

**A VIVÊNCIA DO DESAMPARO E A BUSCA DE APOIO SOCIAL NO  
CONTEXTO DA EXTREMA PREMATURIDADE**

**Flora Ribeiro Mota**

**Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em  
Psicologia – Ênfase em Infância e Família – sob orientação da  
Prof.<sup>a</sup>. Me.<sup>a</sup>. Denise Steibel**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia

Porto Alegre, Abril de 2013

**A VIVÊNCIA DO DESAMPARO E A BUSCA DE APOIO SOCIAL NO  
CONTEXTO DA EXTREMA PREMATURIDADE**

Flora Ribeiro Mota

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em  
Psicologia – Ênfase em Infância e Família – sob orientação da  
Prof<sup>ª</sup>. Me.<sup>a</sup>. Denise Steibel

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento  
Abril, 2013.**

## SUMÁRIO

Resumo.....	03
CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO.....	04
1.1. Prematuridade.....	05
1.2. Experiência da Gestação e da Maternidade.....	06
1.3 Desamparo materno.....	08
1.4. Apoio social.....	12
Justificativa e objetivos.....	15
CAPÍTULO II	
MÉTODO.....	16
2.1. Participantes.....	16
2.2. Procedimento e delineamento.....	17
2.3. Instrumentos.....	17
CAPÍTULO III	
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
3.1.Experiência da gestação.....	18
3.2. Experiência da maternidade.....	22
3.3. Desamparo materno.....	24
3.3.1. Separação precoce.....	28
3.3.2. Sentimento de culpa.....	30
3.4. Apoio Social.....	33
CAPÍTULO IV	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
Referências.....	41
ANEXOS.....	45
Anexo A . Entrevista sobre a Gestação pós-parto.....	45
Anexo B. Entrevista sobre a Maternidade pós-parto.....	47

**Resumo:**

O nascimento de um bebê extremamente prematuro gera um impacto emocional na mãe e pode intensificar sentimentos já presentes na experiência da chegada de um bebê como o de desamparo. Compreende-se que o apoio social pode ajudar a mãe a enfrentar esta situação. Através do delineamento de estudo de caso coletivo, buscou-se compreender a vivência do desamparo, bem como as bases de apoio utilizadas por mães primíparas, de diferentes estados civis e que deram à luz a bebês extremamente pré-termos. Os resultados apontam que devido a separação precoce e prolongada entre mãe e bebê, o estado de desamparo materno mostrou-se intensificado. No entanto, constatou-se também que a presença de apoio social ajudou as participantes a lidar com esta experiência, amenizando o desamparo materno.

**Palavras-chave:** Desamparo; Prematuro; Apoio social.

***Abstract:***

The birth of an extremely premature baby creates an emotional impact on the mother and may intensify feelings already present in the experience of the arrival of a baby like helplessness. It is understood that social support can help the mother to cope with this situation. Through the delineation of collective case study, we sought to understand the experience of helplessness, as well as support bases used by first-time mothers from different marital status who gave birth to babies extremely preterm. The results show that due to early and prolonged separation between mother and baby, the mother showed helplessness intensified. However, it was also found that the presence of social support helped the participants to deal with experience, softening the maternal helplessness.

**Keywords:** Helplessness; Premature; social support.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

#### **Apresentação**

Anualmente ocorrem 20 milhões de nascimentos de bebês prematuros e de baixo peso em todo o mundo e, dentre este número, um terço morre antes de completar um ano de vida (Ministério da Saúde, 2011). Destaca-se que a mortalidade e a morbidade neonatal têm maior prevalência entre os neonatos prematuros do que os recém-nascidos a termo, sendo que a classe econômica também influencia neste índice (Ramos & Cuman, 2009). Neste contexto, têm-se intensificado os estudos nessa área.

O nascimento de um bebê geralmente traz mudanças, reorganizações internas, externas e familiares que afetam tanto a rotina diária da mãe, quanto a expectativa diante do novo sujeito que está por vir. Na prematuridade, este bebê imaginado, desejado e esperado nasce antes do tempo previsto, fazendo com que a família depara-se com uma realidade inesperada. Devido à fragilidade do recém-nascido e a necessidade de cuidados especiais para sobreviver, este é separado da mãe por um período mais ou menos prolongado (Agman, Druon & Frichet, 1999). Nessa separação necessária, a mãe vivencia uma situação de desamparo, pois não possui o bebê em seus braços e sob seus cuidados. Esta vivência pode ser intensificada na medida em que experimenta intensas emoções, angústias, medos e fantasias pela possibilidade real da perda do bebê (Zornig, Morsch & Braga, 2004).

Neste contexto, destaca-se que a possibilidade da mãe contar com uma base de apoio suficientemente boa pode amenizar o seu sentimento de desamparo. Rapaport e Piccinini (2006) apontam que a disponibilidade de apoio social facilita uma maternagem responsiva, bem como o auxílio do pai no cuidado do bebê, indicando que quando este é ausente a mãe sente-se mais sobrecarregada.

Considerando a importância das bases de apoio social nestes contextos, a presente pesquisa tem como objetivo compreender a vivência do desamparo, bem como as bases de apoio utilizadas por mães primíparas, de diferentes estados civis que deram à luz a bebês extremamente pré-termos.

A seguir será apresentada uma breve revisão teórica. Primeiro, será abordado questões sobre a prematuridade. Após, serão apresentadas as características da experiência da gestação e da maternidade no contexto da prematuridade. Em seguida, serão expostas questões sobre o desamparo e suas implicações na maternidade e, por

fim, serão mencionadas questões referentes à importância do apoio social nesse contexto.

### **1.1. Prematuridade**

Considera-se prematuridade o nascimento do bebê antes de 37 semanas completas. O parto pré-termo é dividido a partir da idade gestacional: pré-termos extremos - 23 e 27 semanas; muito pré-termo - 28 e 31 semanas - e pré-termo propriamente ditos - menos de 37 semanas. O bebê prematuro também é classificado a partir do seu peso: baixo peso - menos de 2,5 kg; com muito baixo peso - menos de 1,5 kg - e extremamente de baixo peso - abaixo de 1 kg (Rezende & Monteiro, 1995).

Pesquisas apontam que as causas do parto prematuro podem estar relacionadas às condições sócio-econômicas; características populacionais; comportamentos aditivos, como álcool e tabagismo; estresse emocional; altos índices de ansiedade e depressão materna; abortos anteriores e ausência ou inadequada assistência pré-natal (Maldonado, 1997; Rades, Bittar & Zugaib, 2004).

Apesar das inovações tecnológicas e avanços da medicina, o nascimento de bebês pré-termo ainda é considerado uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal, sendo responsável por 75% das mortes neonatais (Freitas, Martins-Costa, Ramos & Magalhães, 1997; Rades et al., 2004). A classe econômica também é um fator importante nestes índices, visto que o nascimento pré-termo exige assistência e cuidado de maior nível de complexidade (Ramos & Cuman, 2009). Os maiores riscos do nascimento pré-termo estão relacionados à imaturidade da formação do organismo do bebê, decorrentes da baixa idade gestacional, assim, estes estão mais predispostos a sofrer riscos que envolvem o seu desenvolvimento (Rades et al.).

Diante da fragilidade do recém-nascido prematuro, este é separado da mãe e passa a ser cuidado pela equipe da UTI neonatal. Esta é caracterizada como um ambiente com super-estímulos, luzes, ruídos excessivos, manipulações e procedimentos dolorosos e a mãe geralmente mais distante (Caron, 2000, p.126). Além disso, o bebê passa a ser excessivamente manuseado, tanto para cuidados rotineiros quanto para processos invasivos e, muitas vezes, dolorosos (Ministério da Saúde, 2011). Neste sentido, compreende-se que os bebês prematuros sofrem uma ruptura brusca na relação mãe-bebê e o seu primeiro contato com o mundo passa a ser mediado pela UTI neonatal e equipe neonatal, que frequentemente substitui temporariamente os cuidados maternos.

Ao nascer o bebê encontra-se desamparado por não possuir condições de satisfazer suas necessidades vitais (Freud, 1895). No nascimento prematuro considera-se que amplia-se esse desamparo, pela fragilidade física e imaturidade emocional do bebê. E, do mesmo modo, a mãe deste bebê também se encontra nesta mesma condição de desamparo (Winnicott, 1988/1996) que é acentuada pela prematuridade da função materna e, conseqüente, adiamento de cuidar do recém-nascido. Frente ao que foi exposto, justifica-se a relevância deste estudo.

## **1.2 Experiência da gestação e da maternidade no contexto da prematuridade**

Nos primeiros meses da gravidez a mãe inicia o reconhecimento do bebê por uma forma muito primitiva de contato, através das primeiras alterações corporais e fisiológicas no seu corpo, demarcado por sensações corporais compartilhadas com outro ser que está sempre presente dentro de si (Raphael-Leff, 1997). Nesse período inicial da gestação a mulher vivencia a presença do feto como uma parte de si mesma, o que Caron (2000) aponta ser importante para a evolução da gravidez e suas conseqüências.

Cada gravidez é vivenciada de forma singular e cada mãe projeta no bebê os seus próprios sentimentos, esperanças, memórias e poderosas mitologias inconscientes, denominado como *história interior* (Raphael-Leff, 1997). No início há um momento de “um branco de filho” substituído pela vivência “do estar grávida” e a imagem do bebê vai sendo criada progressivamente no psiquismo materno. Soulé (1990) compara esta vivência ao sonho - uma realização de um desejo – e o que a preenche não é o feto ou embrião, mas sim o filho do sonho. Esse autor expõe que o desejo de ter um bebê ocorre em nível de completude da mulher que vai representar o bom funcionamento e a integridade corporal da mãe como mulher.

Quando a mulher começa a pensar na possibilidade do bebê nascer, o fim da gravidez torna-se uma realidade. Este final é acompanhado pelos últimos preparativos para a chegada do bebê, que podem gerar ansiedades e medos, bem como recursos internos e provisões materiais para o seu nascimento (Raphael-Leff, 1997). Estes últimos momentos da gravidez foram descritos por Soulé (1990) como sendo vivenciados apreensivamente, motivados pelo movimento do feto, os sintomas físicos e o medo de viver uma experiência fisiológica desconhecida, o parto.

Para Maldonado (1997) o parto geralmente é marcado por intensas angústias, medos, emoções e fantasias para a mãe. E, ainda, psiquicamente, ele pode ser entendido como a primeira separação simbiótica da dupla. O parto, também, pode ser entendido

como uma castração sofrida pela mulher que perderia a sensação de preenchimento e viveria um sentimento de vazio (Soulé, 1990).

Lebovici (1987) compreende que após o parto, a mãe deve reelaborar o luto do seu estado da gestação e do filho imaginário, para depois apropriar-se do seu filho real com desejos, esperanças e investimentos. O recém-nascido é considerado por Soulé (1990) como uma cópia redutora e decepcionante do bebê dos sonhos e, assim, é o filho desvalorizado e irreal que difere daquele esperado. Nesta perspectiva, a mãe irá fazer o trabalho do luto por esse bebê imaginado para apropriar-se do bebê real. Quando o parto é prematuro esse processo pode ser ainda mais difícil de ser elaborado, pois por mais que o recém-nascido não tenha que passar por cuidados extremos, a angústia de morte é vivida desde o início (Zornig et al., 2004). Nestas situações, ocorre uma interrupção na constituição do bebê imaginário e a experiência traumática pode instaurar-se tanto para o sensível bebê, como para a família, em especial para a mãe, sustentada principalmente pelo risco de vida do bebê (Moreira, 2007).

O nascimento também pode ser compreendido como a primeira separação entre a mãe e o bebê e está vinculado à angústia de separação. Para a teoria freudiana a primeira experiência de angústia ocorre no nascimento e está relacionada ao desamparo inicial, motivado pela impotência do bebê em satisfazer suas necessidades vitais. Para em seguida, relacionar-se ao trauma de separação, visto que ainda não existe relação objetal (Freud, 1914).

Por outro lado, Winnicott (1949/2000) aproxima-se da ideia de nascimento como uma relação, que se inicia antes do nascimento e permanece durante o resto da vida. Deste modo, nesta concepção winnicottiana, a angústia de separação está relacionada às perturbações do desenvolvimento emocional e, quando se manifestar, sinaliza um fracasso na relação inicial mãe-filho. A sua teoria enfatiza o papel materno e são esses cuidados maternos que vão possibilitar que o bebê alcance, em cada etapa do seu desenvolvimento, as satisfações das suas necessidades. Assim, o nascimento vai permitir que o bebê exista e, através dos cuidados maternos, a mãe proporciona uma *continuidade a ser* ao bebê, fornecendo a ilusão de que o mundo foi criado por ele até que desenvolva a sua identidade.

Para descrever esses cuidados maternos Winnicott (1956/2000) denominou uma condição especial da mulher, chamada de *Preocupação Materna Primária*. Nos últimos momentos da gravidez e durante as primeiras semanas após o nascimento do bebê, a mãe desenvolve uma sensibilidade acentuada para atender as necessidades iniciais do

recém-nascido, regredindo à fase mais primitiva, conseguindo sentir o que seu filho está experimentando. Essa capacidade da mãe vai impedir que o bebê seja perturbado pelas intrusões ambientais precoces, possibilitando um *continuar a ser*. A partir destes cuidados a mãe possibilita que o bebê volte a ter experiências de continuidade e, assim, ela é a pessoa mais adequada para cuidar dele, justamente por desenvolver este estado especial de preocupação nos cuidados com o recém-nascido.

No momento que o nascimento do bebê ocorre antecipadamente, Winnicott (1988/1990) compreende que este não possui todas as capacidades que o bebê a termo possui. Segundo este autor, o período adequado para a criança nascer, sob o ponto de vista emocional, é o mesmo que o físico, após nove meses de vida intra-uterina. No nascimento prematuro o bebê ainda imaturo encontra-se em desvantagem ao entrar em contato com as intrusões vindas do ambiente, experiência compreendida como traumática por Winnicott (1949/2000).

No caso de bebês pré-termo, que são expostos a intensas intrusões e reações ambientais e passam mais tempo afastados da mãe, o nascimento pode ser uma experiência ainda mais dolorosa por não haver essa continuidade imediata. Assim, compreende-se este contexto como uma descontinuidade do “vir a ser”, onde há uma forte tendência do corte no gesto criativo e espontâneo da relação dual (Moreira, 2007). Esta interrupção do “vir a ser”, juntamente com a impossibilidade da mãe em fornecer os cuidados ao seu bebê que o ajudam a recuperar este “vir a ser”, evidenciam um duplo desamparo. Assim como o bebê encontra-se em um estado de desamparo, a mãe também está desamparada para que consiga identificar e adaptar-se ao recém-nascido. E, deste modo, há um confronto de desamparos (Winnicott, 1988/1996, p. 91).

### **1.3. Desamparo Materno**

Ao postular a primeira teoria sobre o aparelho psíquico, Freud (1895) introduz as suas primeiras ideias sobre o desamparo a partir do conceito de *Hilflosigkeit* – condição de existência do sujeito no mundo apoiada na condição de desamparo do psiquismo. Para Menezes (2008), autora que trabalhou sobre o desamparo a partir da teoria freudiana, a palavra desamparo possui o significado de “falta de amparo; abandono”. Este termo refere-se ao estado de privação de meios para sustentação da vida, evoca o sentido de cair sem ter algo para agarrar-se ou apoiar-se, implica uma condição de abandono, solidão e esquecimento. Este conceito também pode significar a ideia de

separação - daquilo que antes sustentava - e transformação – desta mudança de proteção.

Em “Projeto para uma psicologia científica” (1895) Freud introduziu os conceitos de satisfação e dor, que estão intimamente ligados e que determinam uma divisão primordial entre afetos negativos e positivos referente ao objeto. O nascimento do bebê, que ainda não possui um aparelho biológico maduro para lidar com o mundo externo – e, assim, é impotente -, impõe a condição de dependência de outro para sobreviver. Com as repetidas experiências de prazer/satisfação e desprazer/dor, o bebê vai apreendendo o mundo e registrando as suas experiências a nível simbólico, dando-se conta do seu desamparo, ‘não amparo, um não saber’. O desamparo é uma condição inerente ao ser humano, isto é, a condição de fragilidade que coloca o homem na dependência do outro (Freud, 1895). Nas primeiras relações o sujeito depara-se com estas demandas e cria recursos psíquicos para enfrentar as situações da vida que se prolongarão por toda a sua existência (Dockhorn, Macedo & Werlang, 2007). O que, segundo Menezes (2008), no adulto este estado será o protótipo da situação traumática geradora de angústia.

O desamparo inicial do bebê é visto como uma incapacidade motora do recém-nascido em satisfazer suas necessidades vitais. Diante do seu desamparo inicial, o bebê necessita do auxílio externo para obter a experiência de satisfação, que Freud (1895) denominou de ação específica, que ameniza o desamparo. Esta ação é realizada pela mãe nos cuidados com o seu bebê. No entanto, na prematuridade, como a mãe é separada do seu bebê, esta não pode oferecer este cuidado ao bebê.

Destaca-se que a separação inicial entre a mãe e o bebê prematuro pode ser mais traumática pelo parto inesperado e pelo tempo prolongado de afastamento inerente no contexto da prematuridade. Quinodoz (1993) entende que a perda ou a separação de um objeto pode gerar um acúmulo de desejos insatisfeitos, citando o trauma do nascimento como um destes momentos. Para o autor, a separação refere-se a um afastamento passageiro ou provisório que sugere um possível retorno, enquanto a perda ocorre quando há um caráter definitivo, o que implica em dor psíquica ligada ao trabalho de luto. Quando a separação é sentida como uma perda, então, esta separação é vivida como uma perda real. No contexto da prematuridade, o risco real de perda do bebê é intenso, o que pode acarretar em um estado de desamparo materno ainda mais intenso.

Ao escrever “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926) associa a situação de dor ao desamparo sentido pelo recém-nascido no trauma do nascimento, como a

primeira experiência de angústia do indivíduo. Para ele, a angústia é um estado afetivo de desprazer com atos de descarga e o nascimento é a primeira experiência de angústia que ocorre a partir de uma série de excitações libidinais incontrolláveis pelo aparelho psíquico do bebê. A angústia surge frente a uma situação de perigo e, quando ocorre uma situação semelhante à primeira experiência de angústia, ela é reproduzida.

O nascimento pré-termo faz a mãe reviver esta primeira angústia de separação, manifestava por reações afetivas pelo qual o sujeito mostra os seus sentimentos e emoções em relação ao ser que se sente separado (Quinodoz, 1993). Diante do nascimento prematuro, a mãe apresenta alguns sentimentos negativos e mecanismos de defesa para lidar com esta vivência, tais como a culpa, a ambivalência, a negação, a impotência e a frustração (Brum & Sherman, 2007; Ferrari, Zaher & Gonçalves, 2001; Linhares et al, 2000; Rosa, 2000).

Neste contexto da prematuridade, o sentimento de culpa pode ser compreendido a partir do estado de luto (Freud, 1913). Nesta situação, a perda de um ente querido deixa a pessoa com dúvidas atroztes – nomeadas como autocensuras obsessivas – que a faz sentir-se responsável pela morte dele, através de um descuido ou negligência. Para Freud (1913), isso tem origem na ambivalência de sentimentos: por um lado essas auto-acusações possuem fundamento, visto que por trás de um amor terno há uma hostilidade oculta no inconsciente. Nesse caso, o desejo da morte do ente querido e, se a morte se concretizar, é contra esse desejo que a censura vai reagir.

O sentimento de culpa também é descrito por Freud (1923) através da segunda tópica, definida a partir do ego, id e superego. O ego é o mediador dos fenômenos psíquicos que busca o equilíbrio entre as exigências do id – reservatório das pulsões sob o princípio do prazer - e do superego – uma autocrítica e consciência moral que condena o ego. O sentimento de culpa origina-se na tensão entre o ego e o superego, este constituído pelas identificações com os pais e objetos de identificação internalizados e, também, pelos valores e normas sociais.

Neste sentido, o sentimento de culpa é compreendido pela teoria freudiana como uma proteção ao ego que se expressa na ambivalência. No contexto da prematuridade entende-se o porquê da literatura ter apontado que este sentimento é esperado nestas mães, pois considera-se que esta é uma maneira delas conseguirem enfrentar a angústia ocasionada pelo risco da perda do bebê e, assim, lidar com esta situação.

Winnicott (1958/1990) compreende a culpa a partir do amadurecimento emocional. O senso de culpa é construído, gradualmente, na relação com a mãe que, a

partir de reparações das situações que não foram satisfatórias, a criança percebe que a mãe sobrevive às suas retaliações. Assim, a capacidade de sentir culpa se origina através do respeito à mãe. Então, o sentimento de culpa é decorrente da ansiedade em um primitivo desenvolvimento emocional e, a capacidade de sentir culpa, provém de repetidas falhas no ambiente e facilitado pelas reparações destas falhas (Winnicott, 1958/1990).

Compreende-se com isso que a separação precoce pelo nascimento pré-termo acarreta esse tipo de reação nas mães. Para Linhares et al. (2000) o sentimento de culpa está relacionado à sobrevivência do bebê e às condições adversas anteriores ao nascimento do bebê prematuro. Esses sentimentos negativos são acentuados à medida que o vínculo afetivo é interrompido pela separação físico mãe-bebê.

A questão do desamparo também é vista sobre outro ponto de vista: a percepção da solidão, da finitude e da limitação da vida (Menezes, 2008). Freud ilustrou o caminho que o conceito de desamparo foi se desenvolvendo e, conforme o modo como estas experiências são vividas pelo sujeito, vai colocando-o frente às limitações, castrações, separações que a realidade impõe a todo indivíduo. Assim, essas restrições fazem com que o indivíduo consiga desenvolver-se e ser independente.

Para Winnicott (1958/1990) este processo de amadurecimento ocorre através das experiências de ilusão e desilusão, o qual o bebê acredita que criou o mundo externo e mantém uma continuidade do ambiente; a mãe, por sua vez, gradualmente vai desiludindo e mostrando o mundo ao bebê e possibilitando, assim, uma capacidade de estar só.

Winnicott (1958/1990) também enfatiza que a capacidade de ficar só depende de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo. Essa capacidade fundamenta-se na experiência precoce de estar só na presença de alguém, isto é, quando a imaturidade do ego é naturalmente compensada pelo apoio materno. Para que isso ocorra o indivíduo deve ter tido uma maternagem suficientemente boa que possibilite, por meio da continuidade, a crença em um ambiente bom. Essa representação do ambiente suficientemente bom é internalizada e possibilita que o indivíduo alcance essa condição ao longo do seu amadurecimento emocional.

Quando a separação entre a mãe e o bebê ocorre prematuramente, entende-se que há um corte brusco nessa relação, deixando a mãe em um estado vulnerável de desamparo. Assim como Winnicott (1988/1996) pontua, após o nascimento o cuidador do bebê é tão desamparado como ele é, revelando com isso um desamparo materno

diante do desamparo do bebê. Esta sensação é reforçada pela separação, pois a função materna se dá a nível corporal, sensorial em uma relação mútua entre mãe-bebê (Winnicott, 1988/1996). Nesse sentido, Winnicott revela que “Não existe isso que chamamos de bebê. O que quero dizer, naturalmente, é que sempre que vemos um bebê vemos também um cuidado materno, e sem o cuidado materno não haveria bebê” (Winnicott, 1958/2000, p. 40).

Cruz, Syman e Spindola (2007) ressaltam a importância do contato físico mãe-bebê após o nascimento para que estas possam dar continuidade ao carinho e amor que dedicaram ao bebê durante a gestação, dando significados à maternidade. Este contato físico faz com que a mãe possa ligar-se ao bebê a fim de conhecê-lo “de forma real” (Klaus & Kennel, 1992), diminuindo o seu desamparo.

Nesta seção foi descrito teoricamente como o desamparo é compreendido pela psicanálise e, também, buscou diferenciar o desamparo primordial (Freud, 1895) daquele proposto por Winnicott (1988/1996), a fim de mostrar que estão intimamente vinculados no contexto da prematuridade.

#### **1.4 Apoio Social**

As respostas às mudanças ocorridas com a gestação e a maternidade são influenciadas por fatores individuais e ambientais e, principalmente, pelo apoio daquelas pessoas que rodeiam a mãe e, especialmente, o pai do bebê. Nestas situações de crise, tal como a prematuridade, destaca-se que o apoio social torna-se ainda mais importante, visto que o indivíduo passa por momentos estressantes e de transição, tendo que adaptar-se a nova realidade (Rapaport & Piccinini, 2006). O apoio social também é referido como uma forma de proteção, pois ajuda a reduzir o impacto que o bebê prematuro causa nessas famílias, possibilitando outras formas de percepção dessa vivência (Cruz et al., 2007).

Desta forma, presume-se que o apoio social, como familiares, amigos próximos ou a própria equipe médica, torna-se fundamental para auxiliar a mãe nessa vivência. Rapaport e Piccinini (2006) sugerem que durante a gestação o apoio social oferece benefícios no comportamento e na emoção da mulher e, igualmente, para a nova mãe que passa por um momento de transição significativo.

Frente a estas questões, alguns estudos investigaram estratégias de apoio para essas famílias. O papel do hospital de dar suporte e de oferecer uma rede de apoio aos

pais foi referido por alguns autores como sendo um amparo significativo para essas famílias (Agman et al., 1999; Ministério da Saúde, 2011; Wirth, 2010).

Assim como, investir na interação mãe-bebê é um importante amparo para estas famílias. Em estudo realizado por Diniz e Góes (1999) em uma UTI neonatal concluiu que a humanização da assistência prestada aos recém-nascidos de risco relaciona-se com a forma como os pais compreendem a internação destes. Nessa pesquisa, o aspecto que gerou mais impacto às mães foi a ausência do bebê. A equipe médica possui uma relevância fundamental para superar ou amenizar o desamparo sentido pelos pais, servindo como um “suporte maternal” restaurador da ferida narcísica provocada por essa separação precoce (Diniz & Góes, 1999 p. 90).

Sendo assim, a presença constante dos pais no ambiente da UTI e a sua participação nas atividades hospitalares estimulam uma aproximação maior entre a equipe e a família, favorecendo o cuidado ao bebê. No entanto, a primeira visita a UTI é marcada por uma percepção do ambiente como estranho e assustador e pode ser seguida por sentimentos de culpa, gerando uma experiência de desamparo nestas mães. Com o tempo, através das repetidas visitas ao hospital, a mãe começa a familiarizar-se com o ambiente, reduzindo a sensação de negatividade e hostilidade. Diante dessas constatações, os profissionais da saúde possuem uma tarefa importante de conter essas angústias tendo em vista a redução destas ansiedades e medos, oferecendo um suporte às famílias (Ministério da Saúde, 2011).

Uma forma de suavizar o caráter negativo da hospitalização do bebê e oferecer maior apoio às famílias é a comunicação do estado de saúde do recém-nascido aos pais. Ao mesmo tempo em que os pais estão recebendo informações sobre a hospitalização do bebê, eles também estão presentes no hospital, na UTI e, fundamentalmente, no contexto em que o bebê está inserido, considerado isto como um aspecto positivo para enfrentar esta situação. O envolvimento dos pais desde o primeiro dia de hospitalização do bebê fornece suporte ao desenvolvimento do bebê (Brum & Schermann, 2005). Para que a informação seja pertinente é importante que os profissionais da saúde preocupem-se com o grau de compreensão das famílias e, assim, consigam transmitir as informações de maneira satisfatória, (Ministério da Saúde, 2011).

O hospital também pode auxiliar as mães ao estimular o contato com o seu bebê dentro da UTI, reduzindo o impacto que a internação desencadeia no desenvolvimento desta relação. Uma das formas que vem sendo apoiada pelo Ministério da Saúde foi o Método Canguru. Este método tem o objetivo de promover a melhoria da qualidade da

atenção à saúde prestada à gestante, ao recém-nascido e à família através do contato entre a mãe e o bebê. Por meio disto, os efeitos ocasionados pela separação precoce podem se minimizar porque esta prática tende a fortalecer o vínculo afetivo entre mãe-bebê, reduzir o tempo de separação mãe-bebê, propiciar um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde e promover uma maior confiança dos pais nos cuidados prestados ao bebê pela equipe. Ao possibilitar à mãe este contato, a equipe também está proporcionando que a mãe ofereça estes cuidados maternos ao bebê, facilitando o desempenho do seu papel materno (Andreane, Custódio & Crepaldi, 2006).

A presença da família e dos amigos também é uma importante fonte de apoio. A presença dos familiares representa um grande conforto e apoio para os pais, do mesmo modo que outras figuras tais como amigos e vizinhos, podem servir como uma rede de apoio à mãe (Ministério da Saúde, 2011). Além disso, na ausência do pai do bebê, os amigos e parentes aparecem como as principais fontes de apoio no bem-estar à mãe, passando-lhe segurança e confiança no seu papel materno (Andreane et al., 2006).

Quando o pai está presente, ele é considerado como uma importante figura para a mãe no nascimento do bebê. Geralmente é o primeiro a ser notificado do nascimento do recém-nascido e, assim, é quem oferece suporte a mãe e aos outros familiares. Essa tarefa torna-se árdua quando o pai está sozinho e não tem com quem compartilhar seus temores e, do mesmo modo, quando a mãe não tem um parceiro e uma rede de apoio suficiente (Andreane et al., 2006).

Stern (1997) quando descreve a “constelação da maternidade”, destaca a importância da relação da mãe com a sua própria mãe. Neste momento de transição para a maternidade, a nova mãe tende a se aproximar da sua própria mãe, com intuito de apoiar-se em seus cuidados, para que esta sinta-se mais amparada para cuidar do seu filho.

O ambiente hospitalar é um importante meio de suporte para a mãe e para a família, principalmente, em situações de nascimento prematuro. A partir do estabelecimento de um grupo de mães que se encontram na mesma situação, o hospital pode auxiliá-las (Ministério da Saúde, 2011), através da troca de experiências e das dificuldades, possibilitando que elas vivenciem essa maternidade fragilizada de forma mais positiva (Anjos, et. al, 2012). Opinião que também é anunciada por Andreane et al. (2006), pois através do apoio da equipe hospitalar, os pais podem elaborar a experiência traumática e fortalecerem-se o seu papel parental.

Neste sentido, compreende-se que o apoio social torna-se fundamental para a experiência da maternidade, pois ao oferecer cuidado e atenção, ajuda a mãe a sentir-se valorizada, possibilitando o desempenho do seu papel materno com mais confiança. Quando o bebê é prematuro, considera-se que o apoio torna-se ainda mais importante para esta vivência, assim como foi apontado pela literatura.

### **Justificativa e Objetivos**

De acordo com o que foi exposto, compreende-se que o nascimento prematuro de um filho envolve uma gama de incertezas às mães: dúvidas sobre a maternidade, sobre a sobrevivência do recém-nascido e, também, sobre as possíveis implicações que podem ocorrer tanto à saúde do bebê quanto ao desenvolvimento da relação entre a mãe-filho.

Existem vários estudos abordando o impacto da prematuridade na relação mãe-bebê, bem como no desenvolvimento emocional do bebê. Ainda que se encontrem diversas pesquisas referentes à figura materna no contexto da prematuridade, há poucos estudos sobre como estas mães lidam com o desamparo enfrentado nestas situações e, ao mesmo tempo, quais as bases de apoio elas buscam.

Com isso, a presente pesquisa buscou compreender a vivência do desamparo, bem como as bases de apoio utilizadas por mães primíparas, de diferentes estados civis e que deram à luz a bebês extremamente pré-termos e, por conta disso, precisaram ser internados por um tempo prolongado na UTI neonatal.

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### 2.1 Participantes

Participaram deste estudo três mães de bebês nascidos pré-termo, selecionadas dentre o banco de dados do projeto “*Prematuridade e Parentalidade: fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê pré-termo e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização – PREPAR*” (Piccinini et al., 2009). Este projeto foi realizado na Unidade de Tratamento Intensivo de três hospitais públicos na cidade de Porto Alegre-RS.

Para o presente trabalho foram selecionadas mães primíparas, de diferentes estados civis, com idade entre 20 e 30 anos e que tiveram o parto do seu bebê entre 23 e 27 semanas gestacional, ou seja, extremamente prematuros (Rezende & Monteiro, 1995). Escolheram-se esses critérios de seleção, pois se entende que tanto o fato das mães terem diferentes estados civis quanto a extrema prematuridade do bebê poderia acentuar o estado de desamparo materno em relação ao bebê, contribuindo assim, para a compreensão do fenômeno em questão.

Optou-se pelas entrevistas da primeira fase deste experimento, ocorridas aproximadamente 15 dias após o nascimento do bebê, pois se compreendeu que a questão do desamparo pudesse aparecer de forma mais explícita neste momento.

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos e clínicos das mães e dos bebês, respectivamente.

Tabela 1

*Dados Sóciodemográficos e clínicos das mães e dos bebês<sup>1</sup>*

Mães <sup>1</sup>	Idade	Situação Conjugal <sup>2</sup>	Parto	Bebês	Idade Gestacional	Peso
1. Ana	28	Casada	Cesárea	1. André	26 semanas	1 kg
2. Bianca <sup>3</sup>	36	Separada	Normal	2. Bruna	27 semanas	970 g
3. Clara	27	Casada	Cesárea	3. Camila	27 semanas	1054 kg

<sup>1</sup> Os nomes das mães e dos bebês são fictícios para preservar a identidade e garantir o sigilo.

<sup>2</sup> Considerou-se casadas aquelas que viviam junto ao pai do bebê.

<sup>3</sup> O setor de psicologia e serviço social solicitou um maior tempo de internação desta mãe por questões emocionais que a paciente mostrava-se fragilizada e queria ficar próxima a filha.

## 2.2 Procedimento e Delineamento

Neste estudo foi realizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994), buscando compreender a vivência do desamparo, bem como as bases de apoio utilizadas por mães primíparas, de diferentes estados civis e que deram à luz a bebês extremamente pré-termos. Entende-se que o uso de três diferentes casos, tendo as mães diferentes estados civis, permite uma comparação dos dados em busca de eventuais semelhanças e diferenças entre eles, permitindo que sejam identificados processos comumente associados ao fenômeno estudado.

As participantes do referido projeto (Piccinini et al., 2009) foram convidadas a participar, bem como foram comunicadas sobre a duração, o propósito e a relevância da pesquisa. Da mesma forma que, quando aceitaram participar, assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

O Projeto maior teve caráter longitudinal e foi realizado em três momentos: período pós-parto, pré-alta e pós-alta. No entanto, para o estudo presente, foram analisadas apenas as entrevistas do primeiro momento, que consistiu no período de internação do bebê.

## 2.3 Instrumento

**Entrevista semi-estruturada sobre a maternidade no contexto da prematuridade pós-parto:** Essa entrevista foi realizada com a mãe após o nascimento do bebê. Buscou-se investigar a relação da mãe com o recém-nascido após o nascimento e, ainda, como foi para ela o dia-a-dia na UTI neonatal. Abordou-se, também, questões sobre a experiência de ser mãe e verificou-se o apoio familiar e institucional que obteve. A entrevista foi estruturada em tópicos, englobando mais detalhadamente sobre estes pontos. Dentre estes tópicos, será utilizado apenas os conteúdos que abordarem sobre a experiência da maternidade e o apoio familiar e institucional que as mães obtiveram.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta secção serão apresentados os resultados da análise de conteúdo feita nas entrevistas juntamente com a discussão destes. Para fins de análise, a discussão dos resultados será dividida em quatro categorias que emergiram do material analisado. Inicialmente, serão apresentadas as preocupações e sentimentos referentes à *Experiência da Gestaçã*; posteriormente serão explicitadas como isso ocorreu na *Experiência da Maternidade*. Em um terceiro momento, será discutido como o *Desamparo Materno* se apresentou e, por último, as bases de *Apoio Social* destas mães. Juntamente com a apresentação destas categorias o material será integrado teoricamente, bem como terá verbalizações ilustrativas provindas das participantes.

A expectativa deste estudo era encontrar uma associação entre o desamparo materno enfrentado pelas mães de bebês extremamente prematuros e o nível de apoio social encontrado por elas.

#### **3.1 Experiência da Gestaçã**

A gestaçã pode ser compreendida como uma experiẽncia especificamente feminina, pois alẽm do bebẽ desenvolver-se dentro do útero da mulher modificando o seu corpo, ele tambẽm modifica o seu mundo interno, dando significados às suas fantasias. A concepçã anuncia uma histõria inconsciente do corpo da mulher que experimenta uma modificaçã nos seus hãbitos de alimentaçã, na sua rotina de trabalho e, fundamentalmente, no controle do seu corpo, alterando o seu padrã de vida e estado emocional (Raphael-Leff, 1997).

No presente estudo as mães relataram como essas mudançãs ocasionadas pela gestaçã marcaram cada uma delas. Apesar de Bianca (C2) referir que a gestaçã foi muito cansativa, influenciada pela pressã alta e diabetes que adquiriu nesse perõdo, destacou a questã emocional como a principal alteraçã percebida durante a gestaçã: “*Qualquer coisa eu chorava. Qualquer coisa que falavam pra mim eu chorava*”. Compreende-se que estas mudançãs do seu estado emocional foram incentivadas pela gravidez inesperada e a ausẽncia do pai do bebẽ, como relatou: “*A minha preocupaçã era como eu ia cuidar dela sozinha*”.

Jã as mudançãs percebidas por Ana (C1) referiam-se às transformações na sua rotina, conforme relatou: “*mudou tudo. Os cuidados, tudo. Fazia caminhada, comia*

*fruta, um monte de coisa. Me cuidando por causa dele*". Clara (C3) relacionou a sensação de estar grávida às alterações corporais e a expectativa com a gestação: *"eu tava bem contente com a minha gravidez. Eu tava louca pra ficar com um barrigão. Comprei roupa, tudo de gestante. A minha barriga tava crescendo, eu tava me sentindo já uma mãe, quando ela tava dentro de mim"*. Estes relatos demonstraram que a gravidez modificou o dia-a-dia de cada uma destas mães de forma singular tanto a nível físico, quanto emocional e ocupacional.

As imagens internas que a mãe tem do filho, as representações pré-parto, ligadas ao bebê imaginário serão o prelúdio da futura relação mãe-bebê e que são importantes na construção da relação mãe-feto. O bebê imaginado difere do embrião/feto real, pois já tem um lugar demarcado no psiquismo materno mesmo antes da concepção, sob diversas narrativas de importantes figuras primitivas e inconscientes (Raphael-Leff, 1997). Estas questões foram levantadas pelas mães desta pesquisa. Bianca demonstrou que ver a imagem do seu bebê na ecografia contribuiu para ela reorganizar a imagem que estava imaginando dele: *"Eu tava ansiosa, eu achava que era um guri, eu tinha certeza que era um guri, aí eles viram a ecografia, foi uma menina. Mas eu fiquei feliz porque sempre, o dia que eu ficar grávida eu vou ter uma menina, eu quero ter uma menina"*. Ana também revelou esse desafio de imaginar as características do bebê sem ainda conhecê-lo concretamente: *"Eu imaginava um bebê, mas eu não conseguia imaginar como é que ela ia ser, ficava pensando 'Será que vai ser parecida comigo? Será que vai ser parecida com ele? Será que vai ser pequenininha? Será que vai ser clarinha? Vai ser escurinha?', não conseguia imaginar, só pensava assim, como ela seria"*.

Estes primeiros contatos entre a mãe e o feto e o reconhecimento desses primeiros sinais serão importantes na confiança que a mãe terá em gestar o seu bebê. Conforme a mãe vai se adaptando ao feto que está dentro do seu ventre, ela começa a reeditar o momento em que também fora um bebê no ventre de sua mãe, o que trará significados inconscientes que vão influenciar a maneira de ela lidar com os seus sentimentos diante do bebê (Raphael-Leff, 1997).

A partir disso a mãe atribui características e qualidades idealizadas no bebê, ora a partir de conversas, ora por toques e carícias na barriga. Clara nomeia isso como *"sintomas maternos"* (sic), no qual esse contato interno com o bebê que reage, fez com que ela se sentisse mãe: *"Na barriga eu já conversava um pouco com ela. Diz que a criança sente tudo quando ela tá na barriga e ali eu acho que já tava tendo os*

*primeiros sintomas como mãe, quando eu conversava com ela, fazia carinho na barriga ou quando ela dava, fazia um movimento. Mas os primeiros sintomas como mãe foi dentro da barriga*". Wilhelm (2000) sugere que na gestação os bebês possuem particularidades próprias, tendo uma vida afetiva e emocional que pode estar vinculada à relação com a sua mãe pré-natal, captando os seus estados emocionais e sua disposição afetiva com ele.

Raphael-Leff (1997) destaca que nesse primeiro momento da gravidez, as recordações de situações de perdas e de abortos anteriores aumentam a vulnerabilidade da mulher em gestar. Assim como, Caron (2000) assinala que no primeiro trimestre de gravidez há uma alta taxa de abortos espontâneos que geram sentimentos de fracasso e incompetência às mães, produzindo insegurança, ansiedade e culpa nelas. Em dois dos casos analisados, já havia um histórico de abortos espontâneos o que se observou em suas verbalizações que a angústia de morte do bebê foi ainda mais acentuada. Ana estava tentando engravidar há doze anos e não conseguia, enquanto Clara havia tido um aborto espontâneo aos dois meses de gestação, além de já ter tido dificuldade de engravidar com outro companheiro. Durante a atual gestação, Clara teve que ficar de repouso por ter sangramento, sendo considerada uma gravidez de risco. É importante destacar que em ambos os casos essas mães não acreditavam que poderiam ter filhos, tornando o medo de perder o bebê, que estava hospitalizado, ainda mais intenso, conforme segue nos seus relatos:

Ana: *"foi uma alegria grande. Porque eu não podia ter neném. Eu nem penso em engravidar tão cedo por causa de tudo que eu passei. Na verdade pra mim foi uma gravidez de doze anos que eu tava esperando. Eu disse 'não, mas eu não to grávida'. Tanto que quando eu peguei o exame na mão eu disse 'não, acho que confundiram meu nome, não to grávida'. Aí eu fiz a ecografia apareceu ele na tela. E eu 'ai, doutor, será que essa ecografia aqui não é de novela, não é de mentira, vocês não tão me enganando?'"*.

Clara: *"uns dois anos a gente ficou tentando ali ter filho e eu nunca engravidei. Mas o problema não era comigo, era com ele. Ele que não podia ter filho (...), fiquei sabendo que eu tava grávida, mas eu não contei pra minha família, só contei pro Carlos (pai do bebê), to grávida. Vamos ver se vai dar certo, pra contar pra família. Aí fiquei uns dois meses e logo em seguida eu tive um sangramento forte. Aí foi que eu tive um aborto (...). Eu recebi a notícia (que estava grávida) já fiquei preocupada. Eu falei pro médico, 'bom, perdi um bebê de quase dois meses e eu acho que com esse vai acontecer a*

*mesma coisa. Porque eu to com esse sangramento. Eu continuo grávida, eu to sangrando, aí eu fiquei em repouso”.*

Ana e Clara manifestaram nos seus relatos que, no primeiro momento, não acreditavam na possibilidade da gravidez, supostamente influenciadas pelas perdas e dificuldades anteriores. No entanto, quando a gestação tornou-se real, estas mães mostraram intensa satisfação, considerando o filho como um ‘milagre’ (sic), conforme relatado por Ana. Quanto a isso, Klaus e Kennel (1992) apontam que nesses casos de perda recente ou dificuldades de engravidar, o nascimento do bebê prematuro, mesmo que com uma precária aparência, pode ser vivenciado como uma vitória e conquista, recuperando o orgulho narcísico da figura materna.

Além dessas perdas, durante a internação do seu filho Ana teve duas perdas significativas de parentes próximos, como foi relatado por ela: *“eu to tentando não ficar muito nervosa. Porque agora na sexta-feira nós perdemos uma cunhada que veio ver ele. Ela viu ele na quarta e morreu na sexta-feira. Então pra mim foi muito tumultuado, que até o meu leite não desce mais. Eu tava no hospital a minha cunhada faleceu. Eu tava grávida de seis meses quando o meu cunhado faleceu”.*

Além destas questões, as mães deste estudo revelaram outras preocupações referentes ao saber ser mãe. Estas preocupações são consideradas por Raphael-Leff (1997) como mais predominantes na mulher grávida, revelando que esta responsabilidade está relacionada à sua capacidade de formar uma criança saudável e sadia. Isto é, conseguir preservar o bebê, protegendo contra todos os perigos internos e externos. A autora também aponta que o nascimento de um bebê prematuro parece confirmar estes temores de não ser uma boa mãe. Nos relatos de dois casos avaliados evidenciaram-se estes temores, todavia sustentados pela experiência desconhecida e nova e, não necessariamente, pela prematuridade, como relatado por Bianca: *“quando eu levar ela pra casa, como é que vai ser? Porque eu não tenho experiência nenhuma. Como é que vai ser em casa com ela, eu sozinha com ela, como é que vai ser?”.* E, também, descrito por Clara: *“Na verdade eu tava curiosa, alegre. E ao mesmo tempo preocupada ‘como é que eu vou ser como mãe?’. Se eu ia ser uma boa. Se eu ia conseguir sustentar”.* Estes relatos sugerem que a maternidade é algo construído ao longo da gestação e que não dão certeza de como será essa experiência, revelando um desamparo materno inerente a maternidade como proposto por Winnicott (1988/1996).

Assim como a gestação, a experiência da maternidade no contexto da prematuridade também apresenta algumas particularidades que serão explicitadas a seguir.

### **3.2 Experiência da Maternidade**

O nascimento prematuro coloca os pais e, principalmente a mãe, em uma situação inesperada. Rosa (2000) salienta que os bebês prematuros vêm ao mundo abruptamente, repentinamente, despreparados e sem ter permitido aos seus pais o preparo natural do seu nascimento e, em função de sua incompletude e imaturidade, essa família está sobrecarregada.

A prematuridade tanto adia o primeiro contato da mãe com o seu bebê, quanto prolonga o período de separação deles. A mãe costuma receber alta muito tempo antes do bebê, tendo que ir para casa e deixá-lo no hospital. Esta vivência de separação tende a ser permeada por sentimentos intensos, como foi revelado nos casos:

Ana: *“Pra mim foi muito difícil. Como ta sendo difícil agora. Que a gente queria ver ele em casa (...). Meu maior medo era do nenê nascer morto”.*

Bianca: *“Horrível. Horrível. Eu tinha medo até de ir embora e deixar ela aqui, chorei muito. O dia de eu ir embora foi horrível”.*

Clara: *“a gente pensa, não que ela não seja saudável, mas a gente pensa que tem filho de nove meses que fica uns três dias no hospital e levar pra casa. E nada disso aconteceu. Então, é uma experiência diferente (...). Pensei que eu ia perder ela, que ela ia morrer, que ela não ia agüentar porque ela era prematura”.*

A angústia sentida pela mãe devida esta separação é vivida tanto como uma perda do objeto, como também uma parte de si que estava idealizada neste objeto (Quinodoz, 1993). Freud (1914) destaca que diante o nascimento do bebê, os pais revivenciam a reprodução do seu próprio narcisismo. Isto se apresenta a partir de idealizações e expectativas do bebê imaginado durante a gestação, ou mesmo antes desta se concretizar, através de imagens mentais perfeitas do bebê, ocultando qualquer obstáculo ou defeito que possa vir a ocorrer.

Com o nascimento do bebê que fora imaginado e psiquicamente investido, os pais deparam-se com o bebê real e entram em trabalho de luto pelo bebê ideal, o que no contexto da prematuridade pode ser vivenciado de forma abrupta e traumática. Ocorre, então, uma ferida narcísica na figura materna que tanto idealizou este bebê, podendo

esta influenciar a vivência de maternidade e à evolução da relação mãe-bebê (Cramer, 1990).

Em um trecho da entrevista de Clara ilustra-se como o crescimento da barriga representava 'estar grávida' como um símbolo narcísico e, com o parto prematuro, esta marca foi perdida: *“eu fiquei bem triste. Eu queria mostrar minha barriga. Tava todo mundo dizendo “como ta bonita a tua barriga”. Eu tava adorando os elogios. E eu sempre com aquele sorriso mostrando a minha barriga e contava a notícia ‘eu to grávida’”*. Esta mesma sensação foi relatada por Bianca: *“quando a minha barriga começou a crescer, mostrar a barriga, só que não deu tempo dela crescer muito, quando ela começou a crescer, que eu comecei a curtir a barriga, ela já nasceu”*. Enquanto Ana demonstrou que não se importava em perder esta 'barriga' e queria ver o bebê logo: *“eu não sinto falta da minha barriga, que até queria ver ele mesmo. Pra mim foi bem rápido. Então pra mim foi uma alegria”*.

Na pesquisa realizada por Fleck (2011) constatou que o nascimento do bebê prematuro provocou um impacto entre o bebê imaginado e o real, acarretando com isso uma dificuldade inicial na aproximação mãe-bebê. A autora aponta que a separação inicial prejudicou a sensação de tornar-se mãe, considerando este processo mais prolongado. Isto pode ser observado nas verbalizações de Bianca sobre “sentir-se mãe”: *“Eu acho que eu não tenho rotina como mãe, porque ela tá dentro duma incubadora, não tem muita coisa que eu possa passar pra ela como mãe, eu acho que como mãe o que eu posso dar pra ela é todo o meu amor e carinho que eu posso. e passar pra ela isso, tocando nela, agora vou poder começar a pegar ela no colo, abraçar, beijar, todo o carinho possível que eu posso”*. Enquanto não podia tocar na filha, Clara realizou o seu desempenho materno a partir do contato verbal com Camila: *“Nos primeiros momentos foram ruins e que agora tão melhorando e agora a gente conversa bastante. Eu sempre falo pra ela que eu to aqui do teu lado, a mãe quer te ver bem, tu é a minha bebezinha, minha pequeninha. Falo um monte de coisa boa pra ela”*. Deste modo, essas duas verbalizações revelaram que o desempenho da maternidade estava associado a uma interação mãe-bebê, seja pelo toque ou pela falta. Nestes casos, a separação precoce mãe-bebê se revelou como um obstáculo no desempenho frequente da função materna.

Apesar dessa separação inicial, os primeiros contatos mãe-bebê foram se estabelecendo ao longo da internação do bebê, à medida que o estado de saúde do recém-nascido apresentava melhoras. Este precoce afastamento também possibilitou que estas mães mostrassem os seus recursos internos e a capacidade de superação das

dificuldades, como Fleck (2011) salienta em seu estudo. Ana ao referir sobre os primeiros contatos com o bebê André, atribui à melhora do bebê com a sua fé: *“converso com ele, ele sente que eu converso com ele. Fico vendo o procedimento, como é que tá reagindo, pergunto. Eu procuro muito é rezar perto dele, pedir muito proteção de Deus”*. Enquanto Clara associou a melhora do estado de saúde da filha com a interação mãe-bebê e, assim, autorizou-se a sentir-se mãe: *“ela tenta demonstrar da maneira dela, que ta me escutando, que em catorze dias que eu to no hospital, o avanço da melhora dela foi bem grande. Acho que conversando com a Camila que é um bebezinha de catorze dias pra mim ela ta entendendo tudo, porque com o avanço dela”*. Esses primeiros contatos mãe-bebê contribuíram para o desempenho da sua maternidade. Apesar da hospitalização e o afastamento da díade, estas mães revelaram ser capazes de encontrar outros meios para que esta relação fosse inaugurada.

Além disso, os casos analisados demonstraram que a dificuldade em exercer a função materna também estava relacionada às responsabilidades maternas que ainda não podiam ser desempenhadas e eram substituídas pela rotina hospitalar e os cuidados da equipe. Neste sentido, Soulé (1990) compreende que ocorre um sentimento de falência em que a mãe deve entregar o bebê a aparelhos para preencher o papel materno, denunciando a sua incapacidade. Como descrito por Clara: *“Não, não assumi nenhum cuidado, as enfermeiras cuidam de tudo. Dão banho, trocam. Não assumi nada, nada. Eu acho que ai é a minha angustia também. Não ta assumindo um papel de mãe, nada”*. Assim como Bianca referiu: *“eu me sinto incapaz de, eu queria poder pegar ela e levar ela embora. E até porque o problema que eu tive de pressão alta foi o que fez ela nascer antes, não foi ela que quis vim antes, fui eu que tive problema, e tive, que a médica falou, na verdade o meu organismo tava rejeitando ela”*. Compreende-se com isso que o não poder oferecer um meio de proteção e de cuidados maternos ao recém-nascido, gerou sentimentos de frustração e angústia nestas mães.

Conforme foi exposto, no contexto da prematuridade a mãe depara-se com uma situação em que o seu papel materno deve ser desempenhado precocemente e, ao mesmo tempo, há uma privação em exercê-lo. Neste contexto, abre-se um espaço para discutirmos o sentimento de desamparo neste contexto, como será exposto na próxima categoria.

### **3.3 Desamparo Materno**

Essa categoria refere-se à vivência do desamparo materno despertado pelo nascimento do bebê prematuro. Para fins de análise, dentro desta categoria serão desenvolvidas duas subcategorias: separação mãe-bebê e o sentimento de culpa, visto que estas questões foram ressaltadas pelas mães deste estudo.

Como foi exposto anteriormente, a vulnerabilidade que o bebê nasce e a dependência que este tem do outro para a sua sobrevivência, física e psíquica, o coloca em uma posição que Freud (1895) chamou de desamparo primordial. Winnicott (1988/1996) destaca que não só o bebê sente-se desamparado, mas que a situação da maternidade também remete à mãe ao seu próprio desamparo.

Através da análise das entrevistas foi possível acessar a condição de desamparo no discurso das mães deste estudo relacionadas à vivência da maternidade. Na verbalização de Bianca isto foi percebido através da impotência em salvar o bebê: *“eu me senti assim um pouco incapaz, porque a minha filha tava ali toda cheia de coisa e eu não podia fazer nada, a não ser conversar com ela, pegar na mãozinha dela, só isso”*. Assim como relatado por Ana: *“o que a gente pode fazer por ela a gente ta fazendo. Isso também foi bem pesado”*. Para Clara, este sentimento de incapacidade foi associado a não conseguir manter a gestação a termo: *“Bem mal. Me senti uma mãe inútil. Não consegui ganhar uma filha de nove meses. Me senti bem mal”*. Compreende-se que o fato de não poder salvar o filho gerou um sentimento de impotência nestas mães. Soulé (1990) pontua que, quando o bebê está em perigo, a mãe é incapaz de ajudá-lo e, com isso, sente-se impotente em dar vida ao filho, gerando uma sensação de desvalorização no seu papel materno e uma ferida narcísica.

Esse sentimento de incapacidade também foi pesquisado por Klaus & Kennell (1992) que constataram que a reação mais frequente das mães prematuras era esse sentimento de fracasso, reforçado pela separação entre a mãe e o bebê. Além das verbalizações relatadas acima, Clara também evidenciou isso ao retornar para casa sem a filha: *“A Camila ficou. Foi triste. Foi triste falar aquilo. A Camila ficou. E ela não vai vir pra casa? Agora não dá. Eu fiquei um pouco triste. Eu fui pra casa sem ela”*. Conforme revelado por essas mães, o nascimento de um bebê pré-termo foi sentido como uma experiência que despertou um sentimento de impotência sentida tanto pela separação precoce quanto pela impossibilidade de cuidar do bebê, ou seja, de “ser mãe”. Com isso, a sensação de desamparo ficou evidente nessas mães.

Assim, a vivência de desamparo estava relacionada com a separação que, no contexto da prematuridade, surge frente ao afastamento precoce entre a mãe e o bebê.

Quando a angústia desta separação é excessiva pode ser vivida como um temor trágico de se ver só e abandonado, o que Quinodoz (1993) sugere ser a fonte primeira de dor psíquica. A dor sentida pode ter dois destinos: unir a dor a um significado, possibilitando que haja simbolização; ou senti-la no plano da descarga pulsional, no qual o sujeito parte para o ato e não simboliza a situação (Dockhorn et al, 2007). Nos casos analisados deste estudo isto foi visto a partir das visitas frequentes ao bebê na UTI e as intensas preocupações da mãe, considerando-se como uma forma de enfrentar a situação e, assim, possibilitar que esta experiência pudesse ser simbolizada e representada.

Além dessas visitas, este estudo mostrou que as mães tiveram outras formas de lidar com o desamparo. Ana demonstrou isso ao revelar que a sua preocupação em deixar o filho no hospital foi aliviada pelo pensamento constante no bebê: *“na hora de ir embora até vou, vou com aquele pensamento ‘ah tem que ir embora porque também não vou posar no hospital’ mas logo que eu chego em casa eu já tenho que ligar, mas meu pensamento tá sempre aqui. Então eu acho que eu vou mas o meu coração fica aqui com ele”*. Enquanto Bianca referiu que o afastamento da filha foi sentido como se estivesse abandonando-a, revelando com isso também um sentimento de culpa: *“o dia de eu ir embora foi horrível. Parecia que eu tava abandonando ela, eu queria ficar aqui sempre do lado dela, mas não dava. eu achei até que eu não ia conseguir assim ir embora e, e me recuperar, mas eu consegui”*. Clara manifestou essa preocupação a partir de conversas com a filha: *“fico ansiosa pra encontrar ela e quando eu encontro eu lavo as mão correndo pra fazer carinho, do bom dia, pergunto como que ela passou a noite”*. Sendo assim, estas mães apontaram terem desenvolvido outros meios para aliviar este sentimento de desamparo.

A religião também é considerada como uma forma de aliviar o estado de desamparo e foi relatada por uma das mães deste estudo. Freud (1927) relaciona a religião ao desamparo, a partir da associação da metáfora do complexo paterno a Deus. Em “O futuro é uma ilusão” (1927) destaca a relação entre o desamparo da criança e o desamparo do adulto, o qual a formação da religião estaria vinculada às defesas mais regressivas desenvolvidas para enfrentar a angústia do desamparo inicial. O adulto dá-se conta que ‘o grande pai’ não garante tudo na vida e, deste modo, cria-se um “pai todo poderoso” para que este possa lhe amparar dos perigos do mundo. Sendo assim, a religião aparece como um mecanismo mais regressivo em momentos no qual o psiquismo não consegue lançar mão de mecanismos mais evoluídos para lidar com o

seu desamparo. Situação avaliada no relato de uma mãe (Ana) evangélica praticante referindo sobre o seu afastamento do bebê: *“É o momento mais difícil. Peço pra Deus proteger ela e vou embora. Mas vou com o coração apertado”*. Neste caso, a religião serviu como um amparo para o desamparo desta mãe em ver o bebê na UTI.

Para Winnicott (1988/1996) a condição do desamparo ocorre após o nascimento e, através do contato corporal mãe-bebê, ela é restabelecida. Porém, estando mãe e bebê separados, a vivência do desamparo permanece sendo sentida pela mãe e ainda se intensifica, pois não tem esta possibilidade de ser restabelecida pela continuidade da relação corpo a corpo. Além disso, o risco de perda real do objeto de amor pode intensificar estes sentimentos, conforme é ilustrado nos seguintes exemplos:

Ana: *“Pra mim, eu acho que ao meu ver eu tava bem. Mas no ver dele eu sentia que eu ia perder ele... Era só isso a minha preocupação.”*

Bianca: *“Foi triste. Primeira impressão foi que eu ia perder ela. Que ela não, como ela é prematura e ela nasceu frágil praticamente”*.

Clara: *“A minha preocupação era com ela. Eu não queria perder ela porque eu planejei essa gravidez. Era com ela a preocupação!”*.

Esta angústia também foi percebida no relato destas mães ao falarem sobre como foi ver o recém-nascido dentro de uma incubadora com aparelhos respiratórios e outros procedimentos invasivos. Isto se apresentou a partir do pequeno tamanho do bebê, como revelado por Ana: *“o tamanho dele. Na hora eu me apavorei. Disse “ai, não viver, coitadinho”*. Bianca e Clara revelaram essa questão ao ver o bebê na UTI, conforme Bianca relatou: *“eu me abalava quando eu subia pra ver ela, que ela tava cheia daquelas aparelho e coisa ali. Eu chorava muito nos primeiros dias”*. Clara revelou esta experiência de forma parecida: *“vi ela toda incubada. O aparelhinho respiratório. Várias sondas, no umbigo, no pé, na perna. Tinha além do aparelho respiratório tinha uma sonda na boca dela pra sair resíduos gástricos. Depois tinha uma bolsa de sangue também. E um monte de aparelho ligado. Um monte. Mais soro e um monte de aparelho que eu não sabia o que era o quê. Foi bem triste”*. Deste modo, esta experiência de internação do recém-nascido na UTI foi revelada com sentimentos de angústia intensificados pelo medo da perda do bebê e, assim como Freud (1926) pontuou sobre a angústia de separação, esta situação desencadeou em uma condição de desamparo.

Neste sentido, as participantes deste estudo corroboram com o que Rosa (2000) pontua sobre o traumático do nascimento prematuro. Para ele, essas famílias encontram-se despreparadas para assumir a maternidade e, esse despreparo é reforçado pelo medo

da morte do bebê que as deixam paralisadas. No entanto, como foi exposto anteriormente, as mães desta pesquisa mostraram que tiveram outros recursos para lidar com este desamparo, tais como o apoio da religião, do hospital e dos familiares, demonstrando com isso a significativa importância do apoio social neste contexto da prematuridade, tema que será exposto na próxima categoria.

No entanto, dentro da experiência do desamparo, destaca-se dois temas que merecem um espaço especial de discussão, por estarem relacionados com a vivência do desamparo e por terem emergido do material de forma substancial. São eles: a separação precoce mãe-bebê e o sentimento de culpa.

### 3.3.1 Sobre a separação precoce

Winnicott (1988/1900) aponta que é muito valioso para a mãe ver o bebê e senti-lo no seu corpo imediatamente após o parto, possibilitando uma continuidade do ser ao bebê e uma representação da falta acarretada pela separação do parto. Sendo assim, esse primeiro contato após o nascimento torna-se importante para a mulher significar a sua maternidade.

Apenas Bianca havia tido contato físico imediatamente após o nascimento do bebê, descrevendo essa experiência como gratificante: *“Na hora que ela nasceu. Aí essa hora pegou ela, aquele rostinho pequenininho, dei beijo nela, e aí a doutora levou ela, disse pra mim ‘Vou levar ela, cuidar bem dela’, me deixou tranqüila assim”*. Corroborando com o que Cruz et al. (2007) pontuam que o contato corporal entre a mãe e o bebê proporciona o bem estar, segurança e afetividade a dupla. Já Clara e Ana não tiveram essa experiência logo após o parto. Clara em diferentes momentos da entrevista referiu que não poder tocar na sua filha a deixava angustiada e, expõe neste relato que a sua melhora ocorreu no momento em que pode tocar em Camila: *“os primeiros dias eu não podia tocar nela. Ai no terceiro, quarto dia eu comecei a melhorar, que foi quando eu comecei a tocar”*. A angústia de não poder tocar no filho também foi revelada por Ana: *“Só não, uma coisa que ainda não realizei foi pra pegar as mãozinhas dele. Que eu não consigo chegar perto dele. Não posso tocar nele ainda. É só esse problema”*. Diante disso, concorda-se com o que Klaus e Kennel (1992) que quando a mãe pode tocar e manipular o recém-nascido, essa relação é revitalizada, permitindo-se experimentar as características de sentimentos maternos. Como Clara mencionou em seu relato acima, o toque no bebê deixou-a mais tranquila, permitindo, a partir deste momento, que ela conseguisse se vincular a filha.

A questão do toque foi referida por alguns autores como um possibilitador da experiência da maternidade para a mãe (Klaus & Kennel, 1992; Montagu, 1988; Winnicott, 1983/1990). Em vários estudos sobre a maternidade no contexto da prematuridade essa questão também foi levantada como uma das preocupações maternas com o recém-nascido prematuro (Amadeo & Hartman, 2005; Cruz et al., 2007; Linhares et al, 2000). Assim como apontado nos relatos, a privação do contato corporal ‘pele a pele’ foi exposta pelas mães deste estudo com sentimentos de angústia, assim como, o desejo de tocar o seu bebê revelou-se como uma forma delas sentirem-se mães.

Ana e Clara, respectivamente, descrevem os seguintes sentimentos quanto a necessidade do distanciamento físico do seu bebê. Ana diz: *“é difícil porque eu não consegui ainda nem tocar na mão dele. Desde que ele nasceu, eu não consegui tocar perto, tocar na mão dele, no pé dele, tudo, então tem que conversar com ele de longe”*. Clara diz: *“É constrangedor não poder tocar no filho, não poder conversar, nem dizer pra ele ali que eu to aqui do teu lado, nada”*. Esta situação de não poder tocar no seu bebê foi sentida como um obstáculo à maternidade para estas duas mães.

Embora, Bianca não tenha declarado estes sentimentos de distanciamento do bebê, revelou que quando tocou na filha essa experiência possibilitou a ela sentir-se mãe: *“me sinto super bem, principalmente quando eu peguei ela no colo e ela tava meio que chorandinha assim, daí eu peguei ela no colo, ela ficou bem quietinha, então isso foi muito bom. Saber que tu pode acalmar o teu filho. Essa sensação de ser mãe, de ter ela procurando o meu seio foi muito bom”*. Neste caso, o toque deu significados à maternidade, reduzindo o desamparo materno. Estes relatos mostram que o toque no bebê diminui o desamparo materno, auxiliando no processo da maternidade, assim como exposto por Bianca.

Montagu (1988) revela que o toque no recém-nascido confirma uma realidade objetiva, atestando a existência de um não-eu. É como se a mãe apalpasse repentinamente o bebê para verificar se aquilo que está vendo é realmente extraordinário ou não. Nesse outro trecho, quando Clara pode tocar na filha, ela revelou que o contato e as reações da filha serviram como uma identidade e segurança para si no seu papel materno: *“Acho que é a insegurança, impressionante, como se ela se sentisse insegura sozinha e colocando a mão como se sentisse mais segurança”*. Conforme pode ser visto nos relatos destas mães, o contato corporal entre a mãe-bebê contribuiu para

que esta relação fosse inaugurada e, assim, permitiu que a mãe vivenciasse as características da maternidade.

Além do contato corporal, alguns autores apontam que a interação mãe-bebê pode ser desenvolvida de outras formas, como conversas, trocas de olhar e gestos corporais (Brazelton, 1990; Klaus & Kennel, 1992; Montagu, 1990). Estas formas de contato foram relatadas pelas mães deste estudo, a partir da percepção delas sobre como os bebês reagiam a sua presença. Ana revelou isso a partir de conversas com o bebê, mostrando que o filho reconhecia o seu tom de voz através de movimentos corporais. Bianca descreveu isso a partir do contato físico com o bebê: *“quando eu toco nela, ela se acalma. Quando a enfermeira toca, ela se agita. Quando outras pessoas tocam, ela se agita. E quando eu toco nela, ela se acalma, fica mais calminha”*. Clara demonstrou comunicar-se com a filha a partir de conversas e toques no bebê e, como nos outros casos, percebeu a reação do bebê através dos movimentos corporais: *“acho que ela me conhece sim, sabe aquela voz, o toque, a conversa. Eu acho que ela sente. A presença da mãe dela, eu to ali, sempre, como eu sempre converso com ela. Acho que ela sente quando eu chego, ela faz esses movimentos, dá a impressão que ela sabe que é a mãe dela mesmo”*. Considera-se com isso que essas mães encontraram formas de se vincular ao seu bebê, mesmo nessas condições controversas, conseguindo interagir com eles e, assim, confirmando uma ligação afetiva entre eles.

Esta troca entre mãe e bebê aqui descrita confirmou o que Cramer (1990) diz que o bebê não só reage, como também é um ser de ação e, assim, há uma troca entre a dupla, uma interação mãe-bebê. Este contato físico da mãe com o bebê e o estabelecimento do vínculo afetivo auxilia na autoestima da mãe que pode se permitir a desempenhar o seu papel materno (Wirth, 2010). Sendo assim, estes primeiros contatos contribuíram para estas mães darem início às suas funções maternas.

Como foi exposto, as mães do presente estudo descreveram como o afastamento do bebê foi sentido por elas como uma prejuízo à sua função materna, assim como as dificuldades nestes primeiros contatos gerou sentimentos de desamparo, como se não fossem uma ‘mãe completa’. Este estado de desamparo se mostrou através de sentimentos de culpa que será exposto a seguir.

### **3.3.1 Sobre o sentimento de culpa**

Inicialmente, o sentimento de culpa é compreendido por Freud (1914) a partir da capacidade de experienciar o amor e o ódio. Freud relaciona esta ideia baseado nas

civilizações pré-históricas e o seu horror ao incesto, o qual quem transgredisse a lei era severamente punido. Esta lei contra o incesto encontra-se no cerne do Complexo de Édipo (Freud, 1914) bem como com o sentimento de culpa derivado deste.

Bianca revelou da seguinte forma seu sentimento de culpa: *“Quando soube que estava grávida fiquei feliz, triste, foram vários sentimentos ao mesmo tempo. Eu não sei explicar como, mas eu pensava que eu tava feliz que eu tava grávida, ia ter o filho que eu tanto quis, mas ao mesmo tempo pela situação que eu ia enfrentar, com o meu pai também, que ele é muito tradicional, pelo fato de eu não estar casada”*. Neste relato, o sentimento de culpa estava associado à transgressão aos costumes morais transmitidos pelo pai de Bianca. Freud (1915) compreende que a consciência moral é o resultado da interiorização das ordens e proibições das autoridades e dos pais e, assim, o sentimento de culpa é o resultado do conflito entre essas exigências – no caso, a percepção da gravidez de mãe solteira como proibido - e a realização de desejo – o desejo da gravidez de Bianca.

Para Klaus e Kennell (1992) o sentimento de culpa é frequente diante do nascimento do bebê prematuro e, para algumas mães, o parto pré-termo é sentido como uma punição por algum mal que tivessem feito. Quanto a isto, entende-se que Bianca, que não estava casada, demonstrou essa necessidade de punição por ter transgredido a moral paterna, em fantasia, através do nascimento do bebê prematuro. O que Marin, Gomes, Lopes e Piccinini (2011) compreendem que nestas situações de gravidez de mães solteiras as mães esperam uma espécie de rejeição por estarem grávidas e serem solteiras, exigindo uma punição por isso.

Além disso, Bianca demonstrou sentir-se dividida, por um lado estava feliz com a gestação, mas por outro viu a gravidez como uma transgressão aos costumes morais, revelando um sentimento de ambivalência. A ambivalência também se revelou no discurso de Clara ao descrever como foi a experiência da internação de Camila na UTI: *“Só isso que passava na cabeça. Vou perder, ela não vai resistir porque ela é pequena. No mesmo tempo eu acho que eu pensava assim que eu ia perder e já tentava me conformar que eu ia perder. Mas eu não queria. Mas não deu pra conformar a mim mesmo. Veio vários pensamentos misturados. Veio tentativa, não, mas ela vai sair dessa. Mas ela não vai conseguir porque ela é muito frágil. Não quero perder, vou perder, mas ela é frágil, mas vai ser forte. Eu queria pensar uma coisa boa. E no fim eu chorava e já pensava outras coisas”*. Neste relato, a possibilidade de perda do recém-nascido intensificou sentimentos ambivalentes em Clara. Klaus e Kennel (1992)

compreendem que quando o bebê é prematuro e está hospitalizado, a mãe encontra-se em uma condição de preparo para uma possível perda do recém-nascido que está em risco: por um lado espera a morte do bebê e, por outro, que este sobreviva, o que gera o sentimento de culpa.

Conforme discutido anteriormente, o parto precipitado de Clara enunciou uma ferida narcísica nesta mãe pela expectativa com a gravidez. Neste trecho esta mãe evoca o medo de perder a filha: *“Eu ia perder, fiquei desesperada. Eu chorava, chorava, chorava. Fiquei desesperada, não quero perder minha filha”*, a sua possível perda foi vivida com intensa angústia e o desespero apontado por ela pode ser compreendido como o modo que o desamparo se pronunciou.

Neste sentido, Quinodoz (1993) aponta que nestas situações há uma divisão primordial entre afetos negativos e positivos referente ao objeto, o qual a satisfação e a dor estão intimamente ligadas. Em outro trecho da entrevista, Clara também manifestou essa divisão de sentimentos, conforme segue o seu relato: *“Eu fiz tudo direito. E na verdade não tava porque eu peguei essa infecção. Planejei tudo direitinho e infelizmente eu peguei essa infecção urinária que pode ter sido a maior culpada da minha gestação ter vindo antes”*. Nesse sentido, Clara que havia planejado a gravidez, mostrou-se confusa quanto a sentir-se culpada pelo nascimento prematuro, pois ora refere a si mesma como a causadora do parto antecipado, ora desloca para algo que vem de fora, destituindo a culpa de si.

Entretanto, Ana distinguiu-se dos outros casos. O sentimento de culpa foi identificado nesta mãe a partir de uma defesa mais primitiva, a projeção. No seu relato o sentimento de culpa apareceu deslocado a outro objeto, Deus, caso o filho sobrevivesse ou não: *“Eu fiquei ciente que se eu perdesse ele agora era porque Deus queria. Só que como Deus viu que eu queria muito essa criança, acho que Deus não ia fazer. Já que ele sobreviveu até agora”*, o que sugere que nessa verbalização esta mãe deslocou a sua tristeza a outro objeto externo para evitar o sofrimento psíquico. Segundo Freud (1924), quando o desprazer é excessivo, o aparelho psíquico desloca a culpa a um objeto externo a fim de tolerar o sofrimento psíquico, o que foi percebido no relato desta mãe.

O sentimento de culpa também é compreendido por Freud (1924) como uma necessidade de punição. A culpa refere-se não ao sentimento em si, mas a uma reação em forma de angústia diante das exigências do superego. Neste sentido, entende-se que a culpa na maternidade prematura pode ser em decorrência de uma necessidade de punição pela fantasia de ter causado o parto antecipatório e, ante o risco de perda e da

separação precoce do bebê, a mãe sente-se responsável. Conforme relatado anteriormente por Bianca, ela sinalizou sentir-se responsável pelo nascimento prematuro. Neste outro trecho, além do sentimento de culpa percebeu-se que há sentimentos ambivalentes, apontando que Clara ficou confusa quanto a quem era o responsável: *“Eu me senti um pouco ruim, péssima. Saber que eu própria não me cuidei em relação a essa infecção. Foi bem ruim saber que tava com aquela infecção. E que eu podia ter. Eu própria ter matado a minha filha dentro de mim. Foi bem ruim. Eu fiquei com um peso na verdade... um peso na consciência de não ter me cuidado direito”*. Estes dois trechos revelam que a causa do parto prematuro foi vinculada diretamente à mãe, mesmo que estas não tenham, aparentemente, uma responsabilidade consciente.

Devido a estes obstáculos encontrados no exercício da maternidade como a culpa e a separação precoce que acentuam o estado de desamparo nestas mães, destaca-se a importância do apoio social nestas situações. Para isso, a próxima seção será dedicada ao apoio social.

### **3.4 Apoio Social**

Linhares et al. (2000) ressaltam a importância do apoio da equipe hospitalar no contexto da prematuridade a fim de minimizar os efeitos negativos desta experiência para estas famílias. O psicólogo pode servir como um suporte psicossocial às mães para enfrentar a situação de estresse. Quando a mãe não recebeu suporte social adequado e vivenciou situações estressantes durante a gestação, elas podem apresentar maior fragilidade psicológica, dificuldade em exercer a maternidade e manter um padrão de interação com o bebê.

Neste estudo duas mães relataram que o apoio vindo do serviço de psicologia as ajudaram nesta experiência. Ana revelou que o papel da psicologia foi considerado como positivo para o enfrentamento dessa situação: *“Eu acho que aonde me chamarem pra mim ir eu vou. Eu vou em tudo, porque eu me acho mais a vontade conversando com uma pessoa do que tá me sufocando por dentro”*. Assim como descrito por Clara: *“as outras psicólogas tem conversado comigo disseram pra mim fazer carinho no bebezinho, conversar com ela, manter ali sempre um contato com ela, pra ela ver que tem uma pessoa amando, querendo ela. Como a psicóloga me ensinou, eu também não saberia lidar com essa situação”*. O espaço de escuta oferecido pelo setor da psicologia foi considerado como um recurso para que estas mães falassem sobre as suas angústias e

preocupações referentes ao bebê, assim como, uma forma delas sentirem-se mais seguras no seu papel materno, como evidenciado por Clara.

O hospital também pode promover apoio às mães a partir da criação de um grupo de mães. Em pesquisa realizada por Wirth (2010) verificou-se que o espaço oferecido aos pais serviu como um “continente”, depositário das angústias, fantasias e medos, promovendo a elaboração destes lutos e sentimentos que, muitas vezes, é acompanhado por culpa e inadequação. Apenas Clara revelou beneficiar-se com o grupo de apoio e, também, referiu que as outras mães do hospital serviram como uma forma de suporte no enfrentamento da hospitalização do bebê: *“conforme aqui eu to no hospital e conhecendo outras mães a gente vai aprendendo com elas também, com as mães e com as enfermeiras”*.

A equipe médica também surge como um amparo para estas mães que, devido ao parto prematuro, separam-se precocemente do bebê (Agman et al., 1999). Para Clara a equipe de enfermagem teve um papel importante e revelou sentir-se acolhida: *“As enfermeiras passam tranqüilidade e ensinam a gente, ensinam porque elas têm que nos dizer quando é que pode tocar, não pode. Eles sempre avisam, se pode ficar se não pode ficar. Então, a enfermeiras tem também um papel ali importante. Eles são bem tranqüilos, não tratam mal, eles tentam dar o mínimo de atenção, pra gente também ficar tranqüilo”*. Contudo, em outro relato esta mãe divulgou que o apoio proveniente das enfermeiras não foi suficiente no sentido de dar informações sobre o estado de saúde do recém-nascido: *“Eles te dão as informação, te dizem as tuas dúvidas, pedem pra falar com o médico, mas não que eles tranqüilizam, porque também não tranqüiliza. Mas ajuda. Ameniza a ansiedade”*. Por outro lado, Bianca revelou que a equipe médica foi atenciosa com ela, comunicando o diagnóstico, prognóstico e o tratamento do bebê: *“As médica são muito atenciosas. Elas me explicam tudo e quando não explicam eu pergunto”*. Assim como revelado por Ana: *“Eles conversam comigo, elas explicam os remédios que tão dando, pra mim não me assustar, então eu acho muito válido”*.

Estas mães salientaram a relevância de saber o diagnóstico e o tratamento que os seus bebês vão necessitar, como uma forma delas se sentirem seguras, servindo como um amparo. Linhares et al (2000) consideram que uma das formas de auxílio é dar as informações pertinentes do caso do bebê, ajudando a mãe a entender as informações médicas sobre o diagnóstico e o tratamento.

Em estudo realizado por Rappaport e Piccinini (2006) revelou que quando as mães puderam contar com um apoio social durante a gestação e após o nascimento do bebê, elas mostravam-se mais sensíveis em sua interação com o bebê em comparação àquelas que tiveram uma rede de apoio precária. Estas mães tiveram mais contato com outras pessoas que aliviavam as suas angústias a partir de conversas e esclarecimento, sendo as suas necessidades emocionais atendidas. Quanto a isso, o apoio social vai depender de como a mãe o recebe e, também, de como é oferecido a ela e, para isso, é importante avaliar quais são as formas de apoio percebido pelas mães.

No presente estudo esta questão foi similar entre as participantes, verificou-se que o apoio foi percebido por elas através de conversas e atenção. Ao referir sobre o companheiro, Clara identificou como forma de apoio o seu acompanhamento presencial durante a internação do bebê que ofereceu atenção, carinho e segurança: *“A gente sente mais segura, ele tando ali do meu lado conversando comigo, sendo atencioso. Ele ta sendo um amigo, atencioso, carinhoso, conversa comigo”*. Assim como Bianca revelou: *“Parece que eu tinha mais força. Quando alguém me ligava também, meus amigos me ligavam o tempo todo, o pessoal do meu serviço, sempre me ligando sempre me dando apoio. Isso foi bom”*. Já Ana demonstrou o apoio através dos cuidados da cunhada ao bebê, fazendo sentir-se confiante: *“eu me senti segura porque eu senti que ela tinha um amor por ele. Tinha apegado com ele, então pra mim já não tava preocupada. Sabia que tava bem seguro”*.

As mães deste estudo também transmitiram o apoio que a equipe médica possuiu para elas, ajudando-as na função materna ao deixá-las mais seguras no seu papel. Como evidenciado por Clara: *“eu sou mãe praticamente de primeira viagem, minha primeira bebê. Eu não sei, nunca tinha tido filho, não sabia se podia tirar leite ou não. Ficava com o meu peito cheio. E ali eles já me ensinaram a como lidar com isso”*. Bianca também revelou que a equipe médica estava ensinando-a: *“Me sinto bem atendida. A equipe também me ajuda ‘Ai, faz isso, faz aquilo, pega aqui, pega ali, não faz isso ela vai se agitar mais!”*. A queixa principal de Ana referia-se em como iria cuidar do bebê sozinha, aludindo ao sensível tamanho dele. Bianca também referiu este temor e, nesse sentido, a hospitalização e a equipe médica estavam apoiando-a de alguma forma: *“é bom ver elas (enfermeiras) darem banho, até pra mim poder aprender. Que eu ainda não tive oportunidade de dar banho na minha filha”*. Sendo assim, as participantes desta pesquisa consideraram o hospital e a equipe como uma forma de apoio para o próprio desempenho da maternidade. A equipe oferece apoio e atenção às famílias a

partir desses cuidados ao recém-nascido, servindo como modelo na interação com o bebê (Ministério da Saúde, 2011).

A família também é uma fonte de apoio significativa nestas situações. A avó materna é referida como uma rede de apoio importante em dar continuidade às atividades extra-hospitalares, enquanto a mãe encontra-se no hospital. O hospital, por sua vez, deve incentivar a participação da família nesse processo tanto em ajudar nos cuidados do bebê, quanto aos pais (Ministério da Saúde, 2011).

Esta rede de apoio social também foi considerada pelas mães deste estudo. Bianca descreveu o apoio de sua mãe através da ajuda de um modelo de maternagem: *“Me senti apoiada, sabendo que qualquer coisa ela taria ali pra me ajudar, eu sempre perguntava alguma coisa ‘Ai, to sentindo tal coisa. Isso é normal? Que eu posso tomar? Que eu não posso tomar?’”*. Clara revelou isso a partir da presença e das palavras de apoio da sua mãe: *“quando eu vi a minha mãe eu acho que eu me acalmei mais. Me confortando com a presença dela. A mãe ta do teu lado, conta comigo pro que precisar e tal. Me ajudou, me passou uma confiança”*. Enquanto Ana revelou este apoio vindo da sua família, dos amigos e vizinhos.

Ao informar aos pais sobre o tratamento e o estado de saúde do bebê, familiares, amigos e vizinhos – a rede de apoio materna –, os profissionais de saúde promovem o cuidado real ao bebê mostrando a mãe que, após a alta, ela poderá ter outros meios de auxílio no cuidado dele, gerando-lhe segurança e confiança no seu papel materno (Anjos et al, 2012). Os amigos e vizinhos são uma importante fonte de ajuda quando o apoio conjugal está ausente, tendo mais relevância no bem-estar emocional da mãe que recebe pouca assistência e conforto do companheiro (Rappaport & Piccinini, 2006). No presente estudo as três mães relataram esta rede social como forma de apoio social:

*Bianca: “De várias pessoas, dos meus amigos, principalmente. Todos sempre tavam ligando pra saber como é que eu to. Minha mãe tá sempre vindo aqui, me ajuda. Acho que o que mais me deu força desde que eu fiquei internada pra ganhar ela foi esse apoio dos meus amigos, de tá vindo me visitar, de tá me ligando.”*

*Ana: “Os vizinho, a família, todo mundo. Eles fazem oração sabe, um vai passando pro outro, até gente que eu não conheço liga pra lá pra casa e dizem ‘a gente ta fazendo oração pro André ta?’ é de igrejas tudo, todo mundo fazendo oração”*. Além disso, essa participante também apontou como forma de apoio o auxílio de recursos materiais: *“às vezes quando a gente ta grávida precisa de um dinheiro pra encaminhar pro pré-natal.*

*Às vezes têm, eles mandam a gente em outro lugar fazer exame. Então ela sempre me apoiou, sempre me ajudou”.*

*Clara: “Perguntaram (amigos e família) como é que eu tava. Que as coisas iam dar certo, pra mim procurar me acalmar também. Se eu não ficasse boa. Não ia adiantar porque a Camila tava precisando de mim então que eu me acalmasse (...)A minha mãe tem toda uma experiência já e eu acho que ela me acalmou bastante. Me confortando assim com a presença dela”.*

O apoio do pai à mãe no hospital também é importante, já que este é compreendido por Winnicott (1988/1996) com a função de cuidar e resguardar a mãe nos cuidados dedicados ao bebê. A participação do companheiro durante a gestação e a sua presença após o parto são indicadores positivos no comportamento materno pós-parto (Rappaport & Piccinini, 2006). No presente estudo apenas duas participantes viviam com o companheiro que foi considerado como um suporte social para elas. Segundo segue nos relatos a seguir:

*Ana: “pra mim ele (pai) nunca perdeu as esperanças desde que o nenê nasceu. Pra mim também já é uma boa ajuda. Tem muitos homem e aquele dali não, aquele dali me bota pra cima, como é o melhor... é então é uma pessoa que eu sei que eu vou poder contar sempre”.*

*Clara: “Ele se controlou pra não chorar junto e tentar me acalmar. Ele tem me ajudado bastante, quando eu chorava muito ele me abraçava, então pra mim passava um pouco de segurança”.*

No entanto, a participante que não vivia com o companheiro expôs a sua vivência como um impasse para desempenhar a maternidade sozinha e uma insegurança quanto ao futuro, conforme relatou: *“Me incomoda ele não tá mais tempo com ela. Agora não ajuda muito, mas eu não sei como vai ser depois. Mas acho que ele (pai) vai ajudar. É um bom pai, preocupado, e procura tá sempre presente. É, eu esperava mais. Eu imaginava que ele fosse, sei lá, ficar mais tempo com ela, querer vim mais, mas nunca é o que a gente imagina”.* Enquanto as duas primeiras mães citadas sentiram-se seguras e apoiadas, esta última revelou não estar satisfeita com a situação atual com o pai do bebê, o qual refletiu diretamente sobre os cuidados com o filho no futuro.

Marin et al. (2011) destacam que a maternidade da mãe solteira pode ser mais sofrida, pela falta de apoio do pai do bebê. Entretanto, em pesquisa realizada por estes mesmos autores, revelou que não necessariamente estar casada com o pai da criança é sentido como uma forma de apoio, mas em como se estabeleceu a relação entre eles

quanto à parentalidade do bebê. Além disso, Rappaport e Piccinini (2006) referem que outro adulto que tenha influência sobre a mulher também pode cumprir a função paterna de auxiliá-la nas práticas parentais. Considera-se com isso que, embora Bianca não tivesse o apoio do pai do bebê como as outras mães tiveram, esta conseguiu identificar outros meios de auxílio, tais como os amigos, os parentes e a sua mãe. Com isso, inclina-se a pensar que neste caso o desamparo deve ter sido amenizado pela presença de apoio social.

A religião, como já anteriormente citado, também foi referida por uma das mães deste estudo como fonte de apoio. Para Anjos et al. (2012) a religião pode amenizar os sentimentos de insegurança, culpa e tristeza às mães ao refletir sobre a questão da vida e da morte, atribuindo significados a essa experiência. Para isso, é importante que os profissionais da saúde compreendam o papel da religião para estas mães e possam acolhê-las, evitando preconceitos e outras formas de exclusão.

O presente trabalho mostrou que no nascimento prematuro as mães encontram-se em um estado de desamparo importante e, com isso, o apoio social como forma de proteção torna-se fundamental. O estudo vigente buscou confirmar que as participantes conseguiram lidar com o estado de desamparo, tendo o apoio social um papel importante nisso. A única mãe que não tinha o apoio do pai do bebê demonstrou buscar outras formas de apoio que a auxiliaram na sua função materna. Assim, compreende que quando a rede de apoio afetiva for sólida e sentida com satisfação pela mãe, possibilita que ela vivencie sentimentos de segurança e satisfação, dando significados a ela.

## CAPÍTULO IV

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o objetivo de compreender a vivência do desamparo, bem como as bases de apoio utilizadas por mães primíparas, de diferentes estados civis que deram à luz a bebês extremamente pré-termos. No primeiro momento, acreditava-se que o apoio social do pai do bebê nas mães solteiras era precário e, assim, o fenômeno do desamparo era mais acentuado. No entanto, no decorrer desta pesquisa percebeu-se que o estado de desamparo não apresentou diferenças quanto ao estado civil das participantes.

O desamparo materno desvendou-se a partir do desempenho da maternidade que se revelou através da separação precoce entre mãe-bebê. Constatou-se que no nascimento de um bebê pré-termo, a mãe ainda não se encontrava preparada para a maternidade, o que gerou sentimentos de frustração e incapacidade nela. A sensação de impotência em não poder salvar a vida do bebê que estava em risco de vida produziu um sentimento de culpa nestas mães. Este tipo de reação se intensificou à medida que o afastamento entre a díade era prolongado e, conseqüentemente, o seu papel materno adiado.

Ao contrário do que se esperava, a presença de apoio social não impediu que o desamparo materno fosse vivenciado. Porém, considera-se que o apoio experimentado por estas mães ajudou-as a enfrentar esta situação de uma forma mais segura. A única participante que não havia o apoio do pai do bebê buscou outros meios para lidar com a situação, assim como as participantes que tinham o apoio deste também descreveram outras formas de apoio. Deste modo, o desamparo materno não foi revelado pela falta de apoio, mas pela separação ocasionada pela hospitalização e pelo risco de vida do bebê extremamente prematuro.

Neste sentido, a presença do apoio social na situação de prematuridade tornou-se essencial para que esta experiência fosse vivenciada de forma menos desamparada. As participantes revelaram a importância do papel da equipe hospitalar para elas, servindo como modelo materno e ajudando-as a desempenhar a maternidade de forma mais confiante. O estímulo da equipe para a interação mãe-bebê, mesmo que de longe, possibilitou às mães a construção do vínculo desta relação. Este estudo também comprovou que conforme as mães interagiam com o bebê e tinham contato físico com ele, o sentimento de impotência e desamparo materno diminuía.

Assim, considera-se fundamental incentivar a criação de programas para as mães que incentivem o contato com o recém-nascido dentro do hospital, visto que é neste ambiente que esta primeira relação vai se constituir. Estes programas podem ajudar as mães de bebês prematuros no seu papel materno e minimizar esses sentimentos de frustração e de culpa, oferecendo suporte para elas e amenizar o estado de desamparo. Também se considera importante incluir as famílias nestes programas, com o intuito de fortalecer a rede de apoio às mães permitindo uma maior confiança no seu papel materno.

## REFERÊNCIAS

- Agman, M. & Druon, C. (1999). Intervenções Psicológicas em neonatologia. In: Wanderley, D. *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma.
- Amadeo, V.T.M., & Hartamann, J.B. (2005). O binômio mãe-bebê na UTI neonatal: a mãe que eu tenho e a mãe que eu preciso. *Iniciação científica CESUMAR*, 7(1), 25-40.
- Andreane, G., Custódio, Z., & Crepaldi, M. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126.
- Anjos, L., Lemos, D., Antunes, L., Andrade, J., Nascimento, W., & Caldeira, A. (2012). Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev Bras Enferm*, 65 (4):571-7.
- Brazelton, T. (1990). In: Brazelton, T., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R., & Soulé, M. (1990). *A dinâmica do bebê*. (pp. 9-23). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brum, E. & Schermann, L. (2005). Intervenção frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica. *Science Medica*, 15(1): 60-67.
- Brum, E. & Shermann, L. (2007). Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 17(2): 12-23.
- Caron, N. A. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. In: Caron, N. A. (2000). *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. (pp. 119-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cramer, B. (1990). A psiquiatria do bebê: uma introdução. In: Brazelton, T., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R., & Soulé, M. (1990). *A dinâmica do bebê*. (pp. 24-74). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cruz, D, Syman, N., & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*, 41 (4): 690-7.
- Diniz, A. & Góes, C. (1999). Avaliação de questões relacionadas ao atendimento da equipe em uma unidade de cuidados intensivos neonatais sob a expectativa dos pais após a alta. In: Wanderley, Daniele. *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 83-104). Salvador: Ágalma.
- Dockhorn, C., Macedo, M. & Werlang, B. (2007). *Revista Barbarói*, Santa Cruz do Sul, 27, 25-42.

- Ferrari, S.; Zaher, V. & Gonçalves, M. (2010). O nascimento de um bebê prematuro ou deficiente: questões de bioética na comunicação do diagnóstico. *Psicologia USP*, 21(4), 781-808.
- Fleck, A. (2011). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Freitas, F.; Martins-Costa, S.; Ramos, J.; Magalhães, J. et al. (1997) *Rotinas em Obstetrícia*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freud, S. (1895/1976). Projeto para uma psicologia científica. In: *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original work published in 1895)
- Freud, S. (1913/1976). Totem e tabu. In: *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original work published in 1913)
- Freud, S. (1914/1976). Introdução a teoria do narcisismo. In: *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original work published in 1914)
- Freud, S. (1915/1976). Luto e Melancolia. In: *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original work published in 1915)
- Freud, S. (1923/1976). “Ego e Id”. In: *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original work published in 1923)
- Freud, S. (1924/1976). O problema econômico do masoquismo. In: *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original work published in 1924)
- Freud, S. (1926/1976). Inibições, Sintomas e Angústia. In: *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original work published in 1926)
- Freud, S. (1927/1976). O futuro é uma ilusão. In: *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original work published in 1926)
- Klaus, M.H., & Kennell, J.H. (1992). *Pais/ bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Linhares, M. B.; Carvalho, A.; Bordin, A.B.; Chimello, J.; Martinez, F.; & Moyses, J. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança. *Cadernos de Psicologia e Educação, Paidéia*, 18, 60-69.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 14ª Ed. São Paulo: Saraiva.
- Marin, A.; Gomes, A.; Lopes, R.; & Piccinini, C. A. (2011). A constituição da maternidade em gestantes solteiras. *PSICO, Porto Alegre, PUCRS*, 42(2), 246-254.

- Menezes, L. (2008). *Desamparo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde. (2011). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. 2ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Montagu, A. (1988). *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus.
- Moreira, J. (2007) A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. *Mental*, 5(8), 91-106.
- Quinodoz, J. M. (1993). *A solidão domesticada: a angústia de separação em psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rades, E., Bittar, R. & Zugaib, M. (2004). Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(8): 655-662.
- Ramos, H. & Cuman, R. (2009, abril). Fatores de risco para a prematuridade: Pesquisa documental. *Esc. Anna Nery Ver Enferm*, 13 (2): 297-304.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez, a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rapoport, A. & Piccinini, C. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista brasileira cresc desenvolv. hum.*, 16(1).
- Rezende, J. & Monteiro, C.(1996). *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro. 7ª ed. São Paulo: ed. Guanabara Koogan S.A.
- Rosa, J. (2000). Reflexões sobre o ambiente facilitador no desenvolvimento psíquico do recém-nascido. In: Caron, N. (2000). *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. (pp.61-96). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soulé, M. O filho da cabeça, o filho imaginado. (1990). In: Brazelton, T., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R., & Soulé, M. (1990). *A dinâmica do bebê*. (pp. 132 -169). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stake, R. (1994). Cases studies. In: N. Denzin & Y. Lincoln. (Eds.) *Handboock of Qualitative Research*. (pp. 435-454). Londres: Sage.
- Stern, D. (1997) A constelação da maternidade: o panorama na psicoterapia pais/bebês. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wilheim, J. (2000). Psiquismo pré e perinatal. In: Caron, N. (2000). *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. (pp. 135-177). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. (1949) Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp.254-276). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in in 1958).

- Winnicott, D. (1956). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original published in 1958)
- Winnicott, D. (1958). A capacidade de estar só. In: Winnicott, D. (1990). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1979)
- Winnicott, D. (1990). Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1988)
- Winnicott, D. (1996). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1988)
- Winnicott, D. Psicanálise do sentimento de culpa. (1958). In: Winnicott, D. (1990). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 19-30). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1979)
- Wirth, A. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. In: Caron, N. (2000). *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. (pp. 207-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zornig, S. Morsch, D. & Braga, N. (2004). Os tempos da prematuridade. *Rev. Lationoam. Psicopat. Fund.*, 7(4), 135-143.

## ANEXO A

### Entrevista sobre a getação e o parto no contexto da prematuridade (Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP - UFRGS, 2009)<sup>1</sup>

#### I. Eu gostaria de conversar contigo sobre o parto do *(bebê)*.

1. Como foi o parto? Foi normal ou cesariana? Houve alguma complicação? Como te sentiste?
2. Que preocupações tu tiveste em relação a ti durante o parto? E em relação ao *(bebê)*?
3. Teve alguém que te acompanhou e te ajudou durante o parto? *(Se sim)* Quem foi? O que ela/e fez? Como te sentiste?  
*(Se sim)* Quem foi? O que ela/e fez? Como te sentiste?  
*(Se não)* Tu gostaria de ter tido alguém te acompanhando? Quem?
4. E teve alguém que fez alguma coisa que tu não gostou?  
*(Se sim)* Quem foi? O que ela/e fez que tu não gostou? Como te sentiste?

#### II. Eu gostaria de conversar contigo sobre o teu primeiro contato com o *(bebê)*.

1. Quando tu viste o *(bebê)* pela primeira vez?
2. O que mais te chamou a atenção nele? Por quê?
3. Como foi para ti este primeiro contato? Como te sentiste?
4. Tu sabes por que ele nasceu antes do tempo/prematuro?  
*(Se sim)* Como te sentes frente a isso?  
*(Se não)* Tu tem alguma idéia por que ele nasceu antes do tempo ou prematuro?
5. Como foi para ti o fato do *(bebê)* ter nascido antes do tempo?
6. Como foram os teus primeiros dias após o parto?
7. Como foi a tua recuperação física? E em termos emocionais como te sentias?
8. E como foram os primeiros dias do *(bebê)*?
9. Que preocupações tu tinhas em relação a ti? E com relação ao *(bebê)*?
10. Alguém te apoiou nestes primeiros dias no hospital? Quem foi? O que fazia?
11. E o teu companheiro? Ele te apoiou nestes primeiros dias no hospital?  
*(Se sim)* O que ele fazia? Momo te sentiste? *(Se não)* O que tu esperavas dele? Como te sentiste?
12. E teve alguém da tua família que te apoiou nestes primeiros dias no hospital? Quem foi? O que fazia?
13. E da família do teu companheiro, teve alguém que te ajudou? Quem foi? O que fazia?
14. Quanto tempo ficaste no hospital? Como foi a tua alta?
15. Como foi para ti ter alta sem poder sair com o *(bebê)*? Como te sentiste?
16. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do *(bebê)*?

#### III. Eu gostaria de conversar contigo sobre a gestação do *(bebê)*.

1. Como ficaste sabendo da gravidez? Com quantas semanas tu estavas?
2. Foi uma gravidez planejada?  
*(Se sim)* Como foi decidir pela gravidez? Quanto tempo levou para engravidar?  
*(Se não)* Como ocorreu a gravidez?
3. E como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
4. E o teu companheiro, como recebeu a notícia da gravidez?
5. E a tua mãe e o teu pai, como receberam a notícia da gravidez?
6. E a mãe e o pai do teu companheiro, como receberam a notícia da gravidez?
7. O que mudou na tua vida após a notícia da gestação *(trabalho, família, lazer, saúde)*?
8. O que mais te agradou? E o que mais te desagradou?
9. E como foi a gestação do *(bebê)*?
10. Em termos físicos como te sentiste durante a gravidez do *(bebê)* *(ex. dores, mal-estar, cansaço, contrações)*?
11. Tu tivesse algum problema de saúde nesta gestação? O que foi? Quando começou? Procurou atendimento?
12. Tu fizeste acompanhamento pré-natal? *(Se sim)* Como foi? Como te sentiste? *(Se não)* Por que não fez?
13. E em termos emocionais, como te sentiste durante a gravidez *(ex. estressada; desanimada, triste, alegre, ansiosa)*?
14. Tu tinhas muitas preocupações durante a gravidez? Quais eram?
15. E como foi o teu último mês antes do parto? Em termos físicos? E em termos emocionais?
16. E como foram os dias anteriores ao parto? *(Repetir questões)*
17. E como estava a tua vida nesse final de gestação? O que estava fazendo?
18. Como estavam os preparativos para a chegada do *(bebê)*?
19. E que tipo de mãe tu achavas que serias?

20. E quais preocupações tu tinhas em relação a isso?

**IV. Eu gostaria de conversar contigo sobre o (bebê).**

1. Tu ficaste sabendo do sexo do (bebê) durante a gravidez?  
(*Se sim*) Quando foi? Como te sentiste? E o pai, o que achou?  
(*Se não*) Por que não soube? O que tu esperavas? E o pai, o que esperava?
2. E como foi a escolha do nome do (bebê)? Quem escolheu? Por que escolheram esse nome?
3. E tu percebias os movimentos do bebê dentro da tua barriga? (*Se sim*) Quando começou? Como te sentias?
4. Como tu imaginavas que o (bebê) seria? Por quê?
5. Que preocupações tu tinhas em relação ao (bebê) durante a gravidez?
6. Tu soubeste de algum problema do (bebê) durante o pré-natal? (*Se sim*) Qual(is) foram? E como te sentiste?
7. Como imaginavas que seria o nascimento do (bebê)?
8. Tu imaginavas que o bebê pudesse nascer antes do tempo? (*Se sim*) Por quê? Como te sentia pensando nisso?  
(*Se não*) Como imaginavas que seria?

**V. Eu gostaria de conversar contigo sobre o pai do (bebê) e a tua família.**

1. Como foi a participação do pai do (bebê) durante a gravidez? Ele te ajudou, te apoiou? Como te sentiste?
2. Alguma coisa mudou no jeito dele com a tua gravidez?
3. E o relacionamento de vocês dois, mudou alguma coisa com a gravidez?
4. Teve algum familiar que te apoiou durante a gravidez? Quem foi? O que eleja fez?
5. E teve algum familiar que não te apoiou e te atrapalhou durante a gravidez? (*Idem*)
6. Alguma outra pessoa/amiga te apoiou? (*Idem*)
7. E alguma pessoa não te apoiou e te atrapalhou? (*Idem*)
8. E a tua mãe (*ou cuidadora*), ela te apoiou durante a gestação do (bebê)?  
(*Se sim*) O que ela fez? Como te sentiste? (*Se não*) O que tu esperavas dela?
9. E o teu pai (*ou cuidador*), ele te apoiou durante a gestação do (bebê)?  
(*Se sim*) O que ele fez? Como te sentiste? (*Se não*) O que tu esperavas dela?
10. E a mãe e o pai do teu marido/companheiro, te apoiaram? O que fizeram?

**VI. Eu gostaria de conversar contigo sobre a tua vida antes da gravidez do (bebê).**

1. Como estava a tua vida no ano anterior a gravidez do (bebê)?
2. Tu lembra de alguma coisa marcante que aconteceu naquele ano, contigo ou tua família? (*ex. perda, acidente, saúde, estresse*)  
(*Se sim*) O que aconteceu? Como te sentiste? E teve mais algum evento marcante?
3. Como estava a tua saúde no ano anterior a gravidez do (bebê)? Tu tinhas algum problema de saúde?  
(*Se sim*) Qual? Desde quando? O que precisou fazer para se tratar?
4. E em termos emocionais, como te sentias neste ano anterior a gravidez do (bebê)? (*ex. triste, deprimida, agitada, eufórica*)
5. E em termos de família, trabalho, diversão como te sentias no ano anterior a gravidez do (bebê)?
6. Tu já tiveste outra(s) gravidez?  
(*Se sim*) Como foi a(s) tua(s) outra(s) experiência(s) de gravidez? Como te sentiste? .
7. Alguma coisa foi diferente nessa gravidez do (bebê)? O que foi?

**V. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre o que nós conversamos?**

Obs.: Após a realização da entrevista, a entrevistadora deve gravar um breve comentário acerca das suas percepções sobre o decorrer da mesma (disponibilidade, postura e situação emocional materna/sentimentos contratransferenciais despertados durante o processo/situação da aplicação e características do ambiente, quando importantes/ e outras informações sobre o caso que forem importantes e não apareçam na entrevista).

<sup>1</sup> Adaptada de GIDEP/NUDIF, 2003;

## ANEXO B

### Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pós-parto

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP - UFRGS, 2009)\*

#### I. Eu gostaria de conversar contigo sobre o teu dia-a-dia aqui na UTI Neonatal

1. Desde quando o (nome do bebê) está na UTI?
2. Qual foi o motivo da internação?
3. E como está o estado de saúde do (bebê)? Como ele tem reagido ao tratamento?
4. Quando tu esperas que o (bebê) vai ter alta?
5. Como é a tua rotina na UTI?
6. O que tu costumavas fazer na UTI?
7. Tu ficas com o (bebê) durante o dia? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por quê não ficas com o (bebê)?
8. E a noite, tu costumavas permanecer com o (bebê)? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por quê não ficas com o (bebê)?
9. Quantas vezes por semana tu tens vindo ver o bebê? E quantas horas por dia tu tens ficado na UTI?
10. E quando tu não estás aqui na UTI, algum familiar/amiga fica com o (bebê)? Quem é? Como te sentes?
11. Como está sendo para ti essa experiência na UTI? Como te sentes?
12. Há algo que tu gostas na UTI? Por quê?
13. E há algo que te incomoda e que tu não gostas na UTI? Por quê?
14. E quanto ao hospital, há algo que tu gostas? Por quê?
15. E há algo que te incomoda e que tu não gosta? Por quê?

#### II. Eu gostaria de conversar contigo sobre a tua relação com o (bebe) aqui na UTI.

1. (*Se estiver na incubadora*): Como é para ti, ver o (bebê) em uma incubadora? Como te sentes?
2. Quando tu estás ao lado do (bebê), o que tu costumavas fazer? Por quê?
3. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados do (bebê)?
4. Como tem sido para ti lidar com (bebê)? Como te sentes?
5. O que mais te agrada quando tu estás com o (bebê)? Por quê?
6. E o que mais te desagrada? Por quê?
7. Quando tu estas com o (bebê) tu costumavas:
  - Tocar/acariciar ele/a? (*Se sim*) Como eleja reage? Como te sentes? (*Se não*) Por que não faz?
  - Falar/conversar com ele/a? (*Idem*)
  - Ficar olhando para ele/a? (*Idem*)
  - Pegar ele/a no colo? (*Idem*)
  - Tu faz mais alguma coisa? O quê? (*Idem*)
8. Tu sentes que já é possível entender o que o (bebê) expressa?
  - (*Se sim*) O que tu destacaria? Como tu sabes que tu entendes o (bebê)?
  - O que é mais fácil de entender? E o que é mais difícil de entender?
  - (*Se não*) Tu gostarias de entendê-lo? Como te sentes quando não consegues entendê-lo?
9. Na tua opinião, quais são as principais necessidades do (bebê)?
10. Tu achas que o (bebê) sabe quando és tu que estás com ele/a? (*Se sim*) Como tu percebe isto? Como te sentes?
11. Tu achas que ele/a tenta interagir contigo de alguma forma? Como tu percebes isto? Como te sentes?
12. O (bebê) tem chorado?
  - (*Se sim*) Em que momentos? O que fazes? Como te sentes? E como o (bebê) reage?
  - Tu consegues entender por que ele/a chora?
  - (*Se não*) Por que tu achas que ele/a não chora? Como te sentes?
  - E como tu achas que ele expressa o que não gosta?
13. E quando ele/a fica agitado/a, o que fazes? Como te sentes? E como o (bebê) reage?
14. E quando ele/a fica quietinho o que fazes? Como te sentes? E como o (bebê) reage?
15. Como está sendo a alimentação do (bebê)?
  - (*Se mama no peito*) Como é a amamentação? Como te sentes? Como o bebê reage?
  - (*Se não mama no peito*) Por que não mama no peito? Tu gostaria de amamentá-lo?
  - (*Se sim*) Como te sentes?
  - (*Se não*) Por que não gostaria?
16. Como está o sono do (bebê)? (tranquilo, agitado ...)
17. E como tem sido quando tu tens que se afastar do (bebê)? Que momentos são esses? Como te sentes?
18. E tu percebe alguma reação do (bebê) quando tu se afasta dele/a? Como ele/a reage? Como te sentes?
19. E como tem sido quanto tu volta e se encontra com o (bebê)? Como ele/a reage? Como te sentes?

### III. Gostaria de conversar contigo sobre como está sendo a tua experiência como mãe do(a) *(bebê)*.

1. Como está a tua rotina como mãe do *(bebê)* neste momento?
2. E como tu estás te sentindo como mãe do *(bebê)*?
3. O que tem sido mais difícil para ti como mãe?
4. Quais as tuas principais preocupações como mãe?
5. Em que momentos te sentes mais preocupada? Por quê?
6. Há algo diferente daquilo que tu imaginavas, durante a gestação? O que?
7. Tu tens outros filhos?
  - (*Se sim*) Quantos filhos tu tens? Qual a idade e sexo deles?
  - Como está sendo a tua rotina com os outros filhos desde a internação do *(bebê)*?
  - Como eles estão se sentindo? O que eles tem dito? Como te sentes?
  - Quem cuida deles quando estás aqui no hospital? Como te sentes?
  - Eles já visitaram o *(bebê)*?
  - (*Se sim*) Quando visitaram? Como foi a reação deles? Como te sentiste?
  - (*Se não*) Por que não vieram visitar o *(bebê)*? Tu pensa em trazê-los? (*Se sim*) Quando?
  - Comparando com o(s) outro(s) filho(s), como está sendo para ti esta experiência com o *(bebê)*?
  - Quais as principais diferenças? Como te sente?
8. Há algo que te incomoda nesta experiência de ser mãe do *(bebê)*? Por quê?
9. E tem alguma coisa que te agrada? Por quê?
10. Nesse momento, como te descreverias como mãe?
11. Tem algo que gostaria de fazer diferente?
  - (*Se sim*) O quê? Por quê? Como te sentes?
12. E como achas que as pessoas tem te visto como mãe do *(bebê)*? Por quê?
13. E o teu marido? Como achas que ele te vê como mãe do *(bebê)*? Por quê?
14. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras bom neste modelo?
15. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras ruim neste modelo?
16. Como a tua mãe (*ou outro cuidador*) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
17. E do teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
18. E o teu pai (*ou outro cuidador*), como ele te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
19. E do teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dele?

### IV. Eu gostaria de conversar contigo sobre as pessoas que ajudam a cuidar do *(bebê)* na UTI Neonatal.

1. Tu acompanhas os procedimentos médicos/enfermagem do *(bebê)*?
2. Como o *(bebê)* reage a esses cuidados?
3. E como é para ti acompanhar estes procedimentos?
4. Alguém da equipe te explica sobre os procedimentos?
  - (*Se sim*) Quem explica? (*Se não*) O que fazes quando não compreendes?
5. Como te sentes em relação à equipe médica? E de enfermagem?
6. Algum deles tem te ajudado na tua relação com o *(bebê)*? O que ele/a tem feito?
7. E algum deles tem atrapalhado na tua relação com *(bebê)*? O que *ele/a* tem feito?
8. Como tu achas que eles te vêem como mãe? Como te sentes?

### V. Eu gostaria de conversar contigo sobre como tu estás vendo o pai do *(bebê)*.

1. Ele tem vindo ver o *(bebê)* no hospital? E ele tem ficado na UTI?
  - (*Se sim*) Com que frequência ele fica? Quanto tempo em cada visita? O que ele costuma fazer? Como te sentes?
  - (*Se não*) Por quê não fica? Tu gostaria que ele ficasse? Como te sentes?
2. E quando está na UTI ele ficajunto do *(bebê)*?
  - (*Se não*) Tu gostaria que ele ficasse junto do *(bebê)*? Como te sentes?
  - (*Se sim*) O que ele tem feito quando está com o *(bebê)*? (ex. Toca/acaricia/conversa/olhalpega no colo) E como o *(bebê)* reage?
    - Tu achas que o *(bebê)* sabe que é o pai que está com ele/a? (*Se sim*) Como tu percebe isto? Tu achas que o *(bebê)* tenta interagir com ele de alguma forma? Como tu percebes isto?
    - O que mais te agrada no jeito dele lidar com o *(bebê)*? E o que te incomoda?
    - Ele tem ficado sozinho com o *(bebê)*?
3. Ele te ajuda nos cuidados com o *(bebê)*?
  - (*Se sim*) O que ele faz? O que mais te agrada e o que mais te incomoda nessa ajuda?
  - (*Se não*) Por quê tu acha que ele não ajuda? Tu solicitas a ajuda dele? Como te sentes em pedir ajuda?
4. Como te sentes quando ele cuida do *(bebê)*?
5. Como tu achas que ele está sendo como pai do *(bebê)*? Por quê? Era como tu imaginavas?

6. Como esta a relação de vocês dois neste momento? Alguma coisa mudou com o nascimento do (*bebê*)? (*Se sim*) O quê mudou?

**VI. Eu gostaria de conversar contigo sobre quem tem te ajudado durante a internação do (*bebê*)?**

1. Tu tem recebido apoio de alguém neste momento?

- Própria família (*Se sim*) Quem? O que tem feito? Como te sentes com esta ajuda?
- Família do marido (*Repetir as questões*)
- Amiga/vizinha (*Repetir as questões*)
- Alguém mais? (*Repetir as questões*)

**VII. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre o que nós conversamos?**

**Obs:** Após a realização da entrevista, a entrevistadora deve gravar um breve comentário acerca das suas percepções sobre o decorrer da mesma (disponibilidade, postura e situação emocional materna/ sentimentos contratransferenciais despertados durante o processo/ situação da aplicação e características do ambiente, quando importantes/ e outras informações sobre o caso que for importante e não apareçam na entrevista).

\* (Baseada em Esteves & Piccinini, 2007 & GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2003).