



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

RAFAELA PAULA MARCIANO

**A CONSTITUIÇÃO DO VÍNCULO MATERNO COM O BEBÊ
PREMATURO: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO
PRECOCE**

**Goiânia
2016**

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Autor (a): | Rafaela Paula Marciano | | |
| E-mail: | ra_fa_e_la@yahoo.com.br | | |
| Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| Vínculo empregatício do autor | Hospital e Maternidade Dona Íris | | |
| Agência de fomento: | Não se aplica | Sigla: | |
| País: | UF: | CNPJ: | |
| Título: | A constituição do vínculo materno com o bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce | | |
| Palavras-chave: | Prematuridade, vínculo mãe-bebê, psicanálise, intervenção precoce | | |
| Título em outra língua: | | | |
| Palavras-chave em outra língua: | | | |
| Área de concentração: | Patologia, clínica e tratamento das doenças humanas | | |
| Data defesa: (dd/mm/aaaa) | 26/02/2016 | | |
| Programa de Pós-Graduação: | Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde | | |
| Orientador | Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral | | |
| E-mail: | waldermar@fertile.com.br | | |
| Co-orientador | | | |
| E-mail: | | | |

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização?¹ total parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: _____

Outras restrições: _____

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 13 / 04 / 2016

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

RAFAELA PAULA MARCIANO

**A CONSTITUIÇÃO DO VÍNCULO MATERNO COM O BEBÊ
PREMATURO: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO
PRECOCE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

Goiânia

2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Marciano, Rafaela Paula

A constituição do vínculo materno com o bebê prematuro:

[manuscrito]: possibilidades de intervenção precoce / Rafaela Paula
Marciano. - 2016.

ix, 142 f.

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Medicina (FM) , Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,
Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, tabelas, lista de tabelas.

1. Prematuridade. 2. Vínculo mãe-bebê. 3. Psicanálise. 4. Intervenção
precoce. I. Amaral, Waldemar Naves do , orient. II. Título.

**BANCA EXAMINADORA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluno(a): Rafaela Paula Marciano

Orientador(a): Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

Membros:

1. Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral
2. Prof. Dr. Rui Gilberto Ferreira
3. Prof. Dr. Cristóvão Giovani Burgarelli

Suplentes

4. Prof^a. Dra. Glaucimeire Marquez Franco
5. Prof. Dr. Juarez Antônio de Sousa

Data: 26/02/2016

Dedico este trabalho aos bebês prematuros, apressados pela vida, e às suas mães por compartilharem comigo suas experiências mais doloridas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Leonilda e Paulo, que apostaram em minha formação e pelo amor que sempre me deram.

Ao Fernando, companheiro neste percurso e em tantos outros, pelas leituras, pelas contribuições, pelo apoio e compreensão nos meus momentos mais difíceis.

À minha irmã Fabianna, por estar sempre presente nas alegrias e nas dificuldades da vida, mesmo distante.

À minha amiga Angela, pelo apoio e incentivo constantes.

À Maria Bárbara, por me apresentar o universo apaixonante da neonatologia, por me abrir as portas da UTIN e confiar em meu trabalho.

A todos os meus amigos, os de perto e os de longe, pelo afeto.

Ao colega Giovani, pelas conversas sobre Psicanálise e pela leitura criteriosa.

Ao meu orientador, Dr. Waldemar Naves do Amaral, pela liberdade nesse percurso acadêmico.

À diretoria e a todos os funcionários do Hospital e Maternidade Dona Íris que contribuíram com a realização deste trabalho.

| | |
|--|------------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 01 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 04 |
| 2.1. A formação do vínculo mãe-bebê da gestação ao puerpério..... | 04 |
| 2.1.1. Breve histórico de estudos sobre as primeiras relações..... | 05 |
| 2.1.2. Sexualidade feminina e as significações da maternidade..... | 13 |
| 2.1.3. A formação do vínculo na gravidez, parto e puerpério..... | 18 |
| 2.2. A relação mãe-bebê em situação de prematuridade..... | 24 |
| 2.2.1. Breve histórico da assistência materno-infantil..... | 25 |
| 2.2.2. Significações da maternidade em situação de prematuridade.... | 31 |
| 2.2.3. Intervenção precoce na unidade neonatal..... | 37 |
| 3. OBJETIVOS..... | 40 |
| 4. MÉTODO..... | 41 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 49 |
| 5.1. Caracterização da população..... | 49 |
| 5.2. Observação..... | 53 |
| 5.3. Entrevista..... | 65 |
| 5.4. Grupo de apoio..... | 98 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 108 |
| 7. CONCLUSÕES..... | 109 |
| REFERÊNCIAS..... | 113 |
| ANEXOS..... | 123 |

TABELAS, FIGURAS E ANEXOS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 - Dados sociodemográficos das mães..... | 49 |
| Tabela 2 - Dados clínicos das mães..... | 51 |
| Tabela 3 - Dados clínicos dos bebês..... | 52 |
| Quadro 1 - Manifestação de afetividade..... | 54 |
| Quadro 2 - Manifestação de proximidade..... | 57 |
| Quadro 3 - Manifestação de cuidados..... | 59 |
| Quadro 4 - Manifestação da atenção materna..... | 61 |
| Quadro 5 - Manifestação de dificuldades..... | 63 |
| Anexo 1 - Parecer do comitê de ética..... | 122 |
| Apêndice I - Roteiro de Observação..... | 125 |
| Apêndice II - Roteiro de entrevista semiestruturada..... | 126 |
| Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 127 |
| Apêndice IV - Termo de Consentimento Livre e esclarecido para menor de idade..... | 128 |
| Apêndice V - Termo de Assentimento..... | 130 |

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| UTIN | Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal |
| UCINco | Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional |
| UCINca | Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru |
| HMDI | Hospital e Maternidade Dona Íris |
| IRA | Insuficiência Respiratória Aguda |
| SDR | Síndrome do Desconforto Respiratório |
| PNM | Pneumonia |
| PIG | Pequeno para Idade Gestacional |
| SIC | Síndrome do Intestino Curto |
| PCA | Persistência do Canal Arterial |
| GTM | Gastrostomia |
| SOG | Sonda Orogástrica |

MARCIANO, R. P. **A constituição do vínculo materno com o bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce.** 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

Introdução: A chegada ao mundo do bebê prematuro é marcada pelo trauma do nascimento de risco e poderá trazer prejuízos na maternidade, afetando a relação entre mãe e filho. O referencial teórico utilizado foi a Psicanálise. **Objetivo:** Analisar a relação afetiva entre mães e bebês prematuros internados em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva, com 15 mães de bebês prematuros. Foram utilizados três instrumentos de coleta de dados: observação participante, entrevista semiestruturada e grupo de apoio. Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados mostraram que o nascimento de um bebê prematuro interfere na constituição do vínculo entre mãe e bebê. Os resultados apontaram como dificuldades para formação do vínculo: a separação precoce entre mãe e bebê, o contato limitado com o bebê devido sua fragilidade orgânica, a insegurança, o medo de pegar o bebê no colo, não poder realizar os cuidados comuns com o filho, a não reação do bebê diante dos estímulos. **Conclusões:** Apesar do traumatismo psíquico vivenciado pelas mães em um primeiro momento, todas elas conseguiram se vincular e se reconhecer no filho. À medida em que o bebê evoluía clinicamente, a mãe passava a realizar mais os cuidados com o filho, resgatando a competência de sua função materna. **Palavras-chave:** prematuridade, vínculo mãe-bebê, Psicanálise e intervenção precoce.

ABSTRACT

MARCIANO, R. P. **The constitution of maternal bond with premature baby: possibilities of early intervention.** 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

Introduction: The arrival to the work of premature baby is marked by trauma of birth risk and can bring damages on maternity, affecting the relationship between mother and child. The theoretical reference used was Psychoanalysis. **Objective:** To analyze the affective bond between premature babies hospitalized in a neonatal intensive care unit. **Method:** Qualitative and descriptive research, with 15 mothers of premature babies. Three techniques were used: participant observation, semi-structured interview, and support group. Collected data were analyzed using content analysis technique. **Results:** The results showed that prematurity interferes in mother-baby bond formation. Results also revealed the following difficulties in bond formation: early separation between mother and baby; limitations in the interaction between baby and mother due to organic weakness; insecurity, fear of having physical contact with bay and fear of not being able to give the necessary care to the child; the lack of reactions from the baby in response to stimuli. **Conclusions:** Despite the psychological trauma experienced, at first, by mothers, all of the participants were able to develop bonding and recognition with the children. With the clinical evolution of babies, mothers became able to develop the necessary care and, through this process, they felt that they were capable of performing motherhood.

Keywords: prematurity, mother-baby bond, Psychoanalysis and early intervention.

-Titia, fale comigo! Estou com medo do escuro!
- De que adiantaria? Você não pode me ver!
- Não importa, se alguém falar a luz vem.
(FREUD, 1905)

Freud (1895/1996; 1905/1996) pontuou que todo bebê humano nasce imerso no desamparo psíquico e que depende de seu semelhante para suprir suas necessidades físicas. A mãe é a figura que, geralmente, provê as necessidades do bebê. Os cuidados oferecidos à criança vão além de suprir as necessidades físicas dela, pois são atos acompanhados de intenso investimento libidinal. O corpo do bebê passa a ser erogeneizado, recebe as marcas da pulsão² e dos significantes que vão permitir sua entrada no mundo simbólico, da cultura.

Para garantir uma inscrição significativa no mundo simbólico, é necessário uma particularização dos cuidados dirigidos ao bebê. Isso é o que diferencia a maternagem, que é da ordem do universal, da função materna, que é da ordem do singular (KAMERS, 2004). A função materna é aquela que faz uma mulher quando transmite ao seu bebê o significante que imprime no corpo dele as marcas do desejo e o insere no mundo da linguagem. A criança necessita de um outro que lhe transmita palavras, significações, sua miragem corporal. É a partir da relação da criança com a mãe ou com o cuidador que ela se subjetiva (BERNARDINO, 2006).

Para que o bebê possa advir como sujeito psíquico, a mãe ou seu substituto precisa executar algumas ações simbólicas nos cuidados com ele. Essas ações têm efeito de marcas primordiais que se instalam na vida psíquica e se constituem como pilares de sustentação de uma estrutura. A falha ou a falta de algum desses pilares ou até mesmo um reforço

² Um dos principais conceitos da Psicanálise, definido por Freud como a carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do sujeito. Para o autor, a pulsão sexual é um conjunto de pulsões parciais, cuja soma constitui a base da sexualidade infantil, ligadas a determinadas zonas erógenas do corpo (ROUDINESCO & PLON, 1998).

exagerado em um deles podem provocar efeitos devastadores na estruturação psíquica do sujeito (SALES, 2005).

É comum observar essas falhas na clínica da prematuridade, pois o bebê prematuro encontra-se numa defasagem com relação à função materna em um período muito precoce, no qual há extrema dependência do Outro³. Devido à separação abrupta entre mãe e bebê, que se impõe logo após o nascimento, e ao risco iminente de morte, a mãe poderá apresentar conflitos e dificuldades em se vincular com esse bebê real,⁴ diferente daquele imaginado durante a gravidez. Dessa forma, a prematuridade pode ser considerada uma situação de risco não apenas orgânico, mas também psíquico, pois o bebê, privado da função materna, terá dificuldade em desenvolver aquilo que Winnicott (1990) chamou de continuidade de existir.⁵

Estudos sobre a relação mãe-bebê (KLAUS e KENNEL, 1996; BRAZELTON e CRAMER, 1992; SPITZ, 1979/2013) apontam que esse vínculo é um meio importante para promover a recuperação do neonato em situação de risco. A presença materna na UTI neonatal é extremamente vital para investir afetivamente no bebê, contribuindo para sua sobrevivência orgânica e permitindo que ele possa também se constituir como sujeito.

Atualmente, nascem cerca de 15 milhões de prematuros (nascidos com menos de 37 semanas de gestação) por ano no mundo. Mais de um milhão morrem dias após o parto. Nesse cenário, a prematuridade se constitui como questão de saúde pública, sendo a segunda causa de morte em crianças com menos de 5 anos de idade. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, que são mais

³Conceito lacaniano que se distingue do pequeno outro. Este é o meu semelhante da espécie humana. O grande Outro é a origem das determinações simbólicas da história do sujeito, isto é, ele antecede o sujeito e revela seu ponto de origem. O Outro insere o sujeito em sua família, sua cultura e o permite significar sua história geracional. Para Lacan, a mãe ocupa primordialmente o lugar do grande Outro na vida do bebê (QUINET, 2001).

⁴ Lacan introduz três formas de registro: simbólico, imaginário e real. O simbólico é o lugar do significante e da função paterna; o imaginário o lugar das ilusões do eu, da alienação e da fusão com o corpo da mãe, o real é o campo do impossível de simbolizar, do irrepresentável, do que está fora da linguagem (ROUDINESCO & PLON, 1998).

⁵A continuidade de existir é assegurada pela função materna, ou seja, pela constância dos cuidados maternos. É o que nos permite sentir que estamos vivos psicologicamente (WINNICOTT, 1990).

comuns em bebês pré-termo e de baixo peso. Além disso, muitos bebês são acometidos de distúrbios metabólicos, dificuldades para se alimentar e para regular a temperatura corporal. Assim como a prematuridade, o elevado número de neonatos de baixo peso constitui também um importante problema de saúde e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal, além das graves consequências médicas e sociais (WHO, 2012).

As implicações do nascimento prematuro vão além do período neonatal, podendo se estender por toda a vida, causando impacto em toda a família e na sociedade. A chegada ao mundo do bebê prematuro é marcada pelo trauma e pela situação de urgência própria a um nascimento de risco. Esse evento potencialmente traumático tanto para mãe quanto para o bebê pode trazer prejuízos na maternidade, afetando a relação entre mãe e filho e o processo de causalização psíquica na criança. Assim, as condições de subjetivação na clínica da prematuridade são diferentes, e as primeiras inscrições psíquicas do bebê serão realizadas no ambiente hospitalar em que pais e bebê são separados pela incubadora e pelas regras da instituição. Tais restrições irão afetar a relação entre eles.

Com este estudo, espera-se contribuir para uma melhor compreensão a respeito da constituição psíquica, sustentada pela Psicanálise, colaborando na construção de novas elaborações no âmbito da intervenção precoce e da psicopatologia do bebê.

2.1. A FORMAÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ DA GESTAÇÃO AO PUERPÉRIO

Há muito mais continuidade entre a vida uterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do ato do nascimento nos permite saber.
(FREUD, 1926)

Freud (1926), em seu texto *Inibição, Sintoma e Angústia*, já apontava a importância dos estudos sobre a primeira infância e da relação entre mãe e bebê. Winnicott (1956), pediatra e psicanalista inglês, afirma que os profissionais que atuam no campo da primeira infância são elementos importantes na relação mãe e bebê, pois têm a oportunidade única de testemunhar detalhes da construção do vínculo entre eles. Por isso, cabe ao profissional conhecer os sinais de sofrimento que, por vezes, se manifestam de modo sutil.

Golse (2004 apud DIAS, 2008) também destaca a importância dos estudos sobre a primeira infância argumentando que ela ultrapassa a questão do bebê por si mesmo, pois reflete sobre a construção do humano no mundo. O autor menciona que as elaborações de Spitz, Bowlby e J. Roberston sobre depressões do bebê abriram caminho para se pensar os fatores que colocam em risco a constituição da subjetividade, pois a relação primordial entre mãe e bebê é a base para o desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social da criança (ZEN & MOTTA, 2008). Nesse sentido, muitos estudos se voltaram para compreender o estabelecimento dos primeiros laços do bebê com os outros, pois é nesse momento que se produzem os alicerces da vida psíquica e da saúde mental.

Será realizada neste tópico, uma análise sobre a formação do vínculo afetivo entre mãe e bebê desde a gestação ao pós-parto imediato. Serão destacados alguns estudos realizados por diversos psicanalistas sobre a

relação primordial entre mãe e bebê, abordando o conceito de vínculo e sua importância para constituição psíquica da criança. Em seguida, apresenta-se breve análise sobre a sexualidade feminina e algumas noções importantes para pensar as significações da maternidade. Por fim, será realizada uma análise conceitual da relação mãe-bebê.

2.1.1 - Breve histórico de estudos sobre as primeiras relações

A psicanálise sempre reconheceu a importância das primeiras relações na vida do bebê. Freud (1895) afirma que o bebê humano nasce em condições precárias, desamparado e dependente dos cuidados de outro ser humano para sobreviver. A criança, em seu primeiro ano de vida, é indefesa e incapaz de sobreviver contando apenas com os seus próprios recursos. Freud (1905) aponta que o desenvolvimento do bebê não opera por simples automatismo biológico, tal como ocorre com outros mamíferos.

O bebê nasce totalmente à mercê de suas necessidades fisiológicas, sem recursos suficientes para determinar como elas poderiam ser satisfeitas (JERUSALINSKY, 1999). Geralmente, a mãe é a figura que provê a satisfação de todas as necessidades do bebê. É através de uma ação específica que a mãe satisfaz as necessidades do bebê, organizando o caos pulsional na qual ele está imerso e cessando a tensão. Ao aliviar o estímulo que provocava desconforto, ocorre uma inscrição de satisfação pelo bebê, deixando um registro, uma marca no aparelho psíquico. O aparelho psíquico, por meio dos traços mnêmicos, registra a experiência de satisfação, inserindo o bebê no campo da linguagem. Sempre que o bebê tiver uma necessidade para ser satisfeita, ele buscará nos traços mnêmicos a experiência de satisfação (FREUD, 1895).

A necessidade é de natureza biológica e satisfaz-se com um objeto real, como o alimento, por exemplo. Ao cuidar do bebê, cada parte dele vai recebendo inscrições psíquicas que vão construir depois a imagem corporal. As marcas do desejo materno erogenizam o corpo do bebê. Freud (1905) afirma que o corpo da criança vai sendo construído e representado através

da relação significativa com este outro que dele cuida. O bebê vive então experiências de satisfação que partem de uma origem biológica e estabelecem intercâmbio com um outro que toma essa necessidade como objetos de desejo e que retornam ao bebê erogenizados (BERNARDINO, 2006; LACAN, 1958).

Após Freud, surgiram novas teorizações dentro da Psicanálise sobre a constituição psíquica e as primeiras relações. Os estudos de Anna Freud (1936 apud BRAZELTON & CRAMER, 1992) sobre o comportamento das crianças em condições de guerra e os estudos de René Spitz (1979/2013) sobre os efeitos prejudiciais da privação materna em instituições apontaram os mecanismos defensivos que as situações de tensões desencadeavam nas crianças. Seus estudos demonstraram a potência da relação mãe e filho, e orientaram pesquisas realizadas até a década de 1960.

René Spitz (1979), psicanalista austríaco, afirma que, para o recém-nascido, o meio ambiente consiste em um único indivíduo: a mãe ou um substituto dela. Porém, esta pessoa não é percebida pelo recém-nascido como uma entidade distinta dele mesmo. Para o bebê, a mãe é parte da totalidade de suas necessidades e gratificações. De acordo com o autor, o recém-nascido não consegue distinguir e experimentar o meio externo de seu próprio corpo. Tal incapacidade do bebê para perceber o mundo a seu redor dura várias semanas após seu nascimento.

Spitz (1979) afirma que o desenvolvimento da percepção afetiva e das trocas afetivas precede todas as outras funções psíquicas. A experiência afetiva entre mãe e bebê funciona, no primeiro ano de vida, como um caminho inicial para o desenvolvimento de todos os outros processos. Dessa forma, o autor afirma que a primeira relação do bebê é fundamental, pois será a base para as relações sociais futuras.

Para demonstrar a centralidade da experiência afetiva, Spitz (1979) analisou a privação total em crianças abandonadas por um período de quatro anos e concluiu que, no primeiro ano de vida, a privação de todas as relações objetivas, por um período maior que cinco meses, produz a síndrome do hospitalismo, caracterizada pelos seguintes sintomas de progressiva deterioração: disfunções psicológicas, depressão anaclítica,

atraso motor, coordenação de olhos defeituosa, expressão facial vaga, passividade e, ainda, predisposição crescente à infecção. Quando a privação emocional continuava no segundo ano de vida, havia significativa elevação da taxa de mortalidade. Com bases nesses dados, o autor concluiu que a presença dos pais e do afeto é um fator determinante no desenvolvimento da criança, e a interrupção da continuidade dos laços afetivos e referenciais entre mãe-bebê representa situação de risco para o desenvolvimento do bebê. Esse processo descrito por Spitz demonstrou como a privação pode adoecer e causar, até mesmo, a morte (psíquica ou orgânica) do bebê.

Lacan (1960),⁶ porém, em oposição a Spitz, afirma que na carência afetiva não é a mãe quem falta, e sim a função materna, que fracassa. Para o autor, as crianças abandonadas, rejeitadas, são aquelas que sofrem de falta de inscrição no tempo, no espaço e no corpo. A criança abandonada se apaga por não ter encontrado um lugar. A criança carente seria, antes de tudo, uma criança rejeitada que não pôde encontrar um lugar preexistente a ela, ou seja, um lugar no mundo simbólico. Isso pode implicar um retorno no real que não foi simbolizado, isto é, uma criança que ficou fora de uma possível simbolização e que retorna por meio da depressão anaclítica e do hospitalismo. A criança abandonada, subtraída do mundo simbólico, torna-se uma criança sem passado e sem futuro. Sem história, ela cai no vazio, pois não há ninguém para reconhecê-la.

Na década de 1970, surgiram novos estudos liderados pelos americanos Brazelton, Klaus e Kennel sobre as consequências psíquicas para os bebês produzidas por situações de hospitalização precoce. Profissionais que trabalhavam em unidades de tratamento intensivo começaram a observar que algumas crianças, após alta hospitalar, voltavam para o pronto-socorro como vítimas de espancamento pelos próprios pais. Esses estudos identificaram um aumento da incidência do abuso infantil e da

⁶ Para aprofundar essa contraposição entre Lacan e Spitz, ver Ansermet (2003).

síndrome da insuficiência do crescimento⁷ em bebês prematuros ou hospitalizados desde o nascimento (KLAUS & KENNEL, 1996). Com os resultados dessas pesquisas, os autores afirmam que o vínculo é crucial para a sobrevivência e para o desenvolvimento do bebê.

Brazelton (1992) realizou o experimento do rosto impassível com bebês com idade entre um e três meses. Nele, as mães, durante o contato com os bebês, repentinamente, apresentavam um rosto impassível. O pesquisador verificou que os bebês reagiram, inicialmente, com agitação que era seguida de uma tentativa de reatar a comunicação com suas mães. Após algum tempo, eles caíam no desespero e, em seguida, se desligavam do meio. A respeito dessa experiência, Mathelin (1999) destaca o impacto da qualidade da presença humana oferecida na rotina de cuidados aos bebês prematuros e conclui que, se as crianças hospitalizadas lidassem durante uma parte do dia com rostos impassíveis, elas não poderiam evoluir normalmente.

Winnicott dedicou sua atenção aos estudos sobre a relação mãe-bebê e o desenvolvimento emocional do bebê. Ele desenvolveu sua prática clínica alicerçada na premissa de que o bebê não se constitui sozinho e dedicou atenção à função da mãe nesse processo. Para o autor, aquele que tenta descrever um bebê logo descobrirá que está descrevendo um bebê e mais alguém, pois um bebê nunca existe sozinho, mas é, essencialmente, um dos termos de uma relação (WINNICOTT, 2008). O autor afirma que o desenvolvimento emocional do bebê, no início, só pode ser consolidado com base nas relações com uma pessoa que, idealmente, deveria ser a mãe. O vínculo entre mãe e bebê é condição *sine qua non* para que os bebês se transformem em adultos saudáveis e independentes.

Winnicott (1979; 1989) descreveu o desenvolvimento emocional da criança em três períodos que vai se modificando ao longo do processo de maturação: dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa ou independência relativa. Na dependência absoluta, o bebê está em uma

⁷ Nessa síndrome, o bebê não ganha peso, nem apresenta progresso motor e comportamental, em uma taxa normal, nos primeiros meses em casa, porém apresenta rápidos avanços em todos os aspectos do desenvolvimento se recebe cuidados calorosos e afetivos durante a hospitalização (KLAUS & KENNEL, 1992).

fusão com a mãe e encontra-se totalmente dependente dos cuidados maternos. Na dependência relativa, o bebê começa a se diferenciar progressivamente de sua mãe e tem consciência da necessidade da dependência. Na fase de independência relativa, a criança começa a evoluir gradualmente para a independência. A criança passa a desenvolver meios para suprir o cuidado materno.

No período de dependência absoluta, mãe e bebê estão fundidos, formando uma unidade. Do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio e, portanto, a mãe é, nesse momento inicial, parte dele. Ocorre aí a identificação primária, o ponto de partida do desenvolvimento emocional, e é por isso que a análise será focada nesse período. Nessa fase, o bebê encontra-se totalmente dependente dos cuidados do outro. Para que o bebê sobreviva psiquicamente, é preciso que a mãe, ao satisfazer as necessidades biológicas dele, estabeleça uma relação afetiva com o filho: olhando-o nos olhos, tocando-o, aconchegando-o. Isso é o que, em geral, as mães fazem naturalmente. A mãe, identificada com o bebê, é capaz de se colocar em seu lugar e interpretar suas necessidades (BERNARDINO, 2008).

Esta capacidade da mãe de se dedicar totalmente ao bebê é o que Winnicott (1956) chamou de preocupação materna primária. É um estado psicológico de exacerbada sensibilidade que começa a se manifestar durante a gravidez, principalmente no final dela, e permanece nas primeiras semanas após o nascimento do bebê. O autor refere-se à preocupação materna primária como uma “doença normal”, pois a mulher deve ter saúde suficiente para desenvolver esse estado e, também, para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera para a retomada de seus outros interesses na vida, como a volta ao trabalho, à sua vida sexual com o parceiro, etc. Tal "doença normal" possibilita a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê nos primeiros momentos de sua vida, pois a mãe fica imersa em uma ilusão de completude com o bebê, distanciando-se de outros interesses no mundo.

Winnicott (1956) afirma que a mãe capaz de desenvolver essa "doença" é a mãe devotada comum e que esse estado não tem nenhuma

relação com a inteligência, nem com a instrução ou com a competência da maternagem. A mãe que desenvolve esse estado de preocupação materna primária fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, estabelecendo a base da saúde mental do bebê. Winnicott (2000) postula que, se o ambiente oferecido ao bebê é satisfatório, ele poderá exibir suas próprias tendências ao desenvolvimento. A tarefa da mãe é a de oferecer esse ambiente ao bebê que assegure a ele a continuidade de existir. Quando não há uma mãe capaz de se conectar com o bebê na fase de dependência absoluta, ele ficará em um estado de não-integração, tornando-se apenas um corpo, com partes desintegradas, percebendo de maneira desorganizada os estímulos provenientes do exterior. Winnicott porém, parece ignorar que nem todas as mulheres são espontaneamente maternais, submetendo à patologia aquelas que não engendram naturalmente o amor e o devotamento à criança (BADINTER, 1985).

Esse período de dependência absoluta, de acordo com Winnicott (1975), é importante para que a criança se desenvolva, pois, para ver o mundo, é preciso que ela inicialmente tenha internalizado a experiência de ter sido olhada. Quando o bebê olha para o rosto da mãe, ele vê a si mesmo. Assim, a mãe funciona como um espelho para o bebê, pois é a partir das respostas faciais dela que o bebê se identifica e, então, gradualmente, constitui um sentimento de si. Winnicott (1975) pontua que o estágio do espelho não se refere necessariamente à experiência frente ao espelho concreto, pois o rosto da mãe é precursor do espelho. É por meio da presença viva e da relação estabelecida com o olhar e o rosto materno que a criança se reconhecerá. Quando o olhar da mãe não produz um efeito de sentido de amor para o bebê, ele encontra-se em absoluto risco de desamparo.

Na fase de dependência relativa, o bebê tem consciência da necessidade da dependência e começa a se diferenciar de sua mãe. Ele já não espera que a mãe satisfaça magicamente suas necessidades. Está apto a dar sinal para chamar a mãe quando necessitar. A mãe se desliga um pouco do estado intenso de identificação e retoma as outras atividades da vida. O bebê tolera melhor as falhas maternas e tira proveito delas para se

desenvolver. Depois de ter passado por uma fase de ilusão de onipotência, em que o bebê cria os objetos de sua necessidade, ele descobre que a sua existência e a de sua mãe são diferentes e que ele depende dela para satisfazer suas necessidades. Nessa fase, o bebê adquire a capacidade de relacionar-se com os objetos, chamados de objetos transicionais, e passa a desenvolver algumas atividades como levar o dedo ou algum outro objeto à boca, emitir sons bucais diversos, etc. Essas atividades surgem em momentos em que poderia aparecer a angústia como, por exemplo, na ausência da mãe ou na hora de dormir. Winnicott chama essas atividades de fenômenos transacionais (WINNICOTT, 1979; NASIO, 1995).

Por fim, Winnicott nos fala da autonomia relativa. Nessa fase, a construção da confiança no ambiente e o aparecimento da compreensão intelectual possibilitam à criança alcançar o estágio de independência relativa. O autor elabora essa denominação, pois, em sua concepção, nunca seremos totalmente independentes do ambiente. Nesse período, a criança começa a desenvolver meios para suprir os cuidados maternos. Até aqui, o mundo do bebê era apenas sua mãe, mas aos poucos, esse mundo vai abrangendo o pai, a família e a comunidade. Essa fase se inicia com os primeiros passos, com a fala e o reconhecimento das pessoas mais próximas. Winnicott destaca a importância da capacidade de estar só, de poder brincar ou ficar sozinho sem a angústia de não ter a mãe junto de si.

Na passagem de cada estágio para outro, Winnicott enfatiza a ideia de continuidade, representada pela mãe suficientemente boa, que, por servir como primeiro ambiente, tem a função de apresentar o mundo ao bebê. A mãe suficientemente boa é aquela capaz de oferecer o objeto de satisfação quando o seu bebê alucina, ou seja, quando ele imagina o objeto de satisfação, mas não antes de ele alucinar, porque se assim o fizer, ela substituirá a atividade criativa do bebê sobre o objeto. Isso significa que a mãe suficientemente boa não oferece o seio antes de o bebê chorar. Ela espera por um sinal que indique a fome, para então satisfazê-la. Isso ocorre antes mesmo de o bebê saber quem ele é, antes de saber que está pedindo alguma coisa. É por meio dessa função materna que a mãe introduz o bebê na dimensão da falta. Se a mãe não o fizer, estará, sem saber, produzindo

condições de risco para a psicose (JERUSALINSKY, 2002). Essa dinâmica diz respeito à experiência do espelho, que constitui a base da relação do bebê com o semelhante sendo a função da mãe, portanto, antecipar para o bebê, na dimensão simbólica, algo daquilo que ele demanda sem saber.

Lacan (1949/1998) concorda com Winnicott ao afirmar que é na relação com a mãe que o bebê se identificará com a imagem do semelhante e perceberá a sua própria imagem no espelho. Ele designa esse momento como estágio do espelho por ser uma experiência em que a criança é captada por seu reflexo no espelho, reconhecendo-se na imagem percebida. A criança, de frente para o espelho, solicita que a mãe confirme que a imagem da criança espelhada é a sua própria imagem. Diante do espelho, é a mãe quem sustenta a instauração dessa identificação inaugural. A imagem corporal originária só pode se formar no olhar do Outro. Mas, para isso, é preciso que o discurso da mãe seja capaz da ilusão antecipadora, ou seja, que ela veja no bebê um sujeito que irá advir (LAZNIK, 1999). Dessa forma, a criança vai conhecendo a si mesma por meio do outro que lhe fala. Essa experiência permite também que a criança, a partir da imagem refletida no espelho, reúna a experiência de um corpo fragmentado em uma totalidade unificada que forma a base de sua relação com os outros, seus semelhantes. É o amor da mãe que permite que a criança realize a experiência do espelho, pois a mãe oferece à criança uma imagem na qual ela possa se contemplar como corpo unificado. O que o bebê encontra no espelho só pode ser sustentado pelo olhar daquele que o ama (DIAS, 2008).

Os estudiosos da primeira infância demonstraram a importância do vínculo inicial da mãe com o bebê para o desenvolvimento futuro da criança e de sua saúde mental. Sabe-se que a relação entre mãe e bebê tem caráter vital na primeira infância e que irá sofrer algumas transformações ao longo da vida. Para compreender como esse vínculo se desenvolve desde a concepção ao nascimento, será dada ênfase no ciclo gravídico-puerperal, enfatizando a importância desse momento inicial para a formação do vínculo entre mãe e bebê.

2.1.2 - *Sexualidade feminina e as significações da maternidade*

Freud (1905, p. 143) afirmou que a vida sexual do homem “somente se tornou acessível à investigação, enquanto a da mulher, em parte por causa da atrofia cultural, em parte por sua discrição e insinceridade convencionais, permanece envolta numa obscuridade ainda impenetrável”. Freud pensou a questão da sexualidade com base nos modelos da biologia darwiniana, defendendo a rede de um monismo sexual e de uma essência masculina da libido humana. Freud acreditava em uma libido única, pois, em suas observações clínicas das teorias sexuais infantis, a menina desconhecia a existência da vagina e fazia o clitóris desempenhar um papel similar ao pênis, gerando a impressão de ter sido provida de um órgão castrado.

Freud (1905) organizou o desenvolvimento sexual em diferentes fases, a saber: fase oral, fase anal-sádica, fase fálica, período de latência e fase genital. No entanto, o autor afirma que não se trata de uma organização linear e estática, podendo haver a sobreposição de uma fase sobre a outra, retorno, avanço ou fixação em uma delas. Na fase oral, o prazer está ligado à excitação da cavidade bucal e à sucção; na fase anal ou sádico-anal, a zona erógena é o ânus e o erotismo se define em relação à atividade de defecação; na fase fálica, a unificação das pulsões parciais, tanto do menino quanto da menina, efetua-se sob a primazia do órgão genital masculino. Até aqui, o desenvolvimento sexual da menina e do menino seguem o mesmo caminho. É na fase fálica, a partir do Complexo de Édipo, que o desenvolvimento da menina se diferencia do desenvolvimento sexual do menino.

Criado por Freud, com base no mito de Édipo de Sófocles, o complexo de Édipo é uma noção central na Psicanálise. Ele se manifesta na fase fálica e significa a representação inconsciente pela qual se exprime o desejo sexual ou amoroso da criança pelo genitor do sexo oposto e sua hostilidade com o genitor do mesmo sexo. Essa representação pode inverter-se e exprimir o amor pelo genitor do mesmo sexo e o ódio pelo genitor do sexo oposto. No menino, o complexo de Édipo desaparece com a

ameaça de castração. Assim, o menino reconhece que a figura paterna é um obstáculo à realização de suas pulsões. Dessa forma, com o medo de ser castrado, o menino abandona seu investimento afetivo na mãe e se identifica com o pai. O declínio do complexo de Édipo marca a entrada no período de latência, em que há um declínio da sexualidade infantil. A identificação com o pai é o que permite a resolução do Édipo na puberdade quando o menino fará uma nova escolha de objeto de amor do sexo oposto (ROUDINESCO & PLON, 1998).

Ao contrário do menino, para resolver o complexo de Édipo, a menina deve desligar-se de um objeto do mesmo sexo, a mãe, (que é o primeiro objeto de amor tanto para menina quanto para menino), para vincular-se a um objeto do sexo oposto, o pai. Nesse momento, a menina descobre-se castrada pela diferença anatômica entre os sexos. Há uma hostilidade para com a mãe, pois foi dela que a menina herdou sua incompletude anatômica. É a partir do reconhecimento da falta de pênis que a menina realizará o processo de troca de objeto de desejo. A mãe que, inicialmente, era vista como o primeiro objeto de amor, é percebida agora como a culpada pela castração. Dessa forma, a menina busca no pai um substituto desse objeto de amor, na esperança de que ele conceda aquilo que a mãe não foi capaz de oferecer, ou seja, o falo. Freud (1932/1996) afirma que a renúncia do pênis só é tolerada mediante a compensação que a menina espera obter do pai. Na condição de castrada, a menina coloca-se em busca de algo que preencha essa falta, surgindo aí a fantasia de ter um filho com o pai, pois este é capaz de repor aquilo que lhe falta. O que está em jogo aqui não é o pai como objeto de amor em si, mas aquilo que ele pode dar à filha.

Em sua elaboração da organização edipiana feminina, Freud desconsiderou todo o campo das relações arcaicas com a mãe a favor da primazia do falo e do grande valor que investia no papel do pai na família. O autor pensava descrever a natureza feminina, mas descrevia apenas a mulher do século XIX que tinha diante de seus olhos (BADINTER, 1985). Freud, porém, reconheceu que nunca encerrou a questão sobre a sexualidade feminina e afirmou que as analistas poderiam compreender

melhor do que ele a questão da sexualidade feminina (ROUDINESCO & PLON, 1998).

Lacan (1958), em seu retorno à obra de Freud, afirma que o desejo de ter um filho do pai trata-se da busca pelo falo⁸, deslocando a posição da feminilidade marcada pelo amor de um homem para colocá-la em relação ao falo. Lacan substitui as aderências biológicas do discurso freudiano, entendendo as fases e etapas do desenvolvimento psicosexual como estruturas mais complexas, atemporais, organizadas a partir da relação com o Outro, na dialética da demanda do amor e da experiência do desejo.

Lacan (1958) sinaliza a importância da função paterna⁹ no Complexo de Édipo, pois é ela quem vai interditar a criança à mãe. No primeiro momento do Édipo, a criança é o objeto de desejo da mãe. Essa, por sua vez, também obtém muita satisfação nessa relação. É na medida em que intervém a função paterna que a criança não se torna puro objeto de desejo da mãe. A partir da castração, a criança dá o primeiro passo em direção à sua posição sexual. É necessário a interdição da lei paterna para que a criança perceba a mãe enquanto faltosa, castrada. Ao se dar conta de que a mãe não lhe dará o falo, a menina se dirige ao pai, assumindo sua posição feminina e demandando aquilo que lhe falta.

Dessa forma, Freud (1932) afirma que a maternidade é uma via de substituição do desejo de ter um pênis, pois que a demanda de ter um filho, por ser uma reivindicação fálica, está sempre articulada à castração e à falta. Assim, é possível dizer que um filho geralmente vem para tamponar uma falta. O que leva a mulher a desejar a ter um filho é o vazio da falta estrutural produzido pela castração bem como outros vazios deixados pelas perdas ao longo da vida. Dependendo do sentido dessas faltas, o filho pode ser idealizado como a compensação da solidão, da ausência de planos, da ilusão da completude (SALES, 2008).

⁸ Função simbólica desempenhada pelo órgão masculino. Lacan, a partir de 1956, definiu o falo como significante do desejo, mostrando que o Complexo de Édipo consiste em uma dialética: ser ou não ser o falo, tê-lo ou não o ter (ROUDINESCO & PLON, 1998).

⁹ A função paterna é a condição para que a mãe possa exercer a função materna. É o que vai servir de referência na relação da mãe com o bebê, é uma representação da estrutura simbólica, ou seja, as leis, as normas e os costumes transmitidos através da linguagem e da cultura. Esta função permite a entrada de um terceiro na relação simbiótica mãe-bebê (BERNARDINO, 2008).

O desejo de ter um filho é um desejo narcisista de completar-se por meio do Outro e é visto na idade adulta quando a mãe vê seu bebê como uma extensão de seu próprio corpo; o bebê dá uma nova potência à sua imagem corporal. Esse desejo narcísico de fusão com o bebê vem acompanhado do desejo de retornar à unidade com a própria mãe (BRAZELTON e CRAMER, 1992). Há nesse desejo uma dose de imortalidade: o bebê representa uma promessa de continuidade, pois porta as características dos pais e o nome da família. O bebê pode significar para os pais, também, o sucesso na realização dos sonhos em que eles mesmos fracassaram. O filho dará continuidade à árdua busca pela onipotência, será o realizador de todos os desejos dos pais. Por trás desse desejo há também um grande medo de que a criança seja um fracasso, confirmando mais uma vez o fracasso dos pais. Durante a gravidez, a mulher fantasia sobre todos os problemas que o bebê pode apresentar: prematuridade, má-formação, doenças diversas. Por isso, quando nasce um bebê de risco não é tanto uma surpresa para a mãe, mas uma frustração diante de todo o esforço e desejo em que ela investiu durante a gravidez (BRAZELTON & CRAMER, 1992).

Freud (1914/1996) afirma que o bebê ocupa o lugar de falo para a mãe, ou seja, preenche, imaginariamente, uma falta, ocupando o lugar daquele que poderá realizar todos os sonhos e ideais dos pais. Segundo o autor:

A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizarão - o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe. [Os pais] sentem-se inclinados a suspender em favor da criança o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar e a renovar em nome delas as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados [...] ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação; sua majestade, o bebê. (p. 108)

Durante a gravidez, o feto é investido narcisicamente, pois faz parte do corpo da mãe. Quando, após o nascimento, o bebê se separa da mãe, ela passa por um processo de renúncia ao sentimento de que o bebê ainda se confundia com ela. A mãe enfrenta a perda de uma parte de si e o vazio

súbito na barriga nem sempre é preenchido pela plenitude do bebê. Esse processo, porém, é gradual. Por muito tempo, qualquer conquista do bebê será sua própria realização e qualquer deficiência do bebê será o seu fracasso. Há muitos fatores complexos que estão por trás dos sentimentos vivenciados pela mãe nesse período: o sexo do bebê, sua personalidade, seu lugar na família, a idade da mãe, a relação dela com os pais, etc. (SPITZ, 1979; CRAMER, 1993).

Com o nascimento do bebê, a fantasia de completude e perfeição dos pais vem à tona. Reconhecer-se no filho sustenta a fantasia dos pais de continuidade e de imortalidade e isso faz com que o nascimento do filho seja celebrado (BATTIKHA, FARIA e KOPELMAN, 2007). Com o nascimento a termo de um bebê saudável, a mãe se tranquiliza, sente-se orgulhosa de sua produção e se satisfaz narcisicamente. No entanto, o nascimento de um bebê de risco não sustenta essa ilusão (BATTIKHA, 2001).

Desde a infância, brincando de ser mãe, a mulher vai se preparando para a gravidez, período este que recapitula sua vida anterior à concepção, suas experiências com os próprios pais, sua vivência do triângulo edipiano, as forças que a levaram a adaptar-se, com maior ou menor sucesso, a essa situação e, posteriormente, a separar-se de seus pais (BATTIKHA, FARIA e KOPELMAN, 2007). Os motivos que levam homens e mulheres a desejarem ter filhos, bem como as fantasias suscitadas por esses desejos são considerados também a pré-história do vínculo entre eles (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

É comum, nesse período, observar nas grávidas uma revivência de sua própria relação infantil com a mãe, provocando desejos infantis e até mesmo uma identificação com o bebê que está por nascer. É como se a gestante ensaiasse seu papel de mãe, imaginando, ao mesmo tempo, o que é ser um bebê. A grávida imagina o futuro revivendo seu passado, isto é, sua relação de bebê com sua mãe (CRAMER, 1993). Quando a filha ocupa o lugar que outrora foi de sua mãe, ela recorre, inconscientemente, aos seus processos de identificação, construindo e projetando a mãe que gostaria de vir a ser (ZEN & NUNES, 2006).

Stern (1997), em suas pesquisas sobre o vínculo, ressalta que as representações maternas sobre a própria mãe são um fator importante de predição do vínculo que a mãe estabelecerá com o seu próprio filho. No entanto, o mais importante não é o que ocorreu no passado, mas sim a forma como a história passada é elaborada. Isso significa que a elaboração da história é tão importante quanto a história em si.

Nesse tópico, buscou-se apontar algumas das configurações psíquicas que caracterizam a maternidade, apontando a complexidade desse período a partir da análise da sexualidade feminina e dos fatores que levam a mulher a desejar ter um filho. A forma como cada mulher irá lidar com a maternidade dependerá das representações maternas e da elaboração de sua história com sua própria mãe.

2.1.3 - *A formação do vínculo na gravidez, parto e puerpério*

Nesse tópico, será realizada uma análise do período gravídico-puerperal, apresentando as alterações psicológicas e os fatores que influenciam a formação do vínculo mãe-bebê.

O vínculo que se forma durante a gravidez é chamado de materno-fetal e ele descreve a qualidade da relação da gestante com o feto que pode ser observada na expressão do cuidado e do comprometimento com o feto como, por exemplo, alimentar-se bem, evitar substâncias nocivas, conversar com o feto, acariciar a barriga. Além desses indicadores, o vínculo pode ser identificado, também, por meio das expectativas, sentimentos e pensamentos da gestante como, por exemplo, a tentativa de imaginar o rosto do bebê, a ansiedade para pegá-lo no colo, etc. (CHANLEY 1981, apud ALVARENGA e cols 2012).

O período gestacional é um período de transição que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento da vida em várias dimensões ,provocando mudanças de identidade e definindo novos papéis. Assim, a gravidez não é só um período de ensaios e expectativas, mas constitui também uma fase em que velhos relacionamentos podem ser

significados. Portanto, é um período de constante confronto entre a satisfação de desejos e o reconhecimento da realidade (MALDONADO, 1985; BRAZELTON e CRAMER, 1992).

A gravidez implica grandes mudanças, e as consequências destas dependem da interação de diversos fatores: a história pessoal e familiar da gestante; o contexto da gravidez (se ocorreu dentro ou fora de um vínculo estável, se foi planejada e desejada, se há histórico de aborto ou óbito fetal, etc.); as características de evolução da gravidez (se é de baixo ou alto risco); o contexto sócio-econômico; e o contexto assistencial de saúde (MALDONADO, 1985). Esses fatores influenciarão também o comportamento parental de vínculo com o bebê.

Alguns autores (BRAZELTON & CRAMER, 1992; MALDONADO, 1985) dividem as alterações psicológicas da gravidez em três estágios que, geralmente, acompanham os três trimestres da gestação. O primeiro estágio corresponde ao primeiro trimestre. Aqui há diversos sentimentos ambivalentes como a dúvida de estar ou não grávida, questões sobre desejar ou não ter um filho. Nesse período, os futuros pais começam a se adaptar à novidade da gravidez evidenciada pelas mudanças no corpo. As manifestações fisiológicas do período – que, normalmente, são os primeiros sinais da gravidez – incluem a hipersonia, náuseas e vômitos. Outras manifestações peculiares no primeiro trimestre são os desejos e aversões por determinados tipos de comida ou bebida. É comum também o aumento do apetite, as oscilações de humor, o aumento da sensibilidade e da irritabilidade que, tendem a permanecer durante toda a gestação.

Os temores mais comuns nesse período são o aborto espontâneo e a má formação fetal. Nesse momento, a mulher se sente mais fragilizada, necessitando de cuidados e apoio de outras pessoas. A mulher pode também retrair-se e culpar inconscientemente o companheiro ou outras pessoas pelas mudanças que estão lhes acontecendo. A tarefa mais difícil é a de aceitar o corpo estranho que vive dentro dela. Dessa forma, a gestante pode sentir o feto como um intruso, mas, com o tempo, possivelmente, passará a aceitá-lo melhor.

O segundo trimestre é considerado o mais estável do ponto de vista psicológico. Neste segundo estágio, os pais começam a ver no feto um ser que viverá, posteriormente, separado da mãe. Isso ocorre quando a mãe começa a sentir os primeiros movimentos fetais. Depois da confirmação da gravidez, a movimentação do feto é o segundo marco importante para os pais. É aqui que a fusão total com o filho começa a se quebrar, na medida em que ele passa a ser percebido com um ser separado. Aqui começa o vínculo primordial, a possibilidade de uma relação mãe-bebê. A função paterna tem uma importância fundamental neste estágio, pois ajuda a mãe na tarefa de separar-se de seu filho e também a assegura que ela não é a única responsável por possíveis sucessos ou fracassos.

Nesse período, a ambivalência aparece no alívio vivenciado ao sentir os movimentos fetais e, simultaneamente, na ansiedade e temor quando não consegue sentir os movimentos. A introversão e a passividade são comuns nesse período. A mulher passa a se concentrar mais em si mesma e sente-se menos disposta à atividade.

No terceiro estágio, os pais começam a perceber no feto uma futura criança. Nesse período, geralmente, são tomadas decisões que vão, aos poucos, personificando o feto: escolha do nome, organização do enxoval e do quarto do bebê, etc. São decisões importantes para que o feto não seja visto como um indivíduo estranho na hora do parto.

Nessa fase, o nível de ansiedade volta a elevar-se com a aproximação do parto e da mudança de rotina provocada pela chegada do bebê. A ambivalência está presente na vontade de ter o filho e terminar a gravidez, a qual se torna, cada vez mais, desconfortável. Ao mesmo tempo, aparece a vontade de prolongar mais a gravidez e, assim, continuar recebendo atenção ou adiar a necessidade de fazer as adaptações exigidas pela chegada do bebê. Os temores mais comuns nesse período são: medo do parto (de sentir dor ou de morrer), medo de ficar com a vagina permanentemente alargada ou dilacerada, medo de não ter leite suficiente, medo de alterar a rotina da vida, etc.

O nascimento de um bebê é um evento que muda toda a rotina familiar, especialmente da mulher, que é quem geralmente assume a maior

parte dos cuidados com o filho. Stern (1997) denominou essa modificação e reorganização da vida após o nascimento do bebê como constelação da maternidade, que engloba o conceito de preocupação materna primária de Winnicott. Nesse momento, a mãe é capaz de envolver-se emocionalmente com o bebê para promover seu desenvolvimento psíquico. A mãe precisa transformar e reorganizar sua identidade para se dedicar ao bebê. Stern enfatiza a importância da rede de apoio nesse período, a qual deve proteger a mãe fisicamente e apoiá-la psicologicamente para que ela possa se dedicar ao filho. Segundo Maldonado (1985), quando a mãe está cercada de pessoas que a ajudam e a apoiam, os sentimentos maternos de autoconfiança e realização pessoal tendem a aumentar, assim como a disposição de dar afeto ao bebê.

Assim como a gravidez, o parto é uma experiência extremamente importante na vida da mulher. Essa experiência é tão marcante que os sentimentos envolvidos durante o nascimento do bebê serão lembrados nos mínimos detalhes durante anos (KITZINGER, 1987 apud LOPES e cols., 2005). O parto se constitui como um momento crítico, pois é sentido como uma situação de passagem de um estado para outro, cuja principal característica é a irreversibilidade, ou seja, é uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer forma. Diferentemente da gravidez, cuja evolução é lenta, o parto é um processo abrupto que introduz mudanças intensas (MALDONADO, 1985).

O parto é um momento importante da transição para maternidade, pois será o primeiro encontro entre mãe e bebê. É o momento de se deparar com o bebê real¹⁰, geralmente, diferente daquele imaginado durante a gravidez. O parto possibilita que a mãe encontre um produto seu e descubra sua capacidade de suportar as dores, sua capacidade de ser mãe e cuidar de seu bebê (LEBOVICI, 1987). O contato com o filho logo após o

¹⁰ Lebovici (1987) propõe a existência de três tipos de bebês presentes no imaginário parental: bebê imaginário, bebê fanstamático e bebê real. O bebê imaginário é aquele criado em sonhos, percepções e fantasias parentais, por meio da vivência do feto no período gestacional. O bebê fastasmático é arcaico e acompanha os pais desde a infância, criado pelas vivências iniciais da vida dos pais e que influencia as formas de cuidados e representações do filho. O bebê real é aquele que nasce e recebe todo o investimento materno e paterno. Ele começa a ser criado no final da gestação para facilitar a aproximação que ocorrerá quando ele nascer.

nascimento é um fator que parece estar associado a uma vivência mais positiva do parto.

No período do pós-parto, a mulher torna-se hipersensível e vivencia emoções intensas e variadas. Esse período de transição dura aproximadamente três meses após o nascimento do bebê. Nesse fase, assim como durante toda a gravidez, a mulher precisa de amparo e proteção, e, muitas vezes, essa necessidade é confundida com depressão. É comum nesse período a labilidade emocional na primeira semana após o parto. Esse estado depressivo chamado de *baby blues* está associado às adaptações e perdas vivenciadas pela mulher após o nascimento do bebê. Essas perdas incluem o corpo gravídico, ou seja, a perda de uma parte de si (a barriga vazia), o não retorno imediato do corpo original, a separação mãe-bebê. Outro aspecto importante é a adaptação do filho imaginado da gravidez para o filho real (MALDONADO, 1985). Intercorrências nesse período, como o nascimento prematuro, por exemplo, vão intensificar as adaptações e perdas vivenciadas no puerpério.

Odent (2000) afirma que o período logo após o nascimento é um período sensível, curto e crucial, que jamais será repetido. Segundo o autor, esse período representa uma forte influência da formação do vínculo mãe-bebê, que será o protótipo de todas as formas de amor. O que ocorre precocemente durante o período do pós-parto pode ajudar, imensamente, no desenvolvimento de um vínculo dos pais com o bebê. Estudos apontados por Klaus e Kennel (19992) sobre o alojamento conjunto confirmaram a importância do contato precoce durante o período pós-natal. Mães que permanecem em alojamento conjunto apresentam aumento na amamentação, maior confiança e sentimento de competência no atendimento ao bebê e, por fim, maior sensibilidade ao choro dos seus filhos.

O processo de humanização do nascimento e da assistência ao parto interfere na relação mãe-bebê e constitui-se como fator de promoção do vínculo materno-infantil. A preparação para o parto e para a maternidade tem como objetivo humanizar o processo de nascimento e expressa uma mudança da compreensão do parto como experiência humana. No entanto,

nem sempre o que ocorre no período do pós-parto foi considerado importante para a promoção do vínculo entre mãe e bebê.

Antigamente, o modelo de assistência médica, amparado pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento do parto como desígnio divino, o preço a pagar pelo pecado original, sendo dificultado qualquer apoio para tentar aliviar as dores do parto. A obstetrícia médica veio oferecer uma solução para o sofrimento das mulheres com o processo da medicalização, oferecendo um parto indolor, rápido e prático: a cesárea eletiva. Durante várias décadas do século XX, mulheres das classes média e alta deram à luz sob sedação total. Esse modelo de assistência associado à sedação completa foi abandonado após várias décadas devido a alta morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005).

Já na segunda metade do século 20, as mulheres começaram a vivenciar o parto conscientes, porém, imobilizadas e separadas de seus parentes e amigos, permanecendo sozinha durante todo o trabalho de parto e parto. Como prática de rotina, surgiram a extração de bebê com fórceps e a episiotomia para as mulheres mais pobres. As mulheres ricas preveniam tal sofrimento com a cesárea eletiva. Esse modelo mecanizado e dissociado do contexto emocional é o que predomina nos dias atuais (DINIZ, 2005).

Em oposição ao modelo intervencionista, surgiu o movimento em defesa do parto humanizado. Nesse tipo de parto, a mulher vive intensamente as emoções do parto e participa ativamente de todo o processo (MALDONADO, 1985). Além disso, o contato precoce entre mãe e bebê é incentivado já na sala de parto, reduzindo os procedimentos desnecessários realizados no pós-parto imediato. Após o nascimento, mãe e bebê devem permanecer em alojamento conjunto a fim de se evitar separação entre eles e para incentivar o aleitamento materno.

No Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento através da Portaria GM/n.569 de 2000 com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos. O Ministério da Saúde recomenda que se evitem práticas intervencionistas desnecessárias, que

não beneficiam a mulher e o recém-nascido. Apesar do amparo legal da humanização do parto, o modelo intervencionista é ainda o que prevalece na maior parte das maternidades do país. O Ministério da Saúde propõe estratégias para mudanças de posturas, visando a assistência humanizada, promovendo condutas que incentivem a formação do vínculo entre pais e bebês e valorizem o aleitamento materno. Uma das condutas essenciais para a promoção do vínculo proposta pelo Ministério da Saúde é a presença dos pais como protagonistas no tratamento e na recuperação do bebê internado. Essa questão será aprofundada no próximo tópico.

Em síntese, buscou-se analisar o ciclo gravídico-puerperal com o objetivo de compreender o processo inicial da formação do vínculo entre mãe e bebê, enfatizando a importância do modelo humanizado de assistência ao parto por favorecer o contato precoce e promover o vínculo materno-infantil. No entanto, deve-se destacar que o parto não é o fim desse processo de vinculação. O vínculo entre mãe e bebê sofrerá algumas transformações após o nascimento, especialmente quando ocorre um nascimento prematuro. No próximo tópico, será abordada a questão do vínculo entre mãe e bebê frente ao nascimento prematuro.

2.2. A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ EM SITUAÇÃO DE PREMATURIDADE

Segundo Ansermet (2003), o nascimento marcado pela urgência ocorre concomitantemente com o risco de morte, doença e/ou deficiência, podendo desdobrar-se em uma incerteza insuportável. O nascimento marca apenas o início de um longo procedimento médico-tecnológico que vai manter em suspenso a definição de vida e de morte para aquele bebê (VORCARO, 2010). Para os pais, algo foi interrompido e há uma dificuldade em encontrar pontos de referência. Com os avanços da tecnologia neonatal, muitos bebês prematuros têm sobrevivido com os novos recursos, inclusive prematuros extremos. No entanto, é preciso ir além da sobrevivência da vida orgânica. Para sobrevivência da vida psíquica é necessário que o Outro pressuponha que haja ali, naquele pequeno bebê, um sujeito que irá advir.

A presença do Outro é fundante para a construção do sujeito (ANSERMET, 2003) e, por isso, pontua-se que a presença da mãe na unidade neonatal é primordial. Diante do nascimento prematuro, é essencial um espaço de escuta para que os pais possam significar essa história e tecer um lugar simbólico para esse bebê, permitindo que o olhar sobre ele seja para além do pedaço de carne que os médicos tentam reanimar.

Na primeira parte desse tópico, será realizado um breve histórico da assistência materno-infantil, com ênfase na assistência neonatal, com o objetivo de demarcar a entrada da família na hospitalização do bebê. Na segunda parte, será realizada uma análise psicanalítica das significações da maternidade em situações de prematuridade. Na última parte, serão pontuadas algumas questões sobre intervenção precoce em UTI neonatal.

2.2.1 - Breve histórico da assistência materno-infantil

A qualidade da assistência dos serviços de saúde oferecidos à gestante e ao recém-nascido está relacionada à evolução da condição de saúde na infância. Há diversas relações entre a falta de assistência pré-natal e o retardo do crescimento intrauterino, prematuridade e morbi-mortalidade infantil (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a assistência à mulher e ao recém-nascido pode trazer grandes consequências para a saúde da criança.

O modelo de assistência obstétrica e neonatal nasceu centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e nas práticas curativas em que o foco era a doença, e não o paciente. Até os meados do século XIX, a saúde de bebês e crianças não fazia parte da atenção dos médicos e não havia instituições que se dedicassem aos cuidados infantis. A taxa de mortalidade era elevada, principalmente entre os recém-nascidos prematuros. A elevada taxa de mortalidade infantil adicionada a queda na taxa de natalidade contribuíram para o surgimento do Movimento para a Saúde da Criança, entre 1870 e 1920. Esse movimento buscava preservar a vida das crianças, principalmente dos prematuros, e foi um marco na história da medicina neonatal (LUSSKY, 1999 apud OLIVEIRA & RODRIGUES, 2005).

A medicina neonatal teve seu início com o obstetra francês Pierre Budin que estendeu os cuidados com o bebê para além das salas de parto. Em 1892, Budin criou o Ambulatório de Puericultura em Paris e foi responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que formaram a base da neonatologia (OLIVEIRA & RODRIGUES, 2005). O obstetra encorajava as mães de prematuro a amamentarem seus bebês e também um outro bebê a termo, para aumentar a produção de leite. Foi Budin quem idealizou as incubadoras com paredes de vidro para que as mães pudessem ver mais facilmente seus bebês. No entanto, as unidades para atendimento de prematuros da época recomendavam apenas o manuseio essencial dos bebês e adotavam uma política de isolamento de qualquer visitante, incluindo os pais (KLAUS & KENNEL, 1992).

Nas maternidades e berçários nas décadas de 1950 e 1960, havia uma preocupação com a disseminação de doenças contagiosas e de infecção, o que levou a uma política de isolamento e separação física das áreas obstétricas das áreas pediátricas. Assim, mães e bebês eram separados logo após o nascimento. Spitz (1979) afirma que a separação entre mãe e bebê após o nascimento é uma característica recente da nossa cultura ocidental, remontando a menos de cem anos atrás. Foi a partir da década de 1970, quando iniciaram os cuidados centrados na família, que os pais e familiares puderam permanecer juntos ao bebê internado. Gradualmente, as mães foram sendo estimuladas a permanecer com seus filhos por períodos prolongados (BRUM & SCHERMANN, 2005).

Nas unidades de tratamento intensivo neonatal havia uma preocupação ainda maior com a disseminação de doenças contagiosas e infecção. Alguns estudos foram fundamentais para que as portas das UTIs fossem abertas para os pais e familiares. Klaus e Kennel, na década de 70, avaliaram a ameaça de infecções nas UTIs que recebiam visitas das mães por meio de culturas semanais. Os resultados desses estudos mostraram que não houve aumento de infecção mesmo com as visitas das mães (BRUM & SCHERMANN, 2005). Outros estudos (KLAUS & KENNEL, 1992; BRAZELTON, 1988) sobre a estimulação infantil revelaram que, se um prematuro era tocado, embalado, acariciado ou trazido ao colo diariamente

durante sua permanência hospitalar, ele apresentava menos períodos de apnéia, ganho de peso aumentado e avanço em algumas áreas de funcionamento do sistema nervoso central que pode persistir por meses depois da alta hospitalar. Além disso, os autores constataram que o simples fato de acariciar um bebê prematuro por cinco minutos a cada hora altera a motilidade intestinal, o choro, a atividade e o crescimento. A partir daí, novas práticas de cuidados neonatais foram surgindo. Com a adesão dos pais no tratamento dos filhos, houve uma elevada taxa de sobrevivência das crianças, melhor qualidade de vida e maior integração familiar (GOMES, 2001).

No Brasil, surgiram alguns programas para melhoria da assistência materno-infantil. Na década de 1970 foi implantado o Programa Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujo objetivo era contribuir para a redução da morbimortalidade infantil e materna. Suas ações estavam voltadas para o acompanhamento pré-natal e ações de promoções de saúde da criança. O PSMI, no entanto, tinha um alcance limitado, pois negligenciava a assistência ao parto e não garantia assistência hospitalar qualificada. No anos 1980, ocorre a regulamentação do alojamento conjunto¹¹, proporcionando maior contato entre mãe e recém-nascido, além do incentivo ao aleitamento materno. Em 1983, surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que considerava ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, além de outras assistências específicas à saúde da mulher (BRASIL, 1983).

A década de 90 trouxe outros ganhos nas políticas materno-infantis. Em 1993, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1982) tornou obrigatória a implantação do alojamento conjunto em todo território nacional. Em 1994, o Ministério da Saúde lança a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), assegurando pagamento de 10% a mais para os Hospitais Amigos da Criança vinculados ao SUS. Para se credenciar e receber o título de Amigo da Criança, o hospital deve seguir os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (BRASIL, 1994).

¹¹ O alojamento conjunto consiste em um princípio hospitalar em que o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, em um mesmo ambiente, até a alta hospitalar (BRASIL, 1994).

No campo da atenção neonatal, surgiram estratégias para melhorar a eficácia e eficiência da assistência neonatal. Uma das principais estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde foi a aprovação da norma para implantação do método canguru, em 2000. O método canguru teve seu início em Bogotá, no ano de 1979, com os médicos Edgar Rey e Hector Martinez. O método surgiu da urgência de encontrar soluções para falta de recursos para manutenção da vida dos bebês que necessitavam de incubadoras. Assim, as mães colombianas passaram a ter o papel de "incubadoras humanas". O método tinha como características originais: manter a temperatura corporal do bebê através do contato pele a pele com o adulto na posição canguru; amamentação materna exclusiva; alta hospitalar com qualquer peso ou idade gestacional, após 48h de canguru no hospital sem qualquer complicação (FELICIANO, 2007).

O método canguru foi introduzido em algumas unidades de saúde brasileiras na década de 1990 e foi incorporado às políticas de saúde do campo perinatal. Alguns hospitais brasileiros passaram a estabelecer práticas de utilização da posição canguru para as mães de bebês pré-termo sem critérios técnicos bem definidos até a aprovação da Portaria 693 SAS/MS da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru -, que passou a definir os critérios para adoção do método (BRASIL, 2009).

O método canguru é definido como um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado e parte dos princípios da atenção humanizada. Entre os benefícios do Método estão: redução do tempo de separação entre mãe e bebê e fortalecimento do vínculo entre eles; controle térmico adequado; melhora nos ritmos cardíacos e respiratórios; redução de risco de infecção hospitalar; redução do estresse e da dor no recém-nascido; aumento das taxas de aleitamento materno; melhora da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido; melhora no relacionamento da família com a equipe de saúde; maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após alta hospitalar; otimização dos leitos da UTIN (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal) e da UCIN (Unidade de

Cuidados Intermediários Neonatal); e redução do número de reinternações (BRASIL, 2009).

O método canguru é desenvolvido em três etapas, começando no pré-natal, orientando a gestante de alto risco e sua família. Com o nascimento do bebê e havendo necessidade de sua permanência em uma UTIN e/ou UCIN, os pais serão estimulados a permanecer nesses locais e estabelecer um contato precoce pele a pele com o bebê, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos. Trabalha-se o estímulo à lactação e a participação dos pais nos cuidados com o filho. A segunda etapa do método exige estabilidade clínica da criança, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com o bebê na posição canguru o maior tempo desejado e possível. A terceira etapa se inicia com a alta hospitalar e exige acompanhamento ambulatorial do bebê e sua família (BRASIL, 2009).

O fortalecimento do método canguru é uma das ações do Ministério da Saúde para reduzir os índices de morbimortalidade neonatal no país. Segundo os últimos dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012), o Brasil está entre os dez países com os maiores números de parto prematuro, sendo 279 mil partos prematuros por ano. Diversos são os fatores de risco para o parto prematuro: história materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre, idade materna menor que 15 anos ou maior que 40 anos, tabagismo, uso de cocaína, ausência de pré-natal, gestação múltipla, crescimento intrauterino restrito, anomalias congênitas, descolamento de placenta, mioma, insuficiência istmo-cervical, hipertensão arterial, infecções maternas, etc. (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a assistência ao prematuro nas UTIs neonatais tem passado por importantes transformações com o objetivo de melhorar a assistência ao bebê e sua família, tais como: a permanência dos pais junto ao bebê internado, a visita de familiares, grupos de apoio aos pais, incentivo a participação dos pais nos cuidados com o bebê, incentivo ao método canguru e ao aleitamento materno. A importância da permanência dos pais na unidade neonatal é reconhecida por lei, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) que estabelece que os hospitais devem

proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante a internação da criança ou adolescente. O Ministério da Saúde, através da Portaria n. 1683, de 2007 e da Portaria n. 930, de 2012, garante aos pais livre acesso à unidade neonatal, sem restrição de horários (BRASIL, 2007; 2012). Com a criação de programas de assistência materno-infantis e a criação do método canguru, a inclusão da família na hospitalização do bebê começou a se fortalecer.

No entanto, apesar dos avanços da assistência neonatal, dos diversos estudos (SPITZ, 1979; KLAUS & KENNEL 1996) sobre a importância da presença da mãe na hospitalização do bebê e do advento da legislação dos direitos da criança, a exclusão da família nas unidades neonatais parece persistir até hoje em grande parte dos hospitais de nosso país. Diversas são as justificativas para excluir a família: limitação do espaço físico, UTI superlotada, poucos recursos humanos para orientar e acompanhar a família, execução de procedimentos invasivos nos bebês, equipe desmotivada e despreparada para assistência humanizada, dificuldade em rever e flexibilizar rotinas, dentre outros fatores.

A humanização dos cuidados com o bebê nas UTI neonatais inaugura uma condição nova para a equipe, e isso significa trabalhar exposta ao olhar dos pais e aos seus questionamentos (DIAS, 2008). Apesar de muitos profissionais reconhecerem a importância da família dentro da unidade, eles acreditam que a presença dos pais pode atrapalhar o serviço, pois se sentem vigiados e avaliados por eles. A equipe também recebe uma intensa carga afetiva ambivalente dos pais, como reconhecimento pelo trabalho e cuidados realizados com o filho deles, mas ao mesmo tempo recebem ódio e ressentimento por obterem um conhecimento sobre a sobrevivência do bebê que os pais não detêm. Os pais projetam na equipe sentimentos de impotência e incompetência diante de seu filho, questionando os procedimentos realizados pela equipe e sua eficácia (BATTIKHA, 2011). As questões emocionais decorrentes da inserção da família na unidade neonatal devem ser discutidas na rotina de trabalho da equipe. No entanto, o principal desafio da assistência humanizada ainda é a formação fragmentada e focada na doença.

É importante destacar que as propostas advindas da humanização contribuem efetivamente para que os cuidados realizados com o paciente considere sua condição geral, aumentando os cuidados com os procedimentos invasivos. Porém, a humanização não garante a subjetivação, pois ao padronizar os procedimentos, mantém e repete o funcionamento do bebê no mesmo anonimato, inserindo a presença materna em um programa técnico a ser cumprido independente de qualquer condição, ou seja, a obrigatoriedade da presença materna e da amamentação. Sabe-se, porém que essa obrigatoriedade por si só não garante o investimento libidinal necessário à constituição psíquica do sujeito (SANTOS e cols, 2001; VORCARO & LOPES, 2006). Essa questão será retomada no próximo tópico.

2.2.2 - Significações da maternidade em situação de prematuridade

O nascimento de um bebê prematuro é um evento traumático na vida da mulher, o que irá ultrapassar sua capacidade de enfrentar a situação, podendo provocar efeitos patológicos duráveis. A prematuridade desconstrói a maternidade idealizada, colocando-a em suspenso. Quanto mais a maternidade idealizada estiver ancorada na fantasia, mais traumático será esse evento, pois a mulher terá dificuldade em desconstruir a imagem do filho imaginário e saudável da gravidez (AGMAN, DRUON e FRICHET, 1999).

Todo nascimento traz certo grau de angústia e necessita de um remanejamento psíquico. No nascimento prematuro, tal remanejamento é um pouco mais difícil, pois o bebê prematuro traz o real das fantasias da gestação. Dessa forma, a realidade se junta à fantasia na qual o bebê idealizado da gravidez não corresponde com o bebê pequeno e frágil da incubadora. A distância entre o bebê real e o bebê imaginário da gravidez é vivenciada de maneira mais dramática para os pais de prematuros, pois toda a fragilidade do bebê, muitas vezes, os impede de se reconhecerem em seu

filho. Com o parto prematuro, há uma destruição da imagem do belo filho saudável, colocando o narcisismo dos pais à prova (DRUON, 1999).

Na clínica da prematuridade, os pais de prematuros vivem algo difícil. Devem suportar a ferida narcísica que o bebê prematuro comporta, ou seja, uma produção sua que não se soube levar a termo. A mãe tem dificuldade em estabelecer um vínculo com esse bebê que a lembra o tempo todo de seu fracasso por não ter conseguido prolongar a gravidez e por ter gerado um bebê doente. A experiência vivenciada pelos pais de prematuros é parecida com aquilo que Freud descreveu como neurose de susto ou pavor (*Schrek*) para destacar o elemento surpresa, do imprevisto, isto é, da falta de preparação para a angústia (ANSERMET, 2003). É por isso que, no nascimento de urgência, o investimento libidinal no bebê está ameaçado. Brazelton e Cramer (1992) afirmam que o vínculo com um "bebê decepcionante" só pode se desenvolver se os pais conseguirem curar a própria ferida narcísica de sua imagem. Acolher a angústia dos pais é fundamental para que a crise deflagrada pelo nascimento prematuro não consolide uma ameaça ao investimento libidinal necessário à construção do sujeito.

É importante destacar que quanto mais tempo uma mãe espera para ver seu bebê na unidade neonatal, mais tempo terá para imaginar as piores fantasias. Quanto mais cedo puder ver o filho, mais rápido poderá conciliar sua imagem mental do bebê imaginário com o bebê real (KLAUS & KENNEL, 1992).

Freud afirmou que todos os bebês ao nascer se deparam com o desamparo psíquico. No entanto, o bebê prematuro é a expressão máxima do desamparo. A mãe, em um primeiro momento, revive o que esse desamparo foi para ela e, a partir daquilo que o nascimento causa a ela, poderá ou não vir a ocupar o lugar da função materna (HOEYR, 2002). Dessa forma, pode-se dizer que a prematuridade é um impasse na construção do sujeito e irá transformar a constituição do vínculo entre mãe e bebê.

Jerusalinsky (2000) aponta que, na UTI neonatal, os pais encontram-se impossibilitados de exercer a função materna e paterna. Há um vazio de

palavras e frases aparentemente desconexas devido à surpresa do nascimento prematuro. Na clínica da prematuridade, todas as referências maternas vacilam. A mãe vê sua dedicação cair no vazio, sentindo-se incapaz de oferecer ao bebê os cuidados necessários para sua sobrevivência.

É comum observar que, em quase todas as histórias de nascimento pré-termo, as relações entre essa mãe e sua própria mãe foram dolorosas, produtoras de profundas marcas que muitas vezes desautorizavam a capacidade de ser mãe. As falas mortíferas de suas próprias mães fazem dessas mulheres mães machucadas e vêm marcar o corpo delas (ZEN & MOTTA, 2008; MATHELIN, 1999). Quando nasce um bebê prematuro, essas marcas vem à tona, aumentando o sentimento de incapacidade materna. É necessário e até mesmo vital, para a futura relação entre mãe e bebê, respeitar essa incapacidade temporária, ocasionada pela irrupção da prematuridade e pela destruição da fase de preocupação materna primária (WEIL-HALPERNM, 2002)

Todo bebê humano precisa do Outro para sobreviver, ou seja, precisa de investimento afetivo e de um lugar na economia psíquica deste Outro (BALTAZAR, GOMES e CARDOSO, 2010). Se a mãe não investe libidinalmente em seu filho, ele não tem ao que se agarrar para sobreviver e se constituir como sujeito, pois é o projeto desejante para a criança que a torna viva. Antes de nascer, o bebê já é esperado pelos seus pais. Há um enxoval preparado para ele, há os planos dos pais para esse bebê, a escolha do nome, a preparação do quarto do filho. Quando o bebê nascer, ele irá encontrar toda uma organização cultural e simbólica pronta a sua espera. O parto prematuro, porém, interrompe esse momento, pois ele ocorre quando a mulher mal começou a sentir os movimentos do bebê, a construir uma imagem do seu filho e a preparar o ambiente para o seu nascimento (BERNARDINO, 2008).

Para muitas mães é insuportável estar diante de seu bebê real, porque ele representa a destruição das fantasias da gravidez, além de ser um corpo que elas têm que fazer viver (BOUKOBZA, 2002). Ao sair da unidade neonatal, ela deverá conviver com um filho que a feriu

narcisicamente e que está vivo graças aos outros. Mathelin (1999) afirma que as falas consoladoras das pessoas ao redor não servem para nada, a não ser para deprimi-las ainda mais. Tendo em vista esta dinâmica, acredita-se que o trabalho com as mães de bebês prematuros deverá ser sempre um trabalho de luto, de perda do bebê imaginário e de reconstrução de uma história. É preciso significar a falta e descolar o filho do horror do real da prematuridade para que seja possível projetar sobre ele um futuro.

Diante do nascimento de um bebê prematuro, a mãe é confrontada de maneira abrupta ao hiato entre o bebê imaginário e o bebê real. Nesse momento, a mulher vivencia a chamada gravidez de barriga vazia e colo vazio; é a estranheza de estar em uma maternidade sem o seu bebê nos braços. No nascimento de urgência, a mulher perceberá que a maternidade não é um conto de fadas e a internação de seu bebê irá lembrá-la disso (MATHLEIN, 1999; ZEN e MOTTA, 2008).

O nascimento de um bebê de risco é uma passagem delicada na qual ele está próximo da morte e apenas os cuidados médicos e tecnológicos podem salvá-lo. Diante desse bebê instável, abruptamente separada dele, a mãe terá que lidar com muitos conflitos. O primeiro deles é a separação física que se impõe logo ao nascimento; em seguida lhes apresentam um bebê prematuro, que, em virtude das suas condições gerais, não consegue responder a seus apelos de contato. Além disso, a mãe se vê compartilhando seu bebê com muitos profissionais que detêm um saber, em relação à sobrevivência dele, que ela não detém. Nesse contexto, o serviço é visto como um juiz da incapacidade da mãe, ao mesmo tempo em que é o único recurso para a sobrevivência do bebê. Outro conflito presente na unidade neonatal é a iminência de morte e a possibilidade real de perder o filho a qualquer momento (GOMES, 2004).

Na UTI neonatal, as mães também encontram dificuldade em sustentar o aleitamento materno. Primeiro porque a produção de leite está ligada a condições emocionais da mãe, que nesse momento vivencia angústia e ansiedade reativa à internação do bebê. Segundo porque o bebê prematuro, principalmente os prematuros extremos (nascidos com idade gestacional menor que 28 semanas) ainda não possuem maturidade

orgânica para conseguir sugar no seio materno. Nesses casos, as mães são orientadas a ordenhar o seu leite que será ministrado por sonda para o bebê. Essa situação é, muitas vezes, incômoda, frustrante e dolorida para as mães. É importante destacar que a amamentação não envolve apenas a parte orgânica, mas engloba também questões da ordem do inconsciente, sendo necessário considerar a dimensão subjetiva da mãe que amamenta (JERUSALINSKY, 2000; SANTOS e cols, 2001).

É necessário problematizar o que está em jogo na relação entre mãe e bebê durante a amamentação, pois a amamentação por si só não garante o investimento libidinal materno no bebê. No primeiro encontro do bebê com fome com um objeto externo que provê alimento, ocorre a satisfação de uma necessidade que se inscreve no psiquismo como experiência de satisfação. Na cena da amamentação não é apenas o leite que satisfaz as necessidades do bebê, mas também um conjunto de sinais da presença materna — como o toque, a fala, o olhar — que implicam o desejo da mãe. O leite, além de ser indispensável para sobrevivência orgânica, também nutre o bebê com as marcas fundantes de sua subjetividade (BATTHIKA, 2006).

Levin (2005) aponta que não há relação possível da criança com o seu corpo se não está mediada pelo desejo e pelo corpo materno, enunciando aí a dialética da demanda e o desejo entre o bebê e a mãe. Durante a amamentação, a mãe fala e toca o bebê, e é a palavra e o toque que significam o corpo do bebê, tornando-o sujeito. O corpo materno adquire um valor fundante para o bebê, pois transforma-se em uma fonte libidinal permanente.

A presença e ausência materna vão delimitando um ritmo, o que anuncia a antecipação simbólica do corpo materno. Assim, o bebê alucina a experiência de satisfação, chupando o polegar, por exemplo, quando sente fome. A presença materna no ato de amamentar, enquanto desejo, é fundamental, pois os cuidados que a mãe dedica ao filho satisfaz não apenas as necessidades biológicas, mas garantem também a emergência psíquica do sujeito e sua entrada no simbólico (SANTOS e cols., 2001).

A instabilidade orgânica inicial do bebê prematuro dificulta não só a amamentação, mas também a aproximação da mãe com o filho, limitando as primeiras trocas afetivas do corpo a corpo entre ambos. Os procedimentos adotados no tratamento das patologias da prematuridade repercutem diretamente no vínculo entre mãe e bebê. Por exemplo, a necessidade de ventilar e entubar o bebê constitui uma imagem inquietante para a mãe, pois a priva de ouvir o choro do seu bebê. Para a mãe, o choro do bebê é uma declaração de sua potência e um sinal de que o bebê está ali (DIAS, 2008).

Um bebê de risco necessita de uma série de cuidados médicos que não podem ser efetuados pela mãe. Além disso, a mãe se encontra com um bebê que difere da conduta espontânea esperada por bebês nascidos a termo e saudáveis. Essas condições causam efeitos de fratura no exercício da função materna, que só pode operar sob certas condições. Nas situações de prematuridade, a mãe fica deslocada da posição de saber o que fazer com o seu bebê (JERUSALISNKY, 2000).

Enquanto o bebê está internado em uma unidade neonatal, o serviço se apresenta para a mãe como algo da interdição da simbiose entre ela e o filho. Assim, destituída de seu lugar de mãe de um bebê sadio, ela acaba ocupando um lugar de cuidadora do corpo (JERUSALISNKY, 1999). Essa atitude permanece mesmo depois da saída da maternidade, e a mãe acaba ocupando uma função mais médica do que maternal. Ela não está em um estado de preocupação materna primária como Winnicott nomeou, mas num estado de preocupação médica primária (AGMAN, DRUON e FRICHET, 1999).

É comum as mães procurarem dominar as informações fornecidas pelos aparelhos e a linguagem técnica que circula pela UTI. O domínio desse "dialeto" supõe um reencontro das mães com os seus bebês, recuperando o seu lugar de saber, assim como a responsabilidade por seus cuidados. No entanto, essa tentativa de recuperar seu lugar de mãe, do qual se sente deslocada, resulta em um fracasso, pois esse dialeto é igual para todos os bebês na UTI, mas ele não diz nada sobre o bebê para uma mãe (JERUSALISNKY, 2000).

Apesar de o bebê receber os cuidados necessários pela equipe para salvar sua vida orgânica, é somente o discurso parental que significa a vida psíquica. Mesmo que a mãe não tenha conhecimento médico especializado, ela é a única que pode apresentar o mundo para o bebê de modo que tenha um sentido para ele. A mãe sabe como fazê-lo, não por ter aprendido e não por sua inteligência, mas simplesmente pelo fato de ser mãe (JERUSALINSKY, 1999; WINNICOTT 1987).

2.2.3 - Intervenção precoce na unidade neonatal

A intervenção precoce ou estimulação precoce tem como marco a clínica com bebês e crianças pequenas que apresentam problemas de constituição psíquica e de desenvolvimento relativos à aquisição de psicomotricidade, linguagem e aprendizagem. Intervir precocemente significa desarmar qualquer condição que poderia dificultar ou impedir a construção psíquica do sujeito. A intervenção precoce acontece em um tempo de constituição, de plasticidade psíquica, num momento de vida em que ainda não há um sintoma cristalizado. Dessa forma, considera-se as intervenções precoces atos clínicos pontuais que visam facilitar e/ou assegurar as condições necessárias para a saúde mental do sujeito (JERUSALINSKY, 2002; ZORNIG, 2006).

As intervenções precoces em Psicanálise, dentro da unidade neonatal, se apoiam na escuta e no olhar. O psicanalista pode intervir tanto com a equipe quanto na relação dos pais com o bebê. Através das funções da escuta e do olhar, o profissional pode modificar, por exemplo, o olhar da equipe sobre o bebê, deixando de vê-lo como um corpo para transformá-lo em um sujeito em construção. A intervenção precoce é uma forma de recolocar em funcionamento a estrutura psíquica do bebê que está em constituição (ZEN & MOTTA, 2008).

Algumas situações são consideradas de risco para a constituição psíquica do sujeito, como por exemplo bebês prematuros que permanecem muito tempo hospitalizados. Brazelton (1988), em seus estudos com

crianças hospitalizadas, aponta a necessidade de atuar precocemente na relação entre pais e bebê prematuro, pois esses bebês não interagem com o mesmo sucesso que os bebês nascidos a termo, implicando uma maior estimulação por parte dos pais. Ao mesmo tempo, é preciso ter cuidado para não superestimular o bebê, o que pode causar o evitamento dele.

Dentro da unidade neonatal, o bebê prematuro está rodeado por fatores estressantes como ruídos, luz, dor, procedimentos invasivos. No entanto, o fator mais estressante para o bebê é aquele causado pela separação da mãe. A separação precoce e prolongada proveniente do nascimento prematuro conduz o bebê ao isolamento e à institucionalização. Bebês que não encontram o olhar interessado de outro ser humano dirigido ao seu, perdem o interesse pela vida, apresentam hipersonia de refúgio e fixação adesiva do olhar que são modos de abstrair o sofrimento. Dessa forma, considera-se um grave sinal de risco psíquico aquele bebê que não olha em direção à voz de sua mãe (ZEN & MOTTA, 2008; DRUON, 1997).

A intervenção precoce visa sustentar que a mãe possa exercer a função materna de modo particular. Diversos estudos sobre a interação mãe-bebê apontam que quanto mais a mãe estiver próxima do bebê, permitindo que ele possa sentir seu cheiro e escutar sua voz, melhor será sua evolução. Estudos mostram que os bebês reconhecem a voz da mãe entre dezenas de outras e preferem a voz feminina por causa de seu tom mais agudo. O modo como as mães falam com os bebês, chamado de "manhês", ajusta-se à percepção auditiva do bebê, chamando a atenção dele (KLAUS & KENNEL, 1992).

A presença da mãe na unidade neonatal é decisiva para que o recém-nascido sobreviva, especialmente os prematuros que são sensíveis à presença materna. É importante levar as mães a pensarem que, se a criança está viva, elas têm alguma coisa a ver com isso (JERUSALINSKY, 1999; MATHELIN, 1999). No entanto, não basta simplesmente permitir a presença da mãe na unidade neonatal, pois o acesso irrestrito dos pais não garante que eles encontrem seu lugar junto ao filho. Diante da instabilidade do bebê, afastar-se dele, às vezes, é o único meio que os pais encontram, ainda que a equipe se esforce ao máximo para pôr os bebês nos braços das

mães. Não deve em caso algum "forçar" uma relação entre uma mãe e seu filho. É preciso que o traumatismo do nascimento possa simbolizar-se primeiro, para que então a mãe possa assumir sua função materna (MATHELIN, 1999).

O nascimento de um bebê prematuro promove uma ferida narcísica dolorosa nos pais, pois a fragilidade do bebê não autoriza os pais a se reconhecerem numa criança cuja existência, a princípio, está em suspenso (DIAS, 2008). Intervir precocemente nesse momento significa facilitar que os pais façam o luto do bebê imaginário, levando-os a procurar e reconhecer algo seu nesse bebê (ZEN & MOTTA, 2008).

Na clínica da intervenção precoce, o psicanalista opera com os efeitos da antecipação de um sujeito, pois supor que existe um sujeito no bebê é condição para que ele possa advir como tal. A função da intervenção precoce com os pais é colocar em marcha a função antecipadora, auxiliando-os na sustentação da função materna. As primeiras marcas simbólicas são fundamentais na vida de um bebê e podem ser mortíferas se estas primeiras inscrições vêm fechar o futuro com um destino pré-escrito desde as estatísticas. Na clínica da prematuridade o que, muitas vezes, se antecipa para um bebê instável, de risco orgânico e psíquico, é o fracasso. A presença de uma patologia e as fantasias inconscientes que ela traz produzem efeitos no investimento da relação entre mãe e bebê. O que os pais supõem do futuro da criança é colocado em jogo em cada demanda dos pais e em cada palavra que lhes é dirigida. O que a equipe fala para os pais tem efeito na constituição psíquica do sujeito, como acontece com as profecias auto-realizadoras. Quando se supõe um fracasso no bebê, como uma seqüela ou a morte, os pais podem deixar de investir no filho por supor que ele é incapaz de responder às demandas dirigidas a ele. Desse modo, a profecia do fracasso acaba por se cumprir, por efeito dos rumores da predição na unidade que afetam o imaginário parental, ainda que, inicialmente, a patologia orgânica não existisse (JERUSALINSKY, 2000; 2001; 2002).

Cramer (1993) enfatiza que as predições são perigosas, pois ao rotular uma criança, o que se favorece é a realização automática de uma

profecia. Além disso, as predições não levam em conta a plasticidade e a potencialidade que todos os indivíduos têm. Observações pessimistas pela equipe de saúde, nas primeiras horas de vida, fazem com que a mãe de um bebê prematuro se retraia, atrapalhando o desenvolvimento essencial do vínculo nesse primeiro momento. Quando o vínculo já estiver em andamento, é extremamente difícil reverter o seu curso, mas nesse primeiro momento, a equipe deve estar atenta ao que se diz aos pais. É importante não dar aos pais nenhuma estatística sobre as chances do bebê (KLAUS & KENNEL, 1992).

Os pais devem aprender a transpor a barreira do saber médico para encontrar o caminho de endereçamento a seu bebê para poder investir nele. O trabalho na UTI neonatal deve estar além da reparação de um funcionamento orgânico que se encontra deficitário. Trata-se, também, de fabricar, renovar e resgatar as condições de sustentação de uma aposta simbólica (DIAS, 2008).

O psicanalista na unidade neonatal deve estar atento às expectativas e aos investimentos dos pais para impedir que as profecias se autorrealizem. Intervir precocemente com o bebê, na presença dos pais, como por exemplo, supor o balbucio como fala, o sorriso como endereçamento a alguém, pode possibilitar que os pais reconheçam, naquele momento, que existe ali um sujeito (JERUSALINSKY, 2001). Sustentar junto aos pais o seu projeto de filho, imaginando um futuro para essa criança, permite que se abra um lugar no imaginário deles que garanta a vida. Outra forma de intervenção precoce é impedir que o bebê de risco seja lido como doença tanto pela equipe quanto pelos pais. Um bebê deve ser referenciado pelo nome próprio, por um apelido familiar, pelo seu lugar na história dos pais, como foi esperado, e não pela patologia que ele porta (ZEN & MOTTA, 2008).

Na UTI neonatal, os pais são confrontados com a incerteza em relação à sobrevivência do filho e às possíveis sequelas da prematuridade. Nem sempre o que os médicos informam aos pais é o mesmo que eles podem ouvir naquele momento. Para os pais, o anúncio do risco de deficiência é insuperável num primeiro tempo. A equipe terá que aceitar as

reações deles. Deverá suportar que neguem o prognóstico e que se mostrem agressivos. A negação, geralmente, é a maneira pela qual os pais entendem esse drama. Ouvem as informações do médico e logo as renunciam. Será preciso tempo para admitir e entender o que o médico realmente disse (MATHELIN, 1999).

O trabalho com os pais na unidade neonatal implica em ajudá-los a construir suas próprias articulações sobre o evento, reformular dúvidas e preocupações para que possam refazer a imagem do bebê e construir estratégias de encontro com ele, apesar dos obstáculos presentes na internação e pelo risco de morte do recém-nascido (MATHELIN, 1999; CATÃO, 2002).

É preciso construir lugares de escuta que permitam aos pais falar sobre essa experiência, pois a palavra humaniza o sofrimento e reanima o bebê no desejo dos pais. O psicanalista que atua na unidade neonatal está comprometido com a escuta do sujeito e as manifestações de sua dor. Oferecer um espaço de escuta para os pais dentro da unidade neonatal é importante para que eles tenham um lugar onde expor sua dor, raiva, medo, culpa. Porém, não se trata apenas de uma catarse, mas poder simbolizar esse sofrimento e dar um outro lugar a esse filho. Não se deve tentar tranquilizar ou tentar suprimir o sofrimento a qualquer preço. Deve-se trabalhar a questão da perda e da insustentável presença da morte, pois o luto é o risco que encontra cada mãe diante dessa experiência. Quanto mais o bebê for falado, mais os pais estarão em condições de fazer o luto desse bebê doente (BERTOLDI, 2002; MATHELIN, 1999; DIAS, 2008).

Estudos de observação de grupo de pais com bebê hospitalizado (ERDMAN, 1997; MINDE e cols., 1980 apud KLAUS & KENNEL, 1992) apontaram que os pais encontram alívio ao falar, expressar e comparar sentimentos com os outros pais. Foi observado também que os pais que participam desse tipo de grupo visitam o bebê com mais frequência, tocam, falam e olham mais para os seus filhos do que os pais que não participam do grupo. Além disso, as mães que participavam do grupo mostravam mais envolvimento com os seus bebês durante a amamentação e se preocupavam mais com o desenvolvimento geral do bebê três meses após

alta hospitalar. O grupo de pais é uma possibilidade de manter a construção de um projeto desejante para o bebê, que não se restrinja ao que ele é mas se expanda para aquilo que ele se tornará (ZEN & MOTTA, 2008).

O efeito traumático de uma internação longa, de intervenções médicas invasivas no bebê, de separações súbitas decorrentes de situações clínicas, decorre não apenas da situação em si, mas da impossibilidade de construir uma narrativa *a posteriori* da situação traumática. Golse (2003 apud ZORNIG, 2006) afirma que a narratividade tem uma função antitraumática que possibilita a criação de uma nova história. É por isso que a hospitalização não é obrigatoriamente fonte de complicações psicológicas para o bebê, desde que ele seja acolhido logo no início como um sujeito portador de uma história e que seus pais possam sustentar um lugar simbólico para ele. Se há escuta para o bebê e sua família dentro da UTI, é possível salvar a vida orgânica e também psíquica do bebê. Essa escuta, para além dos cuidados, é essencial (MATHELIN, 1999).

Objetivo geral:

Analisar a relação afetiva entre mães e bebês prematuros internados em uma unidade de tratamento intensivo neonatal.

Objetivos específicos:

- Analisar a formação e manutenção do vínculo mãe-bebê.
- Verificar como as questões psicoafetivas e os sentimentos característicos durante a permanência hospitalar influenciam na vinculação mãe-bebê.

4.1. Desenho do estudo

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.

4.2. Contexto

O estudo foi realizado na unidade neonatal do Hospital e Maternidade Dona Íris (HMDI), localizado no município de Goiânia. Esse hospital é uma instituição pública, municipal e realiza 100% dos atendimentos pelo SUS. O hospital, desde sua inauguração em junho de 2012, é referência em todo o estado em assistência ao parto e nascimento humanizado. A instituição adota condutas que se destinam ao credenciamento do título Hospital Amigo da Criança, tais como: acesso livre e incentivo à presença dos pais junto ao bebê, incentivo a participação dos pais nos cuidados com o bebê, incentivo ao aleitamento materno e ao método canguru.

A unidade neonatal do HMDI é dividida em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINco) sendo dez leitos em cada e mais cinco leitos para UCIN-Canguru. As mães são incentivadas por toda a equipe a permanecer na unidade para auxiliar nos cuidados com o bebê e para estimular o aleitamento materno. A grande maioria das mães permanece na unidade durante o dia, e algumas outras permanecem 24h. A unidade neonatal foi construída incluindo a família na rotina hospitalar, e algumas estratégias foram adotadas para facilitar esse processo. Por exemplo, cada mãe tem uma poltrona ao lado da incubadora do filho, podendo permanecer na unidade neonatal mesmo após a sua alta hospitalar. As mães também possuem banheiro de uso próprio e uma sala de conveniência próxima à UTI. O hospital oferece seis refeições diárias para as mães que estão acompanhando o filho na UTIN/UCIN.

Todas as mães e familiares eram convidados a participar do grupo de apoio, realizado semanalmente, com duração de 1 hora e 30 minutos, com

local e horário fixos, desde a inauguração da unidade neonatal em abril de 2013. O grupo contava com a participação da equipe multiprofissional: neonatologista, psicóloga, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga e enfermeira. A equipe multiprofissional se revezava na participação do grupo. Tratava-se de um grupo aberto, permanente, com encontros não estruturados previamente.

Os dados foram coletados entre junho a outubro de 2014, período estabelecido de acordo com a permanência das mães participantes desta pesquisa na unidade neonatal.

4.3. Participantes

Participaram deste estudo 15 mães de bebês prematuros internados na UTIN do HMDI. O contato da pesquisadora com as mães ocorreu diariamente, pois a mesma trabalhava como psicóloga clínica na unidade neonatal.

Critérios de inclusão: a) mães de bebês prematuros do HMDI; b) mães presentes na unidade neonatal; c) mães participantes do Grupo de Apoio.

Critérios de exclusão: mães de bebês que permaneceram menos de uma semana internados na unidade neonatal.

4.4. Procedimentos e instrumentos

Este estudo utilizou como instrumentos a observação participante, a entrevista semiestruturada e o grupo de apoio aos pais com bebês internados na UTI neonatal.

4.4.1 - Observação participante

Foi elaborado um roteiro de observação (Apêndice I) adaptado do modelo proposto por Kimura (1993) que contém cinco categorias de manifestação da função materna:

1 - Manifestação de afetividade: contato olho a olho, beijar, sorrir, tocar, olhar, falar com o bebê.

2 - Manifestação de proximidade: contato físico próximo; modo como a mãe segura o bebê.

3 - Manifestação de cuidados com o recém-nascido: higiene, aleitamento materno ou outra forma de amamentação, atender ao choro, mudar o bebê de posição.

4 - Manifestação da atenção materna: manifestações verbais da mãe à equipe ou outras pessoas próximas do bebê.

5 - Manifestação de dificuldades: afastamento, vocalizações negativas, expressões faciais de descontentamento, irritação, indiferença, aborrecimento, posturas tensas e rígidas ao fazer contato com o bebê.

Para a coleta de dados, foi realizada observação da interação entre mãe e bebê prematuro dentro da unidade neonatal do HMDI. A observação de cada díade ocorreu apenas em um período e durou cerca de 40 minutos.

4.4.2 - Entrevista semiestruturada

Foi elaborado um roteiro de entrevista (Apêndice II) com os seguintes temas: a experiência da gravidez, do parto, do encontro com o bebê prematuro e as expectativas com a volta para casa após a hospitalização do bebê na unidade neonatal. No roteiro, inclui-se a coleta de dados sócio-demográficos e clínicos das mães como idade, estado civil, escolaridade, número de gravidez, número de filhos, histórico de aborto, óbito fetal e óbito neonatal.

As entrevistas foram realizadas individualmente, dentro da unidade neonatal, e tiveram aproximadamente 50 minutos de duração. Optou-se por

não utilizar gravador e anotações durante a entrevista para não prejudicar o vínculo já estabelecido entre o pesquisador e as mães entrevistadas. Ao final de cada entrevista, foram realizadas anotações dos dados coletados na forma de discurso.

4.4.3 - Grupo de apoio

Cada sessão do grupo contava, em média, com 8 participantes, podendo variar já que tratava-se de um grupo aberto. Cada participante era convidado a se apresentar e falar sobre o tema que quisesse. Foram realizadas 12 sessões, registradas imediatamente após o seu término. Por questões éticas, foram registrados apenas os relatos das mães participantes dessa pesquisa, embora outras mães e demais familiares participassem das sessões do grupo. Todas as sessões foram coordenadas pela psicóloga/pesquisadora e contava com a participação da equipe multiprofissional em escala de revezamento, tais como: pediatra, assistente social, nutricionista, fonoaudióloga, enfermeira e técnica de enfermagem.

4.4.4. Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da interlocução da Psicanálise com o campo da pesquisa qualitativa em saúde. Recorreu-se a análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), para descobrir os temas emergentes no material cuja presença fosse significativa para o material analítico. Foi realizada leitura exaustiva, exploração e codificação do material para elaboração das unidades de sentido presentes nos discursos dos sujeitos.

Observação participante: foi levantado um conjunto de informações obtidos por meio da observação da interação entre mãe e bebê, tendo como base as cinco categorias do roteiro de observação, para caracterizar o vínculo entre eles. Foram criadas novas subcategorias de acordo com os comportamentos que mais se repetiram durante a observação.

Entrevista semiestruturada: foram elaboradas 16 subcategorias através dos núcleos de sentidos emergentes. Para análise dos dados, as categorias temáticas serão apresentadas com os respectivos fragmentos dos discursos das participantes.

Grupo de apoio: foram elaboradas 6 categorias referentes aos temas que emergiram nas falas dos participantes no decorrer das sessões. As categorias serão apresentadas com os temas que mais surgiram nas sessões, ilustradas com alguns fragmentos dos discursos das participantes.

4.5 Considerações éticas

O presente projeto respeitou os cuidados éticos de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/MS 196/96 e a Resolução do Conselho Federal de Psicologia 016/2000, garantindo às mães a participação voluntária da pesquisa, esclarecendo os objetivos do projeto, garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados obtidos e a liberdade para se recusar a participar ou se retirar a qualquer momento da pesquisa. Em caso de desconforto emocional desencadeado pelas ações dessa pesquisa, foi garantido o acompanhamento e assistência psicológica durante o tempo necessário.

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética (parecer n. 686.227). As mães que desejaram e concordaram em participar dessa pesquisa foram informadas dos princípios éticos descritos acima e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice III). No caso de participantes menores de idade, o TCLE (Apêndice IV) foi assinado pelo responsável, e a participante da pesquisa foi devidamente esclarecida e consentiu sua participação por meio do Termo de Assentimento (Apêndice V).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Para caracterização das mães, foram considerados os dados sociodemográficos referentes à faixa etária, escolaridade e estado civil (Tabela 1). Foram considerados também os dados clínicos das mães como a paridade (primiparidade e multiparidade), o número de filhos, o tipo de parto realizado, o histórico de aborto e a causa da prematuridade (Tabela 2). Para caracterização dos bebês, foram considerados os dados clínicos referentes à idade gestacional, o peso do nascimento, o diagnóstico, o tempo de internação e o tipo de alta recebida (Tabela 3).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das mães¹²

| Participantes | Idade | Estado civil | Escolaridade |
|---------------|---------|---------------|------------------------|
| 1. Adriana | 16 anos | solteira | fundamental incompleto |
| 2. Camila | 29 anos | união estável | superior completo |
| 3. Carla | 25 anos | união estável | médio incompleto |
| 4. Claudia | 36 anos | união estável | superior completo |
| 5. Elisa | 32 anos | união estável | médio completo |
| 6. Fabiana | 33 anos | união estável | médio incompleto |
| 7. Fátima | 29 anos | união estável | superior incompleto |
| 8. Isabela | 32 anos | união estável | superior incompleto |
| 9. Juliana | 25 anos | união estável | superior incompleto |
| 10. Larissa | 22 anos | união estável | médio completo |
| 11. Letícia | 32 anos | união estável | fundamental completo |
| 12. Marina | 34 anos | união estável | superior incompleto |
| 13. Pamela | 34 anos | solteira | médio completo |
| 14. Patrícia | 15 anos | união estável | fundamental incompleto |
| 15. Silvia | 25 anos | união estável | superior incompleto |

¹²Os nomes das participantes foram alterados para preservar o anonimato das mesmas.

Quase metade (53%) da população estudada é composta por mães jovens, com idade inferior a 30 anos, sendo duas adolescentes (13%). Segundo a OMS, a adolescência se inicia aos 10 anos e termina aos 20 anos incompletos de vida. A juventude compreende o período entre 20 a 29 anos de idade. 40% da população estudada encontra-se nessa faixa etária. As mães que estão na idade adulta, com mais de 30 anos, compreende 46% da amostra. A maior parte da amostra (80%) está entre os 20 - 35 anos, compreendendo a juventude e a idade adulta.

No que se refere à escolaridade, mais da metade da amostra (66%) havia completado o ensino médio. Deve-se considerar que 13% das mães eram adolescentes e não tiveram tempo suficiente para completar o ensino médio. Uma porcentagem importante frequentou o ensino superior (46%), sendo que 28% conseguiu completá-lo. Pode-se afirmar que o nível de escolaridade da amostra é bom para os padrões brasileiros.

Com relação ao estado civil, 86% da amostra viviam em união estável com o companheiro.

Tabela 2 - Dados clínicos das mães

| Participantes | Número de gravidez | Número de filhos | Tipo de parto | Histórico de aborto e óbito | Causa da prematuridade |
|---------------|--------------------|------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1. Adriana | 2 | 1 | cesárea | aborto espontâneo | incompetência istmo-cervical |
| 2. Camila | 1 | 1 | cesárea | - | pré-eclâmpsia |
| 3. Carla | 2 | 1 | cesárea | aborto espontâneo | descolamento de placenta |
| 4. Claudia | 1 | 1 | cesárea | - | pré-eclâmpsia |
| 5. Elisa | 4 | 3 | cesárea | aborto espontâneo | pré-eclâmpsia |
| 6. Fabiana | 3 | 3 | normal | - | indefinida |
| 7. Fátima | 2 | 2 | cesárea | - | pré-eclâmpsia |
| 8. Isabela | 1 | 1 | cesárea | - | pré-eclâmpsia |
| 9. Juliana | 2 | 1 | cesárea | aborto espontâneo | síndrome de Help |
| 10. Larissa | 1 | 1 | cesárea | - | infecção urinária |
| 11. Letícia | 3 | 3 | cesárea | - | descolamento de placenta |
| 12. Marina | 6 | 6 | cesárea | - | descolamento de placenta |
| 13. Pamela | 4 | 3 | cesárea | aborto espontâneo | indefinida |
| 14. Patrícia | 1 | 1 | normal | - | indefinida - sem pré-natal |
| 15. Silvia | 2 | 3 | cesárea | - | gestação múltipla e infecção urinária |

Fonte: Dados da pesquisa

A amostra é composta por 53% primípara, sendo que 33% do total tiveram histórico de aborto. A cesárea foi o tipo de parto mais frequente (86%). Como causa da prematuridade, 33% da amostra apresentou pré-eclâmpsia, 20% descolamento de placenta, 20% trabalho de parto prematuro sem causa definida e 26% outras causas (infecção urinária, incompetência istmo-cervical, síndrome de Help e gestação múltipla).

Tabela 3 - Dados clínicos dos bebês

| Bebês | Idade gestacional | Peso | Diagnóstico | Tempo de internação | Tipo de alta |
|----------------|--------------------------|-------------|--|----------------------------|--------------------------|
| RN de Adriana | 25 semanas | 895g | IRA, displasia bronco-pulmonar, atelectasia pós-extubação | 7 meses e 22 dias | Casa |
| RN de Camila | 28 semanas | 705g | IRA, SDR, PNM, SIC, enterocolite necrosante | 3 meses e 9 dias | Casa |
| RN de Carla | 30 semanas | 1410g | IRA, SDR, infecção neonatal, anóxia neonatal, hemorragia pulmonar | 1 mês e 19 dias | Casa |
| RN de Claudia | 29 semanas | 980g | IRA, icterícia neonatal | 1 mês e 28 dias | Casa |
| RN de Elisa | 30 semanas | 1035g | PIG, SDR, pneumo-peritônio | 1 mês e 12 dias | Casa |
| RN de Fabiana | 34 semanas | 2330g | IRA, PNM, hidrocefalia, meningite, sepse neonatal | 1 mês e 9 dias | Transferência hospitalar |
| RN de Fátima | 30 semanas | 930g | PIG, IRA, SDR, PCA | 1 mês e 11 dias | Casa |
| RN de Isabela | 27 semanas | 640g | IRA, PNM, infecção neonatal, PCA | 2 meses e 11 dias | Casa |
| RN de Juliana | 28 semanas | 940g | IRA, SDR, PNM, infecção neonatal hemorragia cerebral | 2 meses e 2 dias | Casa |
| RN de Larissa | 29 semanas | 1800g | IRA, infecção neonatal, icterícia neonatal | 1 mês e 16 dias | Casa |
| RN de Letícia | 34 semanas | 1770g | PIG, IRA, PNM, PCA, hemorragia pulmonar, sepse tardia | 1 mês e 8 dias | Casa |
| RN de Marina | 28 semanas | 1270g | IRA, SIC, sepse neonatal enterocolite necrosante, toxoplasmose congênita | 3 meses e 15 dias | Óbito |
| RN de Pamela | 34 semanas | 3860g | IRA, hipertensão pulmonar, acondroplasia, síndrome de Kniest, hidrocefalia | 6 meses e 3 dias | Casa |
| RN de Patrícia | 27 semanas | 1900g | IRA, icterícia neonatal | 2 meses e 18 dias | Casa |
| RN1 de Silvia | 30 semanas | 1690g | SDR, PCA, hipertensão pulmonar | 1 mês e 3 dias | Casa |
| RN2 de Silvia | 30 semanas | 1645g | SDR, hipertensão pulmonar, hemorragia pulmonar | 1 mês e 3 dias | Casa |

Fonte: Dados da pesquisa

A amostra dos bebês foi composta por 16 recém-nascidos, sendo um gemelar (RN1 de Silvia e RN2 de Silvia) 40% dos bebês são considerados prematuros extremos, nascidos com menos de 1kg. 20% dos bebês nasceram com muito baixo peso (menos de 1,5kg) e 40% nasceram com baixo peso (menos de 2kg). Apenas 6% (um bebê) nasceu com peso grande para idade gestacional, pesando 3860g.

O diagnóstico que mais comum na amostra foi a Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) em 73% e a Síndrome do Desconforto Respiratório, em 40%. O tempo de internação mínimo foi de 33 dias e o tempo máximo foi de 235 dias. A média da internação foi de 81 dias.

A maior parte da amostra (86%) recebeu alta para casa, sendo que um bebê foi transferido de hospital e outro foi a óbito.

5.2. OBSERVAÇÃO

As atitudes maternas observadas foram classificadas em cinco dimensões, agrupadas em quadros, sendo um quadro para cada dimensão. Cada dimensão contém uma série de categorias que dizem respeito a realização ou não da função materna. É importante destacar que todos os dados se referem apenas ao que foi observado ou expressado verbalmente pelas participantes em um determinado período específico.

Quadro 1 – Presença ou ausência da interação entre mãe e bebê observadas na UTIN para a categoria *manifestação de afetividade*

| Participantes | Manifestação de afetividade | | | | | |
|---------------|-----------------------------|--------|--------|-------|-------|--|
| | Olhar | Beijar | Sorrir | Tocar | Falar | Bebê responde aos apelos de contato? |
| 1. Adriana | sim | sim | sim | sim | sim | sim, olha para mãe ao ouvir sua voz |
| 2. Camila | sim | sim | sim | sim | sim | sim, olha para mãe ao ouvir sua voz |
| 3. Carla | sim | sim | sim | sim | sim | sim, olha para mãe ao ouvir sua voz |
| 4. Claudia | sim | sim | sim | sim | sim | sim, troca de olhar e sorriso |
| 5. Elisa | sim | sim | não | sim | sim | sim, olha para mãe ao ouvir sua voz |
| 6. Fabiana | sim | não | não | sim | sim | não |
| 7. Fátima | sim | não | sim | sim | sim | sim, troca de olhar e sorriso |
| 8. Isabela | sim | não | sim | sim | sim | sim, troca de olhar e sorriso |
| 9. Juliana | sim | não | sim | sim | sim | sim, troca de olhar e sorriso |
| 10. Larissa | sim | não | sim | sim | sim | sim, troca de olhar e sorriso |
| 11. Letícia | sim | não | sim | sim | sim | sim, troca de olhar e sorriso |
| 12. Marina | sim | não | sim | sim | sim | sim, olha para mãe ao ouvir sua voz |
| 13. Pamela | sim | sim | sim | sim | sim | sim, olha para mãe ao ouvir sua voz |
| 14. Patrícia | sim | não | sim | sim | sim | sim, troca de olhar e sorriso |
| 15. Silvia | sim | não | sim | sim | sim | sim, RN1 troca olhar e sorriso. RN2 não responde |
| TOTAL | 15 | 6 | 13 | 15 | 15 | 14 |

Fonte: Dados da pesquisa

Foram elaboradas seis subcategorias que expressam formas de afetividade observadas na relação entre mãe e bebê. São elas: olhar, beijar, sorrir, tocar, falar com o bebê e se o bebê responde às manifestações de afetividade materna.

Foi observado que todas as participantes (100%) realizam troca de olhares, carícias e conversam com o bebê. Essas manifestações de afetividade fazem parte dos indicadores comportamentais de vínculo, proposto por Klaus e Kennel (1992): acariciar, beijar, aconchegar, conversar e prolongada troca de olhares. Um vínculo satisfatório pode persistir durante separações longas no tempo e na distância, mesmo que não haja aí nenhum sinal visível de sua existência. Para determinar a presença ou ausência e qualidade do vínculo entre mãe e bebê, é preciso que haja uma interação entre eles. A mãe ou reage aos sinais do bebê para sugerir que ele é uma parte central de sua vida ou não o faz. O bebê ou mostra uma resposta preferencial à mãe reagindo à sua estimulação verbal, tátil e visual ou não o faz.

Cramer (1993) aponta que o toque, o sorriso e troca de olhares agem diretamente sobre a relação dos pais com o bebê, garantindo a instalação de um vínculo, reforçado a cada vez que o bebê os produz. No entanto, é necessário ter um cuidado ao analisar tais manifestações afetivas, pois a voz, o sorriso, o olhar e o toque do Outro sobre o corpo do bebê só tem valor enquanto modo de endereçamento, de investimento psíquico, de um reconhecimento antecipado do sujeito que há de vir (CATÃO, 2002).

Foi observado que, ao se dirigir ao bebê, todas as mães mudavam a entonação da voz. Essa musicalização própria da fala materna, chamada de "manhês", proporciona grande prazer ao bebê. Spitz (1979) aponta que é a voz materna que oferece ao bebê estímulos acústicos vitais, que são os pré-requisitos para o desenvolvimento da fala. A existência da mãe, sua simples presença, age como um estímulo para as respostas do bebê. E, igualmente, a existência e a presença do bebê evocam reações da mãe. Assim, quando o bebê manifesta um sorriso, que era apenas um reflexo, e a mãe nomeia tal sorriso como lindo, ele passará a sê-lo de fato. Essa antecipação de um sujeito psíquico no bebê é o que vai permitir sua constituição subjetiva.

Durante a observação, quase todas as mães (86%) sorriram ao interagir com o bebê. A atitude menos frequente foi beijar o bebê (40%), sendo que apenas seis participantes beijaram seu filho durante observação. Algumas mães de prematuros seguem à risca as recomendações dos profissionais de saúde a respeito de não beijar o filho devido à imaturidade orgânica e a baixa imunidade do bebê. Pode-se então inferir a baixa frequência desse comportamento a tais recomendações.

Foi observado que quatorze bebês responderam às manifestações de afetividade (87%), sendo que desse total, todos olhavam para a mãe ao ouvir sua voz e oito (57%) sorriram para elas. Apenas dois bebês (12%) não responderam às manifestações de afetividade da mãe, sendo um deles, o RN de Fabiana, o mais grave dos participantes. Vale destacar que Fabiana é a mãe que menos apresenta manifestação de afetividade com o bebê. A respeito disso, Mathelin (1999) aponta a dificuldade materna em se vincular com um bebê que não responde aos apelos de contato.

Na clínica da prematuridade, a mãe pode apresentar dificuldades de investir afeto na criança, por diversos motivos. Tais dificuldades são merecedoras de nossa atenção por constituírem uma circunstância de risco à estruturação do psiquismo da criança.

Quadro 2 – Atitudes maternas observadas na UTIN para a categoria *manifestação de proximidade*

| Participantes | Manifestação de proximidade | | |
|---------------|--|-----------------------------|---------------|
| | Período em que permanece com o bebê na unidade | Posiciona o bebê em canguru | Embala o bebê |
| 1. Adriana | 24 horas | sim | sim |
| 2. Camila | 24 horas | sim | sim |
| 3. Carla | 24 horas | sim | sim |
| 4. Claudia | 12 horas | sim | sim |
| 5. Elisa | 12 horas | sim | sim |
| 6. Fabiana | 12 horas | sim | sim |
| 7. Fátima | 18 horas | sim | sim |
| 8. Isabela | 24 horas | sim | sim |
| 9. Juliana | 12 horas | sim | sim |
| 10. Larissa | 24 horas | sim | sim |
| 11. Letícia | 12 horas | sim | sim |
| 12. Marina | 12 horas | sim | sim |
| 13. Pamela | 12 horas | não | sim |
| 14. Patrícia | 12 horas | sim | sim |
| 15. Silvia | 24 horas | sim | sim |

Fonte: Dados da pesquisa

Foram elaboradas três subcategorias que expressam a manifestação de proximidade observadas na relação entre mãe e bebê: período em que a mãe permanece na unidade neonatal, se posiciona o bebê em canguru e embala/aconchega o bebê no colo. Na primeira categoria, foi observado que todas as mães participantes dessa pesquisa permaneciam, pelo menos, durante o dia na unidade, sendo que oito (53%) permaneciam 12 horas (manhã/tarde), uma (6%) permanecia 18 horas (manhã/tarde todos os dias e

pernoita um dia sim outro não) e seis mães (40%) permaneciam 24 horas na unidade. Segundo Cramer (1993), a prematuridade pode perturbar a atitude materna de querer compensar algumas faltas que não estão relacionadas às necessidades reais. Assim, a mãe pode permanecer 24h cuidando do filho como forma de tentar compensar a sensação de fracasso inicial e tentativa de garantir a proteção do bebê.

Foi observado que todas as mães (100%) embalavam e aconchegavam o bebê no colo, mesmo os bebês que ainda dependiam de suporte ventilatório. Na subcategoria Posiciona bebê em canguru, apenas uma (6%) das mães (Pamela) não realizava a posição canguru, pois seu bebê, apesar de prematuro, era grande e não gostava de se manter na posição.

Segundo Brazelton e Cramer (1992), o sentimento de competência de uma mãe pode ser diluído quando ela é separada de seu filho sem estar pronta para dividi-lo com outras pessoas. Para diminuir os efeitos dessa brusca separação, surgem algumas propostas que buscam garantir a oportunidade das mães estarem junto de seu bebê. Uma dessas propostas é a inserção da família nos cuidados com a criança hospitalizada e a prática do método canguru como forma de assistência ao neonato de risco. A realização do método canguru proporciona uma maior participação dos pais nos cuidados com o filho, promovendo o restabelecimento do vínculo mãe-bebê interrompido pelo parto e permitindo condições favoráveis para o crescimento e desenvolvimento psicoafetivo do bebê (BRASIL, 2009). Todas as mães participantes dessa pesquisa eram estimuladas pela equipe de saúde a permanecer no hospital e realizar os cuidados básicos com o bebê.

Os estudos sobre a relação mãe-bebê (KLAUS & KENNEL, 1992; SPITZ, 1979) afirmam que *quanto* mais a mãe estiver próxima do bebê, permitindo que ele possa sentir seu cheiro e escutar sua voz, melhor será sua evolução. Jerusalinky (2000) acrescenta a importância do *como*, ou seja, a qualidade dessa presença. Aqui, a presença materna imprescindível é uma presença desejante, que aposte na vida do filho (ZEN & MOTTA, 2008).

Quadro 3 – Atitudes maternas observadas na UTIN para a categoria *manifestação de cuidados*

| Participantes | Manifestação de cuidados | | | | |
|---------------|--------------------------|-------|--------------------|-------------------------|---|
| | Troca fralda | Banho | Amamenta | Atende ao choro do bebê | Realiza curativo |
| 1. Adriana | sim | sim | sim, sonda GTM | sim | sim, ferida pós-operatória, traqueostomia |
| 2. Camila | sim | sim | sim, seio materno | sim | sim, ferida pós-operatória |
| 3. Carla | sim | sim | sim, ordenha e SOG | sim | - |
| 4. Claudia | sim | sim | sim, seio materno | sim | - |
| 5. Elisa | sim | sim | sim, ordenha e SOG | sim | - |
| 6. Fabiana | sim | não | não | não | - |
| 7. Fátima | sim | sim | sim, ordenha e SOG | sim | - |
| 8. Isabela | sim | sim | sim, ordenha e SOG | sim | - |
| 9. Juliana | sim | não | sim, ordenha e SOG | sim | - |
| 10. Larissa | sim | sim | sim, seio materno | sim | - |
| 11. Letícia | sim | sim | sim, seio materno | sim | - |
| 12. Marina | sim | sim | sim, seio materno | sim | - |
| 13. Pamela | sim | não | sim, sonda GTM | sim | sim, gastrostomia |
| 14. Patrícia | sim | sim | sim, seio materno | sim | - |
| 15. Silvia | sim | sim | sim, seio materno | sim | - |
| TOTAL | 15 | 12 | 14 | 14 | 3 |

Fonte: Dados da pesquisa

Foram criadas cinco subcategorias que expressam formas de cuidados que a mãe realiza com o bebê. A única atividade realizada por

todas as mães (100%) foi a troca de fraldas. No entanto, quase todas as mães (93%) amamentavam e atendiam ao choro do bebê. Para atender ao choro do bebê, foi observado que as mães mudavam-no de posição ou o pegavam no colo.

Com relação à amamentação, foi observado que apenas Fabiana não realizava tal atividade, sendo que cinco mães (33%) ordenhavam leite materno e passavam pela sonda, duas (13%) passavam dieta artificial pela sonda de gastrostomia e sete (46%) amamentavam exclusivamente no seio. Sales (2005) aponta que durante a amamentação, a díade mãe-bebê encontra-se em grande interação e os primeiros meses de vida têm sido identificados como um período em que esta relação recíproca é muito forte. Porém, a amamentação ou a continuação do aleitamento materno deve ser utilizada com cautela na avaliação do vínculo entre mãe e bebê, pois há muitas variáveis que influenciam a decisão de uma mulher amamentar, como a cultura, o apoio dos familiares, a necessidade financeira de voltar mais cedo ao trabalho, por exemplo, entre outros fatores (KLAUS & KENNEL, 1992).

Na subcategoria Banho, apenas três mães (20%) não realizavam essa atividade. A participante Fabiana não realizava nenhuma das atividades presentes nas subcategorias, além da troca de fraldas, devido à gravidade do seu bebê. Já Juliana e Pamela apenas não davam banho no bebê, pois se sentiam inseguras para realizar tal atividade sozinhas.

Foi criada a subcategoria Realiza curativo, pois, durante a observação, tal atividade foi realizada por três mães (20%) que faziam curativo em ferida pós-operatória ou limpeza em gastrostomia e traqueostomia. É importante destacar que, embora nem todas as mães realizassem as atividades de banho e amamentação no período de observação, a realização de tais atividades com segurança pela mãe era um dos critérios de alta hospitalar do bebê.

A realização das necessidades do bebê, como a fome e o calor é importante, pois ele ainda é um ser dependente e desamparado que não consegue sobreviver com seus próprios recursos. Aqui é importante também destacar a necessidade da particularização desses cuidados para que eles

possam ser investidos de afeto e marcarem a entrada do bebê no mundo simbólico, permitindo então sua subjetivação.

Quadro 4 – Atitudes maternas observadas na UTIN para a categoria *manifestação da atenção materna*

| Manifestação da atenção materna | | |
|---------------------------------|------------------|--|
| Participantes | Solicita atenção | Tipo de atenção manifesta |
| 1. Adriana | sim | Preocupação e insatisfação com a falta de atenção da equipe com o seu bebê quando ela se ausenta da unidade. |
| 2. Camila | sim | Solicita atenção da equipe quando está sozinha na unidade; preocupação quanto ao ganho de peso do bebê. |
| 3. Carla | sim | Tristeza quanto à forma que a equipe fala com ela e preocupação com a falta de atenção da equipe com o seu bebê quando ela se ausenta da unidade neonatal. |
| 4. Claudia | sim | Manifesta ansiedade e preocupação a equipe e às outras mães quanto à amamentação; solicita escuta para sua angústia e frustração. |
| 5. Elisa | sim | Solicita atenção e escuta da equipe para os seus problemas pessoais e as dificuldades na unidade. |
| 6. Fabiana | sim | Insegurança e solicitação de informações quanto ao quadro clínico do bebê aos médicos. |
| 7. Fátima | não | - |
| 8. Isabela | sim | Insatisfação quanto a demora da equipe em atender suas demandas e do bebê. |
| 9. Juliana | sim | Insegurança e solicitação de informações de todos os procedimentos realizados no bebê. |
| 10. Larissa | sim | Medo e preocupação de que o acompanhante não entenda a necessidade de permanecer na unidade junto ao bebê. |
| 11. Letícia | não | - |
| 12. Marina | sim | Insatisfação quanto a demora em atender suas demandas e do bebê. |
| 13. Pamela | não | - |
| 14. Patrícia | não | - |
| 15. Silvia | não | - |

Fonte: Dados da pesquisa

Nessa categoria, foi observado se a mãe solicitava ou não atenção à equipe e/ou às outras pessoas próximas do bebê e o tipo de atenção manifestada. Mais da metade das mães (66%) manifestaram algum tipo de atenção à equipe e/ou outras pessoas próximas durante o período de observação. 20% das mães solicitaram atenção e escuta da equipe para seu sofrimento, especialmente quando estavam sem acompanhantes e visitas na unidade. Apenas 13% das mães manifestaram insatisfação quanto a demora em atender as próprias demandas e do bebê, e 13% das mães se queixaram da falta de atenção da equipe para com o bebê em sua ausência. Somente duas mães (13%) manifestaram preocupação quanto aos critérios de alta, como a amamentação e o ganho de peso do bebê. Duas mães (13%) apresentaram insegurança com a falta de informações sobre o quadro clínico e procedimentos realizados no bebê. Apenas uma (6%) mãe manifestou medo e preocupação de que o companheiro não entendesse a necessidade de permanecer na unidade com o filho.

Foi observado que a maioria das demandas é direcionada à equipe de saúde, gerando uma situação conflituosa entre mãe e equipe. O ambiente da UTI neonatal é estressante para os pais, o bebê e a equipe de saúde, devido aos ruídos, luzes, procedimentos invasivos e a fragilidade orgânica do bebê. Nesse contexto, pais e equipe utilizam-se de mecanismos defensivos. Por um lado, a equipe assume em demasia os cuidados com o bebê, dificultando a aproximação da mãe com seu filho. Por outro, os pais podem corroborar com esse quadro delegando à equipe a responsabilidade por lhe entregar um filho saudável, vivo e curado. Isso pode gerar competição e queixas entre pais e equipe, especialmente nos momentos de maior gravidade e risco de morte do bebê (WIRTH, 2000). Quando a mãe passa a assumir os cuidados com o filho, geralmente quando eles são transferidos para UCIN, a equipe passar a ver essa participação como uma obrigação, gerando cobranças quando a mãe se ausenta da unidade.

Mathelin (1999) pontua a ambivalência presente nessa relação entre mãe e equipe de saúde. A equipe deve trabalhar sob o olhar dos pais ao mesmo tempo em que deve tomar decisões urgentes, responder às demandas deles e salvar a vida do bebê. Contudo, a equipe reconhece a

importância da presença dos pais para recuperação do bebê. Por ser uma relação ambivalente, além das queixas das mães com relação à equipe, elas também solicitam atenção e escuta de seu sofrimento psíquico. A equipe deve reconhecer que os pais podem afastar-se do filho com medo de prejudicá-lo ou por não se reconhecerem nele. É preciso compreender que cada mãe terá um tempo necessário para elaborar esse nascimento diferente. A equipe deve cuidar e atender as necessidades do bebê em um momento em que os pais estão impedidos disso, deixando ainda um lugar vago para que os pais possam ocupar em seu devido tempo.

Quadro 5 – Atitudes maternas observadas na UTIN para a categoria *manifestação de dificuldades*

| Participantes | Manifestação de dificuldades | | | | | |
|---------------|------------------------------|-----------|---------------------------|-------|------------------------|---------------|
| | Cansaço | Irritação | Posturas tensas e rígidas | Choro | Vocalizações negativas | Aborrecimento |
| 1. Adriana | sim | sim | não | não | não | sim |
| 2. Camila | não | sim | não | não | não | sim |
| 3. Carla | não | não | não | sim | não | não |
| 4. Claudia | não | sim | não | não | não | sim |
| 5. Elisa | sim | não | não | não | sim | sim |
| 6. Fabiana | sim | não | sim | sim | sim | sim |
| 7. Fátima | não | não | não | não | não | não |
| 8. Isabela | sim | não | não | não | não | não |
| 9. Juliana | não | não | não | não | não | não |
| 10. Larissa | não | não | não | não | não | sim |
| 11. Letícia | não | não | sim | não | não | não |
| 12. Marina | não | não | não | não | não | não |
| 13. Pamela | sim | não | não | não | sim | não |
| 14. Patrícia | não | não | não | não | não | não |
| 15. Silvia | sim | não | não | não | não | não |
| TOTAL | 6 | 3 | 2 | 2 | 3 | 6 |

Fonte: Dados da pesquisa

Foram elaboradas seis subcategorias com as dificuldades apresentadas pelas mães no momento da observação. As dificuldades que mais se manifestaram foram cansaço e aborrecimento, apresentados por seis participantes (40%). As mães (Adriana, Elisa, Fabiana e Elisa) demonstraram cansaço e aborrecimento quanto à longa permanência hospitalar e quanto às dificuldades da amamentação (Camila e Claudia).

Apenas 20% das mães demonstraram irritação e vocalizações negativas. As mães demonstraram irritação frente às dificuldades da amamentação (Pamela e Claudia) e à cobrança da presença materna por parte da equipe (Adriana). A respeito da amamentação, Tinoco (2013) aponta estudos que mostram que as mães de prematuros querem e precisam amamentar para sentirem-se conectadas à identidade materna e feminina. Além disso, a amamentação é algo que apenas a mãe pode fazer em benefício de seu filho. Todos os outros cuidados podem ser feitos pela equipe de saúde. Sabe-se, porém, que a amamentação de bebês prematuros não é uma tarefa fácil e a obrigatoriedade do aleitamento materno como critério para alta hospitalar faz com que as mães se sintam mais pressionadas em obter sucesso ao cuidar de seu filho. Desse modo, quando o aleitamento materno não acontece, é preciso pensar em alternativas que valorizem a potência do exercício da função materna.

No que se refere as vocalizações negativas, as mães manifestaram insegurança com a alta hospitalar (Pamela) e se queixaram da falta de apoio emocional do companheiro (Elisa e Fabiana). Por permanecerem um longo período com o bebê no hospital, a falta de rede de apoio emocional é uma queixa frequente das mães com filhos hospitalizados. Diversos estudos apontam a importância da rede de apoio no período do pós-parto para auxiliar as mães a exercerem a função materna, dedicando-se aos cuidados com o bebê, e não a outras tarefas. Nesta pesquisa, porém, apenas duas mães relataram essa dificuldade durante a observação. Porém, as mães apontaram o Grupo de apoio como importante rede de apoio social, o que pode ter influenciado nos resultados aqui. Esse dado será analisado no item 5.4.

Os comportamentos menos observados durante a interação com o bebê foram posturas tensas e rígidas e choro (13%). A maioria das mães relatava que não gostava de chorar na presença do bebê e, quando sentia vontade, se afastava dele para chorar.

Apenas quatro mães (26%) não demonstraram nenhuma dificuldade durante a observação (Carla, Juliana, Marina e Patrícia).

Durante a observação, as mães manifestaram alguns fatores que facilitaram ou prejudicaram a experiência da prematuridade e a formação do vínculo com o bebê. Entre os fatores que facilitaram estão: apoio social e emocional, possibilidade em permanecer no hospital com o bebê, receber informação da equipe a respeito do quadro clínico do bebê, compreensão da equipe sobre as dificuldades enfrentadas pelas mães, bom atendimento da equipe de saúde, amamentar e poder realizar os demais cuidados com o filho. Os fatores que dificultaram essa experiência foram: medo e ansiedade de perder o filho, falta de informações a respeito do bebê e dos procedimentos realizados nele, falta de apoio do companheiro e familiares, postura indiferente e julgadora da equipe de saúde.

5.3. ENTREVISTA

A análise do discurso das entrevistas, baseada no roteiro semiestruturado com 4 categorias, resultou em 16 subcategorias. Os resultados serão apresentados com os respectivos fragmentos do discurso, seguidas da análise e discussão.

Categoria 1 - Gravidez: expectativas e sentimentos durante a gravidez

Essa categoria se refere aos conteúdos anteriores à concepção, como o desejo e o planejamento da gravidez, e conteúdos anteriores ao nascimento do bebê que podem influenciar na constituição do vínculo afetivo com o filho. Emergiram do discurso cinco subcategorias:

1.1. Planejamento/desejo da gravidez

Nos trechos apresentados a seguir, as mães apontam o planejamento ou não da gravidez, o desejo ou não de engravidar e os significados que a maternidade traz.

Quando eu e meu marido namorava, a gente falava que quando fizesse um ano de casamento, eu ia engravidar. Eu sempre tive sonho de ser mãe e ele também de ser pai. Um mês depois que completamos um ano de casados, eu descobri que estava grávida. (Carla)

Minha gravidez foi muito planejada e desejada. Em 2011, meu marido e eu decidimos engravidar, mas aí eu descobri um mioma grande no útero e não podia engravidar. Retirei o mioma e tive que esperar um ano para tentar engravidar. (Claudia)

Não planejei a gravidez, mas queria engravidar. Foi um acidente, mas fiquei feliz. Sempre quis um bebezinho. (Adriana)

Minha gravidez não foi assim planejada, mas eu queria engravidar. Eu tinha parado de tomar anticoncepcional pra fazer um intervalo só e menstruar. Aí eu engravidei. (Camila)

Badinter (1985) afirma que a maternidade se constitui como um tema sagrado. Questionar o amor materno, analisar as possíveis fragilidades e imperfeições desse sentimento não é uma tarefa muito aceita. Apesar de possuir transformações e características orgânicas comuns, a maternidade tem um significado singular para cada mulher.

Assim, a maternidade é uma experiência subjetiva na qual se destacam dois aspectos: o desejo de ser mãe e o processo de transição para a maternidade. Quando uma gravidez ocorre deve-se considerar que ali estiveram presentes desejos inconscientes, vontades conscientes e o contexto geral de acontecimentos que envolvem a concepção (HOUZEL, 2004).

Algumas mães representaram a maternidade como a realização de um sonho, associando-a com a ideia de completude da mulher e do casal, como observado no relato de Carla.

Eu não estava esperando de jeito nenhum. Eu estava com outros planos. Ia colocar silicone e abrir uma filial da empresa da minha mãe em Goiânia. (Elisa)

Minha gravidez não foi planejada. Há 3 anos atrás eu tive um tumor no seio. Retirei, mas depois de um tempo ele voltou. Fiz mastectomia no seio esquerdo. Eu não queria mais engravidar por causa da doença. Já tenho 2 filhos e o mais novo tem 7 anos. (Fabiana)

Minha gravidez não foi planejada. Já tenho uma filha que vai fazer 10 anos e não queria mais. (Fátima)

Na análise das entrevistas realizadas, verificou-se que a maioria das mulheres (66%) não planejou a gravidez. Mesmo sem planejamento, mais da metade gestações (53%) foram desejadas. Esse dado está de acordo com a literatura que afirma que as crianças prematuras são frequentemente crianças desejadas (MATHELIN, 1999). Porém, nem sempre a maternidade esteve nos planos da vida de algumas mulheres. Em alguns casos, a gravidez aconteceu enquanto outros planos eram idealizados, como observado nos relatos de Elisa.

1.2. Descoberta da gravidez

Os trechos abaixo ilustram o momento da descoberta da gravidez e os sentimentos que prevaleceram.

Eu ia fazer reconstituição da mama porque não me sentia bem desse jeito. Meu marido fala que me ama de qualquer jeito, mas eu não nasci mutilada. Comecei a sentir dor, febre. Achava que a doença tinha voltado. Descobri que estava grávida com 4 meses. Foi uma mistura de sentimentos. Fiquei feliz porque não estava doente, mas, ao mesmo tempo, eu também não queria

engravadar. Ainda mais no momento que foi. Estava com alguns problemas na minha família e é difícil não ter o apoio da família nesse momento. (Fabiana)

Descobri que estava grávida quando fui fazer exames pré-cirúrgicos. Ia fazer lipo e colocar silicone [...] Estava com quase 4 meses já. Eu não me prevenia porque minha vida sexual não é muito ativa e demorei 9 anos para engravidar do primeiro filho. Então achei que não fosse engravidar. Chorei tanto quando descobri. Mas depois fui aceitando mais. (Elisa)

Eu tomava anticoncepcional, mas minha menstruação não descia. Fiz dois exames de gravidez e deu negativo. Fiz exame de novo e deu positivo. Estava com 8 semanas. Fiquei desesperada. Chorei por dois dias seguidos e fiquei sem dormir. Depois comecei a aceitar. (Fátima)

Eu tomava remédio e quando descobri que estava grávida, estava de quase quatro meses. No começo eu chorei muito. Chorei uns dois dias seguidos. Mas depois a gente vai acostumando. (Letícia)

Minha menstruação estava atrasada há dois meses. Fui no médico e fiz uma endovaginal. Assim que a mulher colocou o ultrassom, eu já vi o bebê. Comecei a chorar e a médica disse: a mãe tá chorando de emoção! E eu só pensava que estava chorando por desespero! (Pamela)

Observa-se, nos trechos acima, que a descoberta da gravidez, independente de ser ou não planejada, ser ou não desejada, traz uma mistura de diversos sentimentos que irão influenciar a forma como a mulher vivenciará sua gestação e se comunicará com o seu filho.

Maldonado (1985) afirma que é a partir da percepção da gravidez que se inicia a formação do vínculo entre mãe e bebê. É nesse momento que se instala a ambivalência afetiva que irá se manifestar sob diversas formas ao longo da gravidez. Neste primeiro momento há uma oscilação entre desejar e não desejar aquele filho. Mesmo quando há uma predominância da aceitação da gravidez, a rejeição não está totalmente ausente, pois a gravidez implica grandes mudanças, envolvendo perdas e ganhos.

A aceitação ou rejeição da gravidez depende muito do contexto em que ela ocorre: se é um filho esperado há muito tempo ou se é mais um de muitos; se a gravidez aconteceu em um relacionamento instável ou fora de um vínculo socialmente aceito, etc (MALDONADO, 1985). É importante destacar que a oscilação de sentimentos mostra que a reação inicial diante da gravidez não se cristaliza para sempre. É possível que uma rejeição possa dar lugar a uma futura aceitação e vice-versa. Nos relatos acima, as mães se desesperaram ou não aceitaram bem a gravidez no momento da descoberta. Porém, no decorrer da gestação passaram a aceitar melhor a novidade.

1.3. Complicações na gravidez

Nos trechos abaixo, as mães revelam as dificuldades enfrentadas durante a gravidez de alto risco.

Por causa da pressão alta, fiz pré-natal de alto risco em um hospital público. O médico pediu a ultrassom morfológica. Quando eu fiz, a médica falou que meu bebê estava com restrição de crescimento [...]. Eu não senti nada durante toda a gravidez. Tinha pouco enjoo. Minha barriga nem cresceu muito porque eu já sou gordinha e ela nasceu de 6 meses. Nem deu pra me sentir mãe. (Isabela)

Foi uma gestação complicada. Com 14 semanas me deu descolamento de placenta e eu tive que ficar de repouso absoluto por 50 dias. O médico até me deu um relatório pedindo mudança de função no trabalho, porque eu era balconista em uma padaria e ficava muito em pé, mas eles não autorizaram a mudança. Até entrei na justiça agora, porque eu ficava muito em pé, subia e descia escada e agora meu filho está na UTI. (Marina)

Com cinco meses minha pressão começou a subir. Tive que ficar de repouso e comendo só frutas, legumes cozido e nada de sal. Minha barriga nem cresceu. Engordei só 3kg na gravidez. (Camila)

Até o sexto mês estava tudo normal. Fiz a morfológica e ela era normal. Mas aí, no sétimo mês, o médico viu que ela era anã. Ele falou: tem alguma anã na sua família? E eu respondi que não. E ele me disse: mas sua filha é anã! Nossa, como eu chorei. Achei que isso era o pior castigo que poderia me acontecer. Depois ele ainda disse que ela poderia nascer com obstrução no esôfago e o fato dela ser anã deixou de ser o maior problema. Ele me dizia que ela iria morrer depois que nascesse. E eu falava pra ele interromper a gravidez então já que ela iria morrer, mas ele dizia que não podia. (Pamela)

Na gestação de alto risco, há um acréscimo das dificuldades de adaptação emocional associadas ao novo papel da maternidade e das diversas outras emoções vinculadas à condição clínica da mulher. O fator de risco implica medo real sobre si mesma e em relação ao próprio filho. Além disso, a gravidez nesse contexto de risco costuma estar associada à hospitalização, a qual constitui um estressor psicossocial relacionado à organização familiar, aos cuidados com a casa e a possibilidade de perda do emprego (MOURA, CARNEIRO & MONTEIRO, 2002). Quando a condição de risco é diagnosticada durante a gravidez, a gestante experimenta reações próprias do luto vivenciado pela perda da gravidez idealizada. Surgem sentimentos de culpa, raiva, medo (BRASIL, 2010).

Portar um bebê dentro do ventre corresponde à experiência de plenitude para a mulher (AULAGNIER, 1999). Essa posição privilegiada e valorizada da gestante, não foi sentida pelas mães dessa pesquisa que tiveram a gravidez associada a uma condição clínica de alto risco, como: restrição de dieta, repouso absoluto, hospitalização, afastamento do trabalho, etc. Essas condições impediram que elas vivenciassem a gravidez de forma saudável e positiva, o que dificultou se sentir mãe ainda nesse período.

1.4. Expectativas e planos durante a gravidez

Os trechos abaixo mostram o que as mães planejavam e esperavam vivenciar durante a gravidez.

Meus planos eram iguais de todo mundo. Imaginava ter aquele barrigão, fazer book de gestação, fazer chá de bebê grávida e não depois que ela nascesse. Imaginava ter parto normal, amamentar. Imaginava que ela fosse nascer de 9 meses e que logo eu ia levá-la pra casa e não ficar esse tempo todo no hospital. (Camila)

Eu planejava pra ele nascer no tempo certo, nascer e já ir embora pra casa, como acontece com todo mundo. Ninguém espera ficar aqui. Eu ficava imaginando também ele em casa, no quartinho dele. (Fátima)

Antes de tudo acontecer, eu pensava que ele ia nascer no tempo certo. Eu planejei todo o enxoval, o chá de bebê que ia acontecer na semana seguinte que ele nasceu. Planejava essas coisas que toda mãe pensa. (Juliana)

Eu planejava que as coisas fossem acontecer do meu jeito e não do jeito dele. Eu imaginava que ele fosse nascer de 9 meses, mesmo com o descolamento de placenta. Queria fazer chá de fraldas no dia que planejei, comprar as coisas dele no mês que planejei. Mas tive que fazer tudo correndo depois que ele nasceu. (Marina)

Durante a gravidez, inúmeras são as projeções quanto ao que o bebê poderá vir a ser, com quem se parecerá, do que virá a ter. O futuro está sendo proferido. Nessa época escolhem-se os nomes, organizam o enxoval e o quarto do bebê, e os pais vão, aos poucos, se vinculando mais ao bebê (BRAZELTON & CRAMER, 1992). É no terceiro trimestre da gestação que a mulher se sente mais conectada com o seu filho, à medida que a barriga vai crescendo e ela vai sentindo os movimentos do bebê. Esse período de nove meses de gestação, além da função orgânica para o bebê, tem a função de

preparar a mulher emocionalmente para o momento do parto e a adaptação a seu novo papel de mãe (MATHELIN, 1999).

No entanto, no nascimento pré-termo, muitas mães ainda não se envolveram nestes preparativos e acabaram de ser reconhecidas pela família e pela sociedade como mulheres grávidas e futuras mães. Os trechos acima mostram que as mães esperavam vivenciar as condições normais da gestação, ou seja, aquilo que quase todas as mulheres experimentam nesse período: tirar foto da barriga crescendo, planejar o enxoval, o quarto do bebê, fazer chá de fraldas enquanto o filho ainda está em sua barriga. As mulheres esperam vivenciar esse momento de tornar-se mãe como um grande ritual, condizente com a importância que a maternidade é na vida da mulher. Por isso, a abreviação da gestação foi sentida como uma frustração, uma perda devido a mudança de planos em um momento tão especial.

Apenas duas mães não fizeram planos para o bebê: Pamela, que não achava que seu bebê fosse sobreviver, e Patrícia, que não sabia que estava grávida até o dia do parto.

Sinceramente, eu não fiz plano nenhum pra ela durante a gravidez. Como eu achava que ela não ia viver, não queria fazer nada pra ela. Minha irmã que arrumou todo o enxoval e eu falava pra ela não fazer isso. Tentei de tudo pra não me apegar a ela, porque não queria sofrer. Mais para o fim da gravidez ela começou a mexer. Parecia um peixinho. E eu falava pra ela: por que você tá mexendo se você vai morrer? (Pamela)

Como descobri que estava grávida no dia que ganhei, nem deu tempo de fazer pré-natal, enxoval, nem nada. (Patrícia)

1.5. Escolha do nome do bebê

Algumas mães escolherem o nome do bebê por acharem bonito, sem ter algum significado específico.

Meu marido e eu que escolhemos o nome. Achamos bonito e só. Não procuramos nenhum significado na internet como um monte de gente faz. (Juliana)

Eu que escolhi o nome. Sempre achei esse nome bonito. Em todas as listas que eu fazia com o meu marido, esse nome estava lá. (Fátima)

No entanto, a escolha do nome da maioria das mães esteve ligada ao significado dele, relacionando-o com o nascimento de risco e expressando as características que os pais esperavam do bebê, tais como: vitorioso, valente, guerreiro.

Eu tinha falado pra minha mãe que se fosse menina, eu quem ia escolher o nome. Foi menino, então ela quem escolheu. O primeiro nome significa guerreiro e aí quando nasceu prematuro, ela quis colocar um segundo nome também que significa vitorioso e é também o nome do pai dele. (Adriana)

Meu marido falava que se fosse menina, eu ia escolher o nome. Como foi menino, ele quem escolheu. Ele escolheu um nome bíblico que significa dádiva de Deus. (Carla)

Meu marido que escolheu o nome dela [...]. Significa valente. (Elisa)

Fui eu que escolhi o nome dela e significa escolhida por Deus. Queria um nome bíblico, forte e que tivesse uma história para que quando ela crescesse, eu pudesse contar pra ela. (Fabiana)

Segundo Szejer (1999), a escolha do nome do bebê pode refletir muito das expectativas que os pais depositam sobre ele. A escolha do nome permite uma relação mais próxima entre os pais e o bebê, revelando as expectativas paternas e associando-se a aspectos transgeracionais (PICCININI & cols., 2004). Além disso, a escolha do nome também possibilita que o bebê se torne mais real e assumo o seu lugar na família como um ser autônomo (BRAZELTON, 1992).

Categoria 2 - Sentimentos durante o trabalho de parto, parto e nascimento de risco

Essa categoria se refere aos acontecimentos e sentimentos envolvidos na experiência do trabalho de parto, parto e nascimento do bebê. Emergiram do discursos três subcategorias:

2.1. Presença de acompanhante durante o parto

Nesta pesquisa, nove mulheres tiveram acompanhantes durante o parto. O acompanhante, escolhido por ela, geralmente era o companheiro ou alguma figura feminina da família como mãe, irmã ou cunhada.

Meu marido entrou comigo no centro cirúrgico. Ele foi companheiro a gravidez toda e em todos os momentos. (Marina)

Minha irmã entrou comigo no centro cirúrgico. (Isabela)

No entanto, seis mulheres não tiveram acompanhante durante o parto, ou porque não tinham acompanhante no momento ou porque a instituição não permitia, apesar de ser garantido por lei.

Eu estava sozinha. (Pamela)

Meu marido e eu queríamos que ele assistisse o parto, mas no hospital onde eu estava não permitia acompanhante. Eu estava triste porque ele não pôde entrar comigo. (Fátima)

Fiquei sozinha, morrendo de medo. Medo de morrer, medo dela morrer. (Elisa)

De acordo com o Ministério da Saúde, a mulher tem direito a um acompanhante durante os exames pré-natais, trabalho de parto e parto. Essa pessoa, escolhida pela mulher, representa o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo

e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis durante o trabalho de parto. A presença do acompanhante traz diversos benefícios para a mulher, como aumento da tranquilidade e segurança durante o todo o processo e diminuição do tempo de trabalho de parto (BRASIL, 2001).

Quando não houve acompanhante durante o parto, observou-se a prevalência de sentimentos negativos, como medo e tristeza, conforme nos relatos acima, principalmente o medo da dor e da morte, tão presente em um nascimento de risco.

2.2. Vivência do parto prematuro

Nas entrevistas realizadas, evidenciou-se que o sentimento que mais esteve presente na hora do parto foi o medo: medo da dor, medo da anestesia, medo de morrer, medo de perder o bebê.

Meu parto foi cesárea. Fiquei com muito medo. Medo de sentir dor, medo porque era uma gravidez de alto risco tanto pra mim quanto pra ele. É muito estranho, você fica deitada, um monte de gente conversando e você não ouve nada. Ao mesmo tempo que não sente nada, sente mexendo em você, empurrando o bebê. (Carla)

Na hora do parto, minha pressão estava muito alta. O médico me disse que, em caso que tem algum risco de morte, eles sempre escolhem salvar a mãe. Fiquei com tanto medo quando ele disse isso. Sei que ele tem que falar, mas eu não queria que ela morresse. Ao mesmo tempo, também não queria morrer porque tenho outros filhos. (Elisa)

Eu nem pensava em mim durante o parto. Só pensava nela, se ela ia ficar bem. (Fabiana)

Eu fiquei com medo no parto de que o bebê não sobrevivesse, apesar de ter muita fé, mas a gente fica com medo. (Marina)

Fiquei assustada porque meu parto foi de urgência e eu não estava preparada pra isso. (Pamela)

Sinceramente, eu fiquei muito assustada! Foi tudo muito rápido e eu achava que ela não ia sobreviver, porque o médico disse que ela era muito prematura. (Patrícia)

O que a gestante mais teme com relação ao parto é a dor. A mulher teme a dor e teme não suportá-la. Além disso, existe o medo da morte, o medo de ser dilacerada e perder sua feminilidade. O que se imagina a respeito dos tipos de parto é decorrente de sua história pessoal e fatores culturais. A mulher teme também os procedimentos médicos invasivos como a episiotomia e o ambiente hospitalar desconhecido (MALDONADO, 1985).

Os trechos relatados apresentam elementos que podem classificar essa experiência do nascimento prematuro como traumática: o nascimento inesperado e urgente, o risco de morte da mãe e do bebê foram aspectos que transcenderam a capacidade de simbolização das mães. O traumatismo do nascimento prematuro é acentuado pelo fator surpresa, é estar em uma situação de perigo sem estar preparado para isso (ANSERMET, 2003).

Além do medo da dor e da morte, o parto prematuro também traz como sentimento a dor da separação do bebê. Durante a gravidez, a mãe tinha a sensação de controle e cuidado. Mas, em um nascimento de risco, a impotência materna aparece diante da instabilidade clínica e fragilidade do bebê. Para essas mães, ter o filho nos braços imediatamente após o nascimento fazia parte de seu imaginário durante a gravidez. A separação prematura, porém, deixou a marca da falta.

Ela nasceu e eu ouvi um chorinho. Vi uma cabecinha e perguntei se era minha filha. Ai eles falaram que sim e logo ficou um monte de gente em cima dela, ambuzando, e eu virei para o outro lado porque não queria olhar. Quando ela nasceu, eu ouvi alguém falando: nossa, como ela é pequena! (Camila)

Eu mal a vi quando nasceu. Ela era muito pequena, estava toda suja e eles logo foram entubando ela e levaram pra UTI. (Isabela)

Eles nem me mostraram quando ela nasceu. Minha mãe que viu e logo começou a chorar. Disse que ela estava muito roxa. Eu só vi ela passando por mim. (Patrícia)

Quando ele nasceu me mostraram rapidinho e já levaram ele. Minha mãe foi atrás dele e eu fiquei sozinha. (Adriana)

Para essas mães, o momento do parto prematuro foi apenas o início de uma longa jornada. A experiência na UTI deixou marcas no nascimento prematuro do filho e no exercício da função materna. Essas questões serão analisadas mais adiante.

2.3. Notícia do encaminhamento do bebê para UTI

Nos trechos abaixo, as mães descrevem como foi receber a notícia de que seu filho seria encaminhado para UTI.

Desde que eu internei, eu já sabia que ela ia precisar de UTI. No dia que cheguei, a médica disse que ia ter que tirá-la antes do tempo e já ia reservar uma vaga pra ela na UTI. Eu ficava segurando minha barriga e pensando que não queria que ninguém tirasse ela de mim. (Claudia)

A médica falou: olha mãe, seu bebê é muito prematurinho. Acho que ela falou isso pra não me assustar, porque ele era muito pequeno. Aí já levaram ele pra UTI. (Carla)

Quando a médica me disse que eu estava com Síndrome de Help, ela já avisou que eu e o bebê precisaríamos de UTI, mas na hora que ela disse que iria fazer o parto, eu comecei a chorar porque não queria que ele nascesse ainda. Eu sabia que cada dia que ele ficasse a mais na minha barriga era melhor pra ele, pra ele se desenvolver mais. (Juliana)

Durante toda a gravidez, o médico falava que tanto ele quanto eu poderia não sobreviver. (Marina)

Assim que ela nasceu, eles falaram que tinha que levar ela pra UTI porque ela era muito pequena pra respirar sozinha. Quando eu estava internada, eu via que as mães que ganhavam bebê, subiam com eles para o quarto com o bebê na maca, enrolados tipo em um casulo entre as pernas delas. Aí quando estavam me levando para o quarto, eu ficava levantando a minha cabeça pra olhar para as minhas pernas e não tinha nada lá. (Camila)

Enquanto eu estava internada aqui, os médicos me diziam que ele iria precisar de UTI, mas que ele tinha chances de não sobreviver. Eu achava que ele ia nascer vivo, mas não sabia se ele teria força para continuar a viver. (Fátima)

É comum, durante a gestação, os pais imaginarem os problemas que podem vir acontecer com o bebê (MALDONADO, 1985). Quando nasce um bebê de risco, essas fantasias voltam à tona. Ao receber a notícia de que a gravidez seria interrompida e seu filho seria encaminhado para UTI neonatal, as mães apresentaram sentimentos de tristeza, medo e angústia. O próprio termo UTI pode causar sentimentos negativos, pois seu ambiente assustador está associado ao limiar tênue entre a vida e a morte.

Categoria 3 - Experiência na UTI: formação do vínculo com o bebê prematuro

Essa categoria se refere aos sentimentos envolvidos na experiência de ter um bebê internado em UTI neonatal e a constituição do vínculo afetivo na situação de prematuridade. Emergiram do discursos seis subcategorias:

3.1. Primeiro contato com o bebê na UTI

Ao entrar em uma UTI neonatal pela primeira vez, os pais ficam assustados pelo ambiente pouco acolhedor, com muitos aparelhos, ruídos, pessoas estranhas e a imagem frágil de seu bebê hospitalizado. Várias mães se descreveram assustadas ao entrar pela primeira vez na UTI e se

depararem com a fragilidade orgânica do filho que mantinha a vida sustentada pelos aparatos tecnológicos.

Vi ele no mesmo dia que ele nasceu. Foi muito bom e muito ruim ao mesmo tempo ver ele, porque ele era muito pequeno. Fiquei assustada quando o vi, porque ele estava intubado e com um monte de aparelho em volta. (Adriana)

No mesmo dia que ela nasceu, à noite, eu fui visitá-la na UTI. Foi estranho quando eu a vi na incubadora. Ela estava cheia de fios, entubada, com o oxímetro, com a luz da fitoterapia. Na época eu não sabia o nome de nada disso. (Camila)

No dia seguinte que ele nasceu, fui vê-lo na UTI. Ele estava entubado, cheio de fios. Eu fiquei muito mal. Não aguentava ficar muito tempo lá e ver ele desse jeito. (Carla)

À noite eu fui visitá-la. Quase desmaiei lá. Ela era tão pequena, estava com a cara cheia de "trem". Estava no CPAP. Fiquei só um pouco e fui embora. Depois disso, não conseguia ir muito lá. Toda vez que eu descia do elevador já começava a passar mal. Tinha medo de chegar lá e ter alguma notícia ruim. (Elisa)

Quando eu a vi na UTI foi desesperador. Eu a vi cinco dias depois que ela nasceu. No dia que recebi alta vim direto pra cá. Ela estava respirando pelo CPAP. Chorei muito quando a vi. (Fabiana)

Eu assustei muito quando a vi pela primeira vez. Estava cheia de fios, com aquela luz de fototerapia, de óculos, mal dava pra ver direito. Era muito pequena. Fiquei com medo dela morrer. Coloquei na minha cabeça que se ela conseguisse sobreviver por sete dias, não iria mais morrer. Não sei porque pensei isso, mas só depois que passaram os sete dias que comecei a ficar mais tranquila. (Patrícia)

Os sentimentos mais usados para descrever essa experiência foi o desespero, o choque, a estranheza e o medo de que o bebê não sobrevivesse.

A primeira vez que eu a vi na UTI foi muito chocante. Pensava que ela era muito pequena pra sobreviver. (Isabela)

Assim que eu a vi na UTI comecei a chorar. Ela estava entubada. Eu achava que ela não ia sobreviver. Fiquei uns dois dias distantes porque não queria me apegar. (Pamela)

3.2. *Bebê imaginário x bebê real*

Nos trechos abaixo, as mães descreveram o bebê que elas imaginaram na gravidez e como foi se deparar com o bebê real da incubadora.

Antes de saber que seria prematuro, imaginava que ele ia nascer de 9 meses, gordo, branco e com o olho claro como ele é hoje (com 7 meses de vida). Mas nasceu muito pequeno, com 895 gramas, vermelho como um pimentão. (Adriana)

Eu imaginava que ela ia nascer moreninha como eu, pesando uns 3kg. Achei-a muito escura, com a pele meio transparente, brilhante e muito pequena. (Camila)

Durante a gravidez, os pais imaginam um bebê sadio em torno do qual começam a tecer diversos projetos identificatórios para aquele que irá portar o futuro da linhagem parental. Reconhecer-se nesse filho sustenta a fantasia dos pais de continuidade e imortalidade (BATTHIKKA e cols., 2007; FREUD, 1914).

Lebovici (1987) afirma que o bebê real, confrontado com o bebê imaginário, em um primeiro momento, é a cópia decepcionante deste. Dessa forma, o bebê real faz com que a mãe se depare com as dificuldades, frustrações e limitações da maternidade que geralmente são negadas frente ao bebê imaginário. Na situação de prematuridade, esse confronto entre o bebê imaginário e o bebê real pode dificultar a formação do vínculo entre mãe e bebê. Os trechos citados mostram a dificuldade das mães em sustentar um lugar para esse filho que é diferente daquele bebê sadio,

gordinho e rosado imaginado durante a gravidez. As características físicas do bebê causaram, em um primeiro momento, sofrimento, angústia e tristeza.

Outra dificuldade apontada pelas mães dos prematuros foi a de se reconhecerem nesse filho que não se parecia com ninguém.

Eu imaginava que ele ia nascer normal, não muito gordo, mas entre 2,5kg e 3,5kg. Ele era só couro e osso. Eu vim esperando ver um bebê, mas ele ainda era um feto. A cabeça desproporcional ao corpo. (Fátima)

Eu imaginava que eles seriam parecidos com o meu filho mais velho. Acho que eles ainda não se parecem com ninguém. Como diz meu marido, mesmo que seja nosso, todo bebê nasce com cara de joelho. Mas todo mundo diz que eles se parecem comigo. (Silvia)

Eu imaginava que ele ia nascer de 9 meses, que fosse parecer mais com o pai e que ia ter apenas os meus olhos. (Carla)

Nos trechos acima, as mães relatam a dificuldade nos primeiros dias em representar seu bebê em função da perda do reconhecimento pela similaridade. A imagem frágil do bebê promove uma fratura dolorosa no narcisismo dos pais que ficam impossibilitados de se reconhecer no filho, cuja existência e sobrevivência está marcada pela suspensão (DIAS, 2008). Porém, no decorrer do tempo, as mães conseguiram transpor a barreira do saber médico e dos aparatos tecnológicos para encontrar o caminho de endereçamento ao seu bebê e conseguir se reconhecer nele.

Hoje [com sete meses de vida] ele se parece comigo. Lindo né? (Adriana)

Agora que ele tá maior, acho que ele se parece com o pai. Quando ele nasceu não dava pra saber. Não parecia com ninguém. (Carla)

Hoje eu acho que ela se parece com a irmã e um pouco com o pai também. (Elisa)

Tracey (2002 apud FLECK, 2011) afirma que a elaboração da perda do bebê imaginário e o investimento nas necessidades do bebê real ocorrem, geralmente, quando a mãe assume os cuidados com o filho prematuro. Mais à frente, será analisado como o vínculo com o bebê na UTI foi se fortalecendo à medida em que a mãe passou a assumir mais sua função materna.

3.3. *Predições da equipe*

Nos trechos abaixo, as mães relatam as predições que ouviram da equipe durante a gravidez e após o nascimento de risco.

Enquanto eu estava internada, todo mundo que entrava no quarto falava pra mim que o bebê ia morrer [....]. Depois que ele nasceu, o médico veio conversar e só falou que ele era um prematuro extremo e que tinha grande chance de falecer. Fiquei doida. (Adriana)

O médico falou que o caso era muito grave, que ela era muito pequena, que tinha isso e aquilo e que as primeiras 24 horas eram as mais decisivas. Eu fiquei só ouvindo e não quis ficar lá. Subi pro quarto e passei a noite toda acordada. Só ficava esperando completar as 24 horas de nascimento. Todo vulto que eu via perto da porta e quando meu celular tocava, eu pensava que era alguém me avisando que ela tinha morrido. (Camila)

Eu falei para meu médico do pré-natal que meu parto seria particular, porque meu plano não cobria. Aí ele me perguntou se eu tinha duas casas de 150 mil reais para vender, pois meu filho ia precisar de 2 meses de UTI [...]. Quando eu estava internada, os médicos diziam que ele ia precisar de UTI, mas que tinha chances de não sobreviver. (Fátima)

As enfermeiras aqui só contavam histórias ruins. Todo mundo falava que o bebê tinha pouca chance de sobreviver. Agora que eu vi tantos bebês pequenos na UTI que sobrevivem, eles podiam contar essas histórias pra gente. (Isabela)

As predições da equipe, também conhecidas como profecias autorrealizáveis, são os efeitos produzidos pelos rumores. Assim, quando se supõe um fracasso em um bebê, pode-se produzir uma retirada do investimento afetivo nele. Dessa forma, os pais deixam de dirigir demandas ao bebê, pois supõem que ele não é capaz de respondê-las. É aí que a profecia do fracasso pode se cumprir (JERUSALINSKY, 2001; 2002).

Nos trechos citados, percebe-se que as mães apresentam consciência da gravidade do bebê, mas que gostariam de ter ouvido essa notícia de outra forma. Os sentimentos presentes nos relatos indicam angústia, tristeza, ansiedade e medo.

Na gravidez, o médico me disse que ela poderia nascer com obstrução no esôfago e que iria morrer depois que nascesse. (Pamela)

Essa profecia fez com que Pamela não se vinculasse a sua filha durante a gestação porque achava que ela não ia sobreviver. O comunicado de um diagnóstico de má-formação fetal durante a gestação pode ser um fator que venha a destituir a mãe narcísicamente, impedindo que ela possa fazer uma antecipação sobre sua criança (DIAS, 2008).

Como eu achava que ela não ia viver, não queria fazer nada pra ela. Tentei de tudo pra não me apegar a ela, porque não queria sofrer. Mais para o fim da gravidez ela começou a mexer. Parecia um peixinho. E eu falava pra ela: por que você tá mexendo se você vai morrer? (Pamela)

Segundo Cramer (1993), as predições são perigosas porque rotulam a criança e não consideram o potencial de remodelarem que todos os indivíduos têm, supondo um fracasso antes mesmo de ele acontecer. No caso de Pamela, porém, foi possível reverter a predição após o nascimento do bebê e ambos conseguiram se vincular como será visto mais adiante.

3.4. Sentimentos na UTI

A maioria das mães descreve a experiência na UTI como difícil, ruim, horrível.

Foi horrível ficar na UTI. Horrível por causa das coisas que aconteceram com ele. Teve 3 paradas, foi entubado e extubado várias vezes. Teve displasia, estenose. Aí teve que fazer traqueostomia. Fiquei com mais medo ainda quando ele fez a gastrostomia. Mas aqui todo mundo trata a gente muito bem. (Adriana)

Aqui na UTI é muito difícil. Tem dias que a gente desanima. A gente acaba fazendo amizade com as outras mães e começa a se preocupar com os outros bebês. Essa semana morreu um na UTI. A gente fica abalada. Meu marido acha que eu fico o dia inteiro só deitada nessa cadeira e que isso não cansa. Eu realmente fico deitada, mas a cabeça não para. É muito desgastante. Eu acho que meu marido me culpa por ter engravidado e por ela estar aqui também, porque sou doente. (Elisa)

A experiência aqui na UTI é muito difícil. Não tem muito o que fazer aqui, por isso que gosto de pegá-la no colo. Sei que todos os bebês prematuros estão aqui porque precisam terminar de se desenvolver. A gente vê os outros bebês e ouve as histórias. Algumas são melhores que a nossa e outras são piores. O ambiente é bom, climatizado, poltrona confortável. Mas é muito difícil, é muito ruim aqui. Eu vejo as mães indo embora com seus bebês no colo e penso que a natureza me privou desse direito. (Fabiana)

Algumas mães, diante da fragilidade do bebê, sentem-se impotentes, pouco ativas, sem saber o que fazer na UTI. A limitação dos cuidados possíveis e a insegurança diante da imaturidade orgânica do bebê, dificultou que essas mães assumissem sua função materna na UTI. Por não poderem realizar os cuidados comuns de uma mãe com seu filho, as mães se sentiram desprovidas de seu papel materno, sentindo-se apenas uma espectadora. As condições clínicas do bebê podem dificultar a aproximação da mãe com ele, colocando em risco o investimento libidinal.

À medida que o bebê foi evoluindo, as mães começaram a assumir mais os cuidados com o filho.

Na UTI não tem muito o que fazer. A gente só olha. Mas depois que ela foi pra UCIN foi melhor. Eu comecei a perder o medo, a cuidar dela. Aqui a gente aprende muito. No começo eu tinha medo de pegar porque me sentia insegura. Agora sou eu quem faço tudo. (Isabela)

Tem dia que aqui na UTI é difícil. Um dia seu filho tá bem, no outro piora. Tem os outros bebês também que a gente vê chegando, indo embora, vê outros morrerem. É triste. E a gente faz amizade também com as outras mães e uma apoia a outra. Isso é bom, só não pode perder o contato depois que sair daqui. O que eu achei difícil é que é muito cansativo. Eu tenho outros filhos em casa, não posso parar toda minha vida e ficar só aqui. (Marina)

Acho que as pessoas da equipe podiam conversar mais com a gente. Tem alguns que conversam. Mas elas podiam falar mais como o bebê está, incentivar a gente a pegar, tocar, trocar a fralda. Algumas falavam isso, mas no começo a gente fica insegura. (Fátima)

Eu me sentia culpada e ainda me sinto um pouco porque eu não desejei essa gravidez. Acho que ele nasceu prematuro por causa disso. (Larissa)

Sentimentos como tristeza, desânimo, cansaço, insegurança e culpa descrevem a experiência na UTI. Apesar do sofrimento, as mães apontam o aprendizado na UTI como algo positivo.

Na UTI era muito ruim. Mas a gente aprende muito aqui. Principalmente na UCIN porque é a mãe que faz tudo. Mas ele teve que voltar pra UTI porque estava muito cansado. É ruim né? Tem que começar tudo de novo. (Larissa)

A minha experiência aqui foi horrível, foi bom. Não dá pra resumir em uma só palavra. A gente sente tudo aqui. Um pouco de cada coisa. Foi muito difícil ficar longe dos meus outros filhos. Mas eu também aprendi

muito aqui. Sei que vou sair daqui com outra cabeça. Eu falo que há males que vem para o bem, porque essa situação aproximou muito a minha família e me aproximou mais da igreja também. Mas tiveram coisas ruins também, como as paradas cardíacas dela. A primeira vez que ela parou, achei que não fosse sobreviver. (Pamela)

Eu achei que a experiência foi boa, porque eu aprendi muito aqui. Aí eu ficava observando como que as pessoas faziam e fui aprendendo. Aqui todo mundo é gente boa, a equipe, as outras mães. A gente vai fazendo amizade. Tem o lado ruim também né? Estar aqui com ela enquanto o quatinho está lá, mas faltando o principal que é ela em casa. (Claudia)

O nascimento de um bebê a termo, sadio, é celebrado por toda a família. Porém, o nascimento de risco é marcado pelo drama e sofrimento. O relato acima mostra que voltar para casa sem ter o bebê nos braços, ver o quarto todo arrumado enquanto o bebê está hospitalizado, lutando para sobreviver, não é uma tarefa fácil.

3.5. Formação do vínculo com o bebê na UTI

Nos trechos abaixo, as mães relatam como foi a formação do vínculo com o bebê na UTI.

Ah foi um pouco difícil no começo porque eu não podia pegar ele. A primeira vez que eu peguei foi em um dia que eles trocaram a incubadora. Segurei ele por uns 30 segundos. Fiquei doidinha de felicidade e também com medo porque ele era muito pequeno. Depois quando peguei por mais tempo foi quando a fisioterapeuta colocou ele pra fazer canguru em mim. Foi muito bom. (Adriana)

Foi um pouco difícil porque no começo não podia pegar ela no colo. Eu olhava pro lado e via todas as mães pegando no colo, só eu que não podia. Com 21 dias eu peguei ela no colo pela primeira vez. Foi muito bom, mas eu estava com medo porque ela estava entubada. Fiquei praticamente imóvel, com medo que o tubo saísse e ela não conseguisse respirar. (Camila)

Antes eu tinha medo de pegar nela, passar a mal. Achava muito frágil. (Claudia)

No começo eu tinha medo de pegá-lo, mas as enfermeiras falavam que eu não podia ter medo do meu filho. Eu achava que se eu pegasse nele, podia quebrar um ossinho. Mas, aos poucos, fui ganhando mais segurança. O difícil pra se vincular foi isso, não ter coragem pra pegar no começo. Eu tinha muito medo de dar banho também. Agora sou eu que faço tudo. Ele fica olhando pra mim quando falo com ele ou então fica sorrindo, pega no meu rosto. (Letícia)

Eu tinha muito medo de pegar nela quando ela estava na UTI. Era muito frágil. O vínculo também é difícil na UTI porque o bebê não responde. Ela não reagia, ficava só parada, quieta, não sorria, não interagia. Agora não. Ela sorri, me olha, me acompanha com o olhar quando levanto. Hoje que eu estou aqui na UCIN-Canguru, eu que faço tudo. Se eles falassem que ela ia ter que voltar pra UCIN, eu não ia ter coragem de ir embora pra casa como fazia antes de vir pra cá. (Isabela)

Zen e Motta (2008) afirmam que a condição para haver ligação com o recém-nascido, no início, não depende somente dele; é preciso que haja investimentos psíquicos de outros seres humanos. O investimento materno tem papel determinante sobre a saúde do bebê. Em UTI neonatal, a presença materna desejante, que aposte na vida do filho é imprescindível.

As mães apontaram alguns fatores que dificultaram a formação do vínculo com o bebê: o contato limitado com o bebê devido sua fragilidade orgânica, a insegurança, o medo de pegar o bebê no colo, não poder realizar os cuidados comuns com o filho, a não reação do bebê diante dos estímulos. Sobre esse aspecto, Mathelin (1999) questiona "como se sentir mãe de um bebê que não dá sinal, que não mama ao seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica mãe?" (p. 67).

Eu gosto muito de fazer canguru com ela, mas ainda tenho receio de pegá-la porque ela é muito frágil. Gosto de passar a mão na cabeça dela, colocar meu dedo na mão dela pra ela sentir que estou aqui. Mas queria ficar

mais próxima dela, porém tem uma incubadora entre nós. (Fabiana)

No trecho acima, nota-se que a mãe percebe a unidade como uma barreira para formação do vínculo com o bebê. O serviço de neonatologia é visto como uma mãe toda-poderosa que arranca o bebê de uma mãe que não pôde terminar sua obra. As mães têm uma relação ambivalente com o serviço de neonatologia, pois ao mesmo tempo em que ele a lembra de seu fracasso, em não ter conseguido levar a gravidez a termo, é o único recurso para sobrevivência do filho (DRUON, 1999).

Não fui pra casa nenhum dia desde que ele nasceu. Não tenho coragem de deixar ele sozinho. Desde que cheguei, ouvi vocês dizendo que era pra conversar com ele que ele entendia e foi o que fiz. Acho que isso ajudou ele a se recuperar mais rápido. Eu falava bastante com ele. Quando ele fez um mês aqui, eu fiz um cartaz pra ele, comprei balão pra colocar na incubadora e o pai dele e eu cantamos parabéns. Sei que ele percebe tudo isso. (Carla)

Depois que ela fez a cirurgia para enterocolite, comecei a ficar mais próxima. Sabia que ela precisava de mim. Comecei a fazer canguru e percebi que ela melhorou muito. Foi se recuperando da cirurgia, saiu do tubo, começou a respirar sozinha. Aqui a gente vai aprendendo a cuidar dela, como pegar, como trocar fralda, dar banho. Eu coloco uma meta pra mim de ficar pelo menos 10 horas por dia com ela. Não posso ficar o tempo todo porque tenho outra filha em casa. Mas sei que ela precisa mais de mim agora. Ela percebe quando eu chego, falo com ela. Ela tenta abrir o olho pra me ver, mas ela dorme demais ainda. (Elisa)

Quando ele estava na UTI era mais difícil ter contato com ele. Eu fui pegá-lo no colo pela primeira vez seis dias depois que ele nasceu. Agora eu que faço tudo. Dou banho, troco fralda e faço canguru a maior parte do tempo. Percebi que depois que a gente começou a ter mais contato, ele começou a responder mais. Ele dorme melhor quando está no meu colo, fica mais tranquilo. Ele já conhece a minha voz e sabe diferenciar a minha da voz do meu marido. Percebo

que quando meu marido fala com ele, ele fica gemendo mais. Comigo ele não faz isso. (Fátima)

As mães reconhecem a importância do vínculo e apontam alguns fatores como propiciadores para se vincular com o filho: conversar com ele, permanecer na unidade, praticar a posição canguru, realizar os cuidados básicos com o bebê. As primeiras respostas e solicitações do bebê aos cuidados dos pais desempenham um papel fundamental na configuração do vínculo, pois favorecem o sentimento dos pais de serem necessários e de conseguirem estabelecer uma comunicação com seus filhos (BRAZELTON, 1988). As mães reconheceram que seu envolvimento nos cuidados com o filho e a possibilidade de um contato físico maior com ele esteve relacionado com a melhora do estado de saúde do bebê.

Algumas mães tiveram dificuldade em reconhecer seu papel e importância em permanecer ao lado do filho. O distanciamento é uma reação defensiva que tem como objetivo manter afastado aquilo que o indivíduo não suporta, em uma tentativa de controlar as emoções (TINOCO, 2013).

No começo ainda não tinha caído a ficha de que eu era mãe. Sei lá, foi estranho. Depois que eu recebi alta, fiquei três dias sem vir aqui. Quando eu a vi pela segunda vez foi melhor. Ai veio aquele amor e hoje eu amo muito ela. Antes eu ficava aqui no fim da tarde até a noite. Aí conheci uma mãe que me disse que se eu quisesse que minha filha melhorasse, eu tinha que ficar mais tempo aqui. Foi então que comecei a passar o dia. Faço canguru com ela e ela fica quietinha. Quando ela tá de canguru, a saturação dela não cai e ela consegue até ficar sem oxigênio. (Patrícia)

No começo eu evitava ficar com ela pra não me apegar. Eu achava que ela ia morrer. Um dia eu coloquei o dedo na mão dela e ela apertou e estava sedada. Foi aí que começou. Me derreti. Hoje ela fica me olhando e é tanto amor que sinto! O pior dia pra mim foi quando a médica me disse que ela estava com bactéria e eu teria que pegar nela de luva. Nossa, aquilo foi horrível. Não poder pegar direito na minha filha. (Pamela)

O afastamento de Pamela nos primeiros dias pode ser entendido como uma defesa, dificultando o relacionamento com sua filha devido ao medo de que ela não sobrevivesse.

Enquanto as mães reconheciam a fragilidade orgânica do bebê, elas se distanciavam, inseguras e com medo de se relacionar com ele, ou com medo de machucá-lo ou com medo que ele não sobrevivesse. À medida em que os bebês foram evoluindo, as mães passaram a se apropriar de sua função materna e a realizar os cuidados com o filho. A primeira vez em que pegaram o bebê no colo foi considerada uma etapa importante da vivência da maternidade dentro da UTI. Pode-se concluir que a apropriação da maternidade esteve relacionada à percepção da potência do bebê.

3.6. Amamentação

Nos trechos abaixo, as mães relatam como foi a experiência com a amamentação e as dificuldades que mais surgiram na tentativa de sustentar o aleitamento materno com um bebê prematuro. Além das variáveis que influenciam na escolha e na continuação do aleitamento, deve-se considerar, nesta pesquisa, as dificuldades provenientes do nascimento prematuro.

Faz uma semana que a fono começou a colocar ela no meu peito. Na primeira vez achei estranho. Ela ficou só perto do meu peito e já foi sentindo o cheiro e procurando. Como ela sabia que era pra fazer isso? Aí ela sugou e achei estranho. Mas depois achei muito bom. Todo dia eu coloco um pouquinho no peito. (Camila)

Eu ainda não estou amamentando. Só tiro o meu leite e passo pra ele pela sonda. Mas já estamos estimulando. Meu sonho é amamentar. Eu sonhava em ter um barrigão de 9 meses e amamentar. O primeiro não deu certo, mas o segundo tem que dar. (Fátima)

Eu quero muito amamentar. Sempre pensei nisso quando estava grávida. Minha gravidez foi planejada, então eu queria fazer tudo. (Juliana)

Eu sempre quis amamentar. Eu pensava que se fosse pra ser mãe, eu seria mãe de verdade. Mas ela ainda tem dificuldade pra mamar. Queria que ela já conseguisse logo e mamasse como um bebê de 9 meses. (Isabela)

Eu ainda não amamentei. Mas sempre ordenho em todos os horários da dieta. Mas tenho muita vontade de amamentar. (Carla)

Winnicott (2008) afirma que não existe nada mais poderoso nas relações humanas do que o vínculo entre mãe e bebê durante a experiência da amamentação. Além dos benefícios imunológicos, essenciais para a nutrição e desenvolvimento do bebê, o aleitamento materno traz consigo a voz, o olhar, o toque e o colo da mãe que sustenta subjetivamente o bebê (BALTAZAR, GOMES e CARDOSO, 2010; SALES, 2005).

Os relatos acima indicam um desejo pela amamentação, mesmo aquelas mães que ainda não estão amamentando em seio materno participam desse processo através da ordenha. Observa-se que a maioria das mães relacionam a amamentação com a realização de um sonho e como parte importante do ritual para sentir-se mãe. Apenas uma das participantes relatou que nunca teve muito desejo em amamentar.

Nunca amamentei ele porque ele ficou muito tempo entubado e depois que fez a "traqueo", ele não conseguia mais engolir. Mas no começo eu ordenhava leite pra ele. Mas também nunca fui daquelas mães que ficam doidas pra amamentar. Nunca tive muita vontade. (Adriana)

Deve-se destacar as variáveis presentes nesse caso, pois o bebê de Adriana foi um dos mais graves dessa pesquisa e que ficou durante mais tempo na UTI (235 dias), tornando-se hoje um bebê crônico. As dificuldades do bebê, como a imaturidade orgânica e as intercorrências na UTI podem ter influenciado no desejo do aleitamento materno.

As mães também reconhecem a importância do aleitamento materno, especialmente na situação de prematuridade e destacam como vantagem a melhora na recuperação do bebê e a presença de anticorpos existentes

apenas em seu leite e não no leite artificial. Além das vantagens imunológicas do aleitamento materno, as mães reconhecem a importância do vínculo na amamentação, referindo-se ao toque do bebê e a troca de afeto presentes nesse momento.

Ainda não estou amamentando, mas quero muito amamentar. Com a minha outra filha não tive muita paciência. Amamentei por 14 dias só. Mas agora é diferente. Sei que é importante ficar aqui e dar meu leite pra ela se recuperar. Melhor que essas fórmulas. (Elisa)

Eu ainda não tive a experiência da amamentação, porque ela ainda não pode se alimentar. A médica disse que ela nasceu com um desvio no estômago e o leite não desce para o intestino. Mas eu gostaria de amamentar, mesmo só com um seio. Sei que meu leite é o melhor pra ela por causa dos anticorpos. Mas sei também que um bebê com lesão no cérebro pode não conseguir sugar. (Fabiana)

Quero muito amamentar. Com a minha filha, eu inventei de dar mamadeira e meu leite foi secando. Dessa vez vou fazer diferente. (Larissa)

A amamentação está sendo difícil. Todo mundo fala: você tem que ter calma, paciência. Eu tenho muita paciência, mas queria que ela aprendesse logo a mamar [...]. Eu sei que ela vai pegar no peito, mas ainda vai demorar um pouco. A gente fica ansiosa, quer que ela aprende logo. É tão bom amamentar. Sentir ela pertinho, olhando pra mim, procurando o peito. (Claudia)

Eu sempre quis amamentar, mas no começo foi difícil. Eu achava que ele não ia conseguir mamar no peito. Ele só dormia quando eu tentava amamentar. Mas agora ele só mama em mim. Por mim, vou amamentá-lo até os 3 anos de idade. Enquanto eu tiver leite e ele quiser mamar no peito, eu vou amamentar. (Letícia)

As dificuldades para sustentar o aleitamento materno na UTI apontadas pelas mães foram: ansiedade, pouca produção de leite, imaturidade biológica e má formação do bebê. Esses dados estão de acordo

com a literatura que aponta a produção de leite ligada às condições emocionais da mãe e que durante a internação do bebê, a mãe vivencia um momento de angústia e ansiedade. Além disso, a ordenha e a tentativa frustrada de manter o bebê amamentando em seio materno enquanto ainda é imaturo para sua idade gestacional, constituem uma cena distante daquela prazerosa da amamentação (JERUSALINSKY, 2000).

Categoria 4 - De volta para casa: planos, expectativas e sentimentos no retorno para casa com o bebê

Essa categoria se refere aos planos, expectativas e sentimentos envolvidos na experiência de retornar para casa com o bebê após a hospitalização em UTI neonatal. Emergiram do discurso duas subcategorias:

4.1. Planos para o retorno ao lar

Nos trechos que seguem, as mães relataram os planos para o bebê em casa e as expectativas com a alta hospitalar.

Eu planejo ficar grudada nela o tempo todo em casa. Não quero ficar saindo com ela no começo e também não quero muitas visitas, nem que peguem ela no colo. Agora não vou trabalhar. Vou cuidar dela e da minha outra filha até que fiquem maiores. Depois retomo os meus planos. (Elisa)

Quando eu for pra casa vai ser só alegria. Os cuidados também vão ser redobrados. Eu só tenho medo dele passar mal em casa. Ainda bem que tem posto de saúde perto de casa. (Letícia)

Eu fico pensando que quero levá-la bem pra casa e que ela não fique doentinha e não precise voltar pra cá. Vou cuidar bem dela e deixá-la uma gatinha com todas as roupas que ela ganhou. (Patrícia)

Não vejo a hora de chegar em casa. Sete meses de UTI já. Mas fico pensando também que não vou poder sair muito com ele, porque não dá pra ficar aspirando a "traqueo" em todo lugar. (Adriana)

Eu quero fazer tudo com ela e colocar ela no meu canguru. Quero também arrumar outro emprego porque trabalho no shopping. Quero um emprego de no máximo 6 horas por dia, assim posso ficar um pouco com ela, porque não posso parar de trabalhar né? (Camila)

A alta hospitalar é um momento de muita ansiedade frente à saúde do filho e de reativação de sentimentos de tristeza, devido a responsabilidade da mãe em cuidar sozinha do bebê, que antes era compartilhado com a equipe de saúde (BRAZELTON, 1988). O retorno para casa é um momento que gera angústia e medo em um primeiro momento.

Na UTI neonatal, a mãe é destituída de seu lugar de mãe de um bebê sadio, e acaba ocupando um lugar de cuidadora do corpo. Depois da saída do hospital, a mãe continua ocupando essa função que é mais médica do que maternal (JERUSALINSKY, 1999; AGMAN, DRUON, & FRICHET, 1999). Ela não está em um estado de preocupação materna primária, mas num estado de preocupação médica primária. Esse termo descreve a situação vivenciada por mães de bebês hospitalizados que passam a ocupar uma função médica junto ao filho, permanecendo ao lado da incubadora e dominando os termos médicos. Na situação de prematuridade, esse seria o primeiro exercício da maternidade. À medida em que o bebê evolui, as mães vão encontrando outras maneiras de se relacionarem com os filhos (MORCH & BRAGA, 2007).

Quando eu for pra casa vai ser igual aqui. Todo mundo que chegar vai ter que lavar a mão e não é bom ficar pegando no colo também. Acho que as pessoas não vão gostar muito. (Carla)

Em casa, as coisas vão ser como aqui. Vamos higienizar bem as mãos, usar álcool, principalmente as visitas que chegam da rua. Já combinei com o meu marido. Quem não gostar, sinto muito. (Fátima)

Os meus planos pra ela em casa é cuidar, cuidar e cuidar. Só isso que podemos fazer por enquanto né? A médica disse que não é pra gente sair por algum tempo, até tomar as vacinas. (Isabela)

Vou comprar álcool em gel para as visitas passarem quando forem em casa. Vou ser daquelas bem enjoadas mesmo. (Larissa)

Em casa vai ser cuidado 24 horas. Já falei para o meu marido que se eu sou enjoada com meus outros filhos, imagina com esse! Vou restringir as visitas, vai ser uma ou duas por dia, igual aqui. E quando entrar em casa vai ter que higienizar as mãos com álcool também. Meu marido já reformou todo o quarto dele porque falei que não podia ter poeira. Ele também pintou o quarto da mesma cor da parede aqui da UTI pra ele não estranhar quando estiver em casa. (Marina)

O que as mães mais planejam fazer em casa é cuidar do bebê, sendo que o sentimento mais presente nos planos para o retorno ao lar é o medo: medo que o bebê fique doente e retorne ao hospital. Esse medo é decorrente da imaturidade do bebê, da falta de vacinas e da possível contaminação das visitas. Quase todas as mães mostraram preocupação com a higienização das mãos e o uso de álcool em gel. Observa-se que as mães planejam fazer em casa aquilo que aprenderam na UTI.

Apenas uma das mães fez planos para o bebê que não estavam relacionados à sua doença.

Eu fico imaginando que vai ser uma bagunça porque ela não é aquele bebê que precisa de silêncio pra dormir. Ela gosta de uma conversa, de barulho pra dormir. Fico imaginando ela acordando toda descabelada, brigando com os irmãos pelo computador. Essas coisas. (Pamela)

De acordo com Mathelin (1999), a chegada do filho prematuro em casa pode gerar dificuldades, pois a mãe pode sentir-se impossibilitada de separar-se de seu bebê, buscando compensar o vazio resultante do parto antecipado e da separação precoce com o filho.

O que eu planejo quando for pra casa é cuidar dela. Não vou trabalhar porque não tenho coragem de deixá-la com ninguém. Quero cuidar dela e ficar junto o tempo todo. (Claudia)

Falei pro meu marido que quando a gente for pra casa, eu vou ficar de resguardo junto do bebê porque até hoje eu não tive resguardo. (Larissa)

A superproteção materna pode ser apontada como um mecanismo emocional para enfrentar as dificuldades e sofrimento, conseguindo estabelecer uma relação de vínculo com o filho (LEBOVICI, 1987). Junto a isso, constatou-se uma grande expectativa das mães em continuar cuidando do bebê em casa, inclusive o desejo de não retornar ao emprego após o fim da licença maternidade.

4.2. Rede de apoio social

A maioria das mães relataram ter uma rede de apoio satisfatória que irá auxiliá-la em casa com o bebê após a alta hospitalar.

Quem vai me ajudar em casa é minha mãe e minha tia, mas minha família inteira quer ajudar. Minha família fez rifa pra conseguir dinheiro pra comprar coisas pra ele e ganhamos várias latas de leite também. (Adriana)

Aqui tem minha sogra e minhas cunhadas que podem me ajudar. Eu não gosto de pedir ajuda nem de abusar da boa vontade das pessoas. Tento me virar sozinha. (Fabiana)

Em casa tem muita gente pra ajudar. Eu moro no fundo da casa da minha sogra e minha mãe mora perto também. (Juliana)

Durante o dia vai ser só eu e ele. Mas eu dou conta de tudo sozinha. Aqui sou eu que faço tudo. Minha filha de 14 anos vai ajudar também. E tem meu marido e minha mãe. É um time bom. (Marina)

As redes de apoio são definidas por Brito e Koller (1999 apud ANDREANI, CUSTODIO & CREPALDI, 2006), pela disponibilidade de apoio e reforço por pessoas significativas ou sistemas, diante de situações de crise, período de transição e mudança, propiciando estratégias de enfrentamento através de carinho, encorajamento ou assistência. Uma dessas mudanças é o nascimento de um filho que exige a adaptação do casal aos novos papéis. Stern (1997) se refere a esse apoio como constelação da maternidade e que tem a função de proteger a mãe fisicamente, promovendo suas necessidades vitais para que ela possa se dedicar integralmente ao bebê.

O apoio que as mães relataram consistia em ajudar na realização dos cuidados com o bebê, os cuidados com a casa e até a compra de suplementos necessários para o filho. A rede de apoio exerce a importante função de oferecer oportunidade para um desenvolvimento saudável para nova família (ANDREANI, CUSTODIO & CREPALDI, 2006).

Apenas duas mães (Larissa e Elisa) relataram que não terão nenhum apoio na volta para casa.

Eu vou cuidar dela sozinha. Eu dou conta de fazer tudo. (Larissa)

Não tenho ninguém para me ajudar. Minha família mora em Brasília e minha mãe trabalha demais. Não pode vir ficar comigo. A família do meu marido mora no interior. Sou só eu mesma. A noite, quando meu marido chegar em casa, ele vai ajudar também. (Elisa)

A falta da rede de apoio não parece preocupar essas mães que demonstram segurança para cuidar do bebê sozinhas. A presença delas na unidade neonatal, durante a internação do bebê, possibilitou a aprendizagem dos cuidados com o recém-nascido, mesmo para as multíparas que apresentavam insegurança diante do bebê prematuro. Com o decorrer do tempo, todas as mães dessa pesquisa adquiriram segurança para cuidar do filho, demonstrando inclusive preferência por cuidar sozinha dele, já que ela é quem aprendeu a realizar todos os cuidados no hospital.

5.4. GRUPO DE APOIO

Os grupos de apoio ou suporte psicológico têm como principal objetivo promover o apoio e suporte emocional entre os membros, além de facilitar a livre expressão e compartilhamento de sentimentos, preocupações e dúvidas, proporcionar um espaço de troca e esclarecimento de informações, possibilitando a elaboração das experiências vividas. A finalidade desse grupo é terapêutica, pois procura aliviar ou eliminar sintomas, desenvolver comportamentos saudáveis e proporcionar um aprendizado nas relações interpessoais. Troca afetiva, cuidado e comunicação são suas bases. O grupo de apoio permite um setting flexível, que geralmente funciona em regime aberto, com alternância de integrantes de um encontro para o outro (CAMPOS, 2007; ZIMERMAN, 1997).

É com esse objetivo que foi criado o grupo de apoio aos pais e familiares dos bebês internados na unidade neonatal do HMDI. Desde a criação da UTIN/UCIN, o grupo de apoio passou a fazer parte da intervenção de rotina do Serviço de Psicologia. Cada sessão iniciava-se com a apresentação da psicóloga/pesquisadora, informando o objetivo do grupo. Os participantes eram convidados a apresentar-se e falar livremente sobre o tema que quisessem. A apresentação não tinha apenas o objetivo de saber o nome dos participantes e integrar o grupo, mas saber o quanto as mães estavam informadas a respeito do diagnóstico e prognóstico do filho. As intervenções feitas durante a sessão buscavam incentivar a expressão dos sentimentos, elucidando a experiência vivida no hospital.

Geralmente, após a apresentação, os participantes relatavam a história da gestação, do parto de urgência, quantos dias estavam com o bebê hospitalizado e algum acontecimento recente na unidade neonatal. A experiência trazida por parte de cada integrante funcionava como estímulo, propiciando que os demais participantes relatassem sua história na mesma sequência. O grupo funcionava como apoio quando um dos participantes constatava que os outros passavam ou passaram pelas mesmas dificuldades e conseguiram superá-las.

Apesar desse caráter do grupo que prevalecia em todas as sessões, em outros momentos, o grupo também teve um caráter educativo, veiculando informações referentes ao aleitamento materno, ao método canguru e demais dúvidas levantadas pelas participantes referente à patologia dos bebês.

Os temas apreendidos na análise das sessões foram agrupados em seis categorias:

1. Conflito com a equipe de saúde

Nas sessões do grupo, a queixa mais frequente das mães com relação à equipe é a falta de atenção com os bebês, principalmente quando acontece alguma intercorrência com o filho. As mães sentem-se inseguras para se afastar da unidade com medo de que a equipe não veja o bebê passando mal. Por sentirem-se impotentes e incompetentes diante do filho, os pais projetam tais sentimentos na equipe, questionando os procedimentos realizados por ela, bem como sua eficácia (BATTIKHA, 2011).

Outra questão levantada pelas mães no grupo é a falta de sensibilidade da equipe ao se comunicar com elas.

O neném já nasce antes do tempo né... as pessoas tinham que falar com a gente de outro jeito, mais delicado. Todas as mães aqui já choraram na UTI. Então tem que ter mais cuidado para falar. Por exemplo, às vezes, a técnica fala: nossa, você tem que trocar a fralda do bebê! A gente sabe disso... a gente é mãe. Não precisa falar assim. (Camila)

Segundo Lamy (2000), os conflitos presentes em UTI neonatal são inerentes ao exercício das diferentes profissões que giram em torno do saber e do poder. A presença diária da mãe na UTIN e sua participação nos cuidados com o bebê e no tratamento dele se constitui em um novo saber para a equipe. Assim, a presença contínua da mãe ao lado do filho internado faz com que as interações ocorridas dentro da unidade se redesenhem. A relação entre os pais e a equipe na UTIN é conflituosa. Por um lado, a

equipe incentiva a participação dos pais nos cuidados com o filho; em outros momentos, desautoriza a iniciativa deles. Além disso, a presença dos pais faz com que a equipe se sinta vigiada e avaliada em seu trabalho.

A respeito da comunicação, Lamy (2000) aponta que as informações dada aos pais não atendem as necessidades e expectativas da família. A equipe, especialmente a equipe médica, fala muito e ouve pouco, utilizando sempre o mesmo discurso, como se todos os pais necessitassem do mesmo tipo de abordagem. A comunicação inadequada da equipe com os pais na UTI neonatal causa impotência, frustração, irritação e ansiedade (MOREIRA, BRAGA e MORSH, 2003). Observa-se no relato acima que as mães estão em um momento de fragilidade psíquica e que demandam um cuidado com as palavras que lhes são dirigidas. As mães parecem saber aquilo que Dolto (1977) já apontava: a palavra humaniza o sofrimento.

2. Dificuldades com a amamentação

O tema da amamentação era mais frequente quando a nutricionista e/ou fonoaudióloga participavam do grupo, pois as mães percebiam esse momento como uma oportunidade para esclarecer dúvidas com as profissionais que lidavam diretamente com a amamentação e a coleta de leite humano.

As mães mais novas no grupo apresentavam dúvidas e preocupação sobre quando iriam começar a amamentar, com medo de que a demora fizesse seu leite secar.

Eu queria saber quando vou poder começar a amamentar, porque tenho medo do meu leite secar.
(Elisa)

Todas as mães que ainda não amamentavam no seio materno eram orientadas a ordenhar o leite para o seu filho para estimular a produção. As mães que já estavam amamentando no seio apresentavam queixas referentes às dificuldades do bebê: dificuldade em fazer a pega correta,

bebê muito sonolento na hora de amamentar, imaturidade orgânica do bebê para sugar. Outras queixas que apareceram nas sessões: medo de que o leite materno não seja suficiente para o bebê, medo de que o bebê rejeite o seio materno, dor ao amamentar.

Fico pensando que a neném não gosta do meu peito porque ele é muito grande e não cabe direito na boca dela. (Camila)

A mãe que não se sente capaz de sustentar a amamentação para o bebê vive uma relação conflituosa com filho e sente-se destituída de suas referências. Há aqui uma fratura na possibilidade da ilusão de completude entre mãe e bebê, pois a mãe não se sente digna de ter sido capaz de produzir um filho saudável.

Eu comecei a amamentar essa semana, mas está sendo muito difícil porque ela tem dificuldade em pegar no seio e eu fico muito ansiosa. Sei que tenho que ter calma e paciência, mas queria ver ela mamando logo. (Claudia)

Percebe-se que as mães enfrentam a dificuldade em sustentar o aleitamento materno na UTI, porque a produção de leite está ligada às questões emocionais da mãe que, nesse momento, vivencia uma situação de muita angústia, ansiedade e estresse reativos à internação do bebê (JERUSALINSKY, 2000). Para grande parte das mulheres, a amamentação faz parte dos cuidados que uma mãe deve realizar para o filho. Não poder amamentá-lo é uma ferida narcísica que deixa uma marca de incompletude na mulher.

Outro fator estressante para as mães na unidade neonatal é a utilização da amamentação exclusiva como um dos critérios de alta hospitalar. As mães se sentem pressionadas em manter o aleitamento a qualquer custo, o que torna a amamentação uma situação estressante e não prazerosa. As mães associam a demora do bebê em começar a mamar no seio a uma maior permanência no hospital. Assim, a obrigatoriedade do

aleitamento materno pode transformar o incentivo em uma imposição, trazendo diversas consequências para o relacionamento entre a mãe e filho.

Sabe-se que as vantagens do aleitamento materno são inquestionáveis. Porém, práticas que apenas consideram a demanda biológica da criança não garantem o sucesso da continuação da amamentação após a alta hospitalar. O que garante o aleitamento é o desejo materno. A amamentação por si só não é garantia de que o vínculo está sendo construído sem a presença de fatores de riscos psíquicos para a constituição do bebê. Não é o peito ou a mamadeira que garante a saúde mental da criança. O fundamental para constituição psíquica da bebê é o investimento libidinal materno (SANTOS e cols., 2001).

3. Dificuldades da permanência hospitalar

Nas sessões do grupo, era muito comum a queixa referente à longa permanência hospitalar. Essa permanência no hospital durante a internação do bebê foi vivida com muito sofrimento. As mães relatavam sentimentos como estresse, angústia, medo, incerteza. Além disso, apontavam como principais dificuldades em permanecer no hospital: o cansaço, a ansiedade, a saudade dos familiares e dos outros filhos. Mães trabalhadoras autônomas, sem licença maternidade, apontavam o trabalho como outro fator que dificultava uma permanência maior no hospital.

A cada dia que a neném não ganha peso, os médicos inventam uma nova teoria e vão testando. Eu estou cansada. Quero ir para casa. (Camila)

Eu não trabalho aqui, mas estou presente de manhã, de tarde e de noite (risos). Estou com muita vontade de ir embora, mas sei que não adianta ficar ansiosa. Quero fazer o que é melhor para ele. Prefiro ficar mais tempo aqui sem precisar voltar do que ir para casa e ter que internar novamente. (Fátima)

Sei que tenho pelo menos mais um mês pela frente. A vontade de ir embora é grande, mas sei que ficar aqui

é o melhor para meu filho. Quero sair com ele bem daqui para não precisar mais voltar. (Marina)

A mãe que acompanha seu filho hospitalizado sofre mudanças em sua vida familiar e se vê obrigada a mudar hábitos, projetos de vida, a relação com a família, afastando-se das atividades diárias, do seu trabalho, de seus amigos, marido, filhos e familiares para ficar à disposição do filho internado (OLIVEIRA, 1998).

Alguns estudos apontam (VASCONSELOS, 2004) que as mães que permaneciam com o filho prematuro até a alta hospitalar, apresentavam ansiedade decorrente do afastamento materno do lar e vivenciavam uma situação conflitante quando tinham que deixar o marido e os outros filhos em casa.

Apesar das dificuldades em permanecer no hospital e da vontade de ir para casa, muitas mães não admitem sair do hospital sem o filho e reconhecem a importância e necessidade de permanecer junto ao bebê. Dias (2008) afirma que a abertura das unidades neonatais para uma maior participação dos pais nos cuidados com o filho exige a construção de lugares de escuta que permitam situar os desdobramentos dessa abertura, pois o acesso irrestrito dos pais não garante que eles encontrem o lugar que lhes é devido junto ao filho.

4. Retrocessos e evolução do bebê

As queixas mais comuns frente aos retrocessos eram: medo de o bebê perder peso, medo de não mamar no seio, medo de voltar a respirar com ajuda de oxigênio, medo de voltar para UTI e, conseqüentemente, adiar a alta hospitalar.

Eu tenho medo dela ficar só mamando no peito e emagrecer. Ela perdeu 70 gramas de ontem pra hoje e se ela continuar a perder peso, vou ter que voltar para UTI. (Camila)

Hoje eu não estou em um dia bom. Os médicos descobriram que minha filha está com intolerância à lactose e vai ter que ficar uns dias sem mamar no peito porque eu tenho que fazer dieta sem lactose para poder amamentar. Quando tudo está evoluindo pra gente ir pra casa, acontece alguma coisa e tem que retroceder. Agora ela vai ficar uns dias sem mamar no peito e ter que aprender de novo a sugar. (Elisa)

Ele estava evoluindo bem, mas voltou a respirar com ajuda do oxigênio. A médica disse que foi porque eles tiraram o diurético muito rápido e por isso caiu a saturação dele. Mas eu sei que logo ele vai voltar a respirar sozinho. (Juliana)

No fim de semana ela me deu um susto. Teve apnéia e teve que voltar para UTI. (Patrícia)

Eu fiquei arrasada quando meu filho teve que voltar para UTI por causa de uma infecção intestinal. É um retrocesso muito grande. A gente pensa que quando vai para UCIN está perto de ir embora. (Marina)

Durante as sessões, as mães também apontaram a posição canguru como um benefício para evolução do bebê.

Depois que eu fui para UCIN-Canguru e comecei a fazer mais a posição canguru, percebi o quanto ele ficou mais tranquilo. (Fátima)

Na UCIN é bem melhor que na UTIN porque lá a gente faz todos os cuidados sem precisar ficar esperando pelas técnicas de enfermagem. (Patrícia)

Apesar das dificuldades enfrentadas durante a internação do bebê, as mães também percebiam alguns pontos positivos durante a permanência hospitalar tal como aprender a realizar os cuidados com o filho. Brazelton (1992) afirma que os pais passam a se sentir mais necessários, fortalecendo a comunicação e o vínculo com o bebê quando começam a realizar os cuidados com ele.

5. A rede de apoio durante a hospitalização

A falta de rede de apoio era uma queixa muito frequente durante a hospitalização do filho. Nas sessões do grupo, as mães que moravam em outras cidades apontavam a falta de rede de apoio como uma dificuldade para permanecer no hospital.

Eu sou de Manaus e vim para Goiânia passar alguns dias na casa da minha sogra com as minhas filhas. Mas não tenho muito apoio da sogra e meu marido não pode vir pra cá por questões financeiras. (Fabiana)

No entanto, a maioria das participantes percebia o grupo como uma rede de apoio, pois se identificava com as histórias alheias, reconhecendo-se em seus pares.

Eu sempre via na UTI, as mães que recebiam alta, voltarem para mostrar seus bebês para equipe e ficava imaginando quando eu faria isso. Aí hoje eu resolvi vir mostrar o meu bebê para vocês e contar a minha história para dar uma força para as mães, porque sei que essa experiência é muito difícil. (Carla)

A rede de apoio aumenta os sentimentos de autoconfiança, realização pessoal e dedicação ao bebê (STERN, 1997; MALDONADO, 1985). Observa-se que o grupo, além de funcionar como um espaço terapêutico eficaz, constituía-se como uma importante rede de apoio à medida que as diversas dimensões do sofrimento emergiam e os participantes apoiavam uns aos outros, seja compartilhando sua própria experiência ou com palavras de apoio, conselho e conforto.

6. Sentimentos e expectativas com a alta hospitalar

Durante as sessões do grupo, as mães relatavam a pressão sofrida pela equipe quanto aos critérios de alta hospitalar tais como o peso mínimo e a amamentação exclusiva em seio materno. Além desses critérios, inclui-

se também a capacidade da mãe em cuidar do filho e o compromisso em dar continuidade ao atendimento ao bebê no ambulatório de seguimento.

Nas sessões do grupo, as mães relatavam a insegurança de ir para casa com o filho prematuro, o medo de o bebê passar mal em casa e o medo de precisar retornar ao hospital.

Agora que minha filha fez a cirurgia, sei que está próximo da gente ir embora. Mas eu ainda me sinto insegura, apesar de estar há 4 meses aqui. Eu faço quase todos os cuidados, mas ainda não tive coragem de dar banho e tenho medo que ela passe mal em casa. (Pamela)

A alta hospitalar é uma momento de grande expectativa para a família do prematuro. A proximidade da alta hospitalar é um momento repleto de angústia e sentimentos ambivalentes. Ao mesmo tempo em que os pais anseiam pela alta, sentem insegurança para cuidar do filho em casa sem ter o mesmo apoio que recebia no hospital. As mães reconheciam a complexidade desse momento de alta e apontavam a importância de um preparo para a casa, com orientações sobre os cuidados com o bebê. Vale destacar que esse preparo para alta hospitalar acontecia durante toda a internação do bebê, orientando a família e inserindo-a na rotina da unidade neonatal.

Eu acho que o Canguru é uma etapa de transição para casa. Eu teria medo se fosse embora direito da UCIN para casa. (Claudia)

Klaus e Kennel (1992) afirmam que, apesar dos critérios de alta, as mães de prematuros têm dificuldade para reconhecer que seu filho se tornará saudável. As preocupações com a saúde do bebê, o medo de contaminar e prejudicar o filho são comuns mesmo com o passar do tempo e o desenvolvimento da criança. A preocupação com o ganho de peso é a mais comum entre as mães de prematuros.

Em síntese, observa-se na análise das sessões, que as mães expressavam, frequentemente, sentimentos de sofrimento relativos à

experiência do nascimento prematuro. Apontaram como principais dificuldades dessa experiência: a hospitalização do bebê e a permanência como acompanhante do filho; a ausência dos familiares nesse processo; as dificuldades da amamentação tais como pega, sucção e manutenção do aleitamento materno a qualquer custo; medo e insegurança de pegar o bebê e realizar os cuidados de higiene; conflitos na relação com as outras mães e com a equipe de saúde; insegurança com a alta hospitalar. As mães apontaram também aspectos positivos com relação a permanência na UTI, como o aprendizado para realizar os cuidados com o filho e o apoio das outras mães no enfrentamento das situações adversas.

Os dados dessa pesquisa mostraram que o nascimento de um bebê prematuro influencia na constituição do vínculo entre mãe e bebê. À medida em que ocorre uma melhora no estado clínico do bebê, a mãe passa a investir mais afetivamente em seu filho deslocando um pouco do lugar de cuidadora do corpo. Os resultados mostraram que, a princípio, as participantes tiveram dificuldade em se aproximar do filho, sentindo-se destituídas de seu papel de mãe. Foi necessário um tempo para que as mães pudessem elaborar a perda do bebê imaginário e começar a se reconhecer e investir no bebê real da incubadora.

Os resultados mostraram as dificuldades enfrentadas pelas mães diante do nascimento prematuro e da hospitalização do filho: a separação precoce, a longa permanência hospitalar, a instabilidade orgânica do filho e os retrocessos em sua evolução clínica foram fatores que influenciaram negativamente essa experiência e que dificultaram a vinculação com o bebê em um primeiro momento.

É importante destacar que todas as mães foram incentivadas a permanecer na unidade e a se dedicar aos cuidados com o filho. Observou-se que, ao respeitar o tempo e a singularidade de cada uma, todas as mães puderam se vincular ao bebê. À medida em que o bebê evoluía clinicamente, a mãe passava a realizar mais os cuidados com o filho, resgatando a competência de sua função materna.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar a relação mãe-bebê em situação de prematuridade, compreendendo as significações da maternidade e as repercussões do nascimento prematuro para a formação do vínculo entre mãe e bebê. Recorreu-se à Psicanálise, especialmente as contribuições de Freud, Winnicott e Lacan para estudar a relação mãe bebê e a constituição psíquica do sujeito. Estudos sobre os riscos psíquicos da prematuridade ainda são recentes e procurou-se dialogar com alguns autores que atuam na clínica da prematuridade como Mathelin, Jerusalinky, Druon, Ansermet Wanderley, etc.

Freud mostrou que o bebê humano nasce desamparado, dependente dos cuidados de outro ser humano para sobreviver. Dolto (1977) aponta que é na relação com o outro que o sujeito se subjetiva. Assim, a mãe, através de seu desejo de sobrevivência, se reconhece no bebê e dá sentido a tudo que ele experimenta e percebe, trazendo a realidade para a criança à medida em que nomeia as sensações e organiza o seu mundo (COSTA, 2010).

Com o nascimento prematuro, além do desamparo psíquico, há também a imaturidade orgânica que irá colocar em risco a vida do bebê e suas primeiras marcar subjetivas. Estudos comprovam que 20% das crianças maltratadas e 20% das crianças abandonadas são antigos prematuros (SOULÉ, 1987). Assim, considera-se necessário intervir precocemente na clínica da prematuridade para resgatar o vínculo entre mãe e bebê como forma de recolocar em funcionamento a estrutura psíquica da criança que está ainda em vias de constituição.

A imagem corporal do bebê prematuro, com seu baixo peso, pele fina, transparente, e sua fragilidade orgânica é bem distante da imagem do belo filho saudável da gravidez. Dessa forma, o narcisismo dos pais são colocados à prova e eles não conseguem se reconhecer nesse filho doente que precisa de cuidados médico-tecnológicos para sobreviver. Assim, o bebê é entregue a pessoas estranhas, a máquinas, a procedimentos

medicamentosos e invasivos. Destituída de seu lugar, a mãe deverá ultrapassar a barreira dos aparatos tecnológicos e do saber médico para se endereçar ao seu bebê.

A abertura das unidades de tratamento intensivo para uma maior permanência dos pais no tratamento de seus filhos exige a construção de lugares de escuta. A análise dos dados apontou a importância de um olhar e escuta analítica precoce das mães durante a internação do filho na UTI neonatal. Dolto (1977) apostava na escuta do sujeito de desejo e apontava que o sofrimento humano é uma consequência do vazio de palavras que se traduz em feridas e marcas na história do sujeito.

A escuta precoce nos permite identificar os riscos psíquicos da constituição do sujeito. Dessa forma, o papel do psicanalista na unidade neonatal é de recolocar ou instaurar um processo de humanização que está em risco de não ocorrer ou que se encontra paralisado (BERNARDINO, 2008). A situação de risco ocorre quando há um vazio de palavras. Por trás dos vidros das incubadoras, as mães têm dificuldade de olhar uma criança que nada lhes envia da sua própria imagem (MATHELIN, 1997). Desse modo, nos dirigimos ao bebê, procurando atingir à mãe, levando-a a reconhecer-se nos sinais do filho.

Os dados também mostraram a importância de se criar um ambiente mais acolhedor para receber a família ao entrar pela primeira vez na unidade neonatal. Os conflitos com a equipe de saúde e as mães mostraram que os profissionais, apesar de reconhecerem a importância da presença materna na recuperação do recém-nascido, não estão preparados para lidarem com o olhar vigilante dos pais e as dificuldades da família. Os pais, ao serem agressivos com os membros da equipe, transferem sua angústia a respeito da hospitalização do filho. A equipe, porém, tem dificuldade em compreender essas atitudes como sinais de desespero. Apontou-se a necessidade de compreender que se trata aí de mecanismos de defesa, tentativas de projeção, de distanciamento do filho através das quais a mãe tenta se reconhecer como suficientemente boa (MATHELIN, 1999).

A partir da escuta analítica, as mães participantes dessa pesquisa puderam falar sobre o nascimento do filho, marcado pela urgência e pelo

risco de morte, em um momento em que elas ainda estavam vivenciando essa situação e lidando com os diversos conflitos presentes na unidade neonatal.

Aponta-se também a importância do grupo dos pais como um espaço para elaboração e significação da história vivida. Ao falarem sobre suas dores, medos e angústia com seus pares, as mães foram tecendo uma rede de apoio com aqueles que se identificavam por compartilhar uma experiência parecida com a sua. O grupo permitia a expressão dos sentimentos das mães frente ao nascimento e internação do filho prematuro, trazendo efeitos terapêuticos importantes.

- AGMAN, M., DRUON, Catherine & FRICHET, Anne. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, Daniele de Brito. (org), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma. 1999.
- ALBORNOZ, Ana Celina Garcia. A infância roubada. *Revista da Saúde, Bagé*, n. 2, v. 5, 2001, p. 39-45.
- ALVARENGA, Patrícia; DAZZANI, Maria Virginia; ALFAYA, Cristiane; LORDELO, Eulina e, PICCININI, César. Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Rev. Estudo de Psicologia*, n. 17, v. 3. 2012.
- ANDREANI, Grace; CUSTODIO, Zaira Aparecida O.; CREPALDI, Maria Aparecida. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, n. 24, 2006.
- ANSERMET, François. *A clínica da origem - a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa. 2003.
- AULAGNIER, Piera. Nascimento de um corpo, origem de uma história. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 2, n. 3, 1999, p. 9-45.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1985.
- BALTAZAR, Danielle Vargas Silva; GOMES, Rafaela Ferreira de Sousa; e CARDOSO, Talita Beja Dias. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, 2010.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Ed. Edições 70. 1977.
- BATTIKHA, Ethel Cukierkorn. Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê especial em uma unidade de terapia intensiva neonatal. In: CAMAROTTI, Maria do Carmo (org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

BATTIKHA, Ethel Cukierkorn. As palavras que alimentam a humanização: reflexões acerca da amamentação - uma experiência na UTIN. In: MELGAÇO, Rosely Gazire (org.). *A ética na atenção ao bebê: Psicanálise - Saúde - Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

BATTIKHA, Ethel Cukierkorn; FARIA, Maria Cecilia Correa de; e KOPELMAN, Benjamin Israel. As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. *Rev. Pisco.: teoria e pesquisa*, n. 1, vol. 23. 2007. p. 17-24

BATTIKHA, Ethel. *A formação do neonatologia e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na unidade de terapia intensiva neonatal*. Tese (Doutorado em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria) - Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

BERNARDINO, Leda Mariza Fisher. O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição. São Paulo: Escuta, 2006.

BERNARDINO, Leda Mariza Fisher. Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In: Wanderley, Daniele de Brito (org). *O cravo e a rosa - A Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?* Salvador: Ágalma, 2008.

BERTOLDI, Carlize Nascimento. Que dor é essa? In: BERNARDINO, Leda Mariza Fisher & ROBENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (org.). *O bebê a modernidade: abordagens teóricas-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BOUKOBZA, Claude. O desamparo parental perante a chegada do bebê. In: BERNARDINO, Leda Mariza Fisher & ROBENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (org.). *O bebê a modernidade: abordagens teóricas-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 18 de 1982 do INAMPS/MS que estabelece a obrigatoriedade do alojamento conjunto nas maternidades SUS*. Brasília, DF, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF, 1983.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei federal n. 8069 de 13 de julho de 1990.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas básicas para alojamento conjunto: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Brasília, DF, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília, DF. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n. 1683 de 12 de julho de 2007 que aprova normas de orientação para implantação do Método Canguru*. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método mãe canguru: normas e manuais técnicos*. Brasília, DF. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília, DF. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n. 930 de 10 de maio de 2012*. Brasília, DF. 2012.
- BRAZELTON, Terry Berry. *O desenvolvimento do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BRAZELTON, Terry Berry. & CRAMER, Bertrand. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes. 1992.
- BRUM, Evanisa Helena & SCHERMANN, Lígia. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 9, v.2, 2005.
- CAMPOS, Eugênio Paes. (2007). Grupos de suporte. In: MELLO FILHO, Julio de (org.). *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CATÃO, Inês. Um lugar também de palavras. In: BERNARDINO, Leda Mariza Fisher & ROBENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (org.). *O bebê a modernidade: abordagens teóricas-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- COSTA, Teresinha. *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2010.
- CRAMER, Bertrand. *Profissão bebê*. São Paulo: Martins Fontes. 1993.

DIAS, Mariângela de Andrade Maximo. *A clínica do bebê pré-termo e a escuta dos pais: questões para a psicanálise*. 2008. 225 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

DOLTO, Françoise. *Psicanálise e pediatria*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1977.

DRUON, Catherine. Os modos de expressão dos bebês em um serviço de medicina neonatal. In: BUSNEL, Marie-Claire (org.). *A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?* São Paulo: Ed. Escuta, 1997.

DRUON, Catherine. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, Daniele de Brito (org), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma. 1999.

GOMES, Adriana Albuquerque. O bebê e o Outro na clínica psicanalítica. *PsicoGlobal*, 2009.

GOMES, Ana Lucia Henriques. *As especificidades do vínculo da mãe com o bebê pré-termo na situação de internação*. 2001. 119f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001

GOMES, Ana Lucia Henriques. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*, n. 2, v.2, 2004.

FELICIANO, Fátima. *Método canguru: o prosseguir da vinculação pais-bebê prematuro*. Coimbra, Portugal: Almedina, 2007.

FLECK, Adriana. *O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade*. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - SC. 2011.

FRANÇOSO, Luciana Pagano Castilho. *Vivências de crianças com câncer o grupo de apoio psicológico: estudo fenomenológico*. 2001. 194 f. Tese

(Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP. 2001.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma Psicologia Científica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. I*. Rio de Janeiro: Imago. 1996 {1895}.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VII*. Rio de Janeiro: Imago. 1996 {1905}.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII*. Rio de Janeiro: Imago. 1996 {1912}.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIX*. Rio de Janeiro: Imago. 1996 {1914}.

_____. Inibição, sintoma e angústia. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol XX*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996 {1926}.

_____. Feminilidade. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. XXII*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996 {1932}.

HOEYR, Cristina. A urgência de uma intervenção. In: BERNARDINO, Leda Mariza Fisher & ROBENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (org.). *O bebê a modernidade: abordagens teóricas-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

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.

JERUSALINSKY, Alfredo. A direção da cura do que não se cura. In: JERUSALINSKY, Alfredo et al. (orgs). *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora, 1999.

_____. O nascimento do ser falante. In: BERNARDINO, Leda Mariza Fischer & Rohenkohl, Cláudia Mascarenhas Fernandes (orgs). *O*

bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

JERUSALINSKY, Julieta. Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos clin.*, São Paulo, v.5, n.8, 2000.

_____. Quando o que se antecipa é o fracasso...prevenção secundária e estimulação precoce. In: CAMAROTTI, Maria do Carmo (org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

KAMERS, Michele. Do universal da maternagem ao singular da função materna: reflexões acerca da educação primordial. *Pulsional Revista de Psicanálise*. Ano XVII, n. 180, 2004, p. 38-45.

KEHL, Maria Rita. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

KIMURA, Amélia Fumiko. Manifestações de comportamento de interação mãe-filho nos primeiros dias após o parto. Dissertação de Mestrado, USP - São Paulo, 1993.

KLAUS, Marshall & KENNEL, John. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

LACAN, Jacques. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. {1949} 1998.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., {1958} 1998.

_____. A significação do falo. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., {1958} 1998.

_____. Diretrizes para um congresso sobre a sexualidade feminina. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., {1960} 1998.

_____. Nota sobre a criança. In: LACAN, Jacques. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. {1969} 2003.

LAMY, Zeni Carvalho. *Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações*. 2000. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde da criança e da mulher). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2000.

- LAZNIK, Marie-Christine. Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. In: WANDERLEY, Daniele de Brito. (org), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma. 1999.
- LEBOVICI, Serge. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- LEVIN, Esteban. Cenas e cenários no ato de amamentar. In: SALES, Léa. *Pra que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade*. São Paulo: Ágalma, 2005.
- LOPES, Rita de Cássia, DONELLI, Tagma S., LIMA, Carolina e, PICCININI, César A. O antes e o depois: expectativas de mães sobre o parto. *Rev. Psicologia reflexão e crítica*, n.18, v. 2, 2005.
- MALDONADO, Maria Teresa. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- MATHELIN, Catherine. Prática analítica em neonatologia. In: WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). *Palavras em torno do berço*. Salvador, BA: Ágalma. 1997.
- _____. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud - editora. 1999.
- MORCH, Denisa & BRAGA, Maria Christina. À procura de um encontro perdido: o papel da preocupação médico-primária em UTI neonatal. In: *Rev. Iationam. psicopatol. fundam.* v. 10, n. 4. 2007.
- MOURA, M.M.D., CARNEIRO, S.M., MONTEIRO, A.C. Psicologia médica em maternidade pública de alto risco. In: *Femina*, vol. 30, n. 04, 2002, p. 210-223.
- NASIO, Juan-David. Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995, p. 194.
- NEVES, Brenda Rodrigues & VORCARO, Angela. A intervenção do psicanalista na clínica com bebês: Rosine Lefort e o caso Nádia. *Estilos da Clínica*, 15(2), 380-399, 2010.
- ODENT, Michel. *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem, 2000.
- OLIVEIRA, Irma de. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora - a experiência da mãe acompanhante. 1998. 162f. Tese.

(Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos & RODRIGUES, Renata Gomes. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937 - 1979). *Rev. Texto Contexto Enferm*, n. 14, v. 4 2005.

PICCININI, C.A.; GOMES, A.G.; MOREIRA, L.E. & LOPES, R.S. Expectativas e sentimentos da gestante em relação a seu bebê. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, vol. 20, n. 3, 2004.

QUINET, Antonio. A heteridade de Lacan. In: Colóquio 2001: uma odisseia lacaniana? Rio de Janeiro. 2001

ROUDINESCO, Elisabeth & PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

SALES, Lea Maria Martins. *Por que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade*. São Paulo: Ágalma, 2005.

SALES, Lea Maria Martins. A "loucura" das mães: do desejo à realidade do filho. In: ROHENKOHL, Claudia Mascarenhas Fernandes (org.). *A clínica com bebês*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SANTOS, Andrea, SAMPAIO, Juliana, TOSCANO, Maria Emilia, LIMA, Ana Maria Campello, AMORIM, Maria do Socorro e LEAL, Teresa Maria. Amamentação obrigatória? Escutando mães e pediatras. In: CAMAROTTI, Maria do Carmo (org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SOULÉ, Michel. O filho da cabeça, o filho imaginário. In: BRAZELTON, Terry Berry. & CRAMER, Bertrand. *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SPITZ, René Arpad. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2013 {1979}.

STERN, Daniel. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

SZEJER, Myriam. *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999.

TINOCO, Valéria. Maternidade prematura: repercussões emocionais da prematuridade na vivência da maternidade. 2013. 152 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Faculdade de Psicologia, PUC-SP, São Paulo. 2013.

VASCONSELOS, Maria Gorete Lucena de. Implantação de um grupo de apoio à mãe de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um Hospital Amigo da Criança na cidade de Recife/PE. 2004. 165f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VORCARO, Angela. Urgência subjetiva do neonato em UTI. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* n. 4, v.13, 2010

VORCARO, Angela & LOPES, Janaína. Intervenção psicanalítica no hospital, um engodo? In: MELGAÇO, Rosely Gazire (org.). *A ética na atenção ao bebê: Psicanálise - Saúde - Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

WANDERLEY, Daniele de Brito. Em busca do trono perdido - questões acerca do atendimento pais-bebê. In: WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). *Palavras em torno do berço*. Salvador, BA: Ágalma. 1997.

WEIL-HALPERNM, Françoise. Tornar-se mãe, graças aos progressos da Medicina. In: BERNARDINO, Leda Mariza Fisher & ROBENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (org.). *O bebê a modernidade: abordagens teóricas-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

WHO. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva, 2012.

WINNICOTT, Donald Woods. (org.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora. 1956.

_____. O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: WINNICOTT, Donald Woods. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1979.

_____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. 1989.

_____. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. 1990

_____. *A criança e seu mundo*. 6ed. Rio de Janeiro: LTC. 2008.

- WIRTH, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. In: CARON, N. A. (ed.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ZEN, Eloisa Troian & NUNES, Mônica Ferreira. Intervenções precoces na gestação de alto risco: prevenção em saúde mental? In: MELGAÇO, Rosely Gazire (org.). *A ética na atenção ao bebê: Psicanálise - Saúde - Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- ZEN, Eloísa Troian & MOTTA, Sonia Pereira Pinto. Intervenções precoces com recém-nascidos de risco. In: WANDERLEY, Daniele de Brito (org), *O cravo e a rosa – A Psicanálise e a Pediatria - um diálogo possível?*, Salvador: Ágalma, 2008.
- ZIMERMAN, David. E. Classificação geral dos grupos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. (Orgs.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- ZORNIG, Silvia Maria Abu-Jamra. Clínica da intervenção precoce: entre a origem e o originário. In: MELGAÇO, Rosely Gazire (org.). *A ética na atenção ao bebê: Psicanálise - Saúde - Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética

HOSPITAL MATERNO INFANTIL/HMI
GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A constituição do vínculo materno com bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce

Pesquisador: Rafaela Paula Marciano

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25649113.2.0000.5080

Instituição Proponente: Maternidade Dona Íris

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 686.227

Data da Relatoria: 26/05/2014

Apresentação do Projeto:

Esse projeto se justifica pela importância do vínculo entre mãe e bebê como meio primordial de promover a recuperação do neonatal em situação de risco. Dessa forma, é essencial pensar em possibilidades de intervenção precoce, principalmente no caso de prematuridade, ajudando a mãe a estabelecer e manter um bom vínculo com o bebê.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo deste projeto é analisar o vínculo entre mães e bebês prematuros internados em uma unidade neonatal, com a finalidade de elaborar subsídios para intervenção precoce na constituição do vínculo

mãe-bebê.

Objetivo Secundário:

Objetivos específicos: * Analisar a formação e manutenção do vínculo mãe-bebê como meio fundamental para recuperação do neonato. * Verificar como as questões psicoafetivas durante a gravidez, influenciam na vinculação mãe-bebê e nos sentimentos característicos durante a permanência hospitalar. * Avaliar como a amamentação e o Método Canguru favorecem e promovem a vinculação mãe bebê. * Verificar através dos depoimentos de pais e familiares no Grupo de Apoio da UTIN/UCIN, como esse lugar proporciona a formação do vínculo afetivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são considerados mínimos, porém a pesquisadora apresenta assistência responsável. O protocolo de pesquisa se realizará no mesmo local onde os sujeitos habitualmente são assistidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de importância para a assistência a saúde, sobretudo considerando que as vivências primárias constituem os traços iniciais do desenvolvimento da pessoa nos aspectos psicológicos e relacionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

a pesquisadora solucionou as pendências apresentadas na versões anteriores, preservando o interesse científico e a proteção ao sujeito da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observadas pendências na versão apresentada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 13 de Junho de 2014

Assinado por:

Marco Aurélio Albernaz (Coordenador)

Endereço: Rua R7 c/ Av. Perimetral s/no **Bairro:** Setor Oeste

CEP: 74.530-020

E-mail: cep.hmi@igh.org.br

UF: GO

Telefone: (62)3956-2986

Município: GOIÂNIA

Apêndice I - Roteiro de Observação

1. Manifestação de afetividade: contato olho a olho, beijar, sorrir, tocar, olhar, falar com o bebê.
2. Manifestação de proximidade: contato físico próximo; modo como a mãe segura o bebê.
3. Manifestação de cuidados com o recém-nascido: higiene, aleitamento materno ou outra forma de amamentação, atender ao choro, mudar o bebê de posição.
4. Manifestação de atenção materna: manifestações verbais da mãe a equipe ou outras pessoas próximas ao bebê.
5. Manifestação de dificuldades: afastamento, vocalizações negativas, expressões faciais de descontentamento, irritação, indiferença, aborrecimento, posturas tensas e rígidas ao fazer contato com o bebê.

Apêndice II - Roteiro de entrevista semiestruturada

Dados de identificação

Iniciais:

Data de nascimento:

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Número de gravidez:

Número de filhos:

Histórico de aborto / óbito fetal / óbito neonatal:

1 – Gestação

Como foi a gravidez? Planejada/ desejada? Fez pré-natal, curso de gestantes? Quais projetos foram feitos para o bebê? Como foi a escolha do nome do bebê?

2- Parto

Como foi o parto? Quais foram os sentimentos? Teve acompanhante? Teve encontro com o bebê? Como foi receber a notícia que seu bebê seria encaminhado a UTI?

3- Experiência do encontro com o bebê

Como imaginava esse bebê e como foi o encontro com bebê real? Com quem ele se parece? Comente sua experiência na UTIN/UCIN. Como foi experiência de vinculação com bebê internado UTIN/UCIN? Comente sobre a amamentação durante permanência UTIN/UCIN.

4 – De volta para casa

Como vai ser quando voltar para casa? Quais são os planos para o bebê? Como será sua rede de apoio?

Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos a Sra para participar da Pesquisa “A constituição do vínculo materno com o bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce” sob a responsabilidade da pesquisadora Rafaela Paula Marciano a qual pretende analisar o vínculo entre mães e bebês prematuros internados em uma unidade neonatal, com a finalidade de intervir precocemente na constituição do vínculo e apontar para uma proposta de prevenção. Sua participação é voluntária e se dará por meio da observação de sua interação com o bebê na unidade neonatal, entrevista e anotação de relatos provenientes do Grupo de Apoio. Os registros dos dados coletados serão armazenados com o pesquisador e usados apenas para fins científicos. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, como por exemplo, sentir algum desconforto emocional. Nesses casos, será garantido o acompanhamento e assistência psicológica enquanto for necessário. Caso decida consentir em participar da pesquisa, terá todo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A Sra não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,
fui informado sobre a pesquisa, seus riscos e benefícios, sobre minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/____

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menor de idade

A menor _____ sob sua responsabilidade está sendo convidado para participar da pesquisa “A constituição do vínculo materno com o bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce” sob a responsabilidade da pesquisadora Rafaela Paula Marciano a qual pretende analisar o vínculo entre mães e bebês prematuros internados em uma unidade neonatal, com a finalidade de intervir precocemente na constituição do vínculo e apontar para uma proposta de prevenção. A participação da menor é voluntária e se dará por meio da observação da interação dela com o bebê na unidade neonatal, entrevista e anotação de relatos provenientes do Grupo de Apoio. Os registros dos dados coletados serão armazenados com o pesquisador e usados apenas para fins científicos. Os riscos decorrentes da participação da menor na pesquisa são mínimos, como por exemplo, sentir algum desconforto emocional. Nesses casos, será garantido o acompanhamento e assistência psicológica enquanto for necessário. Caso decida consentir com a participação da menor na pesquisa, terá todo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa e do menor. A menor não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a identidade dele não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,
responsável pela menor _____
fui informado sobre a pesquisa, seus riscos e benefícios, sobre a colaboração do menor sob minha responsabilidade para essa pesquisa, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo com a participação da menor, sabendo que não vou ganhar nada e que posso retirar meu consentimento quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas

assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/___

Assinatura do responsável

Assinatura do pesquisador

Apêndice V - Termo de Assentimento

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa "A constituição do vínculo materno com o bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce". Neste estudo pretendemos analisar o vínculo entre mães e bebês prematuros internados em uma unidade neonatal, com a finalidade de intervir precocemente na constituição do vínculo e apontar para uma proposta de prevenção. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: observação de sua interação com o bebê na unidade neonatal, entrevista e anotação de seus relatos no Grupo de Apoio. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador. Você não será identificado em nenhuma publicação. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, como por exemplo, sentir algum desconforto emocional. Nesses casos, será garantido o acompanhamento e assistência psicológica enquanto for necessário.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data: ___/___/___

Assinatura da menor

Assinatura do pesquisador

REVISÃO

O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa

The bond mother-baby from pregnancy to postpartum: a systematic review of empirical articles published in portuguese

Rafaela Paula Marciano¹ Waldemar Naves do Amaral²

Resumo

Palavras-chave

Gravidez Relações materno-fetais Relações mãe-filho

Keywords

Pregnancy Maternal-fetal relations Mother-child relations

O vínculo, definido como uma relação afetiva singular e duradoura, representa uma base importante para o desenvolvimento da criança, pois é no estabelecimento dos primeiros laços da criança com sua mãe que se produzem os alicerces da vida psíquica e da saúde mental. O objetivo desta revisão foi levantar os estudos empíricos sobre a formação do vínculo mãe-bebê desde a gestação ao pós-parto. Foram encontradas produções científicas publicadas entre 1984 a 2014 nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Para o levantamento bibliográfico foram utilizados os descritores “relação mãe-filho” e “relação materno-fetal”. Foram encontrados 887 publicações científicas e, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restaram 22 artigos que foram analisados na íntegra. Dentre os temas investigados, destacam-se: desejo de ser mãe; vínculo materno-fetal; gravidez e sentimentos ambivalentes; contato físico e precoce; rede de apoio; amamentação e vínculo; investimento afetivo; ansiedade de separação; nascimento em situações adversas e; parto e assistência humanizada. Considera-se que os aspectos identificados sugerem uma reflexão das medidas intervencionistas que separam mãe e recém-nascido no pós-parto imediato, visto que esse primeiro contato é crucial para o desenvolvimento do vínculo mãe-filho.

Abstract

The bond, defined as a natural and lasting loving relationship, is an important basis for the child development because it is in the establishment of the first baby's ties to his mother where the foundations of psychic life and child mental health are created. The purpose of this study is identifying the empirical studies on the formation of the mother-baby bond, from pregnancy to postpartum. There were found in the scientific databases studies published between 1984-2014 indexed in Virtual Health Library (VHL). The descriptor used was "mother-child relation" and "maternal-fetal relation". There were found 887 scientific papers and, after filter of inclusion and exclusion criteria, 22 remaining articles were fully analyzed. From among the research topics are pointed out: desire to be a mother; maternal-fetal attachment; pregnancy and ambivalent feelings; physical and early contact; network support; breastfeeding and bonding; affective investment; separation anxiety, birth in adverses situations and; childbirth and human assistance. The studies suggests a reflection of interventionist measures that separate mother and baby immediately after birth, since that first contact is crucial to the development of the mother-child bond.

¹Pós-graduanda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO); Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC/Campinas) – Campinas (SP), Brasil.

²Doutor em Doenças Infecciosas pela UFG; Professor adjunto chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Endereço para correspondência: Rafaela Paula Marciano – Avenida T5, 1249, Apto. 202-A – Setor Bueno – CEP: 74230-045 – Goiânia (GO), Brasil – E-mail: ra_fa_e_la@yahoo.com.br.

Conflito de interesses: não há.

Marciano RP, Amaral WN

Introdução

A psicanálise sempre reconheceu a importância das primeiras relações na vida do bebê como a base para o seu desenvolvimento. Freud afirma que a criança em seu primeiro ano de vida é indefesa e incapaz de sobreviver, contando apenas com os seus próprios recursos. O desenvolvimento da criança não opera por simples automatismo biológico, tal como ocorre com outros mamíferos¹ (D).

O neonato nasce totalmente à mercê de suas necessidades fisiológicas, sem recursos suficientes para determinar como elas poderiam ser satisfeitas. Geralmente, a mãe é a figura que provê a satisfação de todas as necessidades do neonato. Na medida em que as potencialidades da criança se desenvolvem, ela se torna mais independente em relação ao seu ambiente. Esse primeiro vínculo não abrange apenas a satisfação das necessidades vitais, mas também a satisfação das necessidades afetivas do neonato, ou seja, o calor humano, o carinho, a compreensão da linguagem corporal do bebê para atender as suas necessidades² (D).

Winnicott³ (D), pediatra e psicanalista inglês, afirma que um bebê não existe sozinho, pois aquele que tenta descrevê-lo logo descobrirá que está descrevendo um bebê e mais alguém. O autor destaca que o desenvolvimento emocional da criança, no início, só pode ser consolidado com base nas relações com uma pessoa que, idealmente, deveria ser a mãe. O vínculo, definido como uma relação afetiva singular e duradoura, entre mãe e filho é condição sine qua non para que as crianças se transformem em adultos saudáveis e independentes.

Nesse sentido, muitos estudos se voltaram para compreender o estabelecimento dos primeiros laços da criança pequena com sua mãe, pois é nesse momento que produzem os alicerces da vida psíquica e da saúde mental. Para ampliar a discussão sobre essa temática, é relevante a análise de outros estudos que contribuem com a área da primeira infância. Neste trabalho, foi realizada uma análise sistemática com o objetivo de levantar os artigos empíricos sobre a formação do vínculo mãe-bebê desde a gestação ao pós-parto e sua contribuição para o desenvolvimento da saúde mental da criança.

Metodologia

Foram encontradas produções científicas publicadas entre 1984 a 2014 nas seguintes bases de dados: SciELO, PePsic, IndexPsi, LILACS, IBECs, MedLine, todas elas indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Para o levantamento bibliográfico, foram utilizados os descritores “relação mãe-filho” e “relação materno-fetal”. As produções incluídas nesta revisão obedeceram os seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados em português; pesquisas empíricas; participantes mulheres gestantes ou no período puerperal com filhos de até seis meses de idade. O critério de exclusão utilizado foi o de publicações distantes do tema. Excluíram-se artigos de revisão bibliográfica, revisão sistemática, trabalhos duplicados e relacionados a temáticas distantes, tais como: HIV, anorexia, câncer, asma, desnutrição infantil, atividades educativas com gestantes e puérperas, violência sexual e maus-tratos.

Com base nos descritores, foram encontrados 887 trabalhos científicos. A seleção inicial dos artigos foi realizada com base nos seus títulos e resumos e, quando preenchiam pelo menos um dos critérios de inclusão, buscou-se o texto completo.

Resultados

Ao final da revisão, foram selecionados 22 artigos científicos. Quanto aos tipos de pesquisa encontrados nos artigos avaliados, evidenciou-se diversas pesquisas descritivas, exploratórias e algumas pesquisas experimentais. Entre as técnicas utilizadas, encontraram-se observação, questionário, entrevista e história de vida. Na análise dos dados, as temáticas encontradas foram: desejo de ser mãe; vínculo materno-fetal; gravidez e sentimentos ambivalentes; parto e assistência humanizada; contato físico e precoce; rede de apoio; amamentação e vínculo; investimento afetivo; ansiedade de separação; nascimento em situações adversas; parto e assistência humanizada.

Desejo de ser mãe

Em um estudo com 14 mulheres com idades de 15 e 44 anos, observou-se que o desejo de ter filho estava relacionado com o reconhecimento da própria finitude, desejando aos filhos o sucesso e realização que elas, muitas vezes, não tiveram. Neste estudo, o bebê apareceu como um projeto de continuação narcísica⁴ (C).

Vínculo materno-fetal

Em um estudo, foi observado que as gestantes sentem necessidade de construir uma relação com o bebê durante a gravidez. Esse vínculo é chamado de materno-fetal. Comportamentos como imaginar, interagir, acreditar e preocupar-se revelam a existência de um vínculo com o feto, que permite a mulher nomeá-lo e torná-lo mais real⁵ (C).

Gravidez e sentimentos ambivalentes

Em uma pesquisa com 39 gestantes primíparas, mostrou-se que as gestantes vivenciam intensos sentimentos em relação ao tornar-se mãe e que o processo de constituição da maternidade está em franco desenvolvimento, assim como o próprio exercício ativo do papel materno. As participantes salientaram a intensificação dos sentimentos durante a gestação, como por exemplo, a sensibilidade exacerbada⁶ (C). Durante a gravidez, as mulheres experimentam muitos sentimentos ambivalentes em torno da experiência da maternidade. Ao mesmo tempo

em que se sentem felizes com os seus bebês, é comum sentirem também ansiedade e exaustão⁷ (C).

Os sentimentos ambivalentes durante a gravidez estão presentes em diversas pesquisas. Em um estudo descritivo com 5 mães, revelou-se que, ao saberem que estavam grávidas, as gestantes sentiram muita satisfação e, ao mesmo tempo, se sentiram assustadas, pois não esperavam vivenciar sentimentos depressivos, fobias e ansiedades que envolvem a notícia da chegada do filho. Notou-se também que a falta de apoio do companheiro intensificou os sentimentos negativos durante a gravidez⁸ (C).

Contato físico e precoce

Em um estudo com puérperas, evidenciou-se que o recebimento da criança é um momento importante e crucial porque propicia o reconhecimento entre mãe e filho e estimula os sistemas sensoriais do bebê. Ao verem o filho pela primeira vez, as mães sentem vontade de tocá-lo, e, ao se sentirem acariciados, os bebês se acalmam e começam a perceber com tranquilidade o novo mundo⁹ (C).

Outro estudo¹⁰ (B) apontou a importância do contato físico para formação do vínculo entre mãe e bebê. Observou-se também que as manifestações corporais, visuais, vocais e faciais são fundamentais no processo interativo mãe-filho. É por meio dessas modalidades de contato que o bebê e sua mãe estabelecem os vínculos afetivos.

Rede de apoio

Estudos apontam a importância da rede social no período do pós-parto para auxiliar as mães a exercerem sua função materna, dedicando-se ao recém-nascido e não as outras tarefas¹¹ (C). Observou-se que o apoio dos familiares e do companheiro são fatores facilitadores do vínculo da mãe com o bebê¹² (C). Em um estudo sobre responsividade materna em famílias de mães solteiras e familiares nucleares, evidenciou-se que as mães solteiras são menos responsivas que as mães casadas frente à vocalização e choro do bebê, indicando que as mães solteiras podem sofrer mais estresse quando precisam suprir sozinhas às demandas do bebê, o que pode ter implicações no vínculo entre eles¹³ (B).

Em um estudo com mães adolescentes, observou-se que a presença da rede de apoio auxilia que a adolescente assuma seu papel de mãe e se dedique ao filho¹⁴ (C). Além do apoio familiar, a estabilidade financeira também é um dos fatores que influencia os estados emocionais maternos¹⁵ (C).

Estudos apontaram que quanto mais a mãe for amparada afetivamente pelo ambiente social mais é capaz de realizar as necessidades da criança. Além disso, o apoio social funciona como protetor de sintomas depressivos maternos^{16,17} (B,C).

Amamentação e vínculo

Em um estudo com 4 díades, observou-se que o desmame precoce estava associado à dificuldade na construção da maternidade e vínculo. A amamentação é um momento privilegiado para interação entre mãe e bebê e é fundamental para o processo de constituição psíquica do bebê¹⁸ (C).

Investimento afetivo

Um estudo demonstrou que percepção positiva que a mãe tem sobre seu filho recém-nascido é uma dos fundamentos para alicerçar uma boa relação entre mãe e bebê. Observou-se também que as mães que tem uma imagem negativa de si mesmas projetam em seus filhos e tem dificuldade em acreditar que deu à luz algo de valor¹⁹ (B).

Ansiedade de separação

Um estudo com 47 puérperas analisou a ansiedade de separação materna. Observou-se que as mães expressavam um envolvimento emocional intenso com os seus filhos, ao expressarem o desejo de não querer se separar e desejo de manter-se junto, sentindo falta do filho, quando fisicamente separados²⁰ (B).

Nascimento em situações adversas

Estudos sobre nascimentos diferentes, como prematuridade e necessidade cirúrgica neonatal, apontam para a necessidade de estratégias para aproximar a mãe de seu filho, facilitando o desenvolvimento da maternagem. Os efeitos do afastamento materno,

tais como rejeição e maus-tratos, podem ser minimizados quando a equipe apoia o desempenho de uma maternagem suficientemente boa²¹ (C).

Em um estudo sobre a presença da mãe durante a hospitalização do bebê e sua participação nos cuidados com ele, ficaram evidenciados sentimentos de segurança e tranquilidade da mãe para com o filho, suscitando o aparecimento de sentimentos positivos como alegria e satisfação por poder cuidar de sua cria²² (C).

Parto e assistência humanizada

Diversos estudos apontam a importância da assistência humanizada a gestante para formação do vínculo com o recém-nascido. Observou-se que a assistência humanizada é percebida de maneira positiva para as mulheres e favorece a aproximação precoce com o neonato. A maneira como o recém-nascido vem ao mundo terá implicações diretas na efetividade do vínculo com sua mãe. Esse momento inicial de inatividade alerta do recém-nascido que está presente na primeira hora de vida é um período sensível, precursor de apego e o primeiro momento da mãe ser sensibilizada pelo seu filho. Esse primeiro momento fora da vida uterina é essencial para estabelecer contato com os pais. É importante evitar separações desnecessárias entre mãe e filho e reduzir os procedimentos realizados no pós-parto imediato ao estritamente necessário²³ (C).

Ao se analisar os sentimentos de mães diante dos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido, foi observado que elas apresentavam preocupação, medo e ansiedade quando esses cuidados eram prestados fora de seu campo de visão. No entanto, o mesmo estudo mostrou que algumas mulheres eram indiferentes ao fato de o recém-nascido ser afastado para realização dos cuidados, pois valorizavam essa forma de assistência intervencionista, em função da preocupação da saúde de seu filho²³(C).

Discussão

Com relação ao desejo de ser mãe, os artigos estão de acordo com a literatura psicanalítica que aponta que o desejo de ter um filho é um desejo narcisista, acompanhado de uma dose de imortalidade: ele

representa uma promessa de continuidade, pois porta as características dos pais e o nome da família. O filho pode significar para os pais, também, o sucesso na realização dos sonhos que eles mesmos fracassaram. Ele dará continuidade à árdua busca pela onipotência, será o realizador de todos os desejos dos pais. Freud afirma que os pais são capazes de suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar e a renovar em nome delas as rei- vindicações aos privilégios de que eles próprios abandonaram¹ (D).

Há concordância na literatura que o vínculo entre mãe e filho começa a ser construído antes mesmo da concepção. Porém, é durante a gravidez que ele vai crescendo e se concretizando. A gravidez implica em grandes mudanças e as consequências destas dependem da interação de diversos fatores: a história pessoal e familiar da gestante; o contexto da gravidez (se ocorreu dentro ou fora de um vínculo estável, se foi planejada e desejada, se a gestante é adolescente, se há histórico de aborto ou óbito fetal, etc.); as características de evolução da gravidez (se é de baixo ou alto risco); o contexto sócio- -econômico; e o contexto assistencial de saúde²⁴ (D). Esses fatores influenciarão também o comportamento parental de vínculo com o bebê. Nos artigos selecionados, encontraram-se alguns estudos que apontaram a importância da rede de apoio e da estabilidade financeira para promoção do vínculo entre mãe e bebê.

A análise dos artigos aponta que é comum a ambivalência de sentimentos durante a gravidez: alegria, tristeza, temores, ansiedades. Os sentimentos vão se alterando de acordo com as mudanças dos períodos gestacionais. Apontou-se também que o parto, assim como a gravidez, é uma experiência importante na vida da mulher. O parto se constitui como um momento crítico, pois é sentido como uma situação de passagem de um estado para outro, cuja principal característica é a irreversibilidade, ou seja, é uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer forma. Diferentemente da gravidez, cuja evolução é lenta, o parto é um processo abrupto que introduz mudanças intensas²⁴ (D).

Nessa revisão, foi observado que a forma como o neonato vem ao mundo é considerada importante, apontando a assistência humanizada ao parto como fator de promoção ao vínculo entre mãe e bebê. O período do pós-parto foi apontado como um momento crítico para o

desenvolvimento do vínculo mãe-bebê, enfatizando a importância do contato precoce e a diminuição das intervenções desnecessárias nesse período logo após o nascimento.

O nascimento de um bebê é um evento que muda toda a rotina familiar, especialmente da mulher, que é quem geralmente assume a maior parte dos cuidados com o filho. Stern²⁵ (D) denominou essa modificação e reorganização da vida após o nascimento do bebê como constelação da maternidade. Nesse momento, a mãe é capaz de envolver-se emocionalmente com o bebê para promover seu desenvolvimento psíquico. A mãe precisa transformar e reorganizar sua identidade para se dedicar ao bebê. Stern enfatiza a importância da rede de apoio nesse período, a qual deve proteger a mãe fisicamente e apoiá-la psicologicamente para que ela possa se dedicar ao bebê. Segundo Maldonado²⁴ (D), quando a mãe está cercada de pessoas que a ajudam e a apoiam, os sentimentos maternos de autoconfiança e realização pessoal tendem a aumentar, assim como a disposição de dar afeto ao bebê.

Considerações finais

Neste estudo, buscou-se fundamentar as reflexões sobre o vínculo entre mãe e bebê por meio da análise de estudos empíricos com diferentes métodos e níveis de evidência científica.

Os resultados apontam questões importantes como a assistência humanizada, o contato precoce entre mãe e bebê, a rede de apoio social e a estabilidade financeira como fatores de promoção do vínculo mãe-bebê. O processo de humanização do nascimento e da assistência ao parto tem como objetivo humanizar o processo de nascimento e expressa uma mudança da compreensão do parto como experiência humana. O que ocorre precocemente durante o período do pós-parto pode ajudar, imensamente, no desenvolvimento de um vínculo dos pais com o bebê.

Nesse sentido, tais questões fornecem aspectos teóricos e práticos para os profissionais que atuam no campo da saúde da mulher e da primeira infância, contribuindo para reflexões nessa área. Considera-se que os resultados dos estudos apontados nesse trabalho possam contribuir para repensar medidas intervencionistas que separam mãe e filho no pós-parto imediato, visto que esse primeiro contato é crucial para o desenvolvimento do vínculo entre eles.

Leituras suplementares

1. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago. 1996
2. Zimmerman D. Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas. Porto Alegre: Artmed, 2010.
3. Winnicott DW. A criança e seu mundo. 6ed. Rio de Janeiro: LTC. 2008.
4. Brisac JNW, Perin SH, Quayle J. Representação da relação mãe-bebê através do procedimento desenho-estória em gestantes adolescentes e tardias. *Mudanças*. 2011;19(1-2):69-77.
5. Piccinini CA, Gomes AG, Moreira LE, Lopes RS. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicol Teor Pesqui*. 2004;20(3):223-32.
6. Piccinini CA, Gomes AG; Lopes RS, De Nardi T. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol Estud*. 2008;13(1):63-72.
7. Rapoport A, Piccinini CA. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*. 2011;16(2):215-25.
8. Barbosa FA, Machado LFV, Souza LV, Scorsolini-Comin F. Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. *Barbaroi*, 2010;33:28-49.
9. Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Monticelli M, Siebert ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery*. 2010;14(1):105-12.
10. Thomaz ACP, Lima MRT, Tavares CHF, Oliveira C. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estud Psicol*. 2005;10(1):139-46.
11. Rapoport A, Piccinini CA. Apoio social e experiência da maternidade. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2006;16(1):85-96 .
12. Pedro ENR, Botene DZA, Motta MGC, Ribeiro NRR, Lima AAA. O desenvolvimento do apego da mãe adolescente e seu bebê. *Online Braz J Nurs*. 2007;6(2).
13. Piccinini CA, Marin AH, Alvarenga P, Lopes RCS, Tudge JR. Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. *Estud Psicol*, 2007;12(2):109-17.
14. Tomeleri KR, Marcon SS. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3):355-361.
15. Flores MR, Souza APR, Moraes AB, Beltrami AB. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Rev CEFAC*. 2013;15(2):348-60.
16. Fonseca VR, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):738-46.
17. Bergamaschi SFF, Praça NS. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. *Rev Esc. Enferm USP*. 2008;42(3):454-60.
18. Sampaio MA, Falbo AR, Camarotti MC, Vasconcelos MGL, Echeverria A, Lima G, et al. Psicodinâmica interativa mãe-criança e desmame. *Psicol Teor Pesqui*. 2010;26(4):613-21.

19. Povedano MCA, Noto ISBS, Pinheiro MSB, Guinsburg R. Expectativas e percepções da mãe quanto ao seu recém-nascido: aplicação do inventário de percepção neonatal de Broussard. *Rev Paul Pediatra*. 2011;29(2):239-44.
20. Lopes RCS, Alfaya C, Machado CV, Piccinini CA. “No início eu saía com o coração partido...”: as primeiras situações de separação mãe-bebê. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2005;15(3):26-35.
21. Reis AT, Santos RS. Maternagem ao recém-nascido cirúrgico: bases para a assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(1):110-5.
22. Molina RCM, Marcon SS. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):856-64.
23. Cruz DCS, Suman NS, Spindo T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):690-697.
24. Maldonado MT. *Psicologia da gravidez, parto e puerério*. Petrópolis: Vozes, 1985.
25. Stern D. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.