fazer (...)” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

“(…) aceitei que era a hora.” (Clara, 42a, 28s, 1a6m)

Diante do risco de morte do bebê e também da mãe, algumas mães tentaram racionalizar a experiência, em uma tentativa de manter o auto-controle e como uma defesa frente ao que estavam enfrentando.

“Fiquei calma por falta de opção, aguardando a ação dos médicos e esperando que desse certo, mas sabendo que sempre ia amar ela independente do que acontecesse, sabendo que ia sempre ter ela dentro de mim.” (Nádia, 29a, 26s, 1a5m)

“[Enfrentei] com medo e coragem (...) minha tia-avó morreu de eclampsia, a irmã da minha mãe também. Sabia o que poderia acontecer. (...) pedi ao obstetra que se tivesse de optar por uma vida, que optasse pelo meu filho, pois eu já havia vivido bem. Mas que não me deixasse morrer sem antes ver seu rostinho.” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

A ideia de que a mãe deve possuir controle emocional esteve presente mesmo diante da intensidade da experiência do parto prematuro, quando justamente o que falta é o controle (de poder terminar a gestação). Essa autoexigência parece estar ligada a uma idealização: uma mãe adequada tem que se controlar.

“Senti um pouco mais de dor do que realmente imaginava, então não consegui me controlar como esperava, mas na medida do possível eu estava muito feliz pelo nascimento do meu filho.” (Alice, 30a, 28s, 4a)

O parto prematuro é o término de uma gestação, mas que pode ser representada como uma gestação que não terminou.

“Não tinha a menor ideia do que é ‘interromper a gestação’ por causa da pré-eclampsia. A palavra interromper passa a sensação de que o bebê não vai nascer.” (Clara, 42a, 28s, 1a6m)

“Parecia que meu filho não tinha nascido, parecia que ele havia sido arrancado de dentro de mim, sem minha autorização.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

O momento do parto é tão intenso emocionalmente que não é difícil entender a ambivalência de pensamentos.

“Em alguns momentos achava que ser prematuro não era “nada”, em outros tinha certeza de que ela não sobreviveria.” (Lia, 34a, 27s, 3a10m)

As reações de choque e negação foram relatadas por muitas participantes quando descreveram a vivência do momento do parto. A quantidade, intensidade e gravidade de informações e emoções colocaram as mães em um estado de torpor, indicando que se trata de uma experiência traumática, que não pode ser assimilada de imediato.

“Estava meio fora do ar, sem sentir bem o que estava acontecendo, mas foi o pior momento da minha vida.” (Nádia, 29a, 26s, 1a5m)

“Fiquei um pouco anestesiada com toda a situação, era quase como se não fosse comigo, ou que não fosse verdade.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“Era como se o tempo tivesse parado e nunca mais voltaria ao normal.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

“Fui pega de surpresa, meu médico comunicou apenas meu marido na noite anterior e o proibiu de me contar. Fui surpreendida minutos antes

e acabei descendo para a sala de cirurgia em prantos e realmente sem saber o que estava acontecendo. Hoje percebo que estava em choque, pois, não consegui nem pensar...(....) Durante o ocorrido estive em choque (não percebia isso, só entendi algum tempo depois) e não consegui pensar muito sobre a avalanche de acontecimentos.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

“Parecia que aquilo não estava acontecendo comigo, eu me sentia anestesiada, não conseguia raciocinar direito.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

Os elementos para que essa experiência seja classificada como traumática são claros: a experiência inesperada e violenta, risco de morte do bebê e risco de morte da mãe foram aspectos que transcenderam a capacidade de enfrentamento das mães.

Temos de considerar que não só a situação traumática provocou as reações de choque e negação. O fato de muitas mães terem parido prematuramente por complicações de sua saúde, o estado de consciência pode ter sido afetado pela própria gravidade de sua condição de saúde e pelas medicações ministradas para o parto e estabilização do quadro.

O momento do parto foi, para as mães participantes de nosso estudo, apenas o começo de uma grande batalha a ser enfrentada. Os primeiros dias, semanas e, às vezes, meses de vida do bebê e dessas mulheres no papel de mãe foram de muita apreensão, medo e esperança de que os filhos pudessem sobreviver à prematuridade.

“Quando se tem bebês prematuros de 25 semanas de gestação (...) a experiência ruim do parto passa a ser algo irrelevante, três dias depois da cesárea já estava passando 12 horas de pé na UTI neonatal com os pés e pernas inchados e uma dor lancinante nos pontos.” (Paula, 36a, 25s, gemelar, 2a8m)

“Nem senti as dores da cesárea, pois queria muito estar (com o filho) na UTI neonatal. Sentia que ele precisava de mim. E eu precisava dele também”. (Teca, 33a, 31s, 1a10m).

Se o parto prematuro é o início de uma batalha, o exercício da maternidade é a continuação dela, categoria que será analisada adiante.

d) Representação do filho recém-nascido prematuro

Com base nas respostas presentes no questionário foi possível verificar o modo como a mãe reconhece o filho por meio das primeiras interações, constituindo-se a categoria “representação do filho recém-nascido prematuro”. Ao reconhecer o filho como indivíduo, a mãe dá o primeiro passo no processo de tornar-se mãe e se reconhecer neste papel: ela passa a ser mãe daquele bebê, que possui características e desejos próprios, aos quais ela responderá a partir do que for compreendido internamente por ela. A representação interna que a mãe tem do filho é, portanto, condição para o início do processo de vinculação mãe-bebê.

d.1) O bebê frágil

Várias mães se referiram a aspectos físicos para responderem à questão “Como era o seu filho nos primeiros meses de vida?”. Entendemos que o reconhecimento inicial do filho ficou atrelado à sua fragilidade orgânica, que é a primeira e mais evidente consequência da prematuridade que pode ser constatada.

“Muito fraco e magrinho.” (Dora, 32a, 33s, 1a3m), resume-se a descrição de como era o filho nos primeiros meses de vida.

“Era muito fraquinho, não tinha força nem para chorar.” (Teca, 33a, 31s, 1a10m)

“Minha filha nasceu com 35 cm e 1.100 kg e, com nove dias de vida, chegou a pesar 870 gramas! Era só pele e osso!” (Maria, 30a, 27s, 2a5m)

Os aparatos médicos se somam aos aspectos físicos, numa imagem que, obviamente, é difícil para a mãe observar.

“Nunca tinha visto um bebê tão pequeno na minha vida, ela estava toda entubada, cheia de aparelhos ligados nela.” (Julia, 27a, 26s, 2a11m)

Partindo do pressuposto de que um bebê saudável é um “bebê gordinho”, bem como se considerarmos que a fragilidade orgânica visível refletia os riscos que atentavam contra a sobrevivência do bebê, podemos entender que o reconhecimento inicial do filho causou uma carga de frustração e receio:

“Na minha primeira visita à UTI achei ele muito debilitado e fiquei imaginando como seria cuidar de uma criança tão pequena.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m).

No trecho anterior, junto ao reconhecimento da debilidade orgânica do filho, a mãe expressa certa relutância e dúvida a respeito de sua capacidade de cuidar e se relacionar com um bebê que tão pequeno. Ana se arrisca a expressar em palavras esse sentimento:

“(...) sentir amor por ela demorou um pouco, neste momento senti vergonha, porque como é que eu como mãe não poderia amar aquele bebê tão pequeno que dependia de mim?” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

A representação do bebê frágil é, portanto, marcada pela grande distância em relação ao bebê esperado, pela incerteza de sua viabilidade, bem como pela insegurança do exercício da maternidade nessas condições.

d.2) O não bebê

Segundo George e Solomon (2008), uma mãe pode rejeitar seu bebê, ao vê-lo não atraente fisicamente e com alguma anormalidade. Algumas mães evidenciaram a dificuldade de reconhecer aquele que estavam vendo como seu filho. O olhar materno se ateve, primeiramente, à constatação da desidealização do bebê.

“Levei um choque ao ver aquela criaturinha tão pequena e tão pele e osso. (...) Na minha cabeça um só pensamento: Meu Deus, essa é a minha filha? Nunca tinha visto um bebê prematuro e me assustei de verdade, pois não imaginava que ela sobreviveria”. (Rosa, 36a, 27s, 3a2m)

“Nas primeiras seis semanas era um feto, apenas dormia e fazia muitas apneias. Depois passou a ir ao colo e já estava mais parecida com um recém-nascido. Já podia usar roupas.” (Lia, 34a, 27s, 3a10m)

Ao usarem os termos “criaturinha” e “feto” essas mães demonstraram o desapontamento e frustração em relação ao filho que é muito distante de um bebê que para elas seria normal. Ao nomear os bebês com esses termos, as mães utilizam-se de um mecanismo de defesa para distanciar-se do bebê que ainda não

pode ser reconhecido como tal e pode não sobreviver: um bebê que não reage (só dorme), que pode morrer (fazia muitas apneias), que não pode ser carregado, nem usar roupas, ainda não pode ser reconhecido como o filho...

Porém, após alguns meses, a visão materna de Lia mudou completamente. Talvez pelo desenvolvimento da filha, talvez pela superação do estado de choque: Lia pode alterar a impressão inicial e se orgulhar de seu bebê.

“Ela era um bebê lindo, de revista, e muito carismática.” (Lia, 34a, 27s, 3a10m).

Vale destacar que, ao levantarmos quais foram as representações maternas a respeito do filho recém-nascido neste momento inicial da relação, não pretendemos analisar qual representação é normal e saudável e qual não é, tendo em vista que as representações negativas iniciais também são normais, além de poderem ser alteradas a qualquer momento. Porém, a utilidade em conhecermos diferentes representações está na possibilidade de entendermos e acolhermos melhor essas mães, podendo incrementar a qualidade de apoio oferecido e pensar em ações preventivas com foco no relacionamento mãe-bebê.

d.3) O meu bebê

As mães que puderam investir emocionalmente no filho desde o princípio, apesar das características físicas e dos riscos da prematuridade, reconheceram o filho atribuindo-lhe características positivas e afetivas.

“Quando o vi pela primeira vez era como se eu já o conhecesse antes, aliás eu já o conhecia no meu íntimo, era exatamente como eu imaginava.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

“Ela era tão linda, tão pequena...” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“Era uma criança linda e perfeita.” (Nina, 33a, 26s, 1a6m)

“Era a menina mais linda que já vi, frágil muito pequena, mas lá no fundo uma guerreira.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

O bebê é reconhecido e ocupa o lugar de filho, e o processo de tornar-se mãe abre espaço entre o medo, as incertezas, os fios e os aparelhos:

“Ao vê-lo pela primeira vez eu me desliguei de tudo o que estava acontecendo e enxerguei meu filho como eu sempre desejei.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

“Aquele momento que eu chegava na UTI para visitá-lo era como se o mundo parasse, eu não via os fios ou tubos, eu enxergava meu filho, meu pequeno príncipe guerreiro.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

Ao reconhecer o bebê como seu, estas mães podem se reconhecer em seu papel materno, como dissemos, e também reconhecer a relação afetiva com o filho.

d.4) O bebê potente

Não é só o bebê que tem a tarefa de reconhecer-se como um ser separado de sua mãe durante seu desenvolvimento psíquico (Brazelton e Greenspan, 2002; Gesel, 2003). A mãe também precisa reconhecer o bebê como um indivíduo separado dela, com seus desejos e necessidades, favorecendo a formação de um relacionamento saudável e um estilo de apego seguro.

Quando a mãe reconhece que o bebê prematuro reage à sua presença e atitudes dá início a uma importante comunicação entre ambos. Nesse momento a mãe percebe que, ao mesmo tempo que há uma fragilidade orgânica, há também uma energia vital que coloca o bebê como ser participante no relacionamento com a mãe e com o mundo.

“Ela reconhecia minha voz e já se agitava toda na incubadora na minha presença. Lembro dos tempos de UTI quando colocávamos música clássica e ficava conversando com ela sobre o quanto queria que ela ficasse conosco, o quanto aquele sofrimento era passageiro, e tudo isso era recompensado com um aperto de mão muito forte que ela tinha. Ficava segurando minha mão bem forte como dizendo ‘eu te amo’ os olhos apaixonados daquele serzinho de pouco mais de 800 gramas, já sabendo a força do amor.” (Lola, 25a, 29s, 3a2m)

“Meu filho era pequeno e muito esperto. Sentiu nossa presença desde primeiros dias, sabia exatamente a hora que chegávamos e íamos embora, se acalmava com as nossas vozes.” (Luz, 33a, 30s, 1a7m)

Na luta pela sobrevivência o bebê pode ser reconhecido como um sujeito ativo e potente, que tem força de vontade e desejo de viver, e com características de personalidade próprias.

“[O início] foi muito bom, apesar de ela estar na UTI, estava viva e lutando, parecia até mais forte que eu.” (Lola, 25a, 29s, 3a2m)

“Eu admiro [a filha] profundamente por tantas lutas.” (Idem)

“[O filho] estava cada vez mais lindo, já fazendo arte, arrancava direto a sonda que ele tinha no narizinho. Também era bravinho, segundo as enfermeiras, era o que mais chorava se demorava a dar o leite dele.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

“Sempre foi muito geniosa, nunca fez aquilo que não queria (...) arrancava (as cânulas de oxigênio) quando achava que não precisava”. (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

Além disso, a mãe reconhece o bebê como alguém capaz de entender a respeito das coisas que o cercam:

“Todas as vezes, principalmente nas apneias, que não conseguia segurar as lágrimas, saía de perto dele para que não percebesse minha tristeza, pois eles jamais devem achar que não confiamos na força deles” (Luz, 33a, 30s, 1a7m, grifos meus)

O fato de o filho ser visto de forma positiva por outras pessoas que não a mãe parece ajudar na forma como ela mesma avalia seu bebê.

“Ele era o paparicado da UTI, sempre muito bonequinho, com rostinho lindo, loirinho e muito bonzinho, só chorava por fome. Um bebê tranquilo, era o princepezinho da UTI.” (Eva, 34a, 26s, 1a4m)

“Segundo o médico o que ele tinha que mais o impressionava era a vitalidade (...) o que era demais de importante, pois significava que ele estava lutando junto para sobreviver.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

O olhar do outro incrementou o olhar materno, validando a forma positiva de ver o filho. Uma vez que a equipe médica pode ocupar o lugar de figura secundária de apego materno, trazendo à mãe conforto e segurança em uma situação de vulnerabilidade, a visão positiva do médico fortalece a confiança materna e, conseqüentemente, favorece o reconhecimento da potencialidade do filho.

Ao reconhecer as reações e comportamentos do bebê, que fazem parte de um sistema de apego ativo, a mãe também ativa seus comportamentos de cuidado, para dar conta de satisfazê-los, o que está de acordo com os principais constructos teóricos da Teoria do Apego (Bowlby, 1969/1973).

e) A vivência da maternidade dentro da UTI

As mães participantes de nosso estudo adentraram no papel da maternidade estando em um hospital, mais especificamente, em uma Unidade de Cuidados Intensivos - UTI. Essa experiência foi acompanhada por diferentes sentimentos, reações e comportamentos, que compõem a categoria “vivências da maternidade dentro da UTI”.

O período de internação do bebê na UTI neonatal foi vivido com muito sofrimento. Estresse, desgaste, angústia, medos e incertezas aparecem nos relatos das mães quando se referem à experiência na UTI, indicando que se trata de uma experiência muito intensa do ponto de vista emocional, principalmente pelo longo tempo de internação e pelas intercorrências em relação à saúde do bebê.

“Parecia que não ia ter fim, que nunca fosse passar. Foram os dois meses mais longos e difíceis da minha vida.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“Ficava muito triste ao ver as mães indo embora levando seus filhos para casa e nós não tínhamos nem previsão e lutávamos pela vida de minha filha.” (Nina, 33a, 26s, 1a6m)

“É uma experiência que não desejo para ninguém, aquela UTI, a dor da dúvida do que vai acontecer mexe muito com nosso interior, sem contar o medo do desconhecido.” (Mia, 30a, 29s, 4a)

O medo que o bebê não sobrevivesse aparece como um dos importantes fatores que interferiram na ligação inicial da mãe com o filho:

“Nos primeiros dias eu queria muito me aproximar, me agarrar e ter uma intimidade maior, mas tinha receio da perda.” (Eva, 34a, 26s, 1a4m)

Uma das situações mais difíceis na experiência da prematuridade é a concretização do maior temor de todas as mães: a perda do filho. Nesse trabalho não tivemos muito contato com essa vivência, pois nossas participantes eram mães

de filhos vivos. Porém, a perda de um dos bebês foi vivenciada pelas duas participantes que tiveram gestação gemelar. Essa experiência se configura, a nosso ver, como uma das mais ambíguas que uma mãe pode enfrentar: ter de se despedir de um dos filhos, ao mesmo tempo em que se relaciona e luta pela sobrevivência do outro.

“Após o parto, lembro-me do misto de alegria e tristeza pelo futuro incerto de meus bebês. Hoje entendo que um parto prematuro extremo como foi o meu é um grande trauma para o bebê, para a família e ainda pior para a mãe que passa a carregar nos ombros a incompetência de gestar seu filho até o término da gravidez. No meu caso, para piorar tive que passar pela experiência de ter um filho sem vida nos braços e considero esse um dos piores momentos de minha vida... Às cinco da manhã eu com meu bebê sem vida nos braços, abraçada a meu marido onde só as lágrimas eram a resposta para aquele momento.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

“Tudo desabou com a morte do (filho) (...) começamos a entender que o progresso seria lento com a (filha) e os prognósticos não seriam otimistas em relação às sequelas que ela apresentaria.” (Paula, 36a, 25s, gemelar, 2a8m)

Além da dificuldade de viver a perda de um dos filhos, a possibilidade de acontecer a mesma coisa com o segundo apavora: se a concretização do que era temido tornou-se real, fica mais real o medo de que aconteça novamente.

“Com o passar dos dias e com a perda de meu filho no terceiro dia, passei a viver momentos insuportáveis de incerteza e tristeza. Já não sabia no que e como pensar, se acreditava ou não na possibilidade de vida da minha menina e se teria forças para continuar... Confesso que durante a primeira semana após a morte de meu filho fiquei meio que desconectada do mundo apenas chorando e tentando entender e procurando saber como lidar com a esperança que lá no fundo existia de que ela pudesse sobreviver. (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

A ambivalência da situação é um fator que dificulta a vivência das duas experiências concomitantes: a elaboração da perda e a formação do novo vínculo.

“Tive alta naquela manhã para poder acompanhar o enterro e saí deixando minha filhinha na UTI e pensando quanto tempo ela resistiria.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

“Hoje não sei dizer como passei por tudo isso, quando tento pensar sinto uma confusão mental enorme e acabo deixando de lado, afinal, existem situações que o melhor é não pensar.” (Idem)

A separação mãe-bebê durante o período de internação do bebê no hospital foi uma importante marca nas experiências das mães participantes desse estudo. A ida para casa sem o filho foi vivida como a concretização daquilo que não tinha dado certo e que era muito diferente do planejado.

“(...) é totalmente incompreensível uma mulher grávida voltar para casa com o colo vazio...” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

“(...) não tinha minha filha no quarto como todas as outras mães.” (Karen, 31a, 35s, 1a4m)

“Eu me sentia uma mãe incompleta por não poder levar meu filho para casa e tê-lo em meus braços toda hora.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

“Sair da maternidade (...) sem poder levar minha filha comigo foi a pior coisa que já me aconteceu na vida! Jamais achei que poderia sentir tanta dor. Sentia como se a tivesse abandonando, a deixando para trás. Queria levá-la comigo, para casa, como planejei.” (Sílvia, 29a, 26s, 2a11m)

Além do sentimento de abandono da filha no hospital, Sílvia teve de lidar com outros abandonos ao ir para casa sem ela: abandonar aquilo que foi idealizado; sensação de vazio e abandono de si mesma enquanto mãe.

Quando as mães realizaram a gravidade da condição do bebê e o longo caminho que teriam de percorrer, foram tomadas por sentimentos de tristeza, desânimo, depressão e impotência.

“Quando completaram 60 dias de internação eu desabei, achei que já estaria fora dali, estava cansada.” (Lola, 25a, 29s, 3a2m)

“Quando descobri que ela continuava em risco e que as chances de ter sequelas eram bem grandes, desabei. Só chorava nas visitas.” (Lia, 34a, 27s, 3a10m)

A negação, mecanismo de defesa que protege o psiquismo materno de ter de lidar com algumas informações, foi uma reação presente no enfrentamento do período de fragilidade da saúde do bebê.

“Só minha irmã sabia que ela estava com infecção, não quis contar a mais ninguém, na verdade queria que não fosse verdade que ela tivesse com infecção.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“Os primeiros dias foram confusos. Achava que se ela sobreviveu ao parto, com certeza não morreria na UTI”. (Lia, 34a, 27s, 3a10m, grifos meus)

A aflição materna a respeito da necessidade de o filho ficar internado e ficar separado dela encontra na racionalização uma resposta para essa situação.

“Apesar de não poder levar meu filho pra casa eu tinha consciência de que ele precisava de estar ali.” (Alice, 30 a, 28 s, 4 a)

Algumas mães foram tolhidas do seu direito, assegurado por lei (Brasil, 2012a; 2012b), de estarem permanentemente ao lado do filho durante a internação. Três participantes relataram que o hospital restringia os horários de visita a duas ou três horas diárias.

“Aquele horário restrito na UTI foi o maior sofrimento. Queria estar sempre lá, vendo o que faziam com ele... Cuidando e cantando pra ele, tinha medo que ele se sentisse abandonado. Sozinho...” (Teca, 33a, 31s, 1a10m).

Esse descumprimento da lei fez com que estas mães não pudessem exercer a maternidade como queriam, ou como poderiam.

f) Representações da maternidade prematura

Durante o período de hospitalização as mães puderam vivenciar e exercer a maternidade de distintas maneiras. Algumas puderam adentrar no papel materno melhor que outras, um reflexo do modo como a maternidade vivenciada após o parto prematuro foi internalizada, ao que denominamos de representações da maternidade prematura.

f.1) A maternidade impotente

Como vimos, assim como algumas mães tiveram dificuldade para reconhecer a potência e atividade do filho, houve mães com dificuldade para reconhecer a própria força e capacidade de ser mãe de um bebê prematuro, caracterizado como representação de maternidade impotente.

É possível compreender que essas mães estavam extremamente identificadas com a fragilidade do bebê: sentiam-se pouco ativas, também frágeis e sem saber o que fazer. São também prematuras! Somado a isso, a limitação de cuidados possíveis devido à imaturidade orgânica do bebê e estada na UTI, dificultou a apropriação do papel materno.

“Não sabia o que fazer quando a via na UTI.” (Karen, 31a, 35s, 1a4m)

“Na verdade “minha ficha demorou a cair”. Como ele estava na UTI aos cuidados de uma equipe de saúde imensa, parecia que eu ainda não era mãe de verdade, pois não cuidava, não alimentava, nem pegava ele no colo. Então, era tudo muito distante. A incubadora nos separava profundamente.” (Helen, 29a, 33s, 1a4m).

“Não me sentia como mãe, pois não podia dar banho, não podia amamentar...” (Maria, 30a, 27s, 2a5m)

“Sentia-me impotente, todos os atos de mãe: pegar, abraçar, beijar, dar o peito, banho, etc., eram impossíveis de serem feitos.” (Nina, 33a, 26s, 1a6m)

“Não me sentia mãe nas primeiras oito semanas. Me sentia uma mulher fracassada.” (Lia, 34a, 27s, 3a10m)

Ao não reconhecer-se como mãe, Lia também não pode reconhecer-se como mulher, indicando o peso que tem a maternidade na vida da mulher e a fusão de ambos os papéis.

Fica claro que, uma vez que não podiam realizar as atividades comuns de uma mãe, sentiam-se desprovidas do papel materno. Foi difícil para algumas mães entenderem como poderiam se relacionar com seus bebês nessa situação.

Enquanto a mãe não conseguia reconhecer a atividade e vivacidade do bebê, normalmente reduzida por ser um bebê prematuro, ela também não podia reconhecer seu papel e importância ao lado dele:

“Nas primeiras semanas ia e ficava pouco tempo, conforme ela foi crescendo, e eu pude interagir um pouco mais com ela, fui ficando mais tempo no hospital.” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

Essa distância que Ana manteve do bebê também pode ser entendida como uma dificuldade de relacionar-se com o filho por medo de que ele não sobrevivesse. O distanciamento é uma reação defensiva cujo objetivo é manter-se afastado daquilo que o indivíduo não suporta, tentativa de controlar as emoções e o medo de sucumbir às mesmas.

“Não fiquei com ela na UTI, fiquei uma semana no quarto do hospital.” (Nádia, 29a, 26s, 1a5m)

O bebê estar na incubadora sob os cuidados médicos tira a mãe do lugar de autonomia e autoridade em relação ao filho, que não sente que pode exercer sua função cuidadora.

“Me sentia privada de minha total função de mãe por ter que aceitar certas rotinas do hospital, das quais muitas vezes discordava. Como se eu não fosse autoridade máxima com ela ali, o que não é natural para os pais, mas é a realidade no caso de um prematuro extremo numa UTI. Eles decidiam de certa forma quando eu podia vê-la e quando não, de que forma. Não era eu que estabelecia os horários dela e isso é muito frustrante e não natural para uma mãe. Mas como era mãe de primeira viagem, não estranhava tanto, foi o que conheci, não tinha tido outra experiência.” (Nádia, 29a, 26s, 1a5m)

As mães prematuras estão diante de uma realidade completamente desconhecida (as condições e necessidades do filho, o ambiente), e sentem-se inseguras a respeito do que podem e devem, ou não, fazer. Apesar de o papel materno ser novo, pois eram todas mães primíparas, elas tinham algum modelo internalizado a respeito do que era ser mãe. Mas não um modelo interno do que era ser mãe de um bebê prematuro.

f.1.1) A Culpa

A mãe prematura pode sentir-se culpada por diferentes motivos relacionados ao fracasso enquanto mãe, mulher e indivíduo: por não ter conseguido levar a

gestação a termo; pelos problemas de saúde que culminaram na prematuridade; por sentir-se incapaz de cuidar do bebê; por poder causar-lhe algum mal; culpa pela morte do filho e por não desejar esse bebê. O sentimento de culpa é uma reação que nem sempre pode ser compreendida e revelada de imediato, podendo ser consciente ou não. Os seguintes trechos ilustram sua presença mais evidente.

“[Me sentia] um pouco culpada por ela ter nascido antes pelo meu problema.” (Julia, 27a, 26s, 2a11m)

“Eu me sentia um fracasso. Dizia: que porcaria de mãe sou eu que não consegui segurar a gestação? (...) Se eu tivesse me cuidado mais ela não estaria sofrendo tanto. Quando o leite secava era a mesma coisa, que eu jamais poderia ser a mãe que minha filha precisava. Quando ela teve hemorragia cerebral (...), então, faltou eu bater a minha cabeça na parede...pois o neuro da UTI me disse que isso ocorreu por causa da minha pressão alta.” (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

“A mãe que passa a carregar nos ombros a incompetência de gestar seu filho até o término da gravidez. No meu caso, para piorar tive que passar pela experiência de ter um filho sem vida nos braços e considero esse um dos piores momentos de minha vida...” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

“Sentir amor por ela demorou um pouco, neste momento senti vergonha, porque como é que eu como mãe não poderia amar aquele bebê tão pequeno que dependia de mim?” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

“Me lembro de ficar muito apreensiva, de colocar a mão dentro da incubadora e acarinhar seu pezinho, como eu fazia quando ela estava na minha barriga, até que uma enfermeira se aproximou e me disse que eu não podia tocá-la assim... Só podia colocar a mão em cima dela e ficar parada, senão ela sentiria dor. Me lembro de ficar culpada achando que tinha feito minha filha sofrer.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

Nesse último trecho, o sentimento de querer cuidar, que implica tocar e ter o bebê perto de si é traído pela vulnerabilidade orgânica do bebê, cuja imaturidade dos órgãos, inclusive da pele, e do sistema imunológico restringem a manipulação do bebê.

“Me senti a pior mulher do mundo. Me senti não feminina o possível (suficiente) para levar uma gestação até o nono mês. Ver os outros bebês indo embora depois de 48 horas, me doía tanto. O dia que tive alta foi o mais difícil da minha vida, ir embora e deixar o meu filhinho sozinho naquele hospital. Chorava muito, descontroladamente, parecia que o mundo ia se acabar, que eu não aguentaria.” (Eva, 34a, 26s, 1a4m)

No relato de Eva vemos que a prematuridade é tida como um fracasso do papel feminino e materno e, em última instância do ser.

O sentimento de culpa pode ser entendido como o resultado da sensação de fracasso do sistema materno de cuidado enquanto responsável por garantir a proteção do bebê. Se entendermos que desde a gestação, e até mesmo antes desta, a mãe já estava preocupada e atuando no sentido de fazer o melhor para assegurar que tudo corresse bem com o bebê, a falha nesse sentido faz com que a mãe sinta-se responsável por não ter podido evitar o ocorrido.

A culpa pode ser um entrave para a mãe sentir-se potente em relação ao papel materno caso ela permaneça identificada com esse sentimento. Por essa razão, incluímos o sentimento de culpa na categoria relativa à maternidade impotente.

f.1.2) Inconformação e raiva: prematuridade como punição

“Me revoltei disso acontecer comigo, que sempre me senti uma boa mãe, diferente de muitas mães. Vejo muitas mães egoístas, que não suportam ficar sem babá só com o filho, que não toleram amamentar. E eu me sentia pronta para tudo isso, queria ser a melhor mãe para ela. Sentia que era injusto eu ter que passar por isso, como se precisasse da lição que já tinha aprendido e outras que não tinham aprendido não passavam por isso. Digo lição de valorizar coisas importantes.” (Nádia, 29a, 26s, 1a5m)

“Sou jovem, saudável, sem vícios, sem doenças, não era para acontecer isso conosco.” (Idem)

Sem encontrar uma razão para o fato de ter tido um parto prematuro Nádia sente-se inconformada e com raiva. Isso acontece porque ela entende aquilo que deu errado na sua experiência como uma punição. Entende também que ela não merecia receber essa punição e, por isso, é abatida por esses sentimentos. Assim, se a mãe permanece identificada com estes sentimentos fica mais difícil aceitar a experiência e focar no enfrentamento que tem pela frente, o que contribui para a sensação de impotência diante da maternidade.

f.2) A maternidade potente

O início do exercício da maternidade foi marcado pela possibilidade de perda, mas o modo como as mães se relacionaram com essa possibilidade foi distinta.

Como vimos, enquanto o bebê necessita de cuidados médicos intensivos, a mãe não pode ter muitos comportamentos de cuidado concretos. No entanto, algumas mães sentiam que podiam exercer a maternidade, apesar dos limites. Aproximar-se, olhar, falar, cantar, rezar ou, simplesmente, estar presente foi entendido como aquilo que era possível fazer, ainda que fosse muito distinto daquilo que desejavam como cuidadoras. Essas mães também podem ter se sentido impotentes diante do quadro geral, mas não paralisadas. Compreendemos, assim, que essas mães puderam construir uma representação de maternidade potente.

A entrada no papel materno, com o reconhecimento de sua função protetora, aconteceu no momento em que Alice viu seu filho.

“Desde que vi aquele serzinho tão pequeno e frágil dentro daquela incubadora eu soube que eu havia nascido apenas para amá-lo e protegê-lo.” (Alice, 30 anos, 28 semanas, 4 anos)

Durante o período de hospitalização, o bebê estar separado de sua mãe faz com que o sistema cuidador materno permaneça em estado de alerta. É característica do sistema cuidador ficar em prontidão, enquanto o filho não está em segurança e sua sobrevivência garantida. Apesar da incubadora dentro de uma UTI ser o melhor lugar onde o filho poderia estar diante de sua imaturidade orgânica, ele não está junto dela, nem sob seus cuidados, o que torna naturalmente impossível que a mãe consiga sentir-se tranquila.

“Eu ficava imaginando o que podia acontecer no hospital, por exemplo, e se pegasse fogo e eu não estaria ali de madrugada...” (Zela, 36a, 34s, 3a)

“Eu não queria de jeito nenhum deixá-la lá.... Parecia desprotegida... Aí eu comecei a ver enfermeiras pegarem em um bebê e depois em outro sem lavar as mãos... Nossa tive medo demais... Ia pra lá e só saía quando chegava a noite e não podia mais ficar. Virei a mãe chata que reclama de tudo (...) Eu não tinha coragem de sair de lá pra nada... Nem pra comer direito (...) Fiquei muito estressada e só queria levar minha filha pra casa.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

Como reflexo desse sistema de cuidado em alerta e ativo, a “simples presença” da mãe dentro da UTI foi reconhecida por ela mesma como o exercício do cuidado materno possível dentro das condições presentes.

“Todo o tempo que ele passou na UTI eu fiquei com ele de oito da manhã às 22 horas.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

“Me internei em fevereiro e ganhamos alta em abril.” (Mia, 30a, 29s, 4a), diz Mia, cuja rotina diária era estar no hospital junto com o filho.

“Me sentia impotente, não podia fazer nada para ajudar, além de ficar ali, rezando, fazendo carinho e acalmando meu bebê. Não podia ter ele em meus braços, cuidar dele (...) tentava o máximo possível manter um vínculo com meu bebê.” (Luz, 33a, 30s, 1a7m)

“Vivi por dois meses no hospital, mas era a mãe mais feliz do mundo por ter um bebê lindo e saudável na medida do possível... (Eva, 34a, 26s, 1a4m)

As mães que disseram ter passado o período todo no hospital, dedicando seu dia a dia a acompanhar o filho, às vezes saindo apenas para fazer as refeições e dormir, parecem ter encontrado nessa rotina a possibilidade de exercer a maternidade.

Enquanto algumas mães permaneceram anestesiadas e distanciadas pelo medo de perder, outras acreditavam que tudo ia dar certo e permaneceram conectadas a essa esperança, mesmo diante daquilo que parecia improvável. A fé foi uma força que ajudou muitas delas:

“Perguntava aos médicos como ela estava. A resposta era: ‘hoje ela está bem, vamos ver como ela vai passar a noite, se passar...’ nenhum médico dava muitas chances (...) 26 semanas, 560 gramas? Quais as chances de sobreviver?? É peso de aborto...(...) Mas continuei firme e forte na minha fé.” (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

A realização diante da maternidade pode ser sentida ainda no hospital, apesar de não poder estar e cuidar do filho como queria:

“Me sentia realizada, louca para poder abraçá-lo, beijá-lo, cuidar dele.” (Clara, 42a, 28s, 1a6m, grifos meus).

A importância de relacionar-se e estar próxima do filho foi uma preocupação presente. Havia o temor de que o tempo passado na incubadora pudesse gerar uma sensação de abandono, com graves consequências ao psiquismo.

“Ela ficou dois meses na incubadora (...) ela era quietinha, não reclamava muito, o que até nos preocupava, medo dela virar autista por ficar sozinha ali.” (Nádia, 29a, 26s, 1a5m)

As sensações de prazer e afeto presentes na realização da maternidade são importantes para a formação do vínculo entre a mãe e o bebê. Observamos que houve a intenção de construir uma relação, por meio de uma postura confiante e afetiva com o filho:

“Só podia tocá-la com uma mão e com luvas ainda. Mesmo assim superamos as barreiras físicas e estabelecemos logo nossas ligações” (Lola, 25a, 29s, 3a2m)

“Eu vivi para ele, esqueci de tudo! (...) Esqueci quem eu era, para ser somente mãe, oferecendo amor, carinho e acompanhá-lo na recuperação e ir embora logo (...) Muita força e determinação para ajudá-lo e passar segurança sempre.” (Eva, 34a, 26s, 1a4m)

Assim como a primeira vez que viram o filho, o primeiro contato físico foi muito marcante, dando sentido ao papel materno e àquela relação. Nesse momento é sentida uma troca afetiva importante, que marca o início de uma nova etapa.

“O que me marcou mesmo foi com alguns dias de nascimento, ainda na incubadora minha filha pegou firme meu dedo e apertou.” (Nina, 33a, 26s, 1a6m)

A primeira vez que o bebê pode ser carregado no colo também foi descrito como um dos momentos mais marcantes do período na UTI.

“Com 30 dias peguei a minha filha pela primeira vez, nunca vou me esquecer! Eu pude sentir o cheiro dela inesquecível!” (Julia, 27a, 26s, 2a11m).

“Nunca vou me esquecer da primeira vez que te peguei no colo, com um mês de vida e ainda na UTI neonatal... Você não tirou os olhos de mim. Você me olhava até que seus olhinhos ficassem vesgos, e então você os fechava bem apertadinhos para que voltassem ao normal e tornava a me olhar. Pra mim foi um momento mágico! (trecho que escrevi para minha filha).” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

Nessas descrições as mães ressaltaram a percepção que tiveram da capacidade dos filhos de responderem às suas interações e se comunicarem com elas. Essa percepção, como vimos anteriormente, é um passo muito importante para o relacionamento e formação de vínculo entre mãe e filho. Além disso, vale frisar que o reconhecimento da capacidade de reação do filho se dá ao mesmo tempo em que reconhecem a própria capacidade de relacionar-se com ele. Isto é, a potência é vista em ambos.

O período de internação na UTI pode ser aproveitado de forma positiva e produtiva por algumas mães.

“A UTI te mostra um mundo de cuidados, praticamente te ensina a ser mãe e depois de quase três meses lá dentro saí uma mãe bem segura de tanto observar como as coisas deveriam ser feitas, como agir em situações de perigo.” (Lola, 25a, 29s, 3a2m)

“Foi fundamental para mim conversar com a psicóloga da UTI, para entender que era normal todo aquele aparato ligado no (filho) (...) que cada (aparato) tinha uma função para que aos poucos fosse evoluindo e a cada dia ficasse mais forte. Com isso me acalmei para poder passar para ele mais tranquilidade também, que a mamãe e o papai estavam com ele, que tudo iria dar certo.” (Clara, 42a, 28s, 1a6m)

“Procurei aprender o funcionamento de tudo, participar mais, ser sempre positiva, tinha certeza que ele iria se sair bem.” (Clara, 42a, 28s, 1a6m)

“O tempo passado na UTI foi bom, pois pude aprender tudo.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

Ao estarem abertas e interessadas em aprender a cuidar do filho e em entender as especificidades do cuidado de um bebê prematuro, estas mães tiveram uma atitude positiva, buscando maior segurança a respeito da capacidade de cuidar do próprio filho. Esse estado de confiança era transmitido ao bebê, e a mãe ficava conectada a uma sensação de potência.

Para vivenciar a maternidade prematura de modo pleno, algumas mães tiveram de passar por um processo de elaboração da nova realidade, tendo que abandonar as expectativas que existiam antes do parto. Tal como um processo de luto, a possibilidade de viver a nova realidade só foi possível quando a mãe reconheceu e aceitou que havia uma realidade anterior que não poderia mais ser vivida e esperada.

“Eu passei por situações que foram totalmente diferentes do que eu idealizei: o parto normal que não pude nem tentar e não tê-la visto assim que nasceu. Depois veio a dificuldade em amamentar, que culminou com a investigação/ descoberta da alergia à proteína do leite de vaca, o que dificultou o reinício da sucção e me levou a uma dieta zero de lactose para que eu conseguisse amamentá-la. Diante dessas situações eu me dei conta que a minha experiência como mãe estava acontecendo, mas que não adiantava eu ficar presa às minhas expectativas. Eu tinha de viver aquela realidade, me adaptar a ela e o que realmente importava era que ela ficasse bem. Que seria uma questão de tempo para que tudo pudesse ficar mais próximo do que esperávamos. E com todas as adversidades eu estava muito feliz, pois ela foi prematura mas, felizmente, muito saudável.”
(Gil, 38a, 33s, 14a, grifo meu)

Entendemos, assim, que a possibilidade de elaboração e aceitação da nova realidade foi condição para a mãe sentir-se potente na sua função cuidadora.

f.2.1) Amamentação

A possibilidade de amamentar o bebê no seio e/ou extrair o leite para dar ao bebê foi descrito pelas mães como um satisfatório exercício da maternidade.

“Me orgulho dela ter tomado só meu leite na internação, pela minha determinação em tirar leite, por mais incômodo que seja.” (Nádia, 29a, 26s, 1a5m)

“Depois de dois meses começou a mamar no peito, o que foi uma emoção, era tudo o que eu queria poder fazer: pegar ela, dar mamá.” (idem)

“Tirar leite para ele todos os dias e colocá-lo no colo deixaram-me muito forte para suportar tudo com muita paciência e amor” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

“Conseguí manter meu leite 43 dias, antes que ele pudesse ser colocado no peito. Depois ele mamou até mais de um ano”. (Teca, 33a, 31s, 1a10m)

“De madrugada acordava de três em três horas, em casa, para tirar leite (que eu doava), pois esta era uma forma de estimular a produção....Era duro, muito duro acordar de madrugada, recém-saída de um parto, para amamentar uma bomba e pensar no seu filho no hospital (...) parei tudo para ficar bem próxima dele (...) talvez por isso tenha conseguido amamentar EXCLUSIVAMENTE só no peito por seis meses, nem água ele bebia!” (Zela, 36a, 34s, 3a, grifos da mãe)

A amamentação foi sentida como uma grande conquista diante das adversidades da maternidade prematura e as mães sentiam orgulho do próprio empenho. Esta conquista valorizou o exercício da maternidade destas mulheres, principalmente se considerarmos que a amamentação é muito apreciada e desejada do ponto de vista orgânico, emocional e social: a boa mãe é associada à mãe que amamenta. Esses benefícios, é preciso frisar, são tanto para o bebê quanto para a mãe. Pensamos que ao conseguir amamentar seu bebê e usufruir de seus benefícios a mãe prematura tem a sensação de diminuir o déficit em relação à maternidade esperada. Assim, entendemos que a possibilidade de amamentação faz parte da maternidade potente.

g) A maternidade depois da hospitalização: a busca da segurança

Quando o filho recebe alta hospitalar, as mães prematuras vivenciam um momento muito significativo. Com a ida do filho para casa, a maternidade ganha novos desafios e novos sentidos, em uma etapa cheia de expectativas e fantasias. As representações de maternidade potente e impotente continuam presentes neste momento.

“[Com a alta hospitalar] encerrava um ciclo e começaria outro, de muito mais felicidades. Costumo dizer que [o filho] nasceu no dia 03 e renasceu no dia 24 [do mesmo mês].” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

O orgulho da batalha vencida pode ser sentido pela mãe: todo o investimento feito no filho deu certo.

“Falei que íamos conseguir e conseguimos!” (Lola, 27a, 29s, 3a2m)

Várias mães relataram que levar o bebê para casa e vê-lo ocupando seu quarto foi um momento muito marcante, representando a vida podendo ser retomada, entrando no rumo almejado:

“Foi uma emoção muito grande quando eu pude sair com ela nos braços da maternidade e levá-la para casa, apresentar a ela o quartinho dela preparado com tanto carinho!” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“O mais marcante foi o dia que ela finalmente veio para casa, após 53 dias de UTI, poder pegar ela no colo no quartinho, dar banho na banheira, poder fazer coisas que uma mãe faz quando o bebê nasce.” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

É possível pensar que como estas mães receberam alta muito antes de seus bebês, elas tiveram de lidar com o quarto vazio em casa e o dia dele ser ocupado devia ser muito aguardado. A ocupação do quarto é entendida, portanto, não apenas como a ocupação física, mas também como o preenchimento do vazio da função materna.

“As madrugadas eram sem fim, um vazio em casa.” (Gil, 38a, 33s, 14m)

Ainda que, em alguns casos, a ida à casa não deixou de lado as preocupações e riscos da saúde do bebê, nesse momento as mães esperavam poder viver a maternidade tal como ela era sonhada.

“Eu ficava o dia todo com ela no quarto, no colo, junto (...) queria ficar cada segundo ao lado dela, parece que pra compensar sabe?” (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

Entendemos que a carência que precisa ser compensada é de mão dupla: a carência de mãe que ela imagina que a filha sentia e a carência dela mesma em exercer o papel materno. Quando vão para casa com seus filhos há uma busca por sentir a autonomia e a potência da maternidade.

O contato intenso mãe-filho também parece ter a função de aliviar a culpa por não ter podido evitar todo o sofrimento passado.

Estas questões também aparecem no trecho abaixo:

“Não pude ser mãe de fato como imaginei. Sair da maternidade com ele nos braços, dar de mamar logo depois do parto, conhecer seus tracinhos, seu cheiro... Isso tudo me deixou triste e decepcionada. Talvez por isso, quando ele foi para casa, tinha dificuldade de “dividir” ele com as outras pessoas. Queria fazer tudo, apesar do cansaço. Ele sempre dormia sobre meu peito e mesmo dormindo, não largava ele. Não o colocava no seu bercinho de jeito nenhum. Ficávamos grudados mesmo, o tempo todo. Até hoje ele nunca dormiu no seu quarto. Dorme num berço de tela no meu quarto. Tenho pavor de algo acontecer com ele e eu não ouvir, não perceber.” (Helen, 29a, 33s, 1a4m, grifos meus)

A descrição de Helen de como ficou intensamente conectada ao seu bebê nos remete à imagem de uma gestação: parece que existe o desejo de voltar àquele estado e poder terminar o que foi interrompido. Também notamos que a vivência traumática relacionada aos riscos de morte que o filho sofreu a assombram, deixam-na insegura e em estado de alerta, com medo de que algo possa acontecer. A vigilância que era mantida por aparelhos na UTI é assumida pela mãe em casa, uma clara resposta do sistema cuidador ao evento traumático. Este assunto será retomado em seguida.

A ida para casa não foi fácil para algumas mães. Nesse momento veio a percepção de que a prematuridade implica em uma batalha de longa duração, que não termina com a alta hospitalar.

“Quando se é leigo, achamos que após a alta todas as nossas dificuldades acabam, e descobrimos que está apenas começando. (...)

temos que ficar atentos sempre a tudo ao nosso redor e correr contra o tempo buscando ajuda de profissionais da área para correr atrás da idade corrigida e fazer que nosso filho se desenvolva e dê o melhor dele.” (Luz, 33a, 30s, 1a7m)

A constante ida a especialistas médicos, dificuldades com alimentação, frequência a diferentes terapias (fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia, entre outros) foram descritas como parte do cotidiano dessas mães, muitas vezes tachado de *exaustivo*.

A sensação de despreparo ficou evidente no momento em que eram elas, e não mais os médicos, as responsáveis pelo cuidado do filho. Entendemos que a sensação de despreparo também estava relacionada ao medo e à culpa de que algo de errado pudesse acontecer e à representação de maternidade impotente.

“Me senti péssima e completamente despreparada para exercer tal função. Que mãe é preparada para ter e cuidar de um bebê prematuro??? Esses cursinhos de gestantes nem tocam neste assunto, a mídia também não. Então é como se tivesse recebido um ET em casa...” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

“Difícil foi quando fomos para casa, não ter a quem pedir socorro.” (Mia, 30a, 29s, 4a)

A falta de confiança em si e a sensação de estar despreparada para cuidar de um bebê que ainda é frágil, acrescido da sensação de atordoamento dos acontecimentos recentes fizeram com que algumas mães tivessem dificuldade para escutar e valorizar a intuição materna, naturalmente presente no início de toda relação mãe-bebê (Winnicott, 1988/2006; Cramer, 1993). Essa dificuldade denota um sistema de cuidado enfraquecido e impotente.

“Com ela eu tinha medo até de pensar em usar bolsinha para cólicas, ela teve refluxo, vomitava muito, fiquei completamente insegura para qualquer decisão a ser tomada (...) acredito que se ela tivesse nascido a termo, eu não me sentiria insegura. (...) Procurei confiar no pediatra totalmente, seguindo tudo o que ele orientou.” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

Existia a fantasia de que se tivesse tido um bebê a termo sua intuição poderia ser melhor usada. Nas experiências dessas mulheres, marcadas pelo desconhecido,

pelo imprevisto e pela instabilidade, aquilo que o médico preconizava passou a ser o parâmetro materno, ocupando o lugar da intuição materna.

“O dia que ela chegou em casa, morri de medo. A primeira vez que fui cortar sua unha, tirei sangue e chamei a ambulância. A primeira vez que ela chorou a levamos no pronto-socorro.” (Lia, 34a, 27s, 3a10m)

O medo de que algo de errado acontecesse com o filho sob seus cuidados foi tanto que Lia não conseguiu lidar sozinha com situações que, em tese, seriam possíveis de serem contornadas em casa.

Quando a visão de fragilidade do bebê recém-nascido não pode ser abandonada pela mãe, podem surgir comportamentos de superproteção, que abordaremos em seguida.

A restrição de contato com outras pessoas devido à baixa imunidade do filho prematuro foi algo que afetou profundamente estas mães. Por conta desta questão, todo o primeiro ano de vida do bebê, e às vezes também o segundo, foi vivido por algumas mães como uma “segunda internação”. Chamamos dessa forma, pois o impacto de ter de ficar longe do contato social foi muito marcante para algumas delas, que se sentiram enclausuradas, contra a sua vontade.

“Foi bem difícil minha adaptação [em casa], com o bebê pequeno, precisando tomar remédios, não podíamos receber visitas, então fiquei super isolada, não podíamos sair também com ela, então fiquei mais isolada ainda, me desesperei muito, mas procurei enfrentar mais uma vez o problema de frente.” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

“Tive que abrir mão de muita coisa para ser mãe dele (...) acho que foi um dos grandes desafios viver em função dele integralmente.” (Mia, 30a, 29s, 4a)

Mia, Ana e outras mães se referem a terem que deixar de sair de casa e encontrar pessoas, tendo que se afastar inclusive de amigos. Não puderam também voltar a trabalhar, já que os filhos não foram autorizados pelos médicos a frequentar creches e escolas.

Além de se sentirem isoladas socialmente, identificamos que um dos grandes dificultadores do enfrentamento da experiência de ter um bebê prematuro foi o julgamento e não aceitação por parte das pessoas do convívio social da família, a respeito das limitações e cuidados recomendados pelos médicos em relação ao

contato externo. Essas mães sentiam-se julgadas pela forma como cuidavam e protegiam o filho, sendo que isso se configurou uma falta de apoio social importante.

“As pessoas diziam que eu era fresca e que estava colocando a minha filha numa redoma de vidro...no começo eu tentava explicar, mas depois eu deixei pra lá, só dizia que só eu sabia tudo o que havia passado para chegar até ali.” (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

“Venho enfrentando muitos julgamentos. Meu bebê precisou e precisa de alguns cuidados especiais devido à baixa imunidade, por isso sou uma mãe muito protetora e não deixo ele com ninguém, com exceção da minha mãe, que faz tudo conforme peço a ela.” (Dora, 32a, 33s, 1a3m)

“Além de ter passado pela experiência da prematuridade, tive que enfrentar a incompreensão das pessoas. Na verdade ninguém entendeu o não poder receber visitas, o não ter contato com as pessoas e não poder sair...” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

Estas falas indicam que a (falta de) compreensão a respeito da experiência e o conseqüente despreparo por parte da sociedade para lidar com essas questões pode ser desastrosa, em um período em que o apoio social seria uma importante ajuda no enfrentamento.

A dificuldade com a alimentação do filho em casa foi outro tema bastante presente nos relatos: *dificuldade na introdução de alimentos; recusa do filho em comer; preocupação constante com o peso*. Este tema esteve em pauta desde o início da vida, já que uma das questões comuns a todo prematuro é o ganho de peso, e permaneceu sendo um desafio para mães e filhos.

“Quem tem um bebê prematuro fica um pouco neurótica em relação ao peso do filho.” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

Embora a questão da alimentação seja uma preocupação presente na maternidade em geral, na vivência da prematuridade ela tem sentidos próprios: medo da criança não se desenvolver fisicamente; sequela da prematuridade (dificuldade orgânica que algumas crianças podem ter para ingerir alimentos devido à imaturidade e deficiência do aparelho digestivo); medo de adoecimento por falta de nutrientes em um organismo com sistema imunológico deficitário.

O sentido emocional relacionado à recusa dos alimentos pode ser difícil de ser enfrentado: quando o filho recusa o alimento, a mãe interpreta que ele está recusando o cuidado, já que ambos, alimentação e cuidado, aparecem fusionados em termos de significado. Esta sensação de recusa tem o poder de abalar a sensação de eficiência da função materna (Cramer, 1993).

Quando as mães observavam que seus filhos estavam se comportando tal como o esperado para uma criança “normal” elas acreditavam que este era um sinal de que estavam desempenhando bem seu papel, trazendo a sensação de competência:

“As coisas mais importantes tenho tido sucesso, ela dorme na cama dela, no quarto dela, adormece sozinha, não preciso fazê-la dormir, devagar vou conseguindo lidar com as dificuldades.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

Parece que Bia sente que foi conseguindo aproximar-se da experiência de outras mães, que não necessariamente passaram pelo que ela passou. Este desejo de normalizar a experiência da maternidade foi percebido nos relatos das participantes.

A ansiedade a respeito do desenvolvimento do filho após a alta hospitalar foi uma reação quase onipresente nos relatos destas mães, confirmando que as sequelas de um nascimento prematuro são, além do risco de morte, uma das maiores preocupações. As expectativas referentes às aquisições motoras e cognitivas, principalmente, foram observadas como causa de constante apreensão.

A busca por uma confirmação de que as dificuldades foram superadas e que estava tudo bem com o filho virou parte da rotina materna, mesmo já tendo decorrido um certo tempo do nascimento.

“Ele é inteligente e me surpreende a cada dia.” (Cloe, 32a, 26s, 2a9m)

A surpresa diária é um prazer reconfortante de que tudo vai bem!

Entendemos, assim, que, diante da experiência vivida, cheia de incertezas e possibilidades negativas, a necessidade de confirmar o contrário passou a habitar a mãe.

“Muito marcante foi vê-lo fazendo coisas do cotidiano de um bebê que nós pensávamos que ele fosse fazer com muito atraso.” (Olívia, 30a, 30s, 1a7m)

“Hoje em dia pouco resta daquele ser frágil que eu vi pela primeira vez.” (Lola, 25a, 29s, 3a2m)

Os marcos concretos de desenvolvimento (sentar, engatinhar, andar, falar) resumem os relatos dos momentos marcantes vividos por essas mães nos meses e anos posteriores à alta hospitalar.

“Desde o primeiro sorriso, o primeiro sentar, ficar em pé, tudo tinha significados duplos: que ele estava bem e que não tinha sequelas até ali.” (Teca, 33a, 31s, 1a10m)

“Quando ela começou a falar foi maravilhoso pois vimos que ela não teria nenhuma sequela na fala...quando ela começou a andar foi uma festa, pois ela andou tarde, com 1 ano e 10 meses e vimos que ela não teria sequelas motoras.” (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

“Ver seu filho vencer as barreiras, etapas do desenvolvimento, é algo inexplicável.” (Nina, 33a, 26s, 1a6m)

Entendemos que a necessidade de ter essas confirmações frequentes é parte da vigilância do sistema cuidador, que está sempre em busca da mensagem: “está tudo bem, fique tranquila”. Essas mães já experienciaram o “não está tudo bem” e, como as consequências da prematuridade só podem ser totalmente conhecidas a longo prazo, é de se convir que o medo e a ameaça de sequelas possam estar sempre de pano de fundo.

“A cada momento aparecem obstáculos, mas a cada vitória a alegria é imensa.” (Cloe, 32a, 26s, 2a9m)

“Sou uma mãe coruja. Todas as novidades são motivos para comemoração.” (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

Fica claro que, ao mesmo tempo em que a ansiedade da espera está presente na relação com o filho, as alegrias das conquistas também podem fazer parte desse relacionamento.

h) A experiência da prematuridade como fator de fortalecimento do vínculo

A experiência da prematuridade foi considerada como responsável pela aproximação afetiva entre mãe e filho para muitas participantes deste estudo, podendo ser considerada um fator de fortalecimento do vínculo.

O sofrimento, a intensidade das experiências, o alto nível de investimento emocional, a possibilidade de perda, a luta pela vida e a superação foram considerados elementos que fortaleceram e agregaram importância tanto à existência dos filhos, quanto à relação mãe-filho.

“Sem dúvida percebo que há um laço entre nós três (eu, meu marido e meu filho) extremamente forte em função desta experiência.” (Zela, 36a, 34s, 3a)

“Somos muito unidas, mesmo que no início eu tenha tido medo de amá-la.” (Lola, 25a, 29s, 3a2m)

“A prematuridade tornou o vínculo mãe e filha ainda mais forte.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

Podemos destacar que, ao mesmo tempo em que a vivência da prematuridade fortaleceu o vínculo materno, o próprio vínculo foi entendido como facilitador do enfrentamento das dificuldades.

“Nos amamos mais que tudo nesta vida, somos o ar um do outro. Na gravação do parto, vi que quando o pediatra o trouxe, ele estava chorando. Imediatamente passei meu nariz pelo narizinho dele, e ele parou de chorar. Acho que nesse momento nossos corações fizeram um pacto, uma aliança.” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

Assim como outras experiências emocionais intensas, a vivência dessas mulheres pode ter a força de ressignificar não só os papéis e relações atuais, mas também as antigas. A ressignificação é parte do processo de elaboração desse tipo de experiência e pode ser considerada um ganho, ao lado da sensação de superação.

“Todo esse sofrimento fortaleceu o laço mãe e filha. Cresci muito como filha, mãe e mulher.” (Nina, 33a, 26s, 1a6m)

Segundo Parkes (2009) aqueles que superam experiências difíceis podem sentir-se mais fortalecidos e enriquecidos em termos de experiências emocionais. Os laços entre as pessoas que passaram juntas por uma situação extrema podem ficar envolvidos por esta força, destacando esta relação das demais, que não passaram pela mesma experiência.

i) O que é ser mãe prematura? Representação da mãe prematura

A vivência da prematuridade possibilitou que as mães significassem seu papel de distintas formas. Identificamos quatro representações da mãe prematura, que refletem como elas avaliam que a experiência as impactou e as transformou, sendo que uma mesma mãe pode ter mais de uma representação a este respeito.

i.1) Profissão mãe

A vulnerabilidade e/ou deficiência do organismo do filho e consequente necessidade de cuidados especiais fez com que as mães participantes deste estudo fossem chamadas a ocupar o lugar de cuidadora em tempo integral.

“Nada tem mais importância para mim, apenas a saúde e desenvolvimento do meu filho. (...) Ficamos grudados 24 horas, faço tudo por ele.” (Dora, 32a, 33s, 1a3m)

“Eu dedico a minha vida hoje a criar e educar meu filho, passo o dia com ele e não aceito delegar minhas tarefas de mãe a outra pessoa, e as faço com muito prazer e sei que sabe disso.” (Alice, 30 a, 28 s, 4 a)

“Desde que ela nasceu sou mãe 24 horas por dia, não tive coragem de deixá-la com babá.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“Fiz de tudo para ser a melhor mãe do mundo, se ela não podia sair de casa, eu muito menos (...) até os onze meses minha filha não sabia o que era (ser cuidada) por qualquer pessoa que não fosse eu. Faria tudo de novo, com a mesma dedicação.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

Algumas delas não voltaram a trabalhar para ficar com os filhos.

“Hoje sinto que tenho um problema em ficar longe dela (...) se ela tivesse nascido de 9 meses, ela iria para a creche com 4 meses. Como ela nasceu antes e eu parei para cuidar dela, isso de certa forma nos fez mais unidas.” (Julia, 27a, 26s, 2a11m)

“Por ele ter sido prematuro, eu e ele tivemos a chance de conviver muito mais, comparado as outras mães que ao final da licença já colocam seus filhos em creches.” (Clara, 42a, 28s, 1a6m)

Ao assumirem integralmente os cuidados do filho estas mães avaliam a si próprias como boas mães, e orgulham-se por serem tão dedicadas. O papel materno traz um senso de competência às suas vidas, que fortalece a autoestima e passa a representá-las: Profissão: mãe!

“Sinto-me realizada e com uma missão de cuidar da minha filha.” (Nina, 33a, 26s, 1a6m)

“Antes eu era uma pessoa mais ou menos, hoje sou inteira.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

“Ter um filho é para dar um sentido na vida da gente.” (Clara, 42a, 28s, 1a6m)

“Me sinto mais importante por ter sido importante para o meu filho. Nunca fui excelente em nada na vida e com ele eu consegui ser!” (Yara, 26a, 23s, 1a9m)

No entanto, também é possível entender que algumas mães possam se ressentir por terem que se dedicar exclusivamente à maternidade, principalmente pelas condições envolvidas em ser mãe prematura:

“Ela é realmente a razão da minha vida, faço tudo para ver ela bem e feliz, mas as vezes fico cansada, triste, pois deixei de lado a minha vida para poder ter e ver ela crescendo forte, fico sempre na expectativa das novidades que ela apresenta a cada dia que passa e que em breve vou poder voltar ao meu trabalho e ter um pouco de “eu” de volta.” (Ana, 30 a, 28s, 1a5m)

Neste sentido, percebemos que Ana aponta para a necessidade de alternar os comportamentos de cuidado com comportamentos de distanciamento para poder dedicar-se a outras atividades, o que faz parte da dinâmica saudável do sistema de cuidado.

i.2) A mãe amada

Algumas mães recorreram ao olhar do filho e à importância que elas imaginavam ter na vida dele, para descrever uma das representações da mãe prematura: a mãe amada pelo seu bebê. Trazem nesses relatos uma ideia básica da Teoria do Apego associada às relações de segurança entre mãe e bebê: o encontro

que se dá entre os sistemas afetivos de apego e de cuidado, em que o bebê quer estar junto da mãe e a mãe quer estar junto do bebê.

“Amo sentir que sou necessária, fundamental na vida dele. Diria até que sou centralizadora demais. Faço tudo para ele, acabo não delegando coisas ao meu marido. Mas me faz bem fazer as coisas para ele.” (Clara, 42a, 28s, 1a6m)

Ao passo que esta representação pode estar associada a qualquer vivência de maternidade, entendemos que é importante mencioná-la neste trabalho, já que, para essas mães, é resultado de sua experiência.

“Um amigo verdadeiro, que me ama e que sempre estará ao meu lado.” (Eva, 34a, 26s, 1a4m)

“Sou a pessoa mais importante na vida do meu filho.” (Alice, 30a, 28s, 4a)

“Eu sinto o amor dele da mesma forma que transmito o meu a ele (...) posso afirmar que o que ele me dá é tão grande quanto o que dou a ele.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

“Quando eu saio de casa ela fica chorosa, o que é um amor.” (Nádia, 29a, 26s, 1a5m)

“Ele ainda não me troca por ninguém.” (Yara, 26a, 23s, 1a9m)

A mãe se realiza ao sentir que é importante e indispensável na vida do filho. Esse reconhecimento fortalece sua percepção de que cumpre bem seu papel materno o que traz a sensação de eficiência e potência.

i.3) A mãe forte

Quando perguntamos às mães em quais aspectos elas mudaram após terem passado pela experiência da maternidade, a maioria se referiu a uma mudança pessoal dentro de uma perspectiva positiva: *sentem-se pessoas melhores, mais capazes de aproveitar a vida, de valorizar pequenas coisas, apegadas às pessoas, pacientes, humanas, flexíveis e compreensivas*. No entanto, a percepção de fortalecimento dos recursos internos foi a mudança mais destacada.

“A experiência de ter um bebê prematuro em muitos pontos foi bastante delicada, mas em outros me tornou uma rocha! Hoje sou muito mais mulher e mãe.” (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

“As complicações com meu filho fizeram com que eu fosse mãe de repente. Mãe mesmo, daquelas que faria qualquer coisa para salvar a vida do filho.” (Teca, 33a, 31s, 1a10m, grifos meus)

“Ser mãe de um bebê prematuro me fez mais forte, mais determinada e confiante.” (Alice, 30 a, 28 s, 4 a)

“Me sinto mais forte por saber que consegui superar tudo (...) e mais fragilizada com medos que antes eram bem menores.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“Ela [filha] ganhou uma mãe mais forte que, apesar do medo de perdê-la – e este medo sempre nos assombra – não se abate mais com pouca coisa.” (Gil, 38a, 33s, 14m)

“Hoje me sinto plena, poderosa, grande, importante...tenho meus medos e meus receios, mas a grandeza que sinto em meu ser é gigantesca (...) perdi o medo de tudo (...) nada mais me segura.” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

A percepção de fortalecimento foi relacionada à capacidade de enfrentamento e superação dos obstáculos vivenciados, embora também se percebam tendo maior clareza a respeito da fragilidade da vida.

i.4) Mãe superprotetora ou mãe assustada?

Como apontamos anteriormente, a intensa necessidade de proximidade da mãe com o filho retratada pelas participantes é uma resposta do sistema cuidador materno que precisa certificar-se que o filho está em segurança. Uma vez que os filhos estiveram em situação ameaçadora e elas estiveram impossibilitadas de comportar-se de acordo com seus instintos protetores, acreditamos que, além da vigilância já mencionada, os cuidados exclusivos e ininterruptos que sucedem o período crítico vivido durante a hospitalização são comportamentos de um sistema cuidador que não é facilmente desativado. A avaliação materna permanece conectada à percepção de fragilidade e vulnerabilidade do bebê recém-nascido, o que pode estar por trás dos comportamentos de superproteção.

“[a prematuridade] afeta no fato de querer protege-la ainda mais. Por achar que ela é frágil, mas na realidade ela é muito forte, por tudo o que passou.” (Karen, 31a, 35s, 1a4m)

“A prematuridade sem dúvida, me fez amar ainda mais meu filho e a ter uma superproteção em relação a ele. A gente fica na cabeça que ele já passou por tantas coisas, que não queremos que ele sofra mais. (...) nós pais prematuros temos a tendência de superproteger e retardar o desenvolvimento dos pequenos.” (Luz, 33a, 30s, 1a7m)

A superproteção pode ser entendida como uma tentativa de readquirir o controle perdido com o parto prematuro e o período de fragilidade e risco do bebê.

Acreditamos que há situações em que a proteção não é superestimada, mas uma necessidade real da criança ainda com o sistema imunológico frágil, como vimos quando falamos sobre a restrição de contato com a criança, por exemplo. Por outro lado, independentemente da vulnerabilidade do filho ser uma questão real ou não, na avaliação da mãe tais cuidados são necessários.

Para esta discussão, vejamos os seguintes relatos:

“As pessoas falam que sou superprotetora. Mas não concordo com este termo não. Me defino como uma mãe assustada, que quase perdeu a vida e o seu bebê, que passou por momentos terríveis ao conhecê-lo todo entubado, que teve de conviver com a incerteza, que teve de aprender a rezar diante da sua impotência em relação ao seu bem mais precioso. A mãe do prematuro, antes de mais nada, precisa vivenciar o luto: é fundamental que ela enterre aquela criança cor de rosa e bochechuda que esperava, para deixar nascer aquele ser frágil, miúdo, magrinho e inconstante que veio ao mundo. Então, quando dizem que as mães de UTI são superprotetoras, caio em cima e compro briga. Essas mães tinham de receber amparo e assistência profissional especializada. As pessoas pensam que, com a alta, tudo o que aconteceu deixa de existir e não é bem assim. Tudo o que vivenciamos lá dentro permanece na nossa memória, em nosso inconsciente e também em nosso coração. Dessa forma, quando a nossa criança cai ou tem uma gripinha, somos remetidas ainda que inconscientes àquela experiência. Na UTI deixamos nossos filhos ao

encargo de pessoas que não conhecemos, sabendo que a vida deles também depende dessas pessoas (...) te rotulam erroneamente como superprotetora sem sequer conhecer sua história.” (Rita, 37a, 32s, 4a3m, grifos meus)

“Sempre disse que todas as mães são muito preocupadas, porém, descobri que mães de prematuros são “perturbadas”. Depois, da alta enfrentamos o medo da perda devido à exposição da criança ao mundo que sabemos é repleto de vírus e bactérias que um prematuro extremo não pode ter.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

O que poderia ser chamado de superproteção é simplesmente uma proteção baseada em uma avaliação do sistema cuidador que entende que o filho precisa de mais cuidados do que seria o “normal”, devido à fragilidade orgânica e à intensidade de experiências passadas que devem ser evitadas a qualquer custo. As mães não apenas querem evitar que os filhos fiquem doentes, elas querem passar a quilômetros de distância disso e, para tanto, mantêm o sistema de cuidado permanentemente ativo. Uma gripe, para estas mães, ainda não é apenas uma gripe.

Dessa forma concluímos que há uma representação da mãe prematura que denominamos de “mãe assustada”, que parece um termo mais fiel a como estas mães se veem na função materna, ainda que o comportamento destas mães seja de superproteção.

j) A elaboração contínua da prematuridade

A presença de sequelas e dúvidas a respeito do desenvolvimento do filho podem manter o enfrentamento da experiência da prematuridade em estado ativo.

“Aquele desassossego constante, aquela pontinha de tristeza e preocupação, aquele medo velado, estas são as sensações que me acompanham 24 horas por dia durante os sete dias da semana.” (Paula, 36a, 25s, gemelar, 2a8m)

“Seguirei preocupada se ela não vai ter alguma dificuldade escolar por ser prematura, se não vai ser muito baixa, ela ainda segue bem abaixo nos gráficos.” (Nádia, 29a, 26s, 1a5m)

“Meu maior problema era em ficar comparando o desenvolvimento dele com as outras crianças não prematuras, até hoje infelizmente faço isso.” (Alice, 30 a, 28 s, 4 a)

A expectativa materna é incrementada pelo olhar externo:

“Até hoje (é difícil lidar com) a ansiedade das pessoas próximas, principalmente familiares, nos progressos da minha filha.” (Paula, 36a, 25s, gemelar, 2a8m)

Quando o filho apresenta sequelas da prematuridade e a mãe fica identificada mais com a falta que com as conquistas, o vínculo pode ser afetado pela frustração e pelo excesso de preocupação com o que está por vir.

“Demorei bastante tempo a me sentir verdadeiramente mãe, os cuidados extremos com o bebê prematuro não permitem que aquele momento seja prazeroso, estamos sempre cuidando, observando atentamente e temendo que algo possa acontecer.” (Paula, 36a, 25s, gemelar, 2a8m)

Identificamos, na fala acima, que o desejo de que as coisas pudessem ter sido diferentes ainda permanece, impedindo a entrega da mãe a essa relação tal como se apresenta. Assim, entendemos que no enfrentamento das consequências da prematuridade há um processo de luto que vai sendo elaborado ao longo do tempo, tal como já havíamos apontado.

“As pessoas que convivem comigo dizem que me mantive forte e tranquila, mas até hoje me vejo entre o luto da filha que esperava ter e a que recebi em meus braços.” (Paula, 36a, 25s, gemelar, 2a8m)

No processo de elaboração da prematuridade, que ainda está em andamento, a aceitação do que aconteceu e o reconhecimento daquilo que se tem coabitam com a dor da experiência.

“A simples presença dela ao nosso lado já é motivo de alegria e agradecimento, mas ao mesmo tempo nos pegamos várias vezes pensando se no futuro ela irá andar ou poderá cursar uma escola normal e acho que esta ansiedade acaba por nos distanciar um pouco.” (Paula, 36a, 25s, gemelar, 2a8m)

Apesar de não pretendermos analisar especificamente o caso de Paula, conforme visto nas análises das categorias anteriores, sabemos que o receio de

vincular-se aos bebês durante a gestação de risco e o luto pela perda de um dos seus bebês podem ser fatores dificultadores da experiência dela.

No entanto, o impacto da experiência da prematuridade não pode ser medido pela quantidade e nem pela intensidade e dificuldade dos acontecimentos: o que manda, nessa experiência é o significado de tudo o que foi vivido.

Para exemplificar esta afirmação, escolhemos as falas de Isis (32a, 24s, gemelar, 2a) a outra mãe que perdeu um dos bebês e descreveu sua experiência com maiores detalhes.

“Minha garota passou por muitas apneias, infecção no rim, sopro no coração, sangramento cerebral grau II, ficou 30 dias entubada (...) e muitos dias com oxigênio circulante na incubadora e precisou fazer muitas transfusões de sangue devido a anemias da prematuridade. Porém, não posso dizer que sofri extremamente na UTI neonatal, na verdade descobri que este tipo de UTI não significa o fim, mais sim por muitas vezes o início. Fiquei muito próxima de minha filha querida, estive com ela em todos os momentos, vi sua luta pela sobrevivência na vontade de estar ao meu lado. Pude dar banho depois de muito tempo e quando a peguei no colo pela primeira vez foi a maior emoção de minha vida. Quando recebemos alta, depois de 84 dias de UTI e mais 2 dias de quarto, tive a maior alegria de minha vida e ao mesmo tempo a maior preocupação em ser a melhor mãe do mundo para não colocá-la em riscos.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

Apesar das várias intercorrências com a filha e da perda de um dos bebês Isis conseguiu enfrentar e aprender com a experiência, relacionar-se intensamente com a filha, reconhecer as lutas e conquistas da mesma e se apropriar do papel materno. Ao mesmo tempo, há uma parte da experiência que tem significado e processo de elaboração distintos:

“E assim tenho vivido sem pensar, porque a cada vez que volto a me lembrar dele (filho que morreu) ainda tenho crises de choro.” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

Assim, finalizamos esta etapa da análise, ressaltando o caráter individual e processual da elaboração da experiência da prematuridade, que pode permanecer ativa por bastante tempo, ao lado dos sinais de recuperação.

“Todos os anos quando chega a época de aniversário dela eu revivo todos os medos e angústias (...) sinto tudo de novo.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“Ainda hoje, (...) não consegui compreender realmente tudo o que aconteceu, apenas sei que aconteceu...” (Isis, 32a, 24s, gemelar, 2a)

“Se eu disser que me recuperei totalmente vou estar mentindo, fica uma marca, que vai desaparecendo com o tempo.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

7. Discussão

A compreensão das experiências de maternidade por meio da análise de conteúdo dos questionários respondidos pelas 28 mães participantes deste estudo direciona a discussão a seguir, a respeito das repercussões da prematuridade na maternidade.

A idealização da maternidade e o funcionamento do sistema cuidador

A ênfase dada aos cuidados pré-natais pode ser compreendida de distintas maneiras. Uma vez que esta pesquisa fez referência a uma experiência retrospectiva, isto é, as participantes escreveram sobre situações vividas no passado, é preciso levar em conta que quando as mães relataram sobre a experiência de antes do parto prematuro elas já haviam vivenciado o momento do nascimento de seus filhos. Assim, além de considerarmos que a internalização subjetiva dos acontecimentos interfere na memória do fato em si, o grande destaque dado aos cuidados durante a gravidez pode ter sido uma forma de realçar o aspecto imprevisível e descontrolado da prematuridade que veio depois. O realce das expectativas em relação à vivência da maternidade e ao “bebê gordinho” também pode ser entendido como forma de dimensionar a frustração diante da experiência diferente da imaginada.

Resumindo as expectativas e significados em relação à maternidade durante a gestação, temos:

- Expectativa de uma experiência perfeita.
- Maternidade como realização de um sonho.
- Gestação representada como estado de plenitude.
- Expectativas positivas em relação a si mesma enquanto mãe.
- Amor e cuidado associados entre si e ao papel materno.
- Cuidados durante a gravidez: garantia de controle sobre os acontecimentos; condições normais da gestação foram ressaltadas.
- Expectativa em relação ao filho: bebê saudável, bebê gordinho.

Apesar de algumas mães terem apresentado expectativas menos idealizadas em relação à maternidade, para grande parte das mães a expectativa esteve ligada a uma ideia de perfeição e controle.

Pudemos observar que o sistema de cuidado materno se manifesta antes mesmo da existência concreta do bebê. A partir de um modelo de cuidado internalizado, as mães ressaltaram todo o esforço e cuidado que tiveram com a gravidez, com objetivo de garantir o êxito da experiência da gestação e nascimento, o que está de acordo com o apontado por Brazelton e Cramer (1991).

A preocupação materna de fazer o bem ao bebê e evitar o que pode fazer-lhe mal reflete a atividade do comportamento de cuidado materno se ocupando das necessidades de proteção do filho gestado. Em paralelo ao desejo de cuidar do bebê, entendemos que há também o desejo de se sentir boa mãe: dedicada, adequada, responsável, cuidadora e amorosa. Afirmamos, portanto, que a idealização da maternidade e a sensação de controle durante a gestação podem ser sinais de atividade do sistema de cuidado que está em desenvolvimento.

Ao fazermos esta afirmação, queremos enfatizar que a chegada do bebê ao mundo foi esperada de acordo com um modelo operativo interno que dizia que tudo iria funcionar a contento, protegendo o psiquismo materno diante do medo do desconhecido e da possibilidade de fracasso. Em gestações normais, isto é, sem a evidência concreta de problemas, dificuldades não foram consideradas pelas mães. Na constituição fantasiosa do bebê gestado não há espaço para aquilo que pode dar errado: a fantasia é composta por promessas de conquistas, realizações e satisfação dos desejos maternos, tal como afirmaram Ferrari e Donelli (2010). Esperar algo diferente disso seria, portanto, um contrassenso do sistema biológico e afetivo.

A demonstração do cuidado que tiveram antes do parto também pode ser entendida como uma forma de lidar com a culpa sentida por não terem podido levar a gestação a termo. Ao pensar que fizeram tudo o que podiam para ter uma gestação saudável, essas mães tentam expiar uma culpa que elas mesmas não abandonam. Segundo Brazelton e Cramer (1991), as mães se culpam pelo nascimento prematuro do bebê mesmo que muitas vezes não reconheçam e verbalizem, sendo esse um temor que existia antes mesmo de ele acontecer.

O nascimento prematuro do bebê choca-se de frente com toda a idealização a respeito da maternidade. Representa, pelo menos em um primeiro momento, a

frustração e o fracasso de um modelo internalizado de cuidado, repercutindo no processo de transição para a maternidade.

A potência e a impotência na vivência da maternidade prematura

O sistema de cuidado materno, que já dava sinais de atividade enquanto estava em desenvolvimento durante a gestação, é também observado logo após o nascimento prematuro do bebê. Isso acontece porque a sensação de que a separação mãe-bebê é precoce e violenta, somada ao risco de morte e sequelas do bebê prematuro tem o poder de ativar na mãe a função primordial do sistema cuidador: a necessidade de proximidade e proteção. O fato de o filho estar em situação de risco e vulnerabilidade e ser afastado da mãe são fatores potencialmente desencadeadores de uma intensa necessidade da mãe de querer estar próxima de seu bebê.

Porém, por meio das experiências relatadas pelas participantes, pudemos entender que a condição de saúde do bebê prematuro ao nascer impediu que comportamentos de cuidado materno fossem exercidos imediatamente. Muitas vezes as mães não puderam nem mesmo ter comportamentos de olhar, ouvir ou tocar o bebê logo após o parto, tendo em vista que este tinha urgência em receber cuidados intensivos. A função do sistema de cuidado foi afastada da mãe num primeiro momento, diante da existência de conhecimentos médicos e tecnologia capazes de suprir as necessidades de um organismo que ainda não terminou de se desenvolver. Assim, o que deveria ser uma função natural e adaptativa da mãe foi transferida temporariamente para médicos e máquinas, e a intuição materna, que é parte do sistema que avalia a necessidade ou não de ter comportamento de cuidado, não pode ser imediatamente escutada. É importante acrescentar que as mães que estavam com a pressão arterial muito alterada, correndo inclusive risco de morte, tiveram que receber cuidados médicos urgentes, o que também foi um impeditivo para que pudessem ter comportamentos de cuidado logo após o parto.

Uma vez que o cuidado médico com o bebê foi estabelecido e as mães se recuperaram do parto, elas passaram a ter a possibilidade de se apropriar do papel materno e ter comportamentos de cuidado com o bebê. Neste momento algumas mães puderam se conectar a intuição materna e adentrar em seu papel, ainda que

com a presença dos limites orgânicos do bebê e do ambiente hospitalar. Outras, no entanto, mostraram ter dificuldade de vivenciar a maternidade diante de tais limitações. Considerando estas diferentes vivências, pudemos destacar duas representações a respeito do exercício da maternidade: representação de maternidade potente e representação de maternidade impotente.

Representação de maternidade potente como reflexo de mecanismos de enfrentamento saudável

Com o intuito de resumir as características da maternidade potente levantadas na análise de conteúdo, destacamos:

- Comportamentos de cuidado considerando os limites da saúde do bebê e ambientais, tais como: estar presente, olhar, falar, cantar, tocar e carregar, quando permitido. Extrair leite para dar ao bebê ou para manter a produção de leite também foi um comportamento do sistema de cuidado que favoreceu a sensação de potência materna.
- Sentir prazer e afeto enquanto tem comportamentos de cuidado.
- Reconhecer a comunicação e a ligação afetiva que se estabelece ainda com o bebê na incubadora e depois fora dela.
- Ter fé e rezar.
- Aprender com a equipe de saúde a respeito dos cuidados com o filho prematuro.
- Sensação de satisfação e competência ao cuidar do filho em casa.
- Sensação de que o investimento no filho ajudou na recuperação e desenvolvimento dele.
- Foco na evolução, desenvolvimento e conquistas do filho.

A principal característica da representação da maternidade potente na experiência da prematuridade é a percepção materna da eficiência do sistema cuidador. A experiência dessas mães foi marcada pela compreensão de que havia algo importante que só elas podiam fazer: a presença, a voz, o toque e a fé foram assumidos como manifestações de cuidado que podiam ajudar na recuperação do filho.

Pudemos observar que, ao valorizarem aquilo que era possível fazer na situação que se apresentava, as mães sentiram-se satisfeitas em relação ao exercício do papel materno naquele momento. A percepção de que a vinculação mãe-bebê estava acontecendo mesmo diante dos limites da interação também fez parte da representação de maternidade potente.

Entendemos que a representação de potência indica a existência de modelos operativos internos flexíveis, por meio dos quais a mãe pode avaliar que os comportamentos de cuidado possíveis eram os comportamentos adequados para aquele momento. Além disso, se considerarmos que os modelos operativos internos refletem o funcionamento de mecanismos de defesa do indivíduo (Mayseless, 2006), podemos sugerir que a representação de potência protege o psiquismo materno de ser tomado pela angústia e ansiedade intensas que a prematuridade e suas consequências podem gerar.

Neste sentido, compreendemos que a representação de maternidade potente revela a existência de mecanismos de enfrentamento saudável da experiência da maternidade prematura, trazendo segurança e sensação de controle em relação ao desempenho da função materna de cuidado, o que repercute direta e positivamente na formação do vínculo mãe-bebê. Destacamos também o aspecto de integração do mecanismo de enfrentamento, uma vez que as dificuldades foram vivenciadas juntamente com a sensação de realização da maternidade.

O dia em que essas mães puderam pegar seu bebê no colo foi considerado por elas uma etapa importante da vivência da maternidade na UTI. Sobre esse momento de contato físico e afetivo trazemos as ideias de Winnicott (1988/2006), que diz que dar colo é uma extensão direta do comportamento de cuidar e dar segurança ao bebê, o que entendemos que potencializa o papel materno, tal como proposto por Bowlby (1969/1993). Essa sensação também foi observada quando os filhos puderam ser levados para casa.

A amamentação e a extração de leite fizeram parte da visão positiva da maternidade. A possibilidade de alimentar o bebê com leite materno foi valorizada pelas participantes deste estudo, representando o cuidado com o bebê e a satisfação com o desempenho da função materna. Estes achados estão de acordo com o que apontou Sweet (2008) e são parte importante da constituição da representação da maternidade potente.

Conseguir amamentar significa para a mãe que o sistema cuidador está funcionando a pleno vapor: usar uma parte do próprio corpo para acalmar e nutrir o bebê traz sensações de completude e eficiência do cuidado materno. Segundo Sweet (2008), amamentar é algo que as mães de bebês prematuros querem fazer e, mais do que isso, *precisam* fazer para sentirem-se conectadas à identidade materna e à identidade feminina: a amamentação é vista como uma obrigação da boa mãe e uma obrigação de gênero.

A imagem da boa mãe é transmitida socialmente e se integra, em maior ou menor grau, às representações internas que a mãe tem a respeito de si mesma neste papel. Segundo Sweet (2008), a boa mãe é aquela que se sacrifica pelo filho colocando o bem estar dele em primeiro lugar¹⁶, está sempre presente, demonstra amor incondicional e cuida da criança permanecendo calma, paciente e com controle das próprias emoções. Essas expectativas parecem ser comuns às mães em geral, o que apenas torna a tarefa de ter de corresponder a esta imagem um peso a mais, além de ter de lidar com as dificuldades da prematuridade.

A amamentação de bebês prematuros dentro da UTI possui um sentido especial segundo Sweet (2008): a mãe faz algo em benefício de seu filho que ninguém da equipe médica pode fazer. Tal como observamos em relação a outros comportamentos de cuidado, a mãe sente ter um papel definido e de grande importância quando pode amamentar seu bebê, já que a maioria dos cuidados no período de hospitalização não é ela quem realiza. Essa é uma forma de sentir-se segura e com algum controle da situação, o que também continuou sendo buscado depois do período de UTI.

Pudemos observar que prover leite para ser dado ao bebê por outras vias também foi valorizado pelas nossas participantes. Segundo Sweet (2008), esta é uma forma que as mães prematuras encontram para sentirem-se úteis e próximas de seus bebês, assim como na amamentação. A autora (idem) também encontrou mães prematuras que não puderam amamentar, mas que sentiram-se satisfeitas apenas com a tentativa, tal como apontamos anteriormente.

A importância de salientarmos o comportamento de amamentar o bebê - e o mesmo vale para outros comportamentos de cuidado, tem como objetivo discutirmos

¹⁶ A expressão em inglês '*best for baby*' é utilizada para as recomendações que visam àquilo que é o melhor para o bebê.

alternativas para que as mães e seus bebês prematuros comecem bem seu relacionamento, apesar do cenário adverso. Assim, há duas situações a explorar.

A primeira, e mais óbvia, é a necessidade de apoiar as mães de bebês prematuros para que possam dar leite materno a seus bebês, seja pela amamentação no seio, seja por outros meios, aquilo que for possível. Destacamos a importância de um trabalho conjunto de toda a equipe de saúde, para que esta viabilize, facilite e valorize essa prática materna.

A segunda situação a ser destacada é quando a amamentação e extração de leite não são viáveis por questões relativas à mãe e/ou ao bebê. Nessas situações a mãe pode sentir que falhou em sua obrigação e perde a possibilidade de sentir a potência que essa experiência propicia. Assim, quando a amamentação não acontece, outras formas de interação e cuidado da mãe com o bebê devem ser exploradas e valorizadas, a começar pela equipe médica.

Ao enfatizar que a amamentação não é obrigatória e o contato íntimo, como segurar e estar presente, é mais importante que a amamentação concreta, Winnicott (1988/2006) livra mãe e bebê do sofrimento e da marca de um começo “errado”. O autor aponta que do ponto de vista psicológico é mais importante se outros aspectos vão bem, que se amamentou ou não. Nesse sentido, é preciso rever a pressão de profissionais de saúde e da sociedade em torno da amamentação, bem como valorizar, por exemplo, a alimentação com leite artificial, quando esta é a possibilidade mais interessante para a dupla mãe-bebê. Para Winnicott (1988/2006), embora o seio seja mais poderoso e imediato para trazer a sensação de gratificação do papel materno, é possível transpô-la para a mamadeira, com o que estamos plenamente de acordo.

O mesmo raciocínio pode ser empregado diante de outras limitações de cuidado durante a vivência da maternidade prematura. Encontrar alternativas que favoreçam a percepção da potência materna deve fazer parte do planejamento de intervenções precoces e preventivas da equipe de saúde com essa população, tal como continuaremos apontando no decorrer desta discussão. Nesse sentido pensamos que o *best for baby* deve incluir a perspectiva da díade, não só do bebê.

As manifestações de potência em relação ao exercício da maternidade vivida na UTI estiveram relacionadas à percepção de potência do recém-nascido prematuro. As representações nominadas “o meu bebê” e “o bebê potente” denotaram uma visão positiva e integrada do filho, tal como a representação da

maternidade potente. Apesar do reconhecimento da fragilidade orgânica do bebê, as mães também puderam reconhecer as necessidades e qualidades do mesmo. Essas mães se referiam a seus filhos de forma afetiva, apresentando-os como indivíduos ativos e com capacidades próprias. Em ambas as representações observam-se, portanto, a condição materna de ajustamento da expectativa à realidade, a partir da qual o filho real pode ocupar seu lugar de bebê desejado e amado.

Essa constatação vai ao encontro dos estudos de Steinberg e Pianta (2006) que identificaram que a capacidade de falar a respeito das aquisições de seus bebês e as representações mentais prazerosas a respeito do cuidar influenciam positivamente a interação mãe-bebê. Moura et al. (2004) observaram que quanto mais as mães veem seus bebês como competentes, mais interagem e se comunicam com eles. A potência percebida no bebê é, então, parte da representação de maternidade potente e favorece o exercício da maternidade e o desenvolvimento do relacionamento presente.

Em uma situação em que a mãe reconheça as capacidades e a potência do filho, podemos imaginar que há maior possibilidade de que os comportamentos de apego dele sejam adequadamente compreendidos e os comportamentos de cuidado materno sejam também adequadamente ativados, situação que contribui para o desenvolvimento de um vínculo de confiança entre mãe e bebê, e para a segurança do apego na criança. Além disso, a experiência de potência alimenta a relação mãe-bebê de interações positivas que, por sua vez, provocam o bem-estar materno e da criança, o que é condição para a formação de uma relação de apego segura. Essa compreensão ressalta o funcionamento paralelo do sistema de apego e do sistema de cuidado (Bowlby, 1969/1993).

Além da confiança na capacidade do bebê, a representação da maternidade potente também esteve relacionada à confiança e valorização de si mesma enquanto mãe, confiança em Deus e confiança na equipe médica.

A confiança em si e no outro são aspectos próprios de indivíduos seguramente apegados. Embora a avaliação do estilo de apego materno não tenha feito parte do objetivo deste estudo, podemos inferir que a representação de maternidade potente está relacionada à presença de um estilo de apego predominantemente seguro. Essa conclusão está de acordo com o proposto por Bowlby (1969/1993) e também com os estudos de Mayseless (2006), Steinberg e

Pianta (2006) e George e Solomon (2008), de que as representações maternas de cuidado positivas - às quais incluímos a representação potente, estão relacionadas à segurança do apego materno.

Ao destacarmos o papel da confiança materna em si e no outro, queremos dar subsídios para pensarmos em intervenções preventivas e terapêuticas com mães que apresentam dificuldades no processo de transição para a maternidade no contexto da prematuridade. Para isso, achamos interessante recorrer novamente às falas das mães participantes deste estudo, tornando mais evidente por onde podemos atuar.

1) A confiança em si: a força materna

A confiança em si mesma foi atribuída a três fontes diferentes.

- A força interna:

“Enfrentei com muita determinação, sem me fazer de vítima ou sofredora, sempre mostrando positivismo e confiança acima de tudo.”

(Eva, 34a, 26s, 1a4m)

“Ele estava sofrendo, eu era a forte!” (Yara, 26a, 23s, 1a9m).

- A força que nasceu junto com o filho:

“Eu fiquei bastante admirada com minha coragem e força. Normalmente não encaro bem situações tensas como essa, mas pelo meu filho busquei uma força que nem eu sabia que tinha.” (Helen, 29a, 33s, 1a4m)

- A força como resultado do sofrimento vivido:

“Depois que ela saiu da UTI eu estava fortalecida, já tinha visto tanta coisa errada que eu sabia que podia cuidar dela muito bem.” (Bia, 44a, 29s, 3a3m)

“Depois de tudo sinto-me forte, quase invencível.” (Teca, 33a, 31s, 1a10m)

Entendemos que tanto a percepção da força interna já existente, quanto a que cresceu com o filho e após a vivência das experiências difíceis fazem com que as mães sintam-se potentes, confiantes e capazes de desempenhar suas funções de cuidado e proteção do filho. Nesse sentido, podemos afirmar que as intervenções com as mães, desde o pós-parto, devem valorizar as atitudes e capacidades maternas já existentes e as adquiridas após a experiência vivida. O profissional que recebe a mãe que teve um filho prematuro pode ajudá-la a identificar essas atitudes e capacidades.

2) A força do filho

A força do filho, tal como abordamos quando falamos do bebê potente, foi reconhecida por algumas mães e também pela equipe médica.

- A força do filho foi reconhecida como comportamento inato:
“Mesmo tão pequeno ele conseguiu ter força para chorar (quando nasceu) e isso me aliviou muito.” (Cloe, 32a, 26s, 2a9m)
“Eu ainda não amamentava, mas quando foi liberado, era como se ele já soubesse. Eu estava na sala com uma enfermeira e duas fonoaudiólogas e não precisou de nada nem ninguém, ele sugou no momento exato que encostou no meu seio.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)
- Força como característica da personalidade:
“Ela sempre foi muito esperta e observadora (...) uma bebê tranquila, que foi descobrindo o mundo sempre com muito bom humor.” (Gil, 38a, 33s, 14m)
- Força como reação diante das adversidades:
“Ele estava lutando junto para sobreviver.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)
“Ela ficou na UTI Neo três meses, sempre superando e vencendo.” (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

Podemos destacar a importância de os profissionais de saúde estarem atentos para o reconhecimento da individualidade e potência do bebê, especialmente quando a mãe não consegue fazer isso sozinha. Intervenções que ajudam a melhorar a sensibilidade materna em relação ao filho tem se mostrado eficientes no aumento da conexão entre ambos (George e Solomon, 2008).

Nesse sentido, a equipe de saúde deve preocupar-se em facilitar a presença da mãe dentro da UTI, uma vez que a sensibilidade, percepção e competência materna são desenvolvidas na mãe pela presença contínua e atenta ao lado do bebê, permitindo que ela responda de forma apropriada às necessidades do filho (Cramer, 1993).

3) A força divina

A religiosidade e a crença em Deus foram citadas por 16 mães como um fator que ajudou no enfrentamento da experiência da prematuridade, principalmente no que dizia respeito aos riscos em relação à saúde do filho. Essas mães atribuíram a própria fé e a Deus o fato de terem tido forças para enfrentar as diferentes situações.

“Por força de Deus eu estava muito tranquila.” (Cloe, 32a, 26s, 2a9m)

“Eu senti Deus comigo o tempo todo me tranquilizando e me fazendo acreditar que tudo daria certo.” (Flor, 37a, 29s, 1a4m)

“Redescobri a minha fé naquele momento.” (Silvia, 29a, 26s, 2a11m)

“Coloquei nas mãos de Deus e botei a mente para funcionar a meu favor, me protegendo e protegendo o meu filho.” (Zela, 36a, 34s, 3a)

Segundo Bousso et al. (2011), a religiosidade é uma estratégia de enfrentamento em casos de problemas de saúde que levam à necessidade de busca de significado para compreensão do sofrimento vivenciado. Para as autoras (idem), a fé religiosa funciona como apoio emocional e social, sendo depositária da força e da esperança. Estamos de acordo com as autoras (idem) quando dizem que, uma vez que a religiosidade está presente em muitas famílias, é importante valorizar essas crenças e validá-las como fonte de suporte.

4) A força da equipe médica

A força para enfrentar a batalha em relação à vida e a maternidade também foi atribuída à equipe médica que acompanhou as mães.

“Nesse desespero todo tive a sorte de contar com profissionais maravilhosos.” (Flor, 37 anos, 29s, 1a4m)

“Procurei confiar no pediatra totalmente, seguindo tudo o que ele orientou, não fiz nada fora do que ele disse, por medo que pudesse acontecer alguma coisa, já que ela não era um bebê como os outros.” (Ana, 30a, 28s, 1a5m)

A percepção materna a respeito dos cuidados recebidos fez com que mães deste estudo se sentissem apoiadas por uma força exterior a elas, fundamental para quem vive momentos de incertezas, instabilidade emocional e sente que a confiança interna não é suficiente para enfrentar os desafios. Podemos entender que quando a mãe confia na equipe médica e lhe atribui a potência cuidadora, ela sente que os cuidados necessários estão sendo realizados e que o filho está em segurança.

Nesse momento de fragilidade, como já apontamos, as mães têm as próprias necessidades de apego ativadas, sendo que a equipe médica pode funcionar como uma importante figura de apego secundária. Assim, podemos pensar que se a equipe médica pode reconhecer-se e valorizar-se no lugar de saber e confiança

depositado pela mãe, não só dos saberes médicos, mas do saber do cuidado, podem conscientemente fazer uso da função de apoio social e psicológico, o que trará a segurança que a mãe necessita. Quando este lugar de saber é transferido pouco a pouco de volta à mãe, ela pode se apropriar com segurança daquilo que compete ao seu papel materno. Para compreender o impacto de uma intervenção como essa, vale recorrer a um trecho do relato de uma mãe:

“Quando ele tinha seis meses teve bronquiolite. O pediatra disse que prematuros com essa doença são, geralmente, hospitalizados. Mas que ele já tinha tido uma boa amostra da mãe zelosa e cuidadosa que eu era e então meu filho seria tratado por mim, em casa. Fiquei emocionada, então ele me abraçou e disse que confiava totalmente em mim, e que meu filho estaria muito bem cuidado pela mãe. O elogio dele me fortaleceu emocionalmente, e foi quando eu decolei como mãe!” (Rita, 37a, 32s, 4a3m)

É importante apontar que as mães que participaram deste estudo podem ter tido acesso a diferentes níveis de hospital, cuidados médicos e cuidados humanos. Porém temos de destacar que, além daquilo que foi concretamente oferecido, o modelo operativo interno a respeito do cuidado e o estilo de apego materno seguro ou inseguro tem influência sobre a percepção do cuidado recebido. Portanto, a percepção de cuidados pode variar de positiva a negativa, a depender de vários fatores além dos cuidados em si, tais como: capacidade da mãe em confiar ou não no outro; a mãe se achar ou não merecedora de receber atenção e cuidado; experiências anteriores de cuidado boas ou ruins. Assim, as mães que não tiveram boa percepção de cuidados recebidos podem não ter sentido segurança para pedir ajuda; não sentiam que era necessário; não confiavam que a equipe médica podia ajudar; além de a equipe médica poder não estar disponível ou não oferecer cuidados adequados.

O apoio dos cônjuges e dos familiares, principalmente das mães de nossas participantes, também foi destacado como importante fonte de suporte e fortalecimento durante o enfrentamento das dificuldades. Novamente, a presença das figuras de apego das mães foi requisitada. Às avós normalmente se atribui o saber do cuidar, sendo que as participantes que contaram com o apoio materno provavelmente tiveram uma experiência positiva de cuidado.

O enfrentamento da maternidade no contexto estudado também está relacionado à capacidade materna de elaboração da experiência, que será discutido a seguir.

Representação de maternidade impotente e mecanismos de elaboração

A representação da maternidade impotente foi caracterizada pela dificuldade da mãe em apropriar-se do papel materno e ter comportamentos de cuidado durante a internação do filho recém-nascido, contrariando a tendência natural da mãe de querer ficar perto de seus bebês apontada por Bowlby (1969/1973) e também por Winnicott (1988/2006). Também foi observada após o período de internação, revelando um modo de enfrentamento da prematuridade e suas consequências.

Os seguintes indicativos caracterizaram a representação de maternidade impotente nos relatos das mães:

- Dificuldade de reconhecimento do bebê recém-nascido como seu.
- Não reconhecimento dos sinais de vitalidade e atividade do bebê.
- Identificação materna com a fragilidade do bebê.
- Não reconhecimento de comportamentos de cuidados possíveis diante da instabilidade orgânica do bebê e dos limites físicos do ambiente hospitalar.
- Valorização dos cuidados médicos em detrimento da presença materna.
- Dificuldade de lidar com os sentimentos e pensamentos em relação ao risco de morte e sequelas da prematuridade.
- Sentimento de culpa, inconformação e raiva.
- Reações de negação e distanciamento.
- Sensação de despreparo para cuidar do filho em casa.
- Dificuldade de valorizar a intuição materna.
- Foco nas dificuldades e atrasos do filho.

Os fatores envolvidos na representação da maternidade impotente estão relacionados a características maternas, à capacidade materna de enfrentamento da experiência e também a características do bebê.

Por meio dos relatos das mães cujas representações de maternidade denotaram impotência, pudemos perceber o quanto estavam conectadas a uma representação de maternidade que tinham antes de passar pelo parto prematuro.

Essas mães estavam internamente preparadas, ou ainda se preparando, para terem comportamentos de cuidado com um bebê a termo, sem problemas de saúde e que pudesse ser cuidado em casa. Diante da nova realidade, foi difícil perceberem que outros cuidados poderiam fazer parte de seu papel enquanto mãe, naquela situação. Assim, os modelos internalizados que ajudariam a mãe a organizar os comportamentos que ela imaginava que deveria ter diante do filho não foram inicialmente suficientes para dar conta do filho prematuro e da maternidade nessas condições.

As representações “o bebê frágil” e “o não bebê”, tal como descritas na análise, estão ligadas à representação de maternidade impotente. O olhar desidealizado e distanciado em relação ao filho não favorece a aproximação materna e investimento afetivo, importantes para a vivência da maternidade e para o relacionamento mãe-bebê. Além disso, estas representações denotam uma dificuldade inicial de percepção dos sinais de comunicação do recém-nascido, o que dificulta a ativação dos comportamentos de cuidado materno. Nesse sentido, caso a representação de maternidade impotente perdure, pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento do apego inseguro.

Apesar da imaturidade e fragilidade do organismo do bebê, ele interage com o mundo externo (Pinto et al., 2004; Borghini et al., 2006; Brito e Pessoa, 2006; Mooney, 2010; Forcada-Guex et al., 2011) e a mãe pode ou não captar essas manifestações. Segundo Cramer (1993) “só se pode compreender um bebê nos detalhes de sua relação com a mãe” (p. 54), e é pelo olhar da mãe que o bebê existe. Assim, quando o olhar materno se restringe à fragilidade e falta de vitalidade, a imagem de impotência é atribuída ao bebê, com a qual a mãe passa a se relacionar.

Além de ressaltarmos os significados que a mãe atribui ao bebê por meio de sua percepção, não deixamos de considerar que a menor responsividade e expressividade de um bebê prematuro interfere no reconhecimento dos sinais de comunicação emitidos por ele. Cramer (1993) também apontou que um bebê pode gerar a sensação de eficácia ou de fracasso na mãe, a depender de como reage, principalmente, aos comportamentos e atitudes maternas. Portanto, as características reais do bebê influenciam a percepção materna, embora não possam ser consideradas de modo isolado.

As mães cuja representação de maternidade foi potente também se relacionaram com bebês menos ativos. Porém, consideramos que elas conseguiram ultrapassar os limites relacionados às dificuldades próprias dos bebês. Podemos pensar que as mães que tiveram comportamentos de cuidado mais imediatos compreenderam a falta de atividade e fragilidade do bebê como um jeito de estar no mundo, não associando com impotência.

A representação da maternidade impotente atrelada às representações “o bebê frágil” e “o não bebê” pode estar relacionada à dificuldade de se vincular a um bebê que pode morrer. Diante da possibilidade de perda, a mãe tenta evitar o envolvimento e investimento emocional no filho o que, conseqüentemente, dificulta sua identificação com o papel materno. Nesse sentido, as reações de negação e distanciamento funcionam como mecanismos de defesa diante da consciência da gravidade do estado de saúde do bebê e à necessidade de assumir a maternidade em uma condição mais complicada que a esperada e desejada.

Tal como a representação de potência, a representação de maternidade impotente reflete os mecanismos maternos de enfrentamento da experiência da prematuridade. Isso quer dizer que a forma encontrada para suportar e lidar com alguns acontecimentos e sentimentos foi manter-se afastada do bebê e da função materna com o uso dos mecanismos de defesa. Esse modo de enfrentamento denota a dificuldade, pelo menos num primeiro momento, de integrar a experiência da prematuridade à maternidade.

A representação de maternidade impotente também pode ser atribuída à insegurança do estilo de apego materno. Apesar de não termos avaliado o estilo de apego dessas mães, não podemos deixar de apontar que a dificuldade de apropriação da maternidade tal como foi observada, pode estar relacionada à falta de confiança a respeito da capacidade de cuidar de um bebê dentro do contexto que estava sendo vivido. Uma vez que a prematuridade e seus desdobramentos tem o poder de abalar a sensação de controle e segurança, consideramos que mães com estilo de apego inseguro podem sentir-se com menos recursos internos e descrentes da própria capacidade de enfrentamento e superação, bem como terão maiores dificuldades de reorganização e adaptação à realidade.

A vivência traumática que envolve a experiência do parto prematuro, tal como observada por Kersting et al. (2004), Pinto et al. (2004), Souza et al., (2010), Ferrari

e Donelli (2010) e Forcada-Guex et al. (2011) e também no presente estudo, pode estar por trás das representações do recém-nascido prematuro e da maternidade impotente. Tendo em vista que as mães descreveram reações de trauma (choque, torpor, negação) na hora do parto e nos momentos posteriores, sabemos que essas reações podem permanecer por horas e até dias depois dos acontecimentos (Parkes, 1998). Se ainda considerarmos que nos primeiros dias de vida do bebê as mães vivenciaram outras experiências traumáticas (visão do corpo frágil do bebê, do bebê entubado e da realização de outros procedimentos, piora no quadro de saúde do bebê, morte de um dos bebês de ambas as mães que tiveram gêmeos), as reações de trauma podem ter permeado os primeiros contatos mãe-bebê, e ter se estendido a muitos dias depois do parto, dificultando a conexão com os filhos e a ativação dos comportamentos de cuidado.

A vivência traumática relatada por algumas mães denota a incapacidade psíquica de aceitação de uma realidade que não pode ser aceita de imediato: nascimentos estão fundamentalmente relacionados à vida, mas o nascimento prematuro traz a possibilidade de não sobrevivência de um organismo que não terminou a sua formação. Assim, a prematuridade representa um contrassenso daquilo que estava sendo esperado e não pode ser, portanto, prontamente digerida.

Como vimos na última categoria da análise de conteúdo, a maternidade pode continuar sendo representada pelo viés da impotência e frustração muito tempo depois da vivência do parto e da experiência de internação. Essa constatação indica que a elaboração da experiência da maternidade prematura pode ser um processo de longa duração, tal como veremos a seguir.

Elaboração da prematuridade em estado ativo

As representações de maternidade também foram compreendidas como reflexo da elaboração e aceitação da experiência em torno da prematuridade. Foi possível notar que a prematuridade afetou o mundo presumido das mães envolvidas neste estudo, gerando uma crise vital e perda do senso de controle, requerendo uma grande reorganização emocional e busca de recursos para lidar com esta necessidade. Assim, podemos afirmar que o enfrentamento da crise gerada pela prematuridade implica em um trabalho psíquico de elaboração da experiência, que

inclui a elaboração dos lutos em relação às perdas vivenciadas por essas mães, tais como: a brusca separação inicial, a perda do tempo de gestação, a impossibilidade de ser mãe conforme o planejado, o bebê muito distante do idealizado.

O processo de elaboração da prematuridade visa à aceitação da nova realidade que se apresenta no lugar daquilo que foi idealizado e planejado, o que inclui o reconhecimento do bebê e da maternidade tal como ela é. Sob essa perspectiva, a mãe pode encontrar significados para sua experiência, reorganizar seu papel nesse novo cenário e conectar-se às aquisições e ganhos da maternidade.

Durante esse processo de elaboração, os modelos internos de cuidado precisam ser reatualizados, para poder incluir os novos significados diante da experiência vivida.

Apesar de concordarmos com Kersting et al., (2004) a respeito da possibilidade de haver um processo de retraumatização contínua ocasionada pela presença de sequelas e dúvidas sobre o desenvolvimento do filho prematuro, os resultados deste estudo revelam que é mais adequado afirmarmos que a elaboração da experiência de prematuridade pode permanecer em estado ativo. Preferimos enfatizar a atividade da elaboração da experiência como um todo, que inclui a questão traumática, mas não se restringe a ela.

A experiência da prematuridade não elaborada pode colocar em risco o funcionamento saudável do sistema de cuidado e de apego, cujo equilíbrio entre a necessidade de proximidade e de afastamento, tanto da mãe quanto do filho, é necessária.

Uma vez que o sistema de cuidado foi acionado repentinamente e em condições extremas, pudemos perceber a existência de uma tendência da mãe a manter-se em estado de alerta, mesmo depois de o filho não estar mais em condição de risco. O trauma vivido e a avaliação de que existe um estado de vulnerabilidade em torno do filho tem potencial para provocar na mãe a dificuldade de desligar o sistema de cuidado: o psiquismo materno fica de prontidão, temendo que algo possa voltar a acontecer.

Essa consequência da experiência da maternidade prematura pode estar por trás dos comportamentos de superproteção, tal como abordamos quando falamos sobre a representação da mãe prematura “mãe assustada”.

A desativação do comportamento de cuidado é resultado da elaboração e significação da experiência da prematuridade e a não desativação, portanto, indica uma dificuldade de elaboração. Tomemos como exemplo a experiência de ir para casa sem o bebê durante o período de internação, situação que foi vivida com dificuldade por muitas mães. Tal como apontamos durante a análise, ir embora para casa diariamente, era um penoso exercício de lidar com as angústias de abandono, tanto do filho, quanto da função materna. Segundo Borghini et al. (2006), se os pais temem que o longo período de hospitalização deixou sequelas na criança, podem passar a vida com medo de deixá-la sozinha para que não se sinta abandonada. Assim, entendemos que os comportamentos maternos, e depois da própria criança, podem ficar atrelados não só à necessidade de manter-se em contato constante, mas, principalmente, à aflição e temor das consequências de uma separação. O significado de abandono que não for superado pode, portanto, gerar graves consequências aos sistemas de cuidado e de apego.

Segundo Cramer (1993), a prematuridade pode perturbar a atitude materna de querer compensar algumas faltas que não estão relacionadas às necessidades reais. Por exemplo, a mãe pode sentir-se frequentemente insatisfeita e preocupada com a quantidade de comida ingerida pelo filho sem deficiências nutricionais, ou ficar extremamente aflita quando o filho adoecer. A percepção materna que permanece vinculada a dificuldades que eram presentes no início da experiência favorece os comportamentos de superproteção, a partir de um sistema de cuidado sempre em atividade.

A não elaboração do sentimento de culpa também pode favorecer a atividade constante do sistema de cuidado, uma vez que manter-se 24 horas cuidando do filho, como disseram algumas mães, pode ser uma forma de aliviar a sensação de fracasso inicial e tentativa de garantir a proteção do bebê.

De modo geral, podemos associar a representação de maternidade potente à elaboração da experiência da prematuridade e a representação de maternidade impotente às dificuldades de elaboração. Porém, uma vez que entendemos que a elaboração é um processo dinâmico e não linear, os significados de potência e de impotência podem ser vividos alternadamente e durante um longo período pela mesma pessoa.

Essa discussão nos leva a afirmar que as representações de impotência podem dar lugar a outras representações mais positivas e menos defensivas, à medida em que a mãe se recupera da vivência traumática e elabora os diferentes aspectos da experiência de prematuridade observados ao longo deste trabalho.

As representações da mãe prematura “profissão mãe”, “mãe amada”, “mãe forte” e “mãe assustada” indicam como a maternidade no contexto da prematuridade pode ser significada e elaborada. Podemos dizer que nas quatro representações encontradas as mães desenvolveram mecanismos de enfrentamento que permitiram que elas pudessem se conectar à eficiência e potência da função materna.

No entanto, embora a representação da mãe prematura “profissão mãe” traga significados positivos, ela também indica a atividade do sistema cuidador. Se a mãe não tiver a chance de desativar o comportamento de cuidado, ela não poderá cuidar de si em outras esferas, como casamento, profissão e a própria saúde.

As representações “profissão mãe”, “mãe amada”, “mãe forte” também indicam que as experiências em torno da prematuridade puderam modificar e ampliar positivamente os modelos operativos internos a respeito do cuidar. A compreensão de que foram capazes de enfrentar as dificuldades, de que são valorizadas pelos filhos e que desempenharam bem a função materna tem o poder de modificar também dos modelos operativos a respeito do enfrentamento de adversidades.

Considerando que nem todas as mães foram impactadas pelas experiências da mesma forma, o processo de elaboração também é muito distinto de uma mãe para outra. Há diversos fatores que podem facilitar ou dificultar a elaboração da experiência da prematuridade. Esses fatores referem-se a circunstâncias presentes antes, durante e após o parto prematuro, bem como podem estar relacionados a questões individuais, familiares e ambientais.

Fatores facilitadores e dificultadores da experiência da maternidade prematura

Sabemos, desde outros estudos (Mazorra, Franco e Tinoco, 2002; Tinoco, 2007), que os processos de elaboração e enfrentamento de crises vitais podem ser facilitados ou dificultados por fatores presentes e ausentes no decorrer da experiência. No decorrer deste trabalho destacamos alguns aspectos que pareceram

ter ajudado ou atrapalhado o enfrentamento da vivência da maternidade prematura. Para finalizar a presente discussão, reunimos os fatores facilitadores e dificultadores que surgiram ao longo de todas as entrevistas e apresentamos a seguir de forma sintética:

a) Fatores que facilitaram a experiência da prematuridade

- Ter informação a respeito da condição de saúde do bebê durante a hospitalização.
- Ter formação na área da saúde ajudou a compreender o que estava acontecendo.
- Possuir crença religiosa.
- Apoio do cônjuge e cumplicidade do casal.
- Apoio da própria mãe e de outros familiares.
- Possibilidade de ficar 24 horas dentro da UTI e participar da rotina de cuidados do bebê.
- Receber informação sobre os cuidados e rotina com o bebê prematuro.
- Percepção de bom atendimento pela equipe médica.
- Contato com outras mães prematuras dentro do hospital.
- Leitura de Blogs de mães prematuras e sites informativos sobre prematuridade.
- Optar por dedicar-se somente à maternidade e ter condições financeiras para isso.
- Apoio psicológico recebido na UTI.
- Amamentar ou extrair leite para dar ao bebê.
- Apoio do banco de leite para conseguir manter a produção de leite.
- Relação estabelecida com funcionários do hospital, em especial as enfermeiras da UTI.
- Sentir-se útil ajudando outras mães prematuras.

b) Fatores que dificultaram a experiência da prematuridade

- Medo de perder o filho.
- Medo e ansiedade em relação às sequelas da prematuridade.

- Complicações de saúde da mãe associadas ao parto.
- Não ter informações prévias a respeito da prematuridade.
- Inexperiência por ser mãe primípara.
- Dificuldade ou impossibilidade de amamentar.
- Perda de um dos bebês gêmeos.
- Não ter um cônjuge.
- Falta de apoio do cônjuge.
- Problemas familiares.
- Percepção dos cuidados médicos como ineficientes; postura indiferente e negligência médica.
- Restrição da permanência da mãe na UTI.
- Falta de apoio psicológico.
- Queda do rendimento financeiro por não poder trabalhar.
- Julgamento e crítica de familiares, amigos e sociedade a respeito dos cuidados com o filho.

Assim, pensamos que o conhecimento desses fatores pode ajudar aqueles que lidam com as famílias do bebê prematuro, a pensar em práticas que visem aumentar a ocorrência dos fatores facilitadores e diminuir os dificultadores, ou quando isso não for possível, pensar em formas de oferecer apoio psicológico e social considerando a ausência ou presença dos mesmos.

É preciso levar em conta que existem outros aspectos que podem ter contribuído para a representação de maternidade potente ou impotente, não abordados nesse estudo, tal como vivências de crises anteriores, características da personalidade, fatores socioeconômicos, entre outros.

8. Considerações finais

Ao longo de nosso percurso profissional na área da Psicologia Clínica estivemos envolvidas no cuidado de pessoas que passam por crises vitais. Por meio do processo psicoterapêutico procuramos ajudá-las a desenvolver formas de enfrentamento, buscar significados para as experiências e retomar o controle da própria vida, sob uma perspectiva preventiva diante de possíveis complicações.

Sabendo que não seria possível nos separarmos desse viés clínico, pretendíamos que esta tese pudesse trazer contribuições aos psicólogos e outros profissionais da área de saúde, embasando a prática suportiva daqueles que trabalham com a família que vivencia a prematuridade. Se considerarmos que a transição para a maternidade é, por si só, um período que requer grande reestruturação da família, a maternidade no contexto da prematuridade justifica os esforços da Psicologia em termos de construção de conhecimento para subsidiar a intervenção preventiva e terapêutica.

A Teoria do Apego foi importante para sustentar nossa compreensão a respeito das repercussões da prematuridade na maternidade e na relação mãe-bebê. Por meio dos conceitos de sistema de apego, sistema de cuidado e modelo operativo interno foi possível reconhecer os mecanismos de enfrentamento utilizados pelas mães na busca pela segurança abalada durante a experiência. Esta mesma compreensão permitiu nossa discussão sobre a postura do profissional que acompanha essas mães.

A maternidade foi marcada pelas circunstâncias relacionadas ao nascimento prematuro do filho, à condição de saúde deste e, sobretudo, pela forma como a mãe reconheceu e representou internamente o filho e a si mesma no papel materno. Nesse sentido, a maternidade prematura foi entendida no presente estudo como uma forma particular de maternidade.

Ficou evidente que o modo como essas mães vivenciaram a prematuridade repercutiu no processo de transição para a maternidade, na relação com o bebê e no desenvolvimento delas como pessoas. Podemos afirmar que a prematuridade é

uma experiência que afeta profundamente o psiquismo da mãe à medida que altera a percepção que esta tem a respeito de si e do mundo que a cerca.

As representações internalizadas do recém-nascido prematuro, da maternidade e da mãe prematura, reveladas na análise de conteúdo, estão vinculadas à capacidade de elaboração e enfrentamento da experiência e, principalmente, à capacidade materna de sentir-se potente diante das dificuldades.

Por meio dessa compreensão pudemos concluir que a maneira como a mãe lida com os desafios que se apresentam tem maior poder de impacto sobre a maternidade e a relação com o filho que as dificuldades concretas da prematuridade.

Ao associarmos as representações de maternidade aos mecanismos de enfrentamento tivemos a intenção de compreender e validar as diferentes experiências possíveis diante da maternidade nesse contexto. Essa visão também facilita a identificação de mecanismos de enfrentamento que, a longo prazo, não favorecem a relação mãe-bebê, prejudicam a sensação de competência do sistema de cuidado materno e a segurança do sistema de apego infantil. Nesse sentido, consideramos que os resultados deste estudo podem ser utilizados como critérios de diagnóstico psicológico, quando houver a necessidade de avaliar a indicação de intervenção com esta população. Com essa afirmação não queremos transmitir a ideia de que é possível e desejável categorizar as experiências dessas mulheres. Ao contrário, quando consideramos a existência de diferentes mecanismos de enfrentamento e o caráter processual da elaboração, buscamos aprimorar a compreensão da individualidade de cada experiência.

Diante da necessidade de uma perspectiva diagnóstica, os seguintes aspectos devem ser observados:

- Percepção materna da eficiência do sistema cuidador.
- Flexibilidade dos modelos operativos internos.
- Função dos mecanismos de defesa.
- Mecanismos de enfrentamento.
- Capacidade de integração da experiência da prematuridade no exercício da maternidade.
- Percepção materna a respeito do filho.
- Relacionamento com o filho.
- Reações ao trauma.

- Sinais de elaboração da experiência da prematuridade.
- Segurança do estilo de apego materno.
- Presença de fatores facilitadores e dificultadores da experiência da maternidade prematura.

As intervenções dos profissionais de saúde com essa população devem ser baseadas na avaliação dos aspectos mencionados acima, compreendendo que se trata de uma visão dinâmica e que deve ser observada por meio dos significados comunicados pelas mães. Deve-se considerar a individualidade da experiência, como já afirmamos, bem como as questões familiares e culturais relacionadas.

Sendo o hospital o ambiente onde essas mães vivenciam a maternidade pela primeira vez, é de particular importância que os estudos relacionados à prematuridade cheguem aos profissionais que ali trabalham, podendo atingir as mães neste momento importante e crítico.

Ao afirmarmos que a experiência de prematuridade representa uma crise e que seu enfrentamento perpassa por um processo de elaboração, posicionamo-nos em relação ao tipo de ajuda que essas mães devem receber para facilitar a transição para a maternidade nessas circunstâncias. O apoio psicossocial à mãe do bebê prematuro deve fazer parte da ação da equipe multidisciplinar que recebe as mães e seus filhos, tanto no hospital, como acabamos de afirmar, quanto na clínica, quando as mães seguem acompanhando a saúde do bebê ou buscam ajuda para si mesmas. Esse tipo de cuidado envolve a relação com o filho e as relações familiares, devendo ser parte, portanto, das políticas que visam atender à saúde da família.

Ressaltamos que quando ocorre a perda de um dos bebês no caso de gestações múltiplas, a necessidade de atenção e apoio pode ser aumentada, considerando a extrema ambiguidade dessa vivência e conseqüente risco para a elaboração do luto e para a formação do vínculo com o filho sobrevivente.

É importante voltar a destacar que a postura de potencializar a mãe naquilo que ela é capaz de realizar, considerando o papel materno e os limites do contexto, facilita a atualização dos modelos operativos internos a respeito do cuidar e tem a possibilidade de devolver-lhe a sensação de controle perdida. Nesse sentido reafirmamos os benefícios em respaldar as intervenções na Teoria do Apego, a

partir da qual o profissional de saúde pode funcionar como base segura para a mãe e para a família.

As mães de bebês prematuros beneficiam-se de práticas que facilitem a conexão emocional com seus bebês. Podemos imaginar um exemplo, no qual um enfermeiro pode ajudar a mãe a ler o que medem os aparelhos aos quais o filho está conectado. Ele ainda pode mostrar que a fala materna consegue diminuir os batimentos cardíacos antes acelerados, traduzindo que o bebê percebe e se acalma com a presença e contato da mãe. Seguindo este raciocínio, a mãe pode sentir-se valorizada, ativa na sua função de cuidadora, potente e, o mais importante, capaz de reconhecer os sinais de comunicação do bebê, podendo relacionar-se efetivamente com ele, apesar dos inúmeros limites.

Uma vez que a experiência de hospitalização, a preocupação com a saúde da criança e a dificuldade de sentir-se “mãe real” afetou a vivência da maternidade das participantes desse estudo, é possível pensar que os resultados aqui apresentados possam também ser úteis para a compreensão de diferentes experiências que incluam o bebê, a maternidade e a internação em uma UTI. Seria necessário averiguar com profundidade as especificidades de outras experiências, compondo um estudo abrangente sobre a maternidade vivida em diferentes contextos que envolvam problemas de saúde do bebê.

Também seria importante pesquisar sobre as repercussões da prematuridade na maternidade em mães não primíparas, considerando que a experiência prévia de maternidade pode ter importante influência nas representações mentais e que a disponibilidade materna para o cuidado pode ser diferente uma vez que há outro(s) filho(s) para cuidar. As necessidades dessas mães devem ser, portanto, distintas das encontradas em mães primíparas.

Ainda em termos de pesquisas futuras, nosso estudo suscitou o interesse por acompanharmos as repercussões da prematuridade na relação de mães com filhos adolescentes. Tendo em vista que encontramos mães que enfatizaram a relação de extrema proteção e cuidado com os filhos, seria importante acompanhar essas relações ao longo do amadurecimento psíquico deles. Nossa atenção a esse tema se deve ao fato de que na adolescência o sistema de apego passa por uma importante mudança em direção à independência das figuras principais de apego e busca de novas figuras de apego nos pares.

Seria importante que estudos como a presente pesquisa pudessem ser aproveitados para esclarecer a população em geral a respeito das necessidades da família que tem um bebê que nasce prematuramente. A falta de materiais educativos a respeito da vivência da prematuridade já havia sido constatada por Chiodi et al. (2012). Consideramos que esses materiais poderiam ajudar a preencher uma importante lacuna na vida das mães prematuras, que sentem que a sociedade não está preparada para compreendê-las e apoiá-las. Essa seria uma ação preventiva tanto do ponto de vista físico (alertar quanto às condutas necessárias diante de um organismo prematuro), quanto emocional e social.

As mães que participaram deste estudo queriam falar de si mesmas. Chamou nossa atenção o modo como elas receberam esta pesquisa. A disponibilidade e prontidão para participar pareceram estar ligadas à uma necessidade e desejo de dar visibilidade às experiências pela quais passaram, seja para serem olhadas pelos outros, seja para serem olhadas por elas mesmas. Algumas mães destacaram que não era preciso manter sigilo sobre sua identidade, outras disseram que poderiam me enviar fotos e outras de fato fizeram isso. Disseram: *“pode mostrar para todo mundo o que eu vivi”*; *“faço questão de falar abertamente e mostrar para todos”*; *“apesar de me emocionar, gosto de lembrar de cada detalhe do que passei”*; *“obrigada pela oportunidade de contar a minha história, de dividir minha experiência”*; *“estou ansiosa para participar”*; *“veja (nas fotos) como ele nasceu e como está hoje”*. Parece que o desejo de contar aos outros o que viveram é uma forma de legitimação e reconhecimento daquilo que enfrentaram.

Além disso, o caráter científico da pesquisa parece ter servido para valorizar suas experiências, elevando-as a um lugar de importância na sociedade, podendo ajudar outras pessoas que passam pela mesma situação: *“faço questão de participar do seu estudo”*; *“obrigada por estudar este tema”*; *“precisamos de estudos como o seu”*; *“quero muito ler o resultado da sua pesquisa e divulgá-lo”*. Assim, entendemos que as mães prematuras se identificam como pertencentes a um grupo que tem suas especificidades e necessidades, querendo ser olhadas como tal.

Compreendemos que a escrita pode ter sido uma oportunidade de terem um panorama a respeito do caminho percorrido. Nesse sentido, nosso instrumento foi importante para permitir que expressassem suas percepções a respeito da própria vivência, desde antes da gestação até os dias atuais.

A grandeza da experiência da maternidade prematura pode ser observada pelo constante uso de advérbios de intensidade destacando tanto as vivências difíceis, como as conquistas. Também chamou nossa atenção o frequente uso de reticências nas respostas ao questionário, principalmente na descrição dos sentimentos vividos nos momentos do parto e dos primeiros meses. Deve haver, nessa experiência, partes que não são nomeáveis e as reticências servem como um respiro para, logo adiante, voltar a nomear o que vivenciaram.

Segundo Winnicott (1988/2006), as mães sabem ser mães e não é preciso acrescentar teoria à experiência delas. Para o autor, a mãe não precisa de conselhos sobre algo que lhe é íntimo e natural. Ela precisa, apenas, de recursos do ambiente que estimulem a confiança nela mesma. Nesse sentido, sabemos que podemos ajudar essas mães a entrarem em sintonia com seus filhos e, uma vez que estejam em sintonia, elas saberão o que fazer.

Ao escolhermos trabalhar com o tema da maternidade tínhamos ciência de que nossas próprias questões a respeito do tema seriam mobilizadas, o que nos obrigou a uma constante observação e cuidado para que não contaminassem a relação com a teoria e interpretação do material das participantes. Ao mesmo tempo, sabíamos que o contato com esse material não poderia ser feito de forma totalmente neutra, sendo que a simples escolha do tema já revelava uma valorização de nossa parte. Como mulher, mãe e profissional de saúde, somos conscientes de que o contato com os limites e a frustração fazem parte de uma rotina que, ao lado das alegrias, dão sentido à nossa existência. Assim, não podemos deixar de registrar que, com esta tese, pudemos afagar nosso desejo constante de cuidar das questões que tocam a fragilidade humana.

Referências

- AINSWORTH, M.D.S. Infant-mother attachment. **American Psychologist**, vol. 34, n. 10, 932-937, 1979.
- _____. Attachments and other affectional bonds across life cycle. In: PARKES, C.M.; STEVENSON-HINDE, J. e MARRIS, P. **Attachment across the life cycle**. London: Routledge, 1991.
- AINSWORTH, M.D.S. e EICHBERG, C. Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss an attachment figure, or other traumatic experience. In: PARKES, C.M., STEVENSON-HINDE, J. e MARRIS, P. **Attachment across the life cycle**. London: Routledge, 1991.
- ALFAYA, C. E SCHERMANN, L. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Estudos de Psicologia**, 2005, 10 (2): 279-285.
- AMADOR D.E.A., GUTIERREZ T.C. e ROIG T.A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido concebido por fertilización in vitro. **Rev Cubana Obstet Ginecol**, Havana, v. 36, n. 2, 2010.
- ANDRADE, I.S.N. E GUEDES, Z.C.F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife**, 5 (1): 61-69, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARTHOLOMEW, K. e HOROWITZ, L.M. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. **Journal of Personality and Social Psychology**, n. 61, 226-244, 1991.
- BATTIKHA, E.C. As palavras que alimentam a humanização: reflexão a respeito da amamentação, uma experiência na UTIN. In: MELGAÇO, R.G. **A ética na atenção ao bebê: Psicanálise, Saúde e Educação**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- BONNIER, C. Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. **Acta Pediátrica**, 97, 853-858, 2008.
- BORGHINI, A., et al. Mother's Attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. **Infant Mental Helth Journal**, Lauzane, 27 (5), 494-508, 2006.

BOUSSO, R.S. e ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 35(2), 172-179, 2001.

BOUSSO, R.S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45(2), 397-403, 2011.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, [1951]1976/1995.

_____. **Trilogia Apego e Perda: vol. 1 Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1969/1993.

_____. **Trilogia Apego e Perda: vol. 2 Separação - Angústia e Raiva**. São Paulo: Martins Fontes, 1973/1993a.

_____. **Trilogia Apego e Perda: vol. 3 Perda - Tristeza e Depressão**. São Paulo: Martins Fontes, 1973/1993b.

_____. **Formação e rompimento de laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1979/1990.

BOZZETTE, M. A review of research on premature infant-mother interaction. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 7, n. 1, 49-55, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96: Sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/> acesso em 14/04/2011.

_____. Ministério da Saúde, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e Dados Básicos – IDB: Indicadores socioeconômicos**, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/> acesso em 15/07/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria nº 930, 2012a.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Edição revisada e atualizada. São Paulo, 2012b.

BRAZELTON, T.B. e CRAMER, B.G. **The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment**. London: Karnac, 1991.

- BRAZELTON, T.B. e GREENSPAN, S.I. **As necessidades essenciais das crianças**: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BRITO, M.H.A. e PESSOA, V.L.M.P. Um perfil da mãe prematura. In: MELGAÇO, R.G. **A ética na atenção ao bebê**: Psicanálise, Saúde e Educação, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- BROMBERG, M.H.P.F. **A psicoterapia em situações de perdas e lutos**. Campinas: Psy, 1998.
- CAMPOS, A.C.S. e CARDOSO, M.V.L.M.C. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. **Ciência y Enfermería**, XII (1): 73-81, 2006.
- CASELLATO, G. **Luto por abandono**: enfrentamento e correlação com a maternidade. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.
- CASERIO S. C. e PALLAS C. R. A. Seguimiento del prematuro/gran prematuro en Atención Primaria. **Rev Pediatr Aten Primaria**, 11 (17), 443-450, 2009.
- CHIODI, L.C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, 25(6):969-74, 2012.
- CHRISTIANS, C. G. A ética e a política na pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N.K. e LINCOLN Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teoria e abordagens. Porto Alegre, Artmed, 2006.
- COLLETTI, G. M. D. D.; SEGRE, C. A. M. e BEIGUELMAN, B. Twinning rate in a sample from a Brazilian hospital with a high standard of reproductive care. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 119, n. 6, 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**, Brasil, 2005.
- COSTA, R. e MONTICELLI, M. Método Mãe-Canguru. **Acta Paulista Enfermagem**, 18 (4): 427-33, 2005.
- CRAMER, B. **Profissão bebê**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- CRUZ, D.C.S., SUMAM, N.S. e SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm USP**, 41 (4): 690-7, 2007.
- DENZIN, N.K. e LINCOLN Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teoria e abordagens. Porto Alegre, Artmed, 2006.

- DIAS, M.M. Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In: MELGAÇO, R.G. **A ética na atenção ao bebê: Psicanálise, Saúde e Educação**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- FARKAS, C. et al. Apego y ajuste socio emocional: un estudio en embarazadas primigestas. **Psykhé**, Santiago, 17 (1), 2008.
- FAVARO, M.S.F.; PERES, R.S. e SANTOS, M.A. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, 17 (3), 2012.
- FERRARI, A.G. e DONELLI, T.M.S. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. **Contextos Clínicos - Unisinus**, 3 (2): 106-112, 2010.
- FORCADA-GUEX, M. et al. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. **Early Human Development**, 87 (1): 21-26, 2011.
- FRAGA, I.T.G. e PEDRO, E.N.R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 25(1), 89-97, 2004.
- GAÍVA, M.A.M. E SCOCHI, C.G.S. A participação da família no cuidado ao prematuro neonatal. **Rev. Brasileira Enfermagem**, 58 (4): 444-8, 2005.
- GEORGE, C. e SOLOMON, J. The caregiving system: a behavioral systems approach to parenting. In: CASSIDY, J. e SHAVER, P.R. (eds.) **Handbook of Attachment: theory, research and clinical applications**. New York: Guilford, 2008.
- GESELL, A. **A criança do 0 aos 5 anos**. Martins Fontes, São Paulo, 2003.
- GOLDBERG, S. **Attachment and development**. London: Arnold, 2000.
- GORGULHO, F.R. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, 12 (1): 19-24, 2008.
- GRANER, V.R. e BARROS, S.M.O. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009.
- GUEDENEY, N. e GUEDENEY, A. **Vinculação: Conceitos e aplicações**. Lisboa: Climpesi, 2004.
- HOUAISS, A., VILLAR, M. e DE MELLO FRANCO, F. M. **Grande dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Instituto Antônio Houaiss - UOL, 2012.

- HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, L. (org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- HUGHES, D.A. **Attachment-focused parenting: effective strategies do care for children**. New york: Norton, 2009.
- KATZ, M. **On playing a poor hand well**: insights from the lives of those who have overcome childhood risks and adversities. New York: Norton, 1997.
- KERSTING, A. et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. **Journal of Psychosomatic Research**, Muenster, 57, 473-467, 2004.
- KLEIN, V.C., GASPARD, C.M. e LINHARES, M.B.M. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Psicologia: reflexão e crítica**, 24 (3), 504-512, 2010.
- KORJA, R. et al. Attachment representations in mothers of preterm infants. **Infant Behavior and Development**, Turku, 32, 305-311, 2009.
- LAMEGO, D.T.C et. al. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3): 669-675, 2005.
- LEVY, T.M. e ORLANS, M. **Attachment, trauma, and healing**: understanding and treating attachment disorder in child and families. Washington: CWLA Press, 1998.
- MARRIS, P. The social construction of uncertainty. In: PARKES, C.M., MARRIS, P. e STEVENSON-HINDE, J. **Attachment across the life cycle**, London: Routledge, 1991.
- MAYSELESS, O. Studing parenting representations as a window to parents' internal model of caregiving. In: MAYSELESS, O. (Ed.) **Parenting representations: theory, research and clinical implications**. Cambridge: New York, 2006.
- MAZORRA, L., FRANCO, M.H.P. e TINOCO, V. Fatores de risco para luto complicado numa população brasileira. In: FRANCO, M.H.P. (org.) **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002.
- MEIJSEN, D. et al. The effect of the Infant Behavioral Assessment and Intervention Program on mother-infant interaction after very preterm birth. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 51:11, 1287-1295, 2010.
- MEIJSEN, D. et al. Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. **Infant Behavior and Development**, 34, 72-80, 2011.

- MELODY, J. **Writing the qualitative dissertation: understanding by doing**, New Jersey, L. Erlbaum, Net Library [livro eletrônico], 2001.
- MIKULINCER, M. e SHAVER, P.R. Adult attachment and affect regulation. In: CASSIDY, J. e SHAVER, P.R. (eds.) **Handbook of Attachment: theory, research and clinical applications**. New York: Guilford, 2008.
- MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17 (3), 621-626, 2012.
- MOONEY, C.G. **Theories of attachment: an introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennell and Klaus**. St. Paul: Redleaf Press, 2010.
- MOURA, M.L.S. et al. Interações iniciais mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, 17(3), 2004.
- NEIMEYER, R.A. e HOGAN, N.S. Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief. In: STROEBE M.S., et al. **Handbook of bereavement research: consequences, coping and care**. Washington: American Psychological Association, p. 89-118, 2001.
- NICOLACI-DA-COSTA, A. M., ROMAO-DIAS, D. e DI LUCCIO, F. Uso de entrevistas on-line no método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 2009.
- NOSEK, B. A., BANAJI, M. R. e GREENWALD, A.G. E-Research: ethics, security, design, and control in psychological research on the internet. **Journal of Social Issues**, v. 58, n. 1, pp. 161-176, 2002.
- OCHOA-TORRES, C. e LELONG, I. A função parental: uma abordagem a partir da teoria do apego. In: SOLIS-PONTON, L. (org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- ORTIZ, L.P. e OUSHIRO, D.A. Perfil da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, 22(1), 19-29, 2008.
- PARKES, C.M. Guidelines for conducting ethical bereavement research. **Death Studies**, vol.19, p. 171-181, 1995.
- _____. **Luto: estudos sobre o pesar na vida adulta**, São Paulo: Summus, 1998.
- _____. **Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações**. São Paulo: Summus, 2009.
- PICCININI, C.A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, 20(3), 2004.

- PICCININI, C.A. e MOURA, M.L.S. (Orgs.) **Observando a interação pais-bebê-criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- PINTO, E.B. et al. A criança prematura: implicações da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, L. (org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- RABELO, M.Z.S. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paulista de Enfermagem**, 20 (3): 333-7, 2007.
- RAPOPORT, A. e PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 16, n. 2, 2011.
- SCHMIDT, E.B. e ARGIMON, I.I.L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, 2009.
- SCHONHAUT B.L. e PEREZ R.M. Estudio de 258 prematuros en el primer año de vida. **Rev. chil. Pediatr**, Santiago, v. 81, n. 3, 2010.
- SCOCHI, C.G.S., et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 11 (4), 539-543, 2003.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.
- SILVA, R.B. et al. O papel da equipe de enfermagem nas orientações à família sobre os cuidados no domicílio ao RN egresso de UTI neonatal: pesquisa bibliográfica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 3, 2006.
- SILVA, R.V. e SILVA, I.A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc Anna Nerv Ver Enfermagem**, 13(1): 108-115, 2009.
- SOLIS-PONTON, L. (org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SOUZA, N.L. et al. Domestic maternal experience with preterm newborn children. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, 2010.
- SOUZA, R.M.; RAMIRES, V. R. **Amor, casamento, família, divórcio... e depois, segundo as crianças**. São Paulo: Summus, 2006.
- STEINBERG, D.R. e PIANTA, R.C. Maternal representations of relationships assessing multiple parenting dimensions. In: MAYSELESS, O. (Ed.) **Parenting representations: theory, research and clinical implications**. Cambridge: New York, 2006.

- STEVENSON-HINDE, J. The interplay between attachment, temperament, and maternal style. In: GROSSMANN, K. e GROSSMANN, K. **Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies**. New York: Guilford Press, 2005.
- SWEET, L. Expressed breast milk as “conection” and its influence on the construction of “motherhood” for mothers of preterm infants: a qualitative study. **International Breastfeeding Journal**, 3:30, 2008.
- TEIXEIRA, L.C. e MORAES, W.M.S. Implicações subjetivas das vivências da gravidez e do diagnóstico da cardiopatia do filho: aportes psicanalíticos à saúde da mulher. **O Mundo da Saúde São Paulo**, 32(4): 519-529, 2008.
- THOMAZ, A.C.P. et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos em Psicologia de Natal**, v.10, n. 1, 2005.
- TINOCO, V. **O luto em instituições de abrigo**: um desafio para cuidadores temporários. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- VASCONCELOS, M.G.L. et. al. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, 6 (1): 47-57, 2006.
- VELAZQUEZ N.I.Q., MASUD, J.L.Y.Z. e AVILA, R.R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. **Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.**, México, v. 61, n. 1, 2004.
- VIDIGAL, M.M.B.A. e TAFURI, M.I. Parentalização: uma questão psicológica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 65-74, 2010.
- WINNICOTT, D.W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 1958/2000.
- _____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988/2006.
- WHO - World Health Organization. March of Dimes, PMNCH, Save the Children. **Born Too Soon**: The Global Action Report on Preterm Birth. Ed. CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. Geneva, 2012.

Anexos

Anexo I

Termo de consentimento livre e esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que é parte de uma Tese de Doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP.

Título do estudo: Repercussões emocionais da prematuridade na maternidade.

Objetivo: Conhecer a respeito da experiência vivida pela mãe do bebê prematuro.

A participação nesta pesquisa implica responder um questionário (parte I) e escrever um relato (parte II) sobre a sua experiência com seu filho prematuro.

Você pode, se desejar, participar apenas da parte I ou II desta pesquisa.

Se, em qualquer momento, não for de seu interesse continuar participando da pesquisa, esta autorização perde a validade imediatamente.

As informações obtidas serão utilizadas com ética na elaboração de trabalho científico, que poderá ser utilizado para publicação em meios acadêmicos e científicos. Seu nome e dados pessoais não serão utilizados nos documentos pertencentes a este estudo e a confidencialidade dos seus registros será garantida.

Se ao participar desta pesquisa você ficou mobilizada de alguma forma e/ou isso trouxe consequências para você, podemos oferecer-lhe apoio psicológico.

Você receberá uma cópia deste termo, onde constam os dados da pesquisadora, que poderá ser contatada a qualquer momento.

Dados da pesquisadora:

VALÉRIA ULBRICHT TINOCO MENDES, PSICÓLOGA

RG: XXXXXXXXXX CPF: XXXXXXXXXX CRP: XXXXXXXX

Endereço: XXXXXXXXXX

Telefone: XXXXXXXXX

E-mail: XXXXXXXXXXXXXXX

Declaro que entendi os objetivos desta pesquisa, bem como os riscos e benefícios de minha participação na mesma e concordo em participar.

Nome:

RG:

CPF:

Assinatura:

São Paulo, de de .

Anexo II

Carta de recrutamento

PESQUISA

Olá!

Procuro **mães de bebês prematuros** que tenham interesse em colaborar com minha **pesquisa de doutorado**, realizada na PUC/SP.

O objetivo do estudo é conhecer a respeito da experiência vivida pela mãe do bebê prematuro.

Os requisitos para participar são:

- **Mãe primípara (gestação única ou múltipla).**
- **Parto prematuro (antes da 37° semana de gestação).**
- **Filhos tenham hoje entre 13 meses e 5 anos e 11 meses.**

A participação da pesquisa será via e-mail.

Caso você ou alguém que você conheça tenha interesse em participar, por favor entre em contato:

E-mail: XXXXXXXXX

Tel: XXXXXXXXXX

Muito obrigada!

Valéria Tinoco

Psicóloga CRP XXXXXXXXX

Anexo III

Instruções para participação da pesquisa

Olá!

Obrigada por participar desta pesquisa.

Por favor, leia atentamente as seguintes instruções.

Esta pesquisa está composta de duas partes:

Parte I: questionário.

Parte II: relato de experiência.

É possível participar de apenas uma das duas partes da pesquisa, caso você deseje.

Na Parte I você irá responder um questionário sobre sua experiência de maternidade.

Este questionário possui 25 perguntas e deve ser respondido de forma descritiva.

Não há tamanho de resposta mínimo ou máximo. Escreva o quanto quiser.

O questionário deve ser respondido individualmente, em ambiente tranquilo, de preferência em uma única vez, sem interrupções.

Caso seja mãe de múltiplos, você pode responder um questionário por filho ou sobre apenas um dos filhos.

Na Parte II você irá escrever um relato da sua experiência, com base em uma pergunta.

Este relato deve ser escrito individualmente, em ambiente tranquilo, de preferência de uma única vez, sem interrupções.

Após terminar de escrever, pedimos que envie o material respondido para o *e-mail* XXXXXXXXXXX. Assim que recebermos seu material lhe enviaremos um e-mail de confirmação. Caso você não receba este e-mail em 48 horas, favor enviar o material novamente.

Estou à disposição ante qualquer dúvida, comentário ou necessidade suscitada pela participação desta pesquisa.

Uma vez mais agradeço sua participação.

Valéria Tinoco

Psicóloga - CRP: XXXXXXXXX

E-mail: XXXXXXXXX

Telefone: XXXXXXXXX

Parte I – Questionário

1. Inicialmente, por favor diga-nos:

a) sua idade:

b) grau de escolaridade:

c) profissão:

d) religião:

e) estado onde nasceu:

f) como sua família é constituída:

g) idade gestacional ao nascimento:

h) idade do seu filho(a):

i) viveu a perda de gestações anteriores ao nascimento de seu(a) filho(a)? Quando?

2. Antes de engravidar, como você imaginava a maternidade?

3. Como imaginava que você seria como mãe?

4. Como você imaginava que seria seu filho(a)?

5. Conte como foi vivida a gestação (Favor indicar se se tratou de gestação múltipla).

6. Quais eram suas principais preocupações durante a gestação?

7. Como se sentia como mãe durante a gestação?

8. Como sentia que era seu filho(a)?

9. Conte como foi a experiência do parto.

10. Como enfrentou esta experiência?

11. Conte como foram os primeiros dias e semanas com seu filho(a).

12. Como era seu filho(a) nos primeiros meses de vida?

13. Como enfrentou a experiência de ter um recém-nascido prematuro?

14. Como se sentia como mãe?

15. Conte momentos marcantes vividos com seu filho(a) no primeiro ano de vida.

16. Conte momentos marcantes vividos com seu filho(a) nos anos seguintes.

17. Conte como você considera que a prematuridade afetou a sua relação com seu filho(a).

18. O que facilitou a sua experiência como mãe de um bebê prematuro?

19. O que dificultou a sua experiência como mãe de um bebê prematuro?

20. Quais foram suas maiores realizações como mãe?

21. Quais foram seus maiores desafios como mãe?
22. Que aspectos positivos e negativos a experiência da maternidade prematura trouxe para sua família?
23. Como você se sente no papel de mãe?
24. Você se considera hoje uma pessoa diferente de antes de ter esta experiência?
25. Se sim, em que aspectos você acha que mudou?

Parte II - Relato de experiência

Como é a minha relação com meu(minha) filho(a)?

Anexo IV

Modelo de confirmação de recebimento do material da participante

Prezada Nome da participante

Recebi o material de sua participação na pesquisa, pelo qual agradeço.

Se ao participar desta pesquisa você ficou mobilizada de alguma forma e/ou isso trouxe consequências para você, lembre-se que posso oferecer-lhe apoio psicológico.

Estou à disposição para conversar sobre qualquer inquietude ou outro sentimento que esta pesquisa possa ter gerado.

Um abraço,

Valéria Tinoco.