

**O BEBÊ IMAGINÁRIO E O BEBÊ REAL NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE**

**Adriana Fleck**

Dissertação de Mestrado

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, março de 2011

# **O BEBÊ IMAGINÁRIO E O BEBÊ REAL NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE**

**Adriana Fleck**

Dissertação de Mestrado  
Apresentada como exigência parcial para a obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia  
sob orientação do Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, março de 2011

**Agradeço aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho:**

*Em primeiro lugar, às mães (e aos bebês) deste estudo, devido à diponibilidade e confiança para relatar as suas experiências e emoções diante de um contexto tão difícil e deloroso.*

*À minha família e ao Vinícius, que me incentivaram e compreenderam o meu esforço.*

*Agradeço ao meu orientador, Prof. Cesar Augusto Piccinini pelo apoio e incentivo constantes que me permitiram apreender muito com a realização do estudo e com o trabalho em equipe.*

*Às colegas e bolsistas do Projeto PREPAR, que se dedicaram para que alcançássemos nossos objetivos e me permitiram compartilhar as minhas experiências.*

*Aos colegas do Núcleo de Infância e Família/GIDEP, pela ajuda, apoio e competência científica e profissional.*

*Às professoras Ligia Schermann, Regina Sordi e Clarissa Trentini, pela participação em minha banca examinadora e pelas diversas contribuições.*

*Às equipes dos hospitais HMIPV, Conceição e Fêmina, que permitiram o acesso as participantes e a realização do projeto.*

*Ao CNPq e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, pelo suporte e investimentos em minha formação.*

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	6
<b>RESUMO</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
1.1 Apresentação.....	9
1.2 Caracterizando a Prematuridade.....	10
1.3 Maternidade e Prematuridade.....	17
1.4 O bebê imaginário e o bebê real.....	26
1.4.1 O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade.....	33
1.4.2 O desenvolvimento e a alta hospitalar do bebê real prematuro .....	36
1.5 Justificativa e Objetivo do estudo.....	41
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MÉTODO</b> .....	42
2.1 Participantes.....	42
2.2 Delineamento e Procedimento.....	43
2.3 Instrumentos.....	45
2.4 Considerações éticas.....	47
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	49
3.1 Caso 1: Mãe Joana e bebê Marcos .....	51
3.1.1 Síntese dos indicadores do bebê imaginário e do bebê real prematuro do caso 1.....	51
3.2 Caso 2: Mãe Daniela e bebê Gustavo .....	58
3.2.1 Síntese dos indicadores do bebê imaginário e do bebê real prematuro do caso 2.....	58
3.3 Caso 3: Mãe Ana Maria e bebê Luiza .....	67
3.3.1 Síntese dos indicadores do bebê imaginário e do bebê real prematuro do caso 3.....	67
3.4 Caso 4: Mãe Raquel e bebê Valentina.....	77

3.4.1 Síntese dos indicadores do bebê imaginário e do bebê real prematuro do caso 4 .....	77
---	----

## CAPÍTULO IV

<b>DISCUSSÃO GERAL</b> .....	85
4. Considerações finais .....	85

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	107
--------------------------	-----

## ANEXOS

<b>Anexo A-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	117
<b>Anexo B-</b> Ficha de dados demográficos da família .....	118
<b>Anexo C-</b> Ficha de dados clínicos gestacionais .....	120
<b>Anexo D -</b> Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto .....	121
<b>Anexo E-</b> Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pré-alta.....	122
<b>Anexo F-</b> Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo/pós-alta.....	123
<b>Anexo G-</b> Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade.....	124
<b>Anexo H-</b> Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pós-parto.....	126
<b>Anexo I-</b> Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pré-alta.....	129
<b>Anexo J-</b> Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pós-alta.....	132
<b>Anexo K-</b> Estrutura de Categorias.....	134
<b>Anexo L-</b> Aprovação do comitê de ética em pesquisa UFRGS .....	258
<b>Anexo M-</b> Aprovação do comitê de ética em pesquisa HMIPV .....	259
<b>Anexo N-</b> Aprovação do comitê de ética em pesquisa Grupo Hospitalar Conceição.....	260

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Dados sócio-demográficos e clínicos das mães.....	43
Tabela 2: Dados dos bebês .....	43

## RESUMO

O nascimento pré-termo é potencialmente traumático na vida da mãe e do bebê e o confronto entre o bebê imaginário da gestação e o bebê real tende a ser intensificado. O estudo buscou investigar o bebê imaginário e o bebê real prematuro, no pós-parto, na pré-alta e no 3º mês após a alta hospitalar do bebê. Buscou-se compreender o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real e o processo de adaptação da mãe a este último. Participaram quatro mães de bebês pré-termos, primíparas, de 19 a 31 anos, com bebês nascidos entre 28-29 semanas, com peso entre 1000-1500g e internados na UTINeo. Com o delineamento de estudo de caso coletivo, buscou-se compreender cada caso, as semelhanças e particularidades entre eles. Entrevistas investigaram a experiência da gestação e da maternidade e foram examinadas por análise de conteúdo qualitativa. Os resultados confirmaram a expectativa de um maior confronto entre o bebê real e o bebê imaginário e a dificuldade de elaboração da perda do bebê imaginário e adaptação da mãe ao bebê real, no período pós-parto. Na pré-alta e no 3º mês após a alta, notou-se que as mães conseguiram se aproximar mais tanto física como emocionalmente do bebê real, elaborando a perda do bebê imaginário. No entanto, a maternidade mostrou-se envolta em constantes preocupações com o filho e exigências maternas em relação ao próprio desempenho. Assim, o nascimento pré-termo gerou um impacto emocional intenso nas mães e constituiu-se em um desafio para a adaptação destas às necessidades do filho e para a maternidade.

Palavras-chave: bebê imaginário e bebê real, nascimento pré-termo, maternidade

## ABSTRACT

The preterm birth is a potentially traumatic event in the life of the mother and baby and in this context, the confrontation between the imaginary baby of pregnancy and the real baby can be enhanced. The aim of this study was to investigate the feelings of the mother about the imaginary baby and the real baby (in postpartum, pre-discharge and at 3 months after hospital discharge) in the context of preterm birth. Four mothers of preterm infants participated, primipara, aged 19 to 31 years. The babies were born between 28-29 weeks, weighing 1000-1500g and were hospitalized in the NICU. A study of collective case was carried out, trying to understand each case, the similarities and particularities among them. Interviews were conducted to investigate the experience of pregnancy and motherhood were examined by qualitative content analysis. Results confirmed the expectation of a major confrontation between the real and imaginary baby and the difficulty of the mother in elaborating the loss of the imaginary baby and the adjustment to the real baby, especially in the postpartum period. In the pre-discharge and at 3 months after discharge, it was noted that mothers were able to get closer, both physically and emotionally to the real baby, elaborating gradually the loss of the imaginary baby. However, motherhood proved to be surrounded by constant worries about the baby, with the mothers charging themselves in relation to their maternal performance. The results indicate that preterm birth has generated an intense emotional impact on mothers and constituted a challenge to adapt to the needs of the real premature baby and to motherhood.

Keywords: imaginary and real baby, preterm birth, maternity



# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

### 1.1 Apresentação

A experiência subjetiva da gestação e da relação inicial da mãe com o seu bebê têm sido alvos de inúmeras investigações e teorias psicanalíticas por se constituir em um momento complexo e envolto em sentimentos e emoções intensas. Devido ao período sensível e vulnerável no qual mãe e bebê se encontram nos primeiros meses após o nascimento, inúmeros fatores são capazes de interferir no processo do vínculo e investimento da mãe no seu bebê.

Dessa forma, o nascimento pré-termo é um desses eventos potencialmente traumáticos na vida do bebê e da mãe, podendo acarretar em diversos prejuízos para a maternidade, para a relação mãe-filho e para o desenvolvimento do bebê. Conforme a literatura, devido à separação abrupta após o nascimento, a possibilidade de perda, as características do bebê prematuro e o distanciamento físico frente aos cuidados oferecidos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINeo), a mãe pode apresentar conflitos e dificuldades em vincular-se com seu bebê real, muito diferente daquele imaginado durante a gestação. O confronto psíquico materno gerado por estes dois bebês tão diferentes – o imaginário e o real – pode ter importantes consequências para a relação mãe-bebê.

Ainda conforme a literatura, uma parte das mães, no entanto, consegue elaborar a perda do bebê imaginário da gestação e estabelecer um vínculo forte com o bebê real prematuro. Porém, este processo de aceitação do filho prematuro e adaptação às suas necessidades de sobrevivência e conforto emocional envolve, geralmente, intenso sofrimento a estas mães. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo investigar o bebê imaginário e o bebê real prematuro, examinados no pós-parto, na pré-alta e no 3º mês após a alta hospitalar do bebê. Em particular, buscou-se compreender o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real e o processo de adaptação da mãe a este último.

Inicialmente, apresenta-se a caracterização da prematuridade e do bebê nascido pré-termo, seguida de uma revisão da literatura sobre a maternidade neste contexto. Posteriormente, apresentam-se os conceitos psicanalíticos de bebê imaginário e bebê real, incluindo alguns estudos encontrados acerca da hospitalização e primeiros meses após a alta do bebê prematuro. Tendo em vista a orientação teórica da autora, priorizaram-se na revisão da literatura autores psicanalíticos, sem desconsiderar outros que possam contribuir para o entendimento da problemática estudada.

## 1.2 Caracterizando a Prematuridade

O nascimento pré-termo é caracterizado pelo parto ocorrido até 37 semanas de gestação (Araújo, 2003; Avery & Taeusch, 2003; Datasus, 2009), sendo considerados prematuros ‘limites’ os bebês nascidos com 37 semanas, prematuros ‘moderados’ entre 31 e 36 semanas e prematuros ‘extremos’, nascidos entre 24 e 30 semanas de gestação. Em relação ao peso ao nascimento, os bebês podem ser caracterizados como de baixo peso (<2500g), muito baixo peso (<1500g) e extremo baixo peso (<1000g) (Stoll, 2004). Em relação à perspectiva de sobrevivência, consideram-se ‘inviáveis’ os bebês com menos de 1000g, ‘maus’ prematuros de 1000g a 1500g, ‘satisfatórios’ de 1500g a 2000g, e ‘bons’ com mais de 2000g (Araújo, 2003).

A prevalência dos nascimentos pré-termo no Brasil mostrou-se em tendência crescente a partir da década de 90, passando de 5% em 1994 para 6,5% em 2004 (Silveira et al., 2008). Em 2006, a proporção de bebês com baixo peso ao nascer em Porto Alegre foi em torno de 10%, o que representa 1251 nascimentos. Apesar deste índice indicar o número de nascimentos de bebês com menos de 2500g, demonstra também a prevalência de nascimentos pré-termos, pois o baixo peso ao nascer, em 60% das vezes, é resultado do parto antecipado (Datasus, 2009). O aumento dessas taxas está, provavelmente, relacionado com o avanço tecnológico da Medicina que tende a diminuir os índices de mortalidade infantil, aumentando a sobrevivência de bebês prematuros nos hospitais (Silveira et al., 2008).

A etiologia do nascimento pré-termo é complexa, multifatorial e, em muitos casos, não completamente compreendida (Stoll, 2004). O parto pré-termo está, no entanto, associado a diferentes fatores gestacionais, como: sofrimento fetal anteparto, síndromes hipertensivas maternas e restrição do crescimento fetal (Rades, Bittar & Zugaib, 2004). O quadro clínico dos bebês nascidos pré-termo, principalmente aqueles de menor peso e idade gestacional, é caracterizado por uma imaturidade física caracterizada por: diminuição na atividade muscular e reflexa, deficiência no controle da temperatura corporal, da sucção, da deglutição, da respiração, do aparelho circulatório, da concentração urinária, e uma maior suscetibilidade a infecções (Araújo, 2003). No entanto, este quadro varia conforme o peso e a idade gestacional do bebê. Ainda conforme Araújo (2003), os bebês nascidos com mais de 2000g recebem, na maioria das vezes, os mesmos cuidados dos bebês a termo, enquanto aqueles com menor peso necessitam de incubadoras e outros cuidados especiais para a sua sobrevivência. No entanto, mesmo com todos esses cuidados e com o avanço da Medicina, a mortalidade desses bebês ainda é alta e depende do peso no nascimento e das ocorrências posteriores (Araújo, 2003).

Dessa forma, a prematuridade é ainda a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal (Rades et al., 2004; Silveira et al., 2008). Dentre as complicações neonatais mais frequentes,

destacam-se a asfixia, a síndrome do desconforto respiratório, a sepse, a hemorragia intracraniana e, na pior dos casos, a morte (Rades et al., 2004). Em relação à mortalidade, Duarte e Mendonça (2005) constaram que o uso de ventilação mecânica é um dos principais fatores de risco para a piora do quadro clínico destes bebês devido à sépsis neonatal gerada, muitas vezes, pela sua utilização. Conforme os achados dos pesquisadores, o peso ao nascimento foi outro importante indicador de mortalidade, sendo de maior risco o peso inferior a 1250g, pois quanto maior peso ao nascimento, menor o risco de morte. Outro fator de risco para mortalidade é sexo masculino do bebê, sendo que os autores encontraram em seu estudo uma maior mortalidade em meninos em todas as faixas de peso ao nascimento e idade gestacional, resultado da menor velocidade do amadurecimento global, principalmente, dos pulmões (Duarte & Mendonça, 2005).

Para garantir a sobrevivência, os bebês nascidos pré-termo que necessitam de cuidados médicos são mantidos na UTINeo até adquirirem as condições necessárias para a manutenção das suas funções orgânicas. Conforme Gaíva e Scochi (2005), essa assistência ao prematuro sofreu inúmeras transformações ao longo das décadas, já que o modelo tradicional de assistência era basicamente centrado no bebê 'doente'. Atualmente, as unidades neonatais estão instrumentalizando a equipe de saúde a fim de promover a permanência dos pais junto ao bebê, a liberação de visitas de outros membros da família, a existência de grupos de apoio aos familiares, além de incentivarem a participação da mãe nos cuidados ao filho e na tomada de decisão sobre o tratamento. No entanto, mesmo com estes avanços, na maioria dos hospitais, a visita dos pais e da família ainda é limitada e a inserção da mãe ainda é, muitas vezes, restrita devido à execução de procedimentos, ao horário de visita médica, ao espaço físico limitado e à escassez de recursos humanos (Gaíva & Scochi, 2005).

Mesmo com as mudanças ocorridas ao longo das últimas décadas, a UTINeo ainda concentra-se, principalmente, na recuperação biológica do bebê e na manutenção de sua vida (Gaíva & Scochi, 2005; Pizzoglio, 1999; Wirth, 2000), não havendo muito espaço, inicialmente, para a participação da mãe. Geralmente, apenas quando o bebê é transferido para o cuidado intermediário e sua condição clínica torna-se estável, há preocupação com seu desenvolvimento e estímulo, além de iniciativa da equipe frente à orientação da mãe diante da participação dos cuidados (Gaíva & Scochi, 2005).

A UTINeo é também um ambiente repleto de sensores, monitores, tubos, respiradores, fios e bebês de aparência frágil. Comumente, é também marcada por desencontros entre o bebê e seus pais (Morsch & Braga, 2007). Tudo isso faz com que a vida neste ambiente seja cheia de estímulos agressivos, como luz forte, ruídos monótonos e desconhecidos, cuidados e toques dolorosos que, geralmente, desrespeitam o sono e a tranquilidade do bebê. É um ambiente envolto em situações de estresse pelas dificuldades nos procedimentos e manuseios dos bebês pequenos e frágeis (Wirth,

2000) e pelo conflito sempre presente entre a vida e da morte (Pizzoglio, 1999; Wirth, 2000). Diante desse contexto, os pais e a equipe se utilizam de mecanismos para se defendenderem emocionalmente (Pizzoglio, 1999). A equipe, muitas vezes, acaba por assumir em demasia os cuidados maternos devido às dificuldades no auxílio das mães frente a aproximação de seus filhos (Wirth, 2000). Os pais, por sua vez, podem corroborar com esse quadro, delegando à equipe a total responsabilidade de devolver-lhes o filho vivo, perfeito e curado (Pizzoglio, 1999). O resultado dessa troca de papéis pode ser a dissociação entre a equipe e os pais, gerando competições e queixas. Essas situações, no entanto, se manifestam mais intensamente em momentos nos quais o quadro clínico do bebê está mais grave e o risco de morte mais presente em função do medo e apreensão de todos envolvidos (Wirth, 2000).

Frente ao nascimento pré-termo e à hospitalização, surgem também algumas diferenças no desenvolvimento do bebê prematuro em relação ao bebê nascido a termo. Diversos autores apontam que o bebê prematuro, o qual acaba permanecendo na UTINeo nas primeiras semanas e meses de vida, apresenta algumas particularidades no seu desenvolvimento físico e emocional iniciais. Conforme Maury (1999), essas diferenças são vistas, inicialmente, frente ao atraso no desenvolvimento físico do bebê prematuro após o nascimento. Segundo Maury (1999), o bebê prematuro mostra-se bastante atrasado em relação aos bebês a termos saudáveis pelo fato do desenvolvimento do bebê intra-útero iniciar pelo subsistema autônomo que compreende as funções neurovegetativas vitais (respiração, ritmo cardíaco, cor, aspecto da pele, sinais viscerais). Essas funções básicas são assumidas pela equipe médica em qualquer nascimento pré-termo cujo bebê encontra-se frágil, a fim de assegurar a sua sobrevivência. O autor aponta ainda que este atraso no desenvolvimento ocorre, pois somente após o desenvolvimento do subsistema autônomo são desenvolvidos o subsistema motor e o subsistema de organização dos estados de vigília-sono, que compreende os estados de consciência do bebê. O subsistema de atenção, interação social e comunicação são desenvolvidos apenas por volta das 25-28 semanas de gestação, sendo eficaz apenas após 32 semanas. Esse último sistema encontra-se então, prejudicado nos bebês nascidos antes das 32 semanas de gestação (Maury, 1999).

Em conseqüência desta imaturidade biológica e fase do desenvolvimento, o bebê prematuro possui algumas características específicas ao nascer, as quais são diferentes do bebê nascido a termo. Mesmo com boas condições clínicas, o bebê pré-termo necessita, geralmente, de tempo para adquirir a auto-regulação e o equilíbrio de seu organismo (Maury, 1999; Zornig, Morsch & Braga, 2004). Isso ocorre, segundo os autores, devido às excessivas exigências ao bebê prematuro após o nascimento (como respiração, sucção e manutenção da temperatura corporal), que se constituem em tarefas difíceis para ele. Por estes motivos, o bebê prematuro está sujeito a diferentes perturbações

médicas e angústia respiratória no início da vida que lhe geram, muitas vezes, estresse físico e emocional (Lebovici, 1987). A propósito, seu estado emocional pode ser observado através de alguns sinais.

Como aponta Maury (1999), quando o bebê prematuro está estressado e superestimulado, tem uma perda do estado de equilíbrio que aparece sob a forma de pausas e aceleração do ritmo respiratório, mudanças brutais de cor, gases, salivação excessiva, soluço, tremores, sobressaltos e bocejos. Pode-se notar, também, flacidez motora global, fisionomia sem expressão, braços e pernas flácidos e dedos estendidos. A hipertonidade motora e rigidez também são comuns quando o bebê encontra-se em estresse, bem como estados de vigília e sono difusos, olhar vago, estado de pânico e tensão, os quais caracterizam o comportamento do bebê como sem harmonia e ritmo (Maury, 1999). Para o autor, o desenvolvimento do bebê prematuro depende de um equilíbrio, o qual pode ser observado a partir da pele rosada, da ausência de cianose e manchas roxas e da regulação da respiração e do pulso, dos estados de sono e vigília bem definidos, da apreensão de suas próprias mãos, da aproximação destas à boca e, às vezes, da sucção dos dedos. Seus movimentos são harmoniosos e, quando acordado, seu olhar é vivo e a expressão do rosto animada, sendo capaz de fixar o olhar ao menos por um curto espaço de tempo. Esse estado de equilíbrio dura enquanto os estímulos externos ou as funções internas não ultrapassarem o limiar de estresse da criança (Maury, 1999).

O desenvolvimento e experiência emocionais iniciais dos bebês prematuros e dos bebês nascidos a termo apresentam também algumas diferenças. Winnicot (1975) apontou que o meio ambiente possui um papel vital para a sobrevivência e desenvolvimento do bebê, pois ele encontra-se totalmente dependente desse. A separação ocorre, normalmente, de forma gradativa e conforme o ritmo do bebê e do meio ambiente, que é, num primeiro momento, representado pela mãe. Quando a relação do bebê e da mãe é satisfatória, permite a ela a sensação de onipotência. Ainda conforme Winnicot (2005), o bebê é um fenômeno complexo que inclui seu potencial e seu meio ambiente, havendo uma dependência absoluta entre ambos nos períodos iniciais da vida.

Considerando estas questões, diversos autores descrevem as experiências emocionais do bebê prematuro após o nascimento como também diferentes do bebê nascido a termo. Assim, as condições de cuidados do bebê prematuro, a situação crônica de saúde, a longa internação e o futuro da criança nascida pré-termo se tornaram foco de interesse nos últimos anos (Maury, 1999; Pizzoglio, 1999). No caso do bebê prematuro, a passagem de feto a bebê ocorre de maneira abrupta e potencialmente traumática por não estar pronto para nascer, tanto psíquica quanto biologicamente (Morsch & Braga, 2007). Com isso, a principal necessidade do bebê prematuro, diferentemente do bebê nascido a termo, é a manutenção e bem-estar biológico, enquanto que, num segundo plano

estão as respostas afetivas e sociais frente às estimulações do ambiente e dos cuidados (Zornig et al., 2004).

Junto a isso, o bebê prematuro é, inicialmente, privado do seio e dos braços da mãe e incomodado pelos cuidados e exames. Sua pele é excitada e as funções e órgãos são prematuramente solicitados (Muller-Nix & Forcada-Guex, 2009; Pizzoglio, 1999), o que se torna potencialmente estressante (Mendelsohn, 2005; Muller-Nix & Forcada-Guex, 2009). O parto prematuro também exige dele uma adaptação à vida extra-uterina e uma prontidão às condições impostas pelo nascimento. Além disso, segundo Muller-Nix e Forcada-Guex (2009) as condições genéticas, médicas e neurológicas envolvidas no nascimento pré-termo podem exacerbar as dificuldades socioemocionais e as condições sociais do bebê.

Conforme Winnicott (2006), o bebê prematuro pode perder o valor relativo à experiência do nascimento, que inclui o início da respiração, o contato com o corpo da mãe e os cuidados oferecidos por esta. Isso ocorre, para Winnicott (2005), pois é somente no final dos nove meses de gestação que o bebê se torna maduro o suficiente para o desenvolvimento emocional. Dessa forma, o autor assinala que o bebê prematuro não experimenta muita coisa que seja vital até ter atingido a idade com a qual deveria ter nascido, isto é, algumas semanas depois do parto. Dessa forma, quanto mais avançada à gestação, mais habilitado e competente o bebê está para as trocas interacionais (Zornig et al., 2004). Caso ele não esteja preparado, durante as primeiras semanas de vida, ele tende a utilizar recursos de proteção às invasões e excesso de estímulos do ambiente que podem aparecer através de uma 'apatia protetora', ou seja, ausência de choro, poucas mudanças de estado e respostas vagas (Morsch & Braga, 2007; Mota, Elpídio de Sá & Frota, 2005).

Sendo assim, o bebê nascido pré-termo é privado do fim da gravidez e do ventre materno e tem a incubadora como substituto (Mendelsohn, 2005; Pizzoglio, 1999). Winnicott (2006) assinala que a incubadora busca substituir o ambiente uterino até o momento em que o bebê já está desenvolvido e deixando de tê-la como sua principal necessidade. Além da incubadora, a alimentação dos bebês prematuros também possui particularidades. Ela depende dos critérios médicos e dos aparelhos e não oferece, inicialmente, prazer a ao recém-nascido (Pizzoglio, 1999). O cordão umbilical, em muitos casos, acaba sendo substituído pela sonda e o bebê acaba não conhecendo a fome e o oxigênio toma o lugar do leite para a sobrevivência (Pizzoglio, 1999).

Apesar do quadro clínico dos bebês prematuros de mesmo peso e idade gestacional serem, de forma geral, semelhantes, cada bebê apresenta um ritmo diferente de evolução clínica. Alguns bebês, desde o nascimento, demonstram maior dificuldade para viver, acumulando complicações e resistências ao tratamento (Pizzoglio, 1999). Outros bebês passam por severas complicações e falecem poucas horas após o nascimento. Em outra direção, existem bebês que se mantêm vivos

apesar de inúmeras complicações e intercorrências. Assim sendo, as evoluções clínicas dos bebês variam e os progressos terapêuticos são os que autorizam a equipe a abandonar os procedimentos mais invasivos. Somente ultrapassada a fase de maior risco de vida, é que o bebê prematuro começa a ter experiências semelhantes as do bebê a termo. Sua boca inicia a sucção, a pele passa a ser fonte de prazer diante do contato com os pais, as buscas pela interação se tornam mais frequentes e tomam sentido. O corpo fica mais solto e os membros livres, permitindo o toque em seu próprio corpo (Pizzoglio, 1999).

O aumento da sobrevivência desses bebês prematuros trouxe a necessidade de se compreender também as consequências da prematuridade para a própria criança. Assim, estudos sobre o desenvolvimento neurológico, motor e cognitivo da criança prematura têm sido bastante realizados atualmente (Magalhães, Catarina, Barbosa, Mancini & Paixão, 2003; Meio, Lopes & Morsch, 2003; Rugolo, 2005; Santo, Portuguez & Nunes, 2009; Schirmer, Portuguez & Nunes, 2006; Zomignani, Zambelli & Antonio, 2009). Têm sido realizadas pesquisas sobre o desenvolvimento cerebral (Zomignani et al., 2009), da linguagem (Schirmer et al., 2006), emocional (Fraga, Linhares, Carvalho & Martinez, 2008a, 2008b; Linhares, Carvalho, Machado & Martinez, 2003). Dentre os estudos que investigam o desenvolvimento emocional nos primeiros anos de vida, alguns se propõem a investigar o temperamento, o comportamento (Klein & Linhares, 2007; Pinto, 2009; Santo et al., 2009) e os fatores de risco para o desenvolvimento (Formiga & Linhares, 2009).

Os achados destes estudos mostram que os bebês com menos de 1000g sofrem, comumente, com consequências a curto e em longo prazo, incluindo a mortalidade e os problemas neurológicos (Stoll, 2004). O nascimento prematuro traz implicações para o desenvolvimento anatômico e estrutural do cérebro devido à interrupção das etapas de desenvolvimento pré-natal, podendo gerar prejuízos na vida cognitiva até a vida adulta (Zomignani et al., 2009). Dentre as crianças nascidas pré-termo, aquelas com extremo baixo peso são as mais propensas a anormalidades neurológicas e atraso no desenvolvimento nos primeiros anos de vida (Formiga & Linhares, 2009; Magalhães, et al., 2003; Rugolo, 2005). Porém, além do baixo peso ao nascer, outros fatores tendem a aumentar os riscos de problemas, como, por exemplo, o sexo masculino e as anormalidades clínicas nas primeiras semanas de vida (Formiga & Linhares, 2009; Magalhães et al., 2003).

As dificuldades ao longo do desenvolvimento variam também conforme a idade da criança, sendo que estudos com bebês de zero e dois anos apontam para direções diferentes. Linhares, et al., (2003) avaliaram a partir da Escala de Desenvolvimento e Comportamento da Criança (EDCC), 42 bebês paulistas nascidos pré-termo com menos de 34 semanas de gestação e menos 1500g, dos 6 aos 11 meses de idade. Dentre estes, os pesquisadores identificaram em 35% sinais de risco ou atraso no desenvolvimento. Pinto (2009), investigando com o mesmo instrumento 21 bebês também

de um hospital de São Paulo, com idades entre um e 12 meses, nascidos entre 33 e 36 semanas de gestação, constatou que, a partir do 3º mês de vida, os bebês apresentavam melhoras significativas em relação às suas aquisições desenvolvimentais, permanecendo 23% com alguns déficits no fim do primeiro ano.

A partir de uma revisão da literatura acerca do desenvolvimento de crianças pré-termo até os 24 meses, Formiga e Linhares (2009) constataram que, até o segundo ano de vida, o desenvolvimento motor da criança prematura estava ainda afetado. Nesta mesma direção, o estudo de Fraga et al. (2008a, 2008b) utilizou a Escala Bayley-II com 14 bebês nascidos pré-termo e mostrou que, aos 12 meses, eles apresentavam um pior desempenho na permanência do objeto, linguagem e motricidade ampla. Este pior desempenho cognitivo, no entanto, estava relacionado a um elevado nível de ansiedade materna, ao contrário do desenvolvimento motor amplo.

Pesquisas com crianças pré-escolares descrevem também alguns atrasos no desenvolvimento. Meio et al. (2003), num estudo com 79 crianças pré-escolares entre quatro e cinco anos, de diferentes níveis socioeconômicos, nascidas com muito baixo peso no Rio de Janeiro, constaram, a partir da avaliação com o teste de inteligência Wechsler Preschool and Primary Intelligence Scales (WPPSI-R), um desempenho inferior nos testes cognitivos. Santo et al. (2009) avaliaram também o desempenho cognitivo de 80 crianças entre quatro e cinco anos a partir da Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-Escolar e Primária, da Escala de Connors para Pais Revisada (CPRS-R), do teste de Denver e de exames neurológicos. O estudo foi realizado em um hospital de Porto Alegre e as crianças eram de nível socioeconômico baixo. Os pesquisadores observaram em 32,5% das crianças escores anormais em aritmética e, em 48% sintomas de déficit de atenção e hiperatividade. Schirmer et al. (2006) encontraram também problemas na aquisição da linguagem numa pesquisa incluindo 69 crianças nascidas prematuras aos três anos, num hospital de Porto Alegre. Utilizaram como instrumentos o Bayley-II e Danver II e identificaram atraso no desenvolvimento e na aquisição receptiva e expressiva da linguagem.

As crianças nascidas prematuras em fase escolar também foram investigadas em diferentes estudos. Magalhães et al. (2003) realizaram uma pesquisa com dois grupos de crianças nascidas prematuras e a termo, ambos de nível socioeconômico baixo, quando estas estavam com idades entre cinco e sete anos. Foram aplicados o teste Bender, atividades de acuidade motora, de equilíbrio e tônus. Como resultados, os pesquisadores observaram nas crianças prematuras um desempenho inferior na maioria dos testes aplicados.

Na idade escolar, as crianças comumente apresentam problemas educacionais, comportamentais e psicológicos, como aponta Rugolo (2005) a partir de uma revisão da literatura sobre o desenvolvimento em longo prazo do prematuro extremo. Essas crianças, conforme o autor,



tendem a apresentar baixo peso nos primeiros anos e necessidades de reinternação, podendo se desenvolver fisicamente mais tarde. Conforme Araújo (2003), os prematuros médios costumam alcançar as crianças a termo no desenvolvimento, entre um e dois anos, enquanto que os prematuros de menor peso podem levar quatro ou cinco anos. Isso ocorre devido ao chamado efeito ‘*catch-up*’, ou seja, recuperação ou aceleração do crescimento entre o segundo e o terceiro ano de vida, bastante comum em crianças nascidas prematuras (Rugolo, 2005). Esse crescimento depende, segundo o autor, de diversos fatores, como potencial genético, doenças e complicações da prematuridade, padrão nutricional após a alta, entre outros.

Além de atrasos no desenvolvimento físico, são freqüentes em crianças nascidas pré-termo problemas cognitivos, características de temperamento e comportamento ditos ‘difíceis’ pelos pais, bem como maior emocionalidade negativa (Klein & Linhares, 2007). Geralmente, elas são consideradas pelos pais como mais retraídas, ativas e difíceis de consolar (Rugolo, 2005). Assim, considera-se importante discutir as implicações da prematuridade para a maternidade. Para tanto, faz-se a seguir, uma breve caracterização da prematuridade, buscando-se contextualizar a gestação, o parto e a maternidade neste contexto.

### **1.3 Maternidade e Prematuridade**

A gestação é descrita por muitos autores como um período importante no qual já tem início uma relação entre a mãe e o bebê (Caron, Fonseca & Lopes, 2008; Debray, 1988; Lebovici, 1987; Piccinini, Lopes, Gomes & Nardi, 2008; Wilhelm, 2000; Winnicott, 1980; Tracey, 2002). Lebovici (1987) aponta que as fantasias e os desejos relacionados à maternidade iniciam antes mesmo da gestação e são de extrema importância para a relação posterior da mãe com seu filho. O desejo de ter um filho é, no entanto, um processo contraditório e ambivalente (Debray, 1988; Tracey, 2002) que está relacionado a fantasias, as experiências infantis e as representações internas dos próprios pais (Tracey, 2002). No entanto, com os métodos contraceptivos existentes, as mulheres podem ter o sentimento de que dominam com perfeição a sua fecundidade e que o desejo de ter um filho será cumprido da forma com que desejarem (Debray, 1988).

Em relação à gestação, Winnicott (1990) salienta que, além do desejo pela maternidade e pelo filho serem intensificados nesse período, os nove meses de gravidez são muito úteis para a mulher por permitirem que ocorram transformações psíquicas importantes que a preparam para a chegada do filho. Além disso, a gestação pode ser compreendida a partir de diferentes fases. O primeiro trimestre é marcado, na maioria dos casos, por sintomas físicos, como enjoos, cansaço e sonolência (Raphael-leff, 1997) e pode ser caracterizada como fusional, pois os hormônios necessários para a sobrevivência do feto são ainda totalmente secretados pela mãe (Sezjer, 1999). O

segundo trimestre constitui-se em um momento de reconhecimento do bebê por parte da mãe e pela intensificação das imaginações acerca deste (Raphael-leff, 1997). Conforme Sezjer (1999), é nesse momento que se tem início a autonomia do embrião devido ao surgimento da placenta, que passa a suprir as principais necessidades do feto. Sendo assim, a mãe e o bebê já se encontram separados, apesar de serem ainda dependentes. Conforme Raphael-leff (1997), é no terceiro trimestre que aumentam as fantasias da mãe sobre o parto e a identificação dela com o filho.

A ansiedade, no entanto, pode estar presente em todas as fases da gestação. Estas mostram-se, na maioria das vezes, relacionadas com o início da gestação e seus sintomas, com a formação da placenta e início da separação mãe-feto em torno do 3º mês. A percepção dos movimentos do bebê e do útero, o posicionamento do feto para o nascimento e a proximidade do parto também são capazes de mobilizar intensamente a mãe (Soifer, 1980).

Conforme Winnicott (1980), ainda durante a gravidez a gestante vai se identificando com o filho. Num estudo com 39 gestantes primíparas de Porto Alegre, no 3º trimestre de gestação, Piccinini et al. (2008) constataram que a gestação é uma importante etapa da constituição da maternidade, havendo um exercício ativo do papel materno. Conforme os achados do estudo, o bebê já existia na fala das gestantes, evocava sentimentos e mudanças específicas relacionadas à sua chegada, demonstrando a existência de uma relação e um espaço psíquico materno. Nessa direção, o estudo de Caron et al. (2008), baseado na observação de ultra-sonografias destacou que o bebê, na condição intra-uterina, pode servir como estímulo à capacidade procriativa da mulher, gerando a sensação de força, poder e posse, assim como a ilusão do controle sobre a vida e a morte.

Diversos autores psicanalíticos também destacaram os aspectos emocionais maternos envolvidos no parto a termo. Conforme Sezjer (1999), o parto normal geralmente não se constitui em um trauma para a criança, diferentemente da cesariana que pode ser uma agressão para o bebê. A autora descreve ainda que, quando realizado de urgência, o parto representa uma salvação à força do bebê e/ou da mãe ao preço de uma desconexão intrapsíquica entre a dupla. Semelhantemente, Soifer (1980) salienta que as ansiedades frente ao início do trabalho de parto provêm, comumente, da separação biológica da mãe e do bebê, capaz de gerar sensação de esvaziamento e de castração. Diante disso, nos primeiros dias após o parto, é comum a mãe apresentar sintomas depressivos, tais como retraimento, angústia e apatia; e/ou sintomas maníacos de agitação, impaciência frente à permanência no hospital, a insônia e as fantasias de roubo do filho (Soifer, 1980).

Conforme Winnicott (1980; 1990; 2000), no período pós-parto, a mãe encontra-se vulnerável e sente-se, frequentemente, perseguida e sensível às necessidades do seu bebê. Esse estado psicológico é denominado pelo autor como *preocupação materna-primária* e tem início ainda na gestação. Descrita pelo autor como um tipo de identificação sofisticada da mãe com seu

bebê, a *preocupação materna-primária* se desenvolve gradualmente, resultando em uma sensibilidade aumentada durante e, especialmente, no final da gravidez e primeiras semanas depois do nascimento. A partir desse estado sensível, a mãe passa a ser mais capaz de promover um ambiente suficientemente bom ao filho. Segundo Lebovici (1987), quando a mãe é primípara e jovem, é mais comum que ela atravesse momentos de angústia e depressão leve frente ao filho recém-nascido, o qual demanda atenção e cuidados constantes. As condições do nascimento são também apontadas pelo autor como fatores que contribuem para essas dificuldades e modulações de humor iniciais.

Dolto (1988) enfatiza também que, no período pós-parto, as palavras referidas sobre seu bebê têm grande impacto sobre as mães. A relação da mãe com seu filho, conforme Lebovici (1987), é ambivalente e o estado subjetivo da mãe pode ser subentendido pelos conflitos projetados na criança. Para Dolto (1988), a criança recém-nascida pode ser, desde a sua concepção, alvo de projeções familiares maciças. Isso se daria devido à relação fusional existente no início da vida entre os pais e o bebê, onde os fantasmas e sonhos dos pais poderiam se misturar com a relação estabelecida. Sezjer (1999) assinala ainda que a palavra e o lugar subjetivo da criança frente aos pais e a família, desde os primeiros dias após o nascimento, podem ficar inscritos em seu inconsciente e, em alguns casos, as crianças são capazes de demonstrar tais questões através de sintomas transgeracionais observados ao longo de seu desenvolvimento.

Dessa forma, a maternidade e a relação mãe-bebê nos primeiros anos de vida da criança têm sido também foco de muitos estudos. Para Winnicott (1980), no relacionamento entre a mãe e seu filho forma-se uma dupla e mútuas identificações. Winnicott (2005) diz ainda que essa mutualidade pode representar o começo da comunicação mãe-bebê e permitir a adaptação da mãe às necessidades do filho. Nesse momento, a relação física entre mãe e bebê, envolvendo o contato com os batimentos cardíacos, com a respiração e com o calor do seio, facilita esta condição. Ainda conforme o Winnicott (2005), essa comunicação silenciosa é de confiabilidade e protege o bebê de intrusões da realidade externa, que poderiam ser traumáticas neste período de sua vida. Siksou e Golse (1999) explicam que essa mutualidade projetiva entre a mãe e o bebê possibilita um estado de fusão e de simbiose construtivas, pois preparam o movimento de liberação e de autonomia posterior.

A partir das considerações anteriores acerca da gestação, do parto e da relação inicial da mãe com seu bebê a termo, é importante ressaltar as particularidades do contexto do nascimento pré-termo e da relação inicial da mãe com o filho prematuro. Frente a isso, diferentes autores preocuparam-se em descrever a experiência das mães e da família diante da situação de prematuridade do bebê.

O nascimento pré-termo está, muitas vezes, relacionado à situação de separação da mãe e do filho após o parto, à hospitalização e aos cuidados intensivos ao bebê prematuro. Isso pode representar um momento de angústia para a mãe, a qual se encontra, por vezes, sem a capacidade de cuidar do seu recém-nascido e relacionar-se intimamente com ele. Ao mesmo tempo, a passividade do bebê prematuro, o medo da mãe de perdê-lo, as frustrações frente o nascimento antecipado e os sentimentos de culpa decorrentes da impossibilidade de manter a gestação até o final podem permear também esse contexto (Brazelton & Cramer, 1992; Cramer, 1987; Klaus et al., 2000; Lebovici, 1987).

As percepções e os sentimentos dos pais em relação à internação de seu filho na UTINeo são diferentes para cada família (Lamy, Gomes & Carvalho, 1997; Mittag & Wall, 2004), estando relacionados também às suas experiências e vivências de vida anteriores (Lamy et al., 1997). O estudo de Lamy et al. (1997), realizado com 20 casais jovens de classe socioeconômica baixa, cujos bebês estava internados na UTINeo de um hospital público, teve como objetivo compreender a percepção dos pais sobre a internação do filho. Através de entrevistas com os pais e análise qualitativa, os pesquisadores identificaram medo, angústia, estresse e preocupações frente ao filho e à UTINeo. Mittag e Wall (2004) também entrevistaram pais que se encontravam nesta mesma situação e constaram sentimentos de tristeza, desespero, angústia e depressão.

A partir disso, é possível pensar que o nascimento e a hospitalização de um bebê prematuro podem se constituir em um trauma (Harris, 2005; Wirth, 2000), interrompendo os planos da família, diminuindo a autoestima e aumentando o sentimento de culpa e fracasso dos pais (Wirth, 2000). Junto a isso, pode trazer dificuldades também para a paternidade (Harris, 2005) e para a vida social e rotina do casal, gerando ambivalência frente à necessidade de atenção e cuidados com o bebê prematuro, ao mesmo tempo em que demanda frente às atividades diárias (Zornig et al., 2004).

Diante da situação complexa e intensa constituída pelo nascimento de um bebê prematuro, diversos estudos têm sido realizados a fim de compreender a experiência, a vivência e o sentido da maternidade nesse contexto (Brum & Schermann, 2004, 2005; Correia, Carvalho & Linhares, 2008; Esteves, 2009; Frota, Campos, Pimentel & Esteche, 2007; Moura & Araújo, 2005; Thomaz, Lima, Tavares & Oliveira, 2005; Vasconcelos, Leite & Scochi, 2006). Frota et al. (2007) buscaram investigar, através de entrevistas semi-estruturadas, as crenças e os sentimentos de 11 mães de bebês internados na UTINeo de um hospital público de Fortaleza. Os pesquisadores constataram que o nascimento pré-termo e a hospitalização do filho foram traumáticos para as mães, originando barreiras no relacionamento com o recém-nascido.

Thomaz et al. (2005) realizaram um estudo com 28 mães de bebês a termo e pré-termo para comparar as relações afetivas iniciais, enquanto estes estavam internados na UTINeo de uma

maternidade de Alagoas. Através de entrevistas e observações, os pesquisadores constataram, em ambos os grupos, a presença de relações afetivas entre as mães e seus filhos. No entanto, no grupo de pré-termos, a relação mostrou-se mais difícil devido aos medos frente à perda e a insegurança com os cuidados com o filho.

Além da relação afetiva, a interação entre a mãe e o filho prematuro também pode apresentar singularidades, já que ela, geralmente, não pode tocar e assumir os cuidados iniciais com seu recém-nascido. Scortegagna et al. (2005) investigaram a interação de nove mães e seus bebês na UTINeo, de nível socioeconômico baixo, através de observações e análises quantitativa e qualitativa. Os autores constataram que as trocas entre as díades foram satisfatórias em 55% dos casos, nas categorias corporal e vocal, e em 44% nas categorias visual e facial. A análise qualitativa mostrou ainda que os contatos visual e facial das mães não causaram respostas significativas nos filhos prematuros comparadas aos contatos corporal e vocal, mostrando, assim, as singularidades da interação nesse contexto.

O estudo de Feijó (1998) também buscou comparar duas formas de interação de 12 mães com seus bebês pré-termos sem risco clínico, internados em um hospital de Porto Alegre e os achados apontaram para uma direção semelhante aos anteriores. Conforme a autora, a estimulação tátil da mãe resultou numa maior atividade dos filhos, principalmente nos primeiros dias de vida, enquanto que a verbal não gerou tantas respostas. Feijó (1998) constatou ainda que o excesso de estimulação pode gerar resposta de estresse no bebê, sendo benéficas apenas quando não excessivas. Feldman e Eidelman (2007) examinaram a relação entre o comportamento materno pós-parto e a sincronia entre o bebê e os pais nos três primeiros meses de vida. Nesta pesquisa, participaram 108 bebês prematuros israelenses nascidos com o peso entre 1000g e 1500g, sendo destes 56 pré-termos e 52 a termos, de classe socioeconômica média. Os pesquisadores compararam os dois grupos e a prematuridade se mostrou relacionada com um alto nível de depressão e menos comportamentos maternos de interação após o nascimento do bebê.

Além da interferência da prematuridade na relação e interação da mãe com seu filho, estudos apontam que o vínculo pode também vir a ser prejudicado pelas condições iniciais de separação, potencial perda do bebê (Feldman, Weller, Leckman, Kuint & Eidelman, 1999) e pela dificuldade inicial de amamentação (Flacking, Ewald & Starrin, 2007). Como exemplo disso, tem-se o estudo de Feldman et al. (1999), que buscou verificar o vínculo materno de 91 mulheres israelenses divididas em três grupos, sendo eles: de bebês nascidos a termo saudáveis, de bebês nascidos pré-termo com baixo peso e de bebês nascidos pré-termo com muito baixo peso. Os autores identificaram que as dificuldades no vínculo das mães com seus filhos recém-nascidos se mostraram relacionadas com a separação inicial e potencial perda do filho, independente do peso do

bebê ao nascimento. Dessa forma, bebês com maior risco de morte tenderam a gerar nas mães mais dificuldade de envolvimento e investimento emocional, sendo ou não prematuros (Feldman, et al., (1999). Assim, o envolvimento emocional da mãe com o seu bebê prematuro constitui-se num desafio, já que, muitas vezes, o sentimento de culpa é tão intenso que deixa a deixa bastante confusa. O tempo de internação parece longo e os dias são contados a partir do ritmo do ganho de peso do bebê. Além disso, a incubadora passa a substituir a função do útero materno (Mathelin, 1999).

Além das dificuldades na relação da mãe com seu filho prematuro, o nascimento pré-termo pode também ser capaz de interromper e atrapalhar a dinâmica entre a fusão e a separação mãe-bebê da gestação, facilitada pelos movimentos do feto no útero. Isso, pois ocorre, nestes casos, uma ruptura do processo de individuação e uma interrupção da fantasia materna de simbiose com o filho, comuns neste período (Tracey, 2002). Assim, essa descontinuidade temporal resultante do parto antecipado pode ser traumática para a mãe e para o bebê (Brum & Schermann, 2004; Tracey, 2002; Wirth, 2000; Zornig et al., 2004), pois há um rompimento abrupto e inesperado do vínculo da mãe com o filho na gestação (Wirth, 2000).

Pode-se pensar, então, que tanto o bebê quanto a mãe encontram-se incompletos após o nascimento pré-termo e, além disso, a mãe fica sem contato íntimo com o filho, precisando esforçar-se para se vincular a ele (Wirth, 2000). Por este motivo, verifica-se a importância das equipes de saúde oferecer acolhimento e informações às mães sobre as reais capacidades de interação do seu recém-nascido prematuro, a fim de facilitar a formação do vínculo (Brum & Schermann, 2004).

Considerando essas questões, alguns hospitais incentivam o Método Mãe-Canguru, onde a mãe passa alguns minutos ou horas com o bebê junto ao calor do seu corpo. Também como aponta Sezjer (1999), em algumas unidades neonatais, as mães podem permanecer hospitalizadas junto ao bebê, tendo alta apenas no momento de levar o filho para casa. Kleberg, Hellström-Westas e Widströma (2007) compararam dois grupos de mães suécas, sendo 12 pertencentes ao cuidado assistido Mãe-Canguru e 13 da assistência convencional da UTINeo. Os autores buscaram compreender as atitudes e percepções da mãe sobre a maternidade e cuidado neonatal nessas duas experiências de internação. Os resultados mostraram que o método Mãe-Canguru auxilia no vínculo da mãe com o bebê, pois, a partir da proximidade física com os bebês, as mães tendem a ter maior contato olho no olho, experienciar maior suporte físico e emocional e apresentar mais ansiedade frente ao filho, considerada pelos autores como um sinal do início do apego materno. Apesar dos benefícios, esse método é, geralmente, destinado apenas àqueles bebês prematuros que apresentem baixo peso ao nascer ou ainda uma patologia pouco severa (Sezjer, 1999).

Além disso, não são todas as equipes que incentivam o Método Mãe-Canguru e não são todos os hospitais que contam com recursos para o programa de assistência Mãe-Canguru, no qual as mães podem permanecer por um período de tempo, geralmente antes da alta, internadas junto aos filhos. Por exemplo, dos três hospitais públicos onde está sendo realizado o projeto PREPAR, do qual foi baseado o presente estudo, apenas um deles conta com uma equipe especializada no programa e em um espaço físico adequado para receber as mães e seus filhos. Junto a isso, verifica-se que nem todos os bebês são indicados para este método e para o programa. Os bebês de menor peso ou com o estado clínico mais grave não podem, muitas vezes, saírem da incubadora devido aos aparelhos e precisam permanecer um período maior na UTINeo antes de participarem do programa Mãe-Canguru.

Todos os cuidados frente ao vínculo da mãe com o seu recém-nascido prematuro são importantes já que o período após o nascimento do bebê é, por si só, depressivo para a mãe (Tracey, 2002). Para a autora, esses sentimentos depressivos ocorrem em função da perda das sensações de plenitude e completude da gestação, que é intensificada pelo nascimento de um bebê imaturo que corre risco de vida. A defesa materna contra a intrusão do parto prematuro é, muitas vezes, a alienação frente ao recém nascido e o sentimento de indiferença ao bebê (Tracey, 2002).

Conforme Mendelsohn (2005), a capacidade materna de *revêrie* pode ser também profundamente modificada com a internação do bebê na UTINeo, devido ao prejuízo das interações iniciais. A *preocupação materna-primária* também pode sofrer interferência, transformando-se em preocupações e culpabilizações da mãe pela situação do filho (Tracey, 2002). Além disso, em alguns casos, esse estado psicológico sensível é prejudicado pelas poucas capacidades do bebê para a interação (Esteves, 2009; Wirth, 2000) e do medo da mãe em tocá-lo e pegá-lo após o nascimento (Esteves, 2009). O medo de perder o bebê, os sentimentos de incapacidade e a culpa por não ter conseguido chegar até o final da gestação podem também ser intensificados no contexto da prematuridade (Dornelles, 2009).

Morsch e Braga (2007) assinalam ainda o surgimento da *preocupação médico-primária* nos casos dos bebês hospitalizados. Segundo as autoras, essa pode aparecer através da preocupação das mães em ocupar uma função médica junto ao filho, pela necessidade em permanecerem ao lado da incubadora, e examinar os aparelhos e os prontuários. Essa preocupação pode ser uma maneira provisória de a mãe exercer a maternidade e envolver-se com seu filho diante das dificuldades da situação, estando ao lado da *preocupação materna-primária* (Morsch & Braga, 2007).

Essas condições emocionais podem ser explicadas, segundo Lebovici (1987), pelo fato das mães de bebês prematuros hospitalizados encontrarem-se, geralmente, em um momento de intenso sofrimento emocional. Neste, dificuldades da mãe no exercício da maternidade podem surgir diante

de um bebê denominado pelo autor como ‘decepcionante’. Frente a esse sentimento, Lebovici (1987) aponta que o aparelho psíquico materno pode, para defender-se, limitar o trabalho de investimento no recém-nascido. Na mesma direção, Harris (2005) refere que, na tentativa de superar o trauma do nascimento pré-termo, as mães procuram proteger a si mesmas, utilizando mecanismos psicológicos como a cisão entre a vida e a morte, que pode ter um efeito negativo no relacionamento posterior com a criança.

O nascimento pré-termo pode, então, ser um obstáculo para a mulher que está tentando estabelecer uma identidade materna (Stern, 1998) e, mesmo quando os problemas do bebê são imaginados na gestação, podem ser um choque (Cunha, 2000; Maury, 1999; Stern, 1998). Conforme Tracey (2002), após o nascimento do filho prematuro, a mãe passa por uma confusão em relação à sua identidade de gestante. No período pós-parto, ela necessita de cuidados e apoio emocional ao mesmo tempo em que precisa atender a um bebê recém-nascido prematuro que corre risco de vida e que precisa de sua total atenção e investimento (Tracey, 2002). Assim, pode-se observar, em alguns casos, dificuldades no estabelecimento de uma relação simbólica da mãe com seu filho, que permita a ela reconhecer-se como mãe daquele bebê específico (Zornig, et al., 2004). Assim, mesmo ao lado do filho, as mães sentem-se, muitas vezes, distantes dele (Mendelsohn, 2005). Conforme Warren (2002), muitas delas referem que seu filho está melhor na incubadora ao invés do útero, demonstrando seu sentimento de incapacidade e impotência frente à situação.

Klaus et al. (2000) assinalam ainda que é muito comum, diante da visita ao bebê na UTINeo, as mães estarem ansiosas a respeito da saúde do filho, preocupadas com as anormalidades e culpadas por ter gerado um bebê incompleto, frágil e imperfeito. Além do mais, a mãe teme, muitas vezes, que possa prejudicar seu próprio filho com a sua aproximação e toque (Klaus, et al., 2000). Feijó (1998) constatou nas mães de seu estudo, sentimentos de culpa e frustração pelo nascimento pré-termo, além de estresse. A autora observou ainda que as mães mostraram-se apreensivas frente ao toque e ao manejo com os filhos, devido à fragilidade do recém-nascido e ao medo de machucá-lo. Esses sentimentos, porém, costumam ser mais intensos no início da internação e se tornam mais sutis com o decorrer dessa e em contato com o bebê (Feijó, 1998).

Gaíva e Scochi (2005), por exemplo, observaram em um estudo qualitativo realizado em um hospital de Cuiabá, cujo objetivo foi analisar a participação da família nos cuidados com o bebê na UTI neonatal, que esses temores iniciais encontram-se relacionados com as características da UTI e com a dificuldade da mãe em assumir os cuidados com seu bebê recém-nascido. As autoras constaram ainda que, inicialmente, quando o bebê prematuro é de alto risco, as mães geralmente permanecem expectadoras ao lado do leito, pois o cuidado e a participação materna não é prioridade para a equipe. A inserção da mãe ocorre, frequentemente, quando o quadro clínico do filho passa a



ser considerado estabilizado pela equipe e a criança já encontra-se no cuidado intermediário e de médio risco. Segundo os achados de Gaíva e Scochi (2005), a partir desse momento, a mãe passa a assumir a troca de fraldas, a higiene e a alimentação do filho. Sua participação, no entanto, pode ser vista pela equipe como uma obrigação, sendo que a sua ausência gera, frequentemente, cobranças dos profissionais de saúde.

O estado emocional materno durante a internação do bebê prematuro foi também bastante investigado. Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte e Martinez (2004) constaram que, de 43 mães de bebês pré-termo de muito baixo peso internados em um hospital de Ribeirão Preto, 44% apresentavam escores indicando sintomas de ansiedade e depressão durante a hospitalização do bebê. Como aponta Tracey (2002), a depressão no período pós-parto é muito mais severa nos casos de nascimento pré-termo e pode durar por meses ou anos após a recuperação do bebê. É comum as mães apresentarem também sintomas do transtorno de estresse pós-traumático, como lembranças traumáticas, hipervigilância, dificuldade de dormir e pesadelos (Mendelsohn, 2005). No entanto, Cruvinel e Macedo (2007), em um estudo realizado em São Paulo, cujo objetivo foi avaliar mudanças nos estados de humor de 60 mães de bebês pré-termo no Método Mãe-Canguru e na UTINeo, constataram que as mães participantes do Método Mãe-Canguru tiveram uma melhora no humor, comparadas com as mães do grupo da UTI neonatal.

Apesar de diversos autores se atentarem para as dificuldades e obstáculos para a mãe provenientes do nascimento pré-termo e da hospitalização do bebê, alguns estudos apontam para outra direção. A pesquisa de Mittag e Wall (2004) mostrou que, apesar do susto inicial gerado pelo nascimento pré-termo e pela internação na UTINeo, na medida em que os pais foram recebendo orientações e participando dos cuidados com o filho, tornaram-se mais ambientalizados com a UTINeo e mais confiantes frente às condições do bebê. Os equipamentos e os cuidados de rotina passaram também a serem considerados normais pelos pais (Mittag & Wall, 2004), sendo que, para alguns, a incubadora deixou de ser considerada um obstáculo e passou a ser vista como proteção ao filho (Lamy et al., 1997).

Conforme Mittag e Wall (2004), essas mudanças ocorrem devido ao processo de adaptação dos pais e orientações da equipe, as quais amenizam o medo, a angústia e o desespero, e aumentam a confiança dos progenitores. Porém, outro fator importante para a adaptação dos pais é o quadro clínico do filho. Na medida em que se estabiliza clinicamente, o bebê é transferido para o cuidado intermediário de médio risco e as intervenções complexas e invasivas diminuem e, assim, os pais são convidados a participarem mais dos cuidados com o filho e a relação com a equipe se torna mais harmoniosa (Gaíva & Scochi, 2005). O apoio da família, porém, é também importante para a superação por parte dos pais (Cunha, 2000).

Conforme Mathelin (1999), cada nascimento pré-termo tem uma história diferente a ser compreendida que não pode ser vista como uma relação de causa e efeito. Na medida em que a experiência e a adaptação dos pais são singulares, seus sentimentos, reações e vivências, também são únicos (Harris, 2005; Mittag & Wall, 2004). Dessa forma, o contexto da prematuridade e vulnerabilidade do filho pode tornar-se também uma oportunidade de amadurecimento e vínculo para as mães (Black, Holditch-Davis & Miles, 2008). Como mostra a pesquisa de Black et al. (2008), com 34 mães de bebês prematuros da Carolina do Norte, cuja finalidade foi compreender a maternidade diante da situação de fragilidade do bebê. Os resultados do estudo mostraram a existência de uma significativa ligação afetiva das mães com seus bebês prematuros após a experiência de hospitalização.

Essas diferenças nos achados das pesquisas podem ser compreendidas a partir das singularidades dos casos e da multiciplidade dos fatores envolvidos. Conforme Lebovici (1987), por mais que a prematuridade seja um fator de risco para dificuldades interativas, não se pode concluir que todas as díades mãe-bebê prematuro apresentam dificuldades. A grande maioria chega a estabelecer uma interação harmoniosa, pois o bebê e a mãe realizam mecanismos capazes de lutar contra as dificuldades iniciais (Lebovici, 1987), como aponta o estudo de Teixeira e Leal (2008), desenvolvido com o objetivo de identificar as expectativas maternas de 61 mães, divididas em dois grupos, com bebês nascidos a termo e pré-termo. Os dados foram coletados no pós-parto e no primeiro mês após a alta, através do Neonatal Perception Inventory (NPI) e não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos em relação às atitudes e expectativas maternas. No entanto, apareceu nos resultados uma maior prevalência de expectativas negativas entre as mães que permaneceram mais tempo afastadas de seus bebês, independente de serem prematuros (Teixeira & Leal, 2008).

Assim, a prematuridade pode ser considerada como um fator de risco para problemas na relação inicial mãe-bebê, e seu conhecimento permite o desenvolvimento de ações preventivas, ou seja, escuta dos pais sobre seus temores, dificuldades, angústias e culpas (Lebovici, 1987). Além disso, o nascimento pré-termo pode apresentar implicações e dificuldades para o exercício da maternidade, inclusive para as representações maternas sobre o bebê, mas não, necessariamente, esse será o resultado. Por este motivo, a importância de se investigá-las no contexto da prematuridade ao longo dos primeiros meses de vida do bebê.

#### **1.4 O bebê imaginário e o bebê real**

As representações parentais, particularmente as da mãe sobre o bebê e sobre si mesmas, têm sido destacadas por diversos autores psicanalíticos por serem importantes na determinação das

relações posteriores da mãe com o filho (Stern, 1995). Para Stern-Bruschweilwe e Stern (1989), essas representações envolvem atribuições, distorções, fantasias e outras formas de construções que podem ou não ser acuradas frente à criança real. As representações, para Stern (1995), indicam a existência de dois mundos paralelos na maternidade – o real (externo) e o imaginário (subjetivo e das representações) – que incluem experiências de interação, fantasias, esperanças, medos, sonhos, memórias de sua infância, modelos parentais e profecias frente ao futuro da criança. Ainda para Stern-Bruschweilwe e Stern (1989), as representações maternas incluem a representação da criança e a representação da mãe sobre si mesma na função da maternidade.

Brazelton e Cramer (1992), por sua vez, denominam de interações imaginárias as interpretações subjetivas dos pais em relação aos filhos. Estas podem ser identificadas por meio do que eles dizem sobre a criança, sobre a maternidade e paternidade, e sobre a sua vida emocional. Para os autores, desde a gravidez, o que o bebê (ou feto) faz, já está integrado numa rede de significados. Desta forma, a percepção do bebê sobre o seu próprio comportamento será, assim, co-determinada por estas atribuições parentais. Nesse sentido, os autores salientam que as representações da criança sobre si mesma serão, em grande medida, modeladas pelas expectativas, ideais e predileções dos pais (Brazelton & Cramer, 1992).

Numa perspectiva semelhante e utilizada como linha teórica central do presente estudo, Lebovici (1987) destaca que o sistema mental do bebê é constituído a partir do cuidado e das fantasias maternas, sendo influenciado pela mãe assim como a mãe é influenciada por ele. Sendo assim, a mãe tem a capacidade de antecipar, de criar, de interpretar e dar sentido ao comportamento e às manifestações do filho. Essas habilidades maternas são definidas pelo autor como interações fantasiosas, as quais são reafirmadas, muitas vezes, por comportamentos da mãe em relação ao seu bebê, iniciando a partir da criança imaginária da gestação.

O bebê imaginário e o bebê real são apontados por diversos autores psicanalíticos quando se trata da gestação e relação inicial mãe-bebê. Conforme Lebovici (1987), autor de referência para o tema, essas são representações maternas constituídas na gestação e transformadas a partir do nascimento do bebê, do contato com as características reais deste e da relação da mãe com seu recém-nascido. Para o autor, existem três crianças no psiquismo materno: a da fantasia, a qual provém de conteúdos e conflitos inconscientes da mãe, a imaginária e a da realidade, que serão descritas detalhadamente a seguir. Apesar de serem distintas, essas três crianças do psiquismo materno se complementam numa tríplice dimensão. Para Lebovici (1987), estas representações podem ser identificadas através da vida fantasiosa e das descrições e associações maternas, já que é através da fala da mãe e das suas identificação com o filho, que ela o sente, percebe, cria, compreende e concede as mais diversas características. O bebê, no entanto, também possui um

papel importante neste processo, pois é quem provoca essas fantasias, principalmente nos primeiros meses de vida. Passado esse período, ele torna-se mais capaz de agir autonomamente e se colocar frente à sua própria vida (Lebovici, 1987).

O bebê da fantasia é apontado por Lebovici (1987) como resultado das vivências maternas diante da sexualidade infantil, do complexo de Édipo e das identificações da mãe com seus próprios pais. Constitue-se nas fantasias primitivas e, na maioria das vezes inconscientes, da mãe acerca do desejo de ter um filho. O bebê imaginário é, por sua vez, descrito por Lebovici (1987) como resultado de referências verbais da mãe, durante a gestação, sobre o desejo de ter um filho e o desejo da maternidade. Essas representações podem ser intensificadas com o decorrer da gestação, através dos movimentos do feto, da imaginação do sexo e do aspecto do bebê e da própria função materna.

Outros autores também descrevem esse bebê da gestação, nomeando-o, muitas vezes, diferentemente. Numa direção semelhante de Lebovici (1987), Raphael-leff (1997) salienta que a maioria dos pais começa a atribuir características ao filho, tais como sexo, aparência e personalidade a partir dos ritmos e reações do bebê no útero e de fantasias acerca deste. Esse processo, porém, é bastante variável. Enquanto muitos pais têm desejos conscientes frente às características de seu filho, outros não demonstram preferências, descrevendo apenas o que não desejam para tal. Mesmo sendo variável, esse processo caracteriza o início do reconhecimento do que Raphael-leff (1997) denomina de bebê fantasiado.

Conforme Lebovici (1987) a escolha do nome do filho é um dos fatores que o conduz ao lugar onde ocupa na vida fantasiosa da mãe, sendo que, quando ocorrida na gestação, pode também indicar uma preferência pelo sexo. Esse processo de reconhecimento do bebê na gestação desperta ansiedades em muitas mães (Soifer, 1980), sendo que essas podem começar a preparar o lugar do bebê, a ficarem ansiosas pela sua vida e temer que nasça com algum problema (Lebovici, 1987). Isso ocorre, pois o bebê é para a mãe, ao mesmo tempo desconhecido e protegido, gerando uma sensação de completude e ansiedade (Lebovici, 1987).

Soulé (1987) também descreve o filho da gestação como bebê imaginário. Para ele, este é um bebê onipotente, com todas as qualidades: a capacidade de realizar os desejos maternos, carregar o mundo em suas mãos, devolver o poder à mãe e ser um 'rei'. Para o autor, o bebê imaginário é um objeto psíquico inatacável, que pertence ao imaginário materno. Assim, a gravidez é um momento onde o filho, como ser figurado e distinto, ainda não tem um lugar próprio, pois está ligado ao desejo da mulher de verificar seu bom funcionamento e integridade corporais (Soulé, 1987). Semelhantemente a esse bebê descrito por Soulé (1987), Debray (1988) descreve o bebê da fantasia. Segundo a autora, ele surge com a notícia da gravidez, sendo também onipotente, dos

sonhos, dotado de todos os poderes, de todas as qualidades e de ambos os sexos. Raphael-leff (1997) salienta ainda que, mesmo antes da concepção, o bebê desconhecido já está no psiquismo da mãe, envolvido em ilusão e tem seu lugar delineado entre figuras primitivas do mundo interno materno. Esse bebê, no entanto, pode ser modificado diversas vezes durante a gravidez a partir de informações sobre o sexo, por exemplo (Debray, 1988).

A fim de investigar as expectativas e os sentimentos de mães em relação ao filho, foi realizado um estudo com gestantes primíparas porto-alegrenses no último trimestre de gestação (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Os pesquisadores constataram que os bebês, na gestação, estavam relacionados a diversos fatores tais como: as características da mãe ou do pai, o desejo ou preferência, a percepção dos movimentos fetais e o estado emocional materno. As mães também demonstraram preferência por um dos sexos e culpa quando esta não se confirmava. A interação da mãe com o filho, na gestação, apareceu através dos movimentos fetais, das preocupações frente à saúde dele e da imaginação acerca de suas características físicas e psicológicas, os quais permitiam à mãe nomeá-lo e torná-lo mais real, possibilitando maior investimento e o exercício da maternidade (Piccinini et al., 2004).

A construção desse bebê imaginário é importante, pois se refere à capacidade da mãe em utilizar seu próprio narcisismo para construir um filho que será tomado por seu desejo (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007). Raphael-leff (1997) aponta ainda que o bebê imaginário pode representar também um aspecto sombrio da realidade dos pais quando concebido para desempenhar o papel de salvador e reparador.

Em relação às representações durante a gestação, Bernardi, Tenenbaun e Detey (2005) salientam que podem indicar a existência de possibilidades múltiplas e mutantes para o filho que está por nascer. Essas representações comumente se alternam e são distintas, complementares e antagônicas, se movimentando como os próprios autores denominam, tal como uma 'maré representacional'. Esse fenômeno tem a função de preparar a mãe para as múltiplas características ainda não definidas da criança, mantendo em seu psiquismo um estoque de representações que permitem que ela sinta o filho como próprio e esperado, apesar dos imprevistos. Essas representações tendem, por sua vez, a escapar da consciência da mãe no período do puerpério (Bernardi et al., 2005).

A importância de se compreender as representações maternas vem da sua influência destas no comportamento dos pais frente ao filho e, assim, da sua potencial interferência no desenvolvimento infantil (Stern, 1995). Essa relação foi observada no estudo de Thun-Hohenstein et al., (2008) com 73 mulheres austríacas, no terceiro trimestre de gestação, o qual teve como objetivo relacionar as representações pré-natais com a interação da mãe e do filho, no terceiro mês após o

parto. Os resultados mostraram que as representações pré-natais sobre a criança foram preditoras da habilidade regulatória da mãe e do comportamento de interação com o filho, especialmente durante a interação face a face. Além da importância das representações para o comportamento materno frente ao filho, Bernardi et al. (2005) salientam que a existência, na gravidez, de representações maternas múltiplas, móveis e alternadas possibilita diversas alternativas para a criança real. Assim, as representações durante a gestação podem constituir um espaço na mente da mãe capaz de conter as manifestações autônomas do filho e prepará-la para o inesperado e estranho (Bernardi, et al., 2005).

Considerando essas questões, têm-se discutido, em alguns estudos, a influência da ecografia para o psiquismo materno e para a relação mãe-bebê. Lebovici (1987) apontou que essa tecnologia oferece novas possibilidades de figuração às representações da criança imaginária. Isso, pois desde a gestação e a percepção dos movimentos do feto, a mãe mantém tanto relações reais quanto imaginárias com o bebê, mantendo-se já atenta às suas condições e futuro (Lebovici, 1987). Caron, Fonseca e Lopes (2008) assinalaram que o processo de desidealização do bebê imaginário pode iniciar na gestação e ser um fator importante para a redução das expectativas e idealizações, além de facilitar a aceitação da mãe frente às limitações reais do filho. Para as autoras, a ultrassonografia pode possibilitar também o contato da mãe com aspectos do bebê, tais como: o desamparo, o desconhecido, a dependência, a fragilidade, os medos e as incertezas, o que pode gerar um grande impacto emocional para a gestante.

Conforme Debray (1988), a descoberta do sexo do bebê durante a gestação pode constituir-se num desabamento traumático quando gera uma decepção muito intensa na mãe. Para Raphaelleff (1997) a ultrassonografia e o conhecimento das características do filho, ainda na gestação, podem perturbar o processo primitivo das fantasias maternas por diminuírem seu caráter misterioso. Em contrapartida, Piccinini et al. (2004) constataram que, para muitas gestantes, os dados reais sobre o bebê adquiridos durante a gestação, serviram de base para mais expectativas e sentimentos maternos, e se relacionaram com as representações sobre o bebê, não reduzindo o investimento no bebê imaginário.

Relacionado ao bebê imaginário está o bebê real. Este também foi descrito por Lebovici (1987) como o bebê fruto do nascimento, que confronta o bebê imaginário e torna-se uma cópia decepcionante deste. Por ser um “prolongamento de si aos olhos da mãe” é, ao mesmo tempo, um objeto subjetivo e um objeto real, desconhecido e estranho (Lebovici, 1987, p.123).

Os resultados do estudo de Piccinini et al. (2004) mostram que o bebê real pode ter a origem já na gestação a partir dos movimentos e das características reais do feto, principalmente no terceiro trimestre. A gestação seria, então, um período de transição entre o bebê imaginário e o real

(Piccinini et al., 2004). A partir dessa idéia, tanto o bebê imaginário quanto o bebê real teriam início na gestação e se manteriam juntos na mente da mãe após o nascimento da criança.

Por ser diferente do bebê imaginário, essa criança real recém-nascida pode provocar inquietude e encantamento que a conduzem à criança das fantasias da mãe (Lebovici, 1987). Após o nascimento, antigos esquemas maternos presentes na gestação reaparecem e tem a possibilidade de serem reelaborados pela mãe a partir do contato real com o filho (Stern, 1995). Por outro lado, as dificuldades, frustrações e limitações da maternidade, negadas frente ao bebê imaginário, podem acompanhar o bebê real, como mostra a pesquisa de Ferrari (2003). A autora constatou que é comum a mãe ver o filho com estranheza após o nascimento e relacionado com dificuldades e frustrações. Esse processo, por sua vez, tende a ser mais intenso em gestantes primíparas que demonstram maiores expectativas e sentimentos relacionados a um bebê ideal, como encontrado no estudo de Coldebella (2006). Isso pode ser resultado, segundo a autora, do fato das mães com mais de um filho já terem passado pelo confronto entre o bebê imaginário e o bebê real com o nascimento do primeiro bebê, o que reduz a idealização. As primíparas, ao contrário, estariam desenvolvendo a maternidade e sofrendo mudanças profundas no seu papel e na sua personalidade, o que caracterizaria o processo como mais intenso (Coldebella, 2006).

Após o nascimento e o contato com o bebê recém-nascido, é importante que a mãe consiga elaborar a perda do filho imaginário sob a presença do filho real e investir precocemente em seu filho (Lebovici, 1987; Soulé, 1987). Geralmente isso ocorre de forma natural, pois os pais sentem a necessidade de se reconciliar com o filho real e desinvestir no bebê imaginário e perfeito (Brazelton & Cramer, 1989). Mas, para que isso aconteça, Lebovici (1987) aponta para a necessidade de a mãe manter alguns aspectos do bebê imaginário no bebê real, e modificar as representações sobre o bebê imaginário de acordo com as características do recém-nascido (Lebovici, 1987). Esta reestruturação se faz fundamental para a interação mãe-bebê (Ferrari et al., 2007), pois o nascimento pode evocar novas representações não só sobre o bebê real, mas também sobre a mãe real (Stern, 1995).

Para Soulé (1987), o investimento no recém-nascido e a elaboração da perda do bebê imaginário podem ser facilitados ou não pela saúde da criança, pelo contato e interação mãe-bebê após o nascimento, e pelas condições gestacionais e de parto. Quando o bebê é saudável e a mãe consegue estabelecer um contato com o filho após o parto, há uma facilitação do surgimento da ilusão materna sobre o filho e da capacidade da mãe em depositar as qualidades do bebê imaginário nesse bebê real, importantes para uma boa relação (Soulé, 1987).

Além desses fatores, Ferrari et al. (2007) salientam que a capacidade materna de reorganização mental pode influenciar também o processo, já que, tão importante quanto à construção psíquica do bebê imaginário é a reestruturação deste a partir das suas diferenças com o

bebê real. Por mais o bebê imaginário seja o responsável por guair a mãe nas interpretações das primeiras necessidades do recém-nascido, a mãe precisa deixar um espaço em seu psiquismo para as imprevisibilidades decorrentes do nascimento. Será nesse espaço que o recém-nascido poderá surgir e se desenvolver como sujeito diferente daquele bebê idealizado (Ferrari et al., 2007). Com o nascimento do filho, a mãe precisa também elaborar a perda de seu estado de gestação e de portadora de um bebê perfeito e ideal, aceitando as contradições existentes entre os dois bebês e reorganizando-se psiquicamente (Lebovici, 1987).

Conforme Debray (1988), sintomas depressivos são comuns no período pós-parto, pois mesmo quando o bebê real corresponde à maioria das expectativas da mãe, há um processo de luto, já que a mãe se depara com a perda do bebê que se mantinha vivo em seu interior durante a gestação. Esse movimento psíquico dependerá, no entanto, de fatores como a capacidade materna de reconhecer, tolerar e verbalizar essa experiência depressiva, que envolve angústia, conflitos psíquicos e interpessoais (Debray, 1988). Junto a isso, a mãe precisa também enfrentar e manejar seus medos frente à possibilidade de causar danos ao bebê frágil recém-nascido e aprender a tolerar e obter satisfação frente às enormes exigências e condição de total dependência do filho (Zavaschi, Costa & Brunstein, 2001).

Conforme Lebovici (1987), a mãe passa por um período de intenso trabalho psíquico que provém de uma prova de realidade, ou seja, do nascimento do bebê. Dessa forma, pode-se observar, em alguns casos, reações maternas de decepção frente à descoberta do sexo ou de características físicas do bebê recém-nascido, o que geralmente passa em alguns dias (Lebovici, 1987). Para Debray (1988), os primeiros ajustamentos espontâneos mãe-bebê ocorrem progressivamente e demonstram que o bebê imaginário e o bebê real não estavam demasiadamente distantes e que a desilusão e decepção iniciais foram negociadas sem muito sofrimento. Para a autora, isso ocorre quando as representações da mãe são amplas e incluem também características encontradas no bebê real. Na verdade, todos os pais sentem-se mais ou menos desapontados e frustrados com seu bebê recém nascido, sendo esse sentimento normal para o processo inicial (Brazelton & Cramer, 1989; Soifer, 1980). O grau de normalidade ou dificuldade do processo irá depender da capacidade dos pais em considerarem, com o tempo, o bebê como ser individual e único (Brazelton & Cramer, 1989).

A elaboração do luto frente à perda do bebê imaginário e o confronto com o bebê real vêm, comumente, seguidos do estabelecimento do vínculo da mãe com este último, já iniciado na gestação. Essa elaboração permite que a mãe abra caminho em sua vida mental para este novo bebê, sendo capaz de introduzir no filho, desejos, esperanças e sentimentos (Lebovici, 1987). A formação do vínculo inicial se refere ao investimento emocional dos pais em seu filho e cresce,



principalmente, a partir de experiências significativas e prazerosas (Klaus & Kennel, 1993; Klaus et al., 2000). As primeiras semanas de vida do bebê são fundamentais para isso, sendo que a interação da mãe com o recém-nascido pode facilitar o contato, reduzir os distúrbios da maternidade e ajustar o bebê imaginário ao bebê real (Klaus & Kennel, 1993; Klaus et al., 2000).

Em algumas situações, no entanto, o bebê real pode ser extremamente decepcionante para a mãe e dificultar seu trabalho de elaboração, ocasionando patologias do vínculo (Soulé, 1987) e aumentando em demasia as frustrações inerentes da relação inicial (Lebovici, 1987). Nesses casos, o bebê imaginário da gestação pode permanecer idealizado e o bebê real se tornar fonte de uma intensa frustração das expectativas (Caron et al., 2008). Conforme as autoras, se isso ocorrer, o filho real pode ser vítima de ataques hostis, acabando por ser eliminado do psiquismo materno devido à tirania do bebê imaginário. Assim, caso as fantasias terroríficas em relação ao bebê imaginário forem demasiadamente intensas, poderão se manter presentes após o nascimento, dificultando o reconhecimento da mãe frente ao bebê real (Soifer, 1980).

Conforme Brazelton e Cramer (1989), nestas situações a criança pode permanecer durante a sua vida em meio aos fantasmas do psiquismo de seus pais. Isso, por sua vez, pode atrapalhar a percepção, a reação e a comunicação dos pais frente aos sinais reais do filho. Esses fantasmas também podem ocupar o espaço do filho real, dificultando a visão dos pais sobre ele, a relação e o manejo. As fantasias tornam-se reais nesses casos e, muitas vezes, a própria criança é impelida a materializá-las. Devido aos problemas recorrentes, o bebê pode, mais uma vez, se tornar fonte de desilusão e frustração (Brazelton & Cramer, 1989). Por este motivo, a importância de se compreender o bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade.

#### **1.4.1 O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade**

O nascimento pré-termo proporciona à mãe, muitas vezes, o contato com um bebê pequeno, pálido, fraco, frágil e imaturo, comumente diferente do bebê imaginário (Brazelton & Cramer, 1992). Devido às características do recém-nascido prematuro e à rápida separação da dupla após o parto, a mãe não tem, na maioria das vezes, como familiarizar-se com seu bebê logo após o nascimento. Esse início já se mostra bastante diferente do nascimento de bebês a termo saudáveis.

Em decorrência disso, diferentes interferências no bebê imaginário e no bebê real são apontadas pela literatura. Em relação ao bebê imaginário no contexto da prematuridade, Mathelin (1999) aponta a dificuldade das mães de bebês nascidos pré-termo em descreverem com detalhes e com profundidade a interação com o filho imaginário como relacionada com o fato delas terem sido privadas dos últimos meses de gestação (Mathelin, 1999). Segundo a autora, é no terceiro trimestre de gestação que ocorre o término da construção da criança e da mãe, sendo que o parto prematuro

ocorre no momento em que a mãe estava começando a sentir os movimentos de seu filho e a entrar em contato com o bebê real.

Conforme diversos autores, a partir do nascimento pré-termo, podem ocorrer dificuldades também no vínculo mãe-bebê, na idealização normal do bebê (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus et al., 2000; Raphael-Leff, 1997) e no investimento emocional e afetivo ao bebê real. Além dessas, é comum se observar a continuidade de uma relação estreita da mãe com o filho imaginário (Brazelton & Cramer, 1992; Debray, 1988; Lebovici, 1987; Raphael-Leff, 1997; Tracey, 2002; Wirth, 2000). Neste contexto, pode haver também dificuldade da mãe em reconhecer o bebê real como seu, em função da doença e dos aparelhos (Lamy et al., 1997; Morsch & Braga, 2007), ao mesmo tempo em que surgirem problemas na percepção da mãe acerca do filho (Harris, 2005).

Mathelin (1999) assinala que a decepção com o filho decorrente do nascimento pré-termo pode também gerar uma anulação do nascimento, ao ponto da mãe continuar se sentindo a portadora do bebê imaginário para minimizar a sua decepção e culpa. Ao mesmo tempo, a mãe pode ter a sensação de ser perigosa para o filho (Mathelin, 1999). Estas dificuldades podem surgir pois, uma mãe – que fica sem seu bebê após o nascimento – precisa, geralmente, esforçar-se para se vincular a ele (Wirth, 2000). Devido aos problemas do filho prematuro, a mãe pode ter também dificuldade de se identificar com ele, o que pode ser agravado pelo fato de ainda não estar preparada para receber esse bebê real (Stern-bruschweilwe & Stern, 1989; Stern & Stern-bruschweilwe, 1998). Além disso, no nascimento pré-termo, ambos encontram-se incompletos por terem sido separados precocemente (Wirth, 2000).

O bebê real prematuro pode ainda representar a não concretização do que era imaginado na gestação (Lamy et al., 1997; Wirth, 2000), gerando uma ferida narcísica nos pais (Morsch & Braga, 2007) por refletir seus defeitos e incapacidades como um espelho (Brazelton & Cramer, 1989). Assim, o desequilíbrio entre o bebê real e o bebê imaginário pode ser mais aparente nesses casos (Brazelton & Cramer, 1989). Isso pode estar relacionado com o fato do parto antecipado interromper o processo de construção do bebê imaginário e colocar os pais em contato precoce com um bebê real fragilizado, cuja principal necessidade é sua sobrevivência e não a qualidade afetiva dos cuidados (Zornig, Morsch & Braga, 2004). Ainda conforme os autores, ao invés do sentimento de triunfo frente o nascimento do filho, o parto prematuro pode gerar na mãe uma sensação de fracasso. Junto a isso, esse acontecimento é capaz de dificultar o olhar narcísico da mãe dirigido para além do orgânico do filho. Conforme Wirth (2000), a mãe de um bebê prematuro precisa entrar em contato com a realidade antes do tempo e, em geral, não está preparada para isso. Como aponta a autora, seria somente no terceiro trimestre de gestação que a mãe teria um maior contato com o bebê real em seu ventre. Esse contato aumentaria gradualmente até o nascimento.

No caso da prematuridade e internação do bebê na UTINeo, Tracey (2002) assinala que a elaboração da perda do filho imaginário e o investimento nas necessidades do bebê real ocorrem, frequentemente, quando a mãe assume os cuidados e as tarefas da maternidade. Para que isso aconteça, é necessário um longo período de ajustamento, sendo o contato físico com o bebê importante para esse processo e para o vínculo da mãe com o bebê real (Tracey, 2002). Morsch e Braga (2007), numa revisão teórica acerca da *preocupação médica-primária* em mães de bebês internados, constataram que o relato das mães acerca da história inicial do seu bebê prematuro contém muitas informações médicas e da hospitalização, incluindo a possibilidade de morte e as possíveis seqüelas em seu desenvolvimento. Porém, segundo as autoras, com a sobrevivência e desenvolvimento do filho, a mãe vai encontrando outras características para ele, individualizando-o gradativamente e reconhecendo-o como seu.

Pizzoglio (1999) refere que, com o decorrer da internação, o bebê vai sendo criado e reconhecido a partir de seus pequenos gestos, como a abertura dos olhos e a busca de um contato cutâneo. Além disso, em sua pesquisa com mães e bebês prematuros, o autor constatou que o bebê era visto como um grande prematuro pelos pais. Além do mais, com o decorrer da internação, ele passava a modificar os padrões dos pais frente aos bebês nascidos a termo, tornando-se mais próximo do bebê imaginário. Lamy et al. (1997), em outra pesquisa com pais de bebês prematuros, constaram que, mesmo diante de todo sofrimento, fragilidade e complexidade do quadro clínico do filho, os pais conseguiam reconhecer seus aspectos e suas características. Segundo os autores, eles identificavam desde muito cedo o contato físico que agradava filhos, as reações deles frente ao carinho oferecido, suas preferências e gostos. Também os consideravam como saudáveis, apesar do contexto de hospitalização (Lamy et al., 1997).

Na mesma direção, Beek, Genta, Costabile e Sansavini (2006) investigaram as expectativas maternas sobre o desenvolvimento infantil com mães italianas de bebês a termo (n=140) e pré-termo (n=92) algumas semanas após o nascimento, visando identificar a presença de estereótipos sobre a prematuridade. No estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos frente às percepções sobre o desenvolvimento motor, perceptivo, social e cognitivo do bebê. Conforme os resultados, as expectativas maternas sobre o desenvolvimento posterior do bebê também não apresentaram diferença, indicando que as mães de bebês a termo e pré-termo percebiam o desenvolvimento de seus bebês de forma semelhante, assim como, tinham expectativas parecidas sobre o seu desenvolvimento posterior.

Numa outra direção, a literatura aponta para problemas nas representações de mães cujos bebês nasceram pré-termo. Em alguns casos, mesmo após o contato, o vínculo e o desenvolvimento do bebê prematuro, a mãe pode sentir-se como a salvadora do filho, desenvolvendo uma

maternagem intensiva e superprotetora a um ser considerado por ela como diminuído, frágil e em constante perigo (Brazelton & Cramer, 1992). Nessas situações, a função materna e as representações antes dirigidas ao bebê sadio imaginário mostram-se afetadas e desorganizadas (Battikha, Faria &, Kopelman, 2007). Na pesquisa das autoras, com 11 mães paulistas cujos bebês eram pré-termos e apresentavam má-formações, as mães tendiam a considerar seu bebê como equivalente ao seu diagnóstico neonatal, sofrendo o luto pelo bebê desejado.

Diante deste quadro, a literatura aponta que, comumente, os pais não percebem em seu pequeno e frágil bebê prematuro, a possibilidade de ele crescer, ser forte e saudável (Klaus et al., 2000). Frequentemente, eles também procuram no corpo de seus filhos marcas que evidenciem a necessidade de cuidados médicos intensivos (Lamy et al., 1997). Além disso, segundo Warren (2002), mesmo com a melhora do quadro clínico do bebê, a mãe pode sentir-se insatisfeita e preocupada com o estado de saúde do filho, tendo dificuldades de visualizar seu progresso. A preocupação com o bebê pode, então, permanecer organizada ao redor do trauma do nascimento pré-termo. Desta forma, a insegurança da mãe permanece relacionada com o oxigênio, com a pressão arterial, com a experiência da UTINeo, com os tubos, entre outros (Warren, 2002). Esses bebês correm o risco de ter seu futuro estigmatizado pelos seus problemas e cuidados iniciais (Pizzoglio, 1999).

#### **1.4.2 O desenvolvimento e a alta hospitalar do bebê real prematuro**

As representações maternas e o vínculo com o filho prematuro tendem a passar por um processo conforme o desenvolvimento e alta do bebê (Brazelton, 1988). Atualmente, os critérios para a alta hospitalar incluem a capacidade do bebê de sugar o seio materno e deglutir adequadamente, apresentar um crescimento e uma recuperação de peso, e manter-se com uma estabilidade da temperatura corporal (Mota, Elpídio de Sá & Frota, 2005). Além desses, os autores apontam como critérios de alta, a capacidade da mãe de cuidar do seu filho em casa e o compromisso de comparecer às consultas posteriores de acompanhamento.

A alta, no entanto, está envolta em outras diferentes questões, como a relação entre os pais e o bebê. Muitas vezes, a sensação de proximidade dos pais em relação ao filho surge apenas com a ida para casa (Klaus & Kennel, 1993). A elaboração e a aproximação do bebê real e imaginário também ocorrem, frequentemente, nesse período (Zornig et al., 2004). Possivelmente, isso se dá pela necessidade de garantia dos pais em relação à sobrevivência do bebê para poder investir com mais intensidade na relação (Zornig, et al., 2004). Corroborando com essas ideias, Padovani et al. (2004) observou em seu estudo que, após a alta do bebê, houve também decréscimo nos sintomas de

ansiedade, principalmente seguido de disforia e depressão das mães em comparação ao período de hospitalização do filho na UTINeo.

Por mais que seja muito desejada pela maioria das mães, a alta hospitalar pode ser também um momento de revivência de ansiedades frente à saúde do bebê e reativação de sentimentos de tristeza, devido à responsabilidade de cuidar sozinho do filho (Brazelton, 1988). O autor assinala ainda que os sentimentos frente à responsabilidade e o medo de machucar o bebê podem vir junto com o desejo de deixá-lo ainda em um lugar seguro, representado pelo hospital. Frente à possibilidade real de alta, pode ser observada também nas mães uma sensação de perda da proteção hospitalar, diminuição das comemorações e temor frente ao aumento das responsabilidades em geral (Soifer, 1980). Conforme Maury (1999), a alta pode ser, ao mesmo tempo, um momento de alívio e de angústia para os pais. Mesmo o bebê estando bem e a família completa, poderá haver a perda do contato com o hospital, considerado como seguro e tranquilizador. Essa ambivalência pode ser observada, segundo o autor, mais intensamente nas hospitalizações neonatais de longa duração ou que resultaram em diagnóstico de doença crônica.

Assim, a alta hospitalar é um período de vulnerabilidade psicológica tanto para o bebê prematuro quanto para seus pais, sendo indispensável o acompanhamento posterior (Maury, 1999), como mostra a pesquisa de Jeffcoate, Humphrey e Lloyd (1979) com famílias européias, sendo 12 com bebês pré-termo e 13 com bebês a termo, cujo objetivo foi examinar o estresse dos pais com a chegada do bebê em casa. Os resultados desse estudo mostraram que a chegada em casa com o filho prematuro gerou estresse nos pais, assim como distúrbios emocionais maternos, demora no vínculo mãe-bebê, problemas no manejo com ele e frustração das expectativas. A ida para casa representou uma sobrecarga adicional para o casal (Jeffcoate et al., 1979). Uma pesquisa mais atual realizada por Moraes, Quirino e Almeida (2009) encontrou resultados semelhantes. Foram realizadas entrevistas com sete mães de prematuros após algumas semanas do retorno do bebê para o lar e os resultados mostraram que as mães sentiam insegurança e medo frente aos cuidados, além de dúvidas sobre o desenvolvimento saudável do bebê.

Em comparação com os estudos realizados com mães durante a internação de seus bebês na UTINeo, um menor número de estudos foram encontrados acerca das representações maternas e também da maternidade após a alta hospitalar do bebê. Também parecem menores os números de pesquisas investigando como se dá a continuidade do processo de elaboração frente às características do bebê real prematuro nos primeiros meses após a alta. Alguns achados, no entanto, apontam para as preocupações maternas acerca da saúde do bebê ao longo de seu desenvolvimento.

Mesmo com todos os critérios de alta, Klaus e Kennel (1993) assinalam que a mãe do bebê prematuro tem, na maioria das vezes, dificuldade para reconhecer que seu filho se tornará saudável.

As preocupações sobre a saúde do bebê, a sensação de culpa por ter produzido algo inacabado, imperfeito e frágil, e o medo de contaminar e prejudicar o filho são comuns mesmo com o crescimento e desenvolvimento da criança (Klaus & Kennel, 1993). Isso ocorre porque as preocupações maternas sobre o bebê prematuro continuam, muitas vezes, organizadas ao redor do trauma e, por isso, a mãe acaba mantendo o filho como um ser frágil e vulnerável durante seu desenvolvimento (Warren, 2002).

Apesar de grande parte dos prematuros terem o desenvolvimento relativamente normal, os pais tendem a tratá-los como se estivessem sob risco por vários anos, provavelmente, em função das experiências de hospitalização (Brazelton, 1988). Comumente, o medo frente às complicações de saúde e do desenvolvimento do filho se mantém nas mães nos primeiros anos de vida (Flacking, Ewald & Starrin, 2007; Klaus & Kennel, 1993; Mello, Rocha, Martins & Chiozi, 2002; Morais et al., 2009; Stern-Bruschweilwe & Stern, 1989; Stern & Stern-Bruschweilwe, 1998; Warren, 2002). Dentre essas, as preocupações frente ao ganho de peso são as mais comuns (Klaus & Kennel, 1993).

O estudo de Flacking et al. (2007) realizado com 34 mães e bebês prematuros no 3º e 12º mês de vida do filho, encontrou nas mães medo e ansiedade frente às complicações futuras na saúde do bebê, apesar da diminuição do medo da perda e do aumento do contato com ele. Mello et al. (2002) encontraram resultados semelhantes em um estudo cujo objetivo foi investigar relatos maternos sobre o cuidado à saúde de crianças de baixo peso ao nascer no primeiro e segundo ano de vida, em 11 mães de Ribeirão Preto. Os autores também constataram dificuldades maternas frente à amamentação, alimentação e uso de medicação, além de preocupações com as intercorrências, as reinternações e o desenvolvimento psicomotor da criança.

Segundo Brazelton (1988), essas representações são importantes de serem investigadas, pois podem prejudicar o desenvolvimento do bebê prematuro. Ao ser superprotegido e tratado como vulnerável, pode ter prejuízo na qualidade de vida e no seu potencial de desenvolvimento da autonomia (Brazelton, 1988). Além desses prejuízos, Stern (1998) assinala que a mãe de um bebê prematuro ou doente pode perder não somente seu bebê imaginário, mas também a possibilidade de antecipar o futuro e imaginar o desenvolvimento das habilidades e potencialidades do seu bebê real. Mathelin (1999), ainda assinala que frente à sensação de ter perdido tempo junto de seu filho devido à internação, pode gerar mais dificuldades na chegada em casa, ou seja, a mãe pode sentir-se impossibilitada de separar-se de seu bebê e de reencontrar as suas referências de mulher. Como resultado, ela pode buscar compensar o vazio e a depressão resultantes das frustrações do parto antecipado e da separação precoce com o filho a partir de uma relação excessivamente simbiótica com o filho. Ela pode ainda ver-se aterrorizada diante dele caso não haja uma figura de apoio adequada (Mathelin, 1999).

Esse quadro de representações pode estar também relacionado à déficits interacionais entre mãe e filho. Cramer (1987) assinala que, ao se depararem com um bebê pouco reativo, os pais da criança prematura podem tentar compensar os déficits em seu desenvolvimento e interação estimulando-a em demasia. Essa compensação pode se dar através do incentivo às respostas sociais, principalmente ao amamentar durante os quatro primeiros meses. Para o autor, esses problemas na interação podem ser consequência da diminuída reação do bebê prematuro ao rosto, à voz e aos estímulos visuais ou auditivos em geral.

Além disso, Cramer (1987) salienta que o bebê prematuro é comumente mais difícil de ser consolado e acolhido junto ao corpo da mãe e tende a esquivar-se, agitar-se e evitar o contato olho-a-olho. Diante desta relação, as mães podem se mostrar bastante hiperativas e invasivas, buscando compensar essas dificuldades (Cramer, 1987). A pesquisa de Feldman e Eidelman (2007) investigou esta questão. Os autores observaram mães e bebês prematuros após a alta hospitalar aos três meses de vida, e constataram que as interações entre eles eram menos sincrônicas do que as de mães e bebês a termo. Conforme Brazelton (1988), essa adaptação ao bebê real prematuro exige muito dos pais, pois estes desejam que o filho cresça rapidamente e, muitas vezes, os estimulam além de suas capacidades. É comum também, segundo o autor, a comparação constante das mães frente aos outros bebês considerados por elas como 'normais', seguida da descrença frente às capacidades do próprio filho.

O comportamento materno de interação com o bebê prematuro também possui singularidades. Alfaya e Schermann (2005) buscaram verificar a relação entre o tipo de alimentação do bebê e os comportamentos de interação mãe-bebê em díades de recém-nascidos gaúchos prematuros (n=20), a termo de risco (n=14) e a termo sadios (n=24) aos dois meses de idade. Foi utilizada a filmagem da interação face a face e o Protocolo de Interação mãe-bebê. Os resultados mostraram que no grupo de bebês prematuros e bebês a termo de risco, os comportamentos sociais encontraram-se mais prejudicados. As pesquisadoras apontam que, provavelmente, isso se dá devido à menor incidência de aleitamento materno e maior permanência na UTINeo nesses casos. Conforme as autoras, a internação na UTINeo pode ter repercussões na interação, principalmente, até os dois meses de idade. O impacto do parto prematuro foi também apontado pelas pesquisadoras como um dos responsáveis pela menor sensibilidade das mães aos sinais do bebê, ao mesmo tempo em que pela maior dificuldade nas respostas frente seus comportamentos sociais.

Cox, Hopkins e Hans (2000) também encontraram em 50 mães e crianças de 19 meses de idade, afro-americanas de classe média, prematuras de alto risco, alguns resultados semelhantes. Os achados mostraram que as representações maternas e os relacionamentos com os filhos foram preditores para um apego seguro. Já os déficits neurológicos do bebê contribuíram para problemas

nesta ordem. Os resultados do estudo indicaram ainda os fatores maternos como mais importantes para o apego seguro do que as características da criança.

Em relação aos estereótipos e expectativas maternas frente ao prematuro, as pesquisas também demonstram controvérsias. Num estudo acerca dos estereótipos e expectativas frente aos bebês prematuros, com 89 mães de pré-termos e 54 mães de bebês a termo americanos, Stern, Karraker, Sopko e Norman (2000) constataram que as mães de bebês pré-termo mostraram, ao mesmo tempo, menos respostas positivas frente a seus bebês e menos estereótipos frente à prematuridade do que mães de bebês a termo. Teixeira e Leal (2008), no entanto, não encontraram diferença significativa entre as expectativas maternas entre o grupo de mães de bebê a termo e pré-termo.

Desta forma, a revisão de literatura constatou que o bebê imaginário e o bebê real são conceitos utilizados e descritos por diferentes autores na literatura psicanalítica. Apesar de serem bem definidos, não são conceitos estáticos. Representam um processo natural da mãe iniciado na gestação, que envolve as mais diversas representações, idéias, pensamentos, sentimentos e expectativas em relação ao bebê e à maternidade. Dessa forma, o bebê imaginário pode ser observado tanto na gestação quanto após o nascimento do bebê. O bebê real, por sua vez, pode ter origem na gestação, a partir do contato da mãe com suas características, sendo intensificado após o nascimento.

Os achados da literatura mostram também que o bebê imaginário e o bebê real, no contexto da prematuridade, são um processo diferente daquele observado nos nascimentos de bebês a termo saudáveis. Essas diferenças são apontadas como relacionadas às características do bebê prematuro e do contexto hospitalar. Assim, a literatura refere que a prematuridade resulta num maior confronto entre o bebê imaginário e o bebê real, numa perda mais intensa e abrupta do bebê imaginário e em dificuldades no vínculo da mãe com seu bebê recém-nascido. Isso porque, nesses casos, as características do bebê real se encontram mais distantes das do bebê imaginário, tornando um desafio a aproximação da mãe com seu bebê. Ao mesmo tempo, os estudos indicam uma tendência à elaboração da perda do bebê imaginário e uma gradativa aproximação da mãe com o bebê 'real'. Essa elaboração ocorre a partir da melhora clínica do bebê e das suas capacidades de interação, que permitem uma maior aproximação física da mãe.

Contudo, constata-se que a maioria dos estudos revisados investiga as representações no período de hospitalização do bebê. São mais difíceis de serem encontrados aqueles que buscam compreender o processo do bebê imaginário e bebê real após a alta e durante desenvolvimento inicial do bebê. Esse fato aponta para a importância de aprofundar na investigação e compreensão



das representações maternas sobre o bebê prematuro durante os meses que se seguem à alta hospitalar, tendo em vista sua relevância para que a mãe se vincule e cuide adequadamente do filho.

### **1.5 Justificativa e Objetivo do Estudo**

Frente ao exposto acima, vê-se que o nascimento pré-termo é capaz de interferir tanto na construção e investimento da mãe no bebê imaginário, por interromper a gestação, quanto na aceitação e envolvimento desta com o bebê real, devido às suas características físicas, comportamentais e emocionais. Dessa forma, aumentaria a possibilidade de confronto entre o bebê imaginário e bebê real no contexto de prematuridade. Assim, diante do nascimento do bebê pré-termo, da fragilidade física e hospitalização do recém-nascido, a mãe precisa passar por um processo psíquico de elaboração da perda do bebê imaginário da gestação para vincular-se com o bebê real e adaptar-se às suas necessidades. A maioria dos autores afirma que, caso a mãe tenha muitas dificuldades neste processo, a relação estabelecida com o filho pode ser permeada tanto por negligência como por superproteção, interferindo negativamente no vínculo mãe-bebê e no desenvolvimento da criança. Sendo assim, cabe ressaltar a importância de se atentar para este processo psíquico materno desde a gestação até os primeiros meses de vida do bebê, já que este pode ser considerado como um momento importante de vínculo e adaptação da mãe ao bebê real.

Assim, o presente estudo teve como objetivo investigar o bebê imaginário e o bebê real prematuro, examinados no pós-parto, na pré-alta e no 3º mês após a alta hospitalar do bebê. Em particular, buscou-se compreender o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real e o processo de adaptação da mãe a este último.

A expectativa inicial do presente estudo foi de que o processo de construção do bebê imaginário da gestação seria prejudicado pelo nascimento pré-termo e que o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real seria ainda mais intenso. Além disso, esperava-se que o contato inicial das mães com os filhos fosse afetado pelas características do recém-nascido prematuro e o medo da perda do filho, principalmente no período pós-parto. No entanto, com o desenvolvimento do bebê e a sua alta hospitalar, haveria uma progressiva adaptação das mães frente à demanda do bebê real, além de impressões mais claras e sentimentos mais definidos acerca deste e da maternidade.

## CAPÍTULO II

### MÉTODOS

#### 2.1 Participantes

Participaram deste estudo quatro mães de bebês nascidos pré-termo, selecionadas da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINeo) de três hospitais públicos de Porto Alegre. As participantes eram primíparas, tinham idade entre 19 e 31 anos e viviam com seus companheiros em uma união estável no período pós-parto. Além disso, eram de nível sócio econômico de baixo a médio e com níveis de escolaridade variados. Os bebês haviam nascido com menos de 37 semanas e tinham MBP (<1500g) ou EBP (<1000g), estavam respondendo ao tratamento e não apresentavam má formação ou problemas do sistema nervoso. Todos estavam internados na UTINeo de hospitais públicos de Porto Alegre, sendo um no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HPMIV), um no Hospital Conceição e dois no Hospital Fêmeina.

Optou-se por mães primíparas, pois a literatura aponta para o fato de estas vivenciarem mais intensamente o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real devido à primeira experiência diante da maternidade. Também para minimizar a interferência das representações relacionadas aos outros filhos sob o bebê recém-nascido. Junto a isso, a idéia de se investigar apenas alguns casos, está relacionada com o interesse em compreender as particularidades e semelhanças entre cada caso sem o objetivo de chegar-se à saturação dos resultados (Stake, 1994).

Todas as participantes e seus filhos foram selecionadas entre os integrantes do projeto longitudinal denominado *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). O projeto PREPAR envolve dois estudos: o Estudo 1 prevê o acompanhamento de 80 mães, pais e seus bebês prematuros, do nascimento ao 3º mês após a alta hospitalar do bebê. Neste, investigam-se os aspectos biopsicossociais associados ao bebê prematuro e à parentalidade, assim como os aspectos subjetivos e comportamentais dos pais e mães relacionados à qualidade da interação com o bebê prematuro. Além disso, se propõe a subsidiar empiricamente a intervenção psicológica realizada no Estudo 2, que buscou acompanhar 30 mães e seus bebês prematuros durante a internação hospitalar, examinando seu impacto na pré-alta e no terceiro mês após a alta hospitalar do bebê.

Dessa forma, os critérios de exclusão corresponderam aos do projeto maior no qual o presente estudo está incluído. Não foram incluídas mães que fazem o uso de drogas e/ou que

tivessem infecção pelo HIV/AIDS. Os critérios de inclusão, por sua vez, consistiram na coabitação da mãe com o companheiro e no nascimento do bebê com menos de 37 semanas e menos de 2500g.

Para fins do presente estudo, foram selecionados os primeiros quatro casos de mães primíparas que atenderam os critérios de inclusão descritos acima e que foram acompanhados pela autora. A Tabela 1 e 2 apresentam alguns dados sócio-demográficos e clínicos das mães e dos bebês, respectivamente.

**Tabela 1: Dados sócio-demográficos e clínicos das mães<sup>1</sup>**

Caso	Idade	Situação conjugal	Escolaridade	Ocupação	Parto	Causa
1. Joana	25	Casada	2º completo	Vendedora	Cesáreo	Pré-eclâmpsia
2. Daniela	19	Casada	2º incompleto	Desemp.	Normal	Infecção urinária
3. Ana Maria	31	Casada	3º completo	Gerente	Cesáreo	Descol. placenta
4. Raquel	19	Casada	1º incompleto	Do lar	Normal	Infecção urinária

**Tabela 2: Dados dos bebês<sup>2</sup>**

Caso	Peso nascimento	Idade gestacional	Idade no pós-parto	Peso na pré-alta	Tempo de internação	Peso na pós-alta	Tempo de alta
1. Marcos	1130g	29 sem	17d	1775g	1m8d	6500g	3m3d
2. Gustavo	1485g	29 sem	11d	1910g	1m	4755g	3m
3. Luiza	1190g	28 sem	12d	2015g	3m20d	5800g	3m3d
4. Valentina	995g	29 sem	20d	1910g	1m23d	4400g	3m

## 2.2 Delineamento e Procedimento

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994), de caráter longitudinal, buscando investigar o bebê imaginário e do bebê real prematuro, examinados no pós-parto, na pré-alta e no 3º mês após a alta hospitalar do bebê. Em particular, buscou-se compreender o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real e o processo de adaptação da mãe a este último.

Como já foi assinalado acima, o uso desse delineamento teve por objetivo compreender um processo, no caso o bebê imaginário e o bebê real prematuro, permitindo um melhor entendimento e teorização a este respeito (Stake, 1994). Além disto, o uso de vários casos permitiu que se

<sup>1</sup> Os nomes das mães são fictícios a fim de preservar a identidade e garantir o sigilo. Além disso, foram todas consideradas casadas por terem uma relação estável e estarem coabitando com seus companheiros no período pós-parto.

<sup>2</sup> Os nomes dos bebês também são fictícios, mas seguem um padrão de acordo com o nome original. Foram escolhidos pela autora com base nas características de cada caso e da relação com outras opções da mãe durante a gestação.

comparassem os dados em busca de eventuais semelhanças, o que pôde contribuir para que se identificassem processos comumente associados ao fenômeno estudado.

As participantes do projeto maior foram selecionadas com o auxílio da equipe das respectivas UTI neonatais a partir dos critérios de inclusão e exclusão. A partir desta primeira seleção, as mães primíparas foram contatadas por telefone pela pesquisadora do presente estudo e convidadas a participar. Diante da aceitação das mães para participar da pesquisa, foi marcado um encontro, individualmente, na UTINeo para esclarecer detalhes acerca da pesquisa e formalizar o convite para participação.

O estudo seguiu as fases e os procedimentos do projeto PREPAR já mencionado acima. Descreve-se a seguir apenas os instrumentos que serão considerados no presente estudo. Detalhes dos demais instrumentos e dos procedimentos encontram-se em Piccinini et al. (2009).

Na **Fase 1**, aproximadamente 15 dias após o nascimento do bebê, as mães que concordaram em participar da pesquisa, foram solicitadas a responderem a *Ficha de dados sócio-demográficos da família*, utilizada para caracterização e inclusão na amostra e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Neste momento, foram também obtidos dados clínicos da gestação, através da *Ficha de dados clínicos gestacionais*, e dados clínicos da mãe e do bebê pré-termo sobre o parto e período pós-parto, através da *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto*. Foi realizada também a *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade no período pós-parto*. Num segundo encontro, foi realizada a *Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade*<sup>3</sup>.

No presente estudo, este primeiro encontro deu-se também em torno da segunda semana após o nascimento do bebê, variando devido ao estado de saúde do bebê ou disponibilidade da mãe para as entrevistas. Duas mães foram contatadas antes deste período e se mostraram dispostas a participar. Todas foram contatadas inicialmente por telefone e, a partir da rotina de visitas ao bebê e disponibilidade para comparecer ao hospital, foram expostos pessoalmente os objetivos do estudo e realizado o convite para participação. Diante da aceitação, foi marcado um encontro para a realização das entrevistas do período pós-parto, os quais ocorreram, na maioria dos casos, no mesmo dia e nos próprios hospitais.

Após esta primeira etapa de coleta de dados, composta por duas entrevistas, as mães foram acompanhadas pela pesquisadora até a alta do bebê. Este acompanhamento constituiu-se em visitas às mães na UTINeo e contatos telefônicos durante toda a internação, a fim de dar apoio emocional,

---

<sup>3</sup> Os outros instrumentos utilizados nesta Fase 1 foram: no primeiro encontro, o Self Report Questionnaire (SRQ) e no segundo encontro, a Escala Edinburgh de Depressão. No entanto, estes não foram utilizados para a análise dos dados.

encaminhá-las para atendimento psicológico quando necessário<sup>4</sup> e acompanhar a evolução clínica do bebê. Com a proximidade da alta do filho<sup>5</sup>, as mães foram novamente convidadas a participarem do estudo.

Na **Fase 2** de coleta de dados, realizada na pré-alta do bebê, foram novamente obtidos dados clínicos do bebê e da mãe através da *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo/pré-alta*. As mães foram convidadas a responderem a *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade na pré-alta do bebê*. Esta fase deu-se também nos respectivos hospitais a partir da disponibilidade das participantes. Após este momento, as mães foram lembradas acerca da **Fase 3**, que ocorreria no 3º mês após a alta do bebê, e avisadas que a pesquisadora entraria em contato.

Diante da proximidade da **Fase 3**, realizada no 3º mês após a alta, a pesquisadora entrou em contato com as mães para novamente convidá-las a participarem. As mães que aceitaram foram entrevistadas nos locais de sua preferência, sendo que, no caso das participantes deste estudo, todas demonstraram interesse em serem entrevistadas em suas próprias residências. Dessa forma, a pesquisadora foi sozinha ao encontro das mães, a fim de não haver interferência da presença de terceiros e exposição da mãe durante a entrevista, e também por que as participantes já estavam vinculadas à pesquisadora. Nesta fase de coleta de dados, também foram obtidos dados clínicos do bebê e da mãe através da *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo/pós-alta*. Nesse momento, as mães foram novamente convidadas a responderem a *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade na pós-alta do bebê*<sup>6</sup>.

### 2.3 Instrumentos

**Ficha de Dados Sócio-demográficos da Família** (GIDEP/NUDIF, 2009): esse instrumento tinha como objetivo obter informações sócio-demográficas da família, como: moradia, escolaridade, religião, situação profissional, condição financeira e etnia do casal. Cópia no Anexo B.

**Ficha de dados clínicos gestacionais** (GIDEP/NUDIF, 2009): essa ficha foi preenchida com base nas informações disponíveis nos prontuários do bebê bem como nas informações verbalizadas pelas mães participantes. Foram registradas as informações sobre o acompanhamento pré-natal, exames realizados, sobre a saúde da gestante. Cópia no Anexo C.

---

<sup>4</sup> Das quatro participantes, duas estavam sendo acompanhadas pela psicóloga da instituição durante a internação do bebê.

<sup>5</sup> Devido à impossibilidade de ter-se controle sobre a data exata da alta do bebê, a entrevista de pré-alta foi realizada a partir dos seguintes critérios: peso do bebê próximo a 2000g e estabilidade clínica. Estas informações foram obtidas através da mãe e da equipe. Desta forma, a data entrevista de pré-alta não corresponde exatamente à data da alta do bebê.

<sup>6</sup> Os outros instrumentos aplicados na Fase 2 foram: SRQ e Escala Edinburgh de Depressão.

**Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto** (GIDEP/NUDIF, 2009): essa ficha foi utilizada para registrar informações sobre o bebê (ex. APGAR, idade gestacional, peso, intervenções utilizadas, condição clínica), bem como sobre sua evolução desde o parto. A condição clínica da mãe também foi investigada, incluindo procedimentos realizados e tempo de internação, além de informações sobre o parto e a sua recuperação. Estas informações foram obtidas junto ao prontuário, à equipe da UTINeo e às participantes. Na pré-alta, esta mesma ficha denominada como **Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pré-alta**, foi utilizada com pequenas adaptações para se obter as mesmas informações anteriores acerca da situação clínica do bebê e da mãe. No terceiro mês após a alta, a **Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-alta** foi novamente aplicada. Cópia nos Anexos D, E e F.

**Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade** (GIDEP/NUDIF, 2009): essa entrevista visou investigar a experiência da gestação e do parto na situação de nascimento pré-termo, buscando identificar as percepções da mãe frente à gestação, o nascimento e os primeiros contatos com o bebê. Trata-se de uma entrevista estruturada realizada de forma semi-dirigida, composta por seis blocos de questões, cujos temas são os seguintes: 1) experiência do parto, incluindo a percepção de apoio recebido nesse momento; 2) primeiro contato da mãe com o bebê e mais, especificamente, os sentimentos frente à primeira impressão sobre o bebê e os primeiros dias no hospital; 3) experiência da gestação; 4) percepções maternas sobre o bebê na gestação; 5) percepção materna sobre o pai do bebê e os demais familiares; 6) a vida antes da gravidez. Para fins do presente estudo, foram considerados particularmente o bloco de questões sobre: a experiência do parto (bloco 1); percepções maternas sobre o primeiro contato com o bebê (bloco 2); a experiência da gestação (bloco 3); e, as expectativas sobre o bebê (bloco 4). Cópia no Anexo G.

**Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade no período pós-parto** (GIDEP/NUDIF, 2009): esta entrevista estruturada procurou investigar a experiência da maternidade no período pós-parto. É composta por sete blocos de questões, que foram realizadas de forma semi-dirigida, investigando os seguintes temas: 1) sentimentos maternos frente ao dia a dia da mãe na UTI neonatal; 2) relação da mãe com o bebê nesse contexto, incluindo os primeiros contatos e os cuidados; 3) experiência da maternidade e, mais especificamente, os sentimentos frente a rotina e ao papel materno; 4) percepções maternas sobre o apoio e os cuidados oferecidos na UTI neonatal, incluindo seus sentimentos frente aos procedimentos realizados; 5) percepção materna sobre o pai do bebê e seu contato com o filho; 6) rede de apoio à mãe, incluindo a ajuda

familiar nos cuidados ao bebê. Para fins do presente estudo, foram utilizados principalmente o bloco de questões sobre: a relação da mãe com o bebê prematuro (bloco 2) e sobre a experiência da maternidade (bloco 3). Cópia no Anexo H.

**Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade no período pré-alta do bebê** (GIDEP/NUDIF, 2009): esta entrevista buscou investigar a experiência da maternidade no período pré-alta do bebê. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, realizada de forma semi-dirigida, semelhante à *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade no período pós-parto*, porém com adaptações para a pré-alta do bebê. Entre os blocos existentes, acrescentou-se mais um bloco que buscou investigar aspectos referentes à alta do bebê, tais como: os preparativos, as expectativas, os sentimentos, as preocupações com o bebê, a alta e a ida para casa. No presente estudo, foram utilizados os blocos com questões sobre: a relação da mãe com o bebê prematuro (bloco 2); a experiência da maternidade (bloco 3); e sobre os preparativos para a alta e os sentimentos decorrentes desta (Bloco 7). Cópia no Anexo I.

**Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade no período pós-alta** (GIDEP\NUDIF, 2009): trata-se também de uma entrevista semi-estruturada, realizada de forma semi-dirigida, semelhante às anteriores, porém adaptada para o 3º mês após a alta do bebê. Para o presente estudo, foram utilizados os blocos sobre a relação da mãe com o bebê (bloco 2), sobre a experiência da maternidade (bloco 3) e sobre a ida para casa e a adaptação com o bebê após a alta (bloco 6). Cópia no Anexo J.

## **2.4 Considerações éticas**

As participantes do presente estudo foram informadas a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e puderam decidir livremente sobre a disponibilidade de participarem do estudo. Com isso, foi assegurada a autonomia das mães, sendo que elas puderam desistir de participar da pesquisa em qualquer uma de suas etapas. Nenhum tipo de prejuízo, quanto ao atendimento no hospital, ocorreu às mães que não quiseram participar do estudo.

Durante todas as etapas da pesquisa, quando constatada a necessidade adicional de acompanhamento psicológico por parte das participantes, elas foram encaminhadas à psicóloga responsável pela UTINeo do hospital participante ou a outro serviço de atendimento. Além disso, as equipes de atendimento foram mantidas informadas sobre qualquer problema ou dificuldade por parte das participantes que viessem a prejudicá-la com intensidade. Essa informação foi transmitida após autorização da participante.

Além disso, a privacidade e a confidencialidade de todas as mães foram asseguradas, sendo o material obtido devidamente arquivado no Instituto de Psicologia da UFRGS. Em nenhum momento da apresentação dos resultados da pesquisa as participantes foram identificadas. Desta forma, foram assegurados todos os cuidados bioéticos necessários às mães que se dispuseram a participar, o que reforça o benefício que os dados obtidos poderão representar para a população em geral.

Destaca-se que os gastos relativos ao deslocamento das participantes para o local onde foram realizados os procedimentos da pesquisa foram absorvidos pelo orçamento do projeto. Todas as participantes compreenderam e assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Cópia no Anexo A).

O presente estudo fez parte do projeto PREPAR, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS (Processo nº 22009015) e pelos comitês de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas-HPMV (Processo nº 07/09); do Hospital Fêmina e Conceição, pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (Processo no 063/09). Cópias das aprovações dos respectivos comitês encontram-se nos anexos L, M e N.



## CAPÍTULO IV

### DISCUSSÃO GERAL

As análises descritas no Capítulo III priorizaram as particularidades de cada mãe e seu bebê no que se refere à investigação do bebê imaginário e do bebê real prematuro, examinados no pós-parto, na pré-alta e no 3º mês após a alta hospitalar do bebê. Além disso, destacou-se o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real e o processo de adaptação da mãe a este último. Neste capítulo, discutem-se os achados de cada um dos eixos centrais de análise (bebê imaginário e bebê real), destacando-se as semelhanças entre os casos e discutindo-os à luz da teoria.

A expectativa inicial do presente estudo era de que o processo de construção do bebê imaginário da gestação seria prejudicado pelo nascimento pré-termo e que o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real seria ainda mais intenso. Além disso, esperava-se que o contato inicial das mães com os filhos fosse afetado pelas características do recém-nascido prematuro e o medo da perda do filho, principalmente no período pós-parto. No entanto, com o desenvolvimento do bebê e a sua alta hospitalar, haveria uma progressiva adaptação das mães frente à demanda do bebê real, além de impressões mais claras e sentimentos mais definidos acerca deste e da maternidade.

Os autores se referem ao bebê imaginário na gestação como constituído por referências verbais conscientes da mãe sobre o desejo de ter um filho e da maternidade na gestação, bem como sobre o próprio bebê (Lebovici, 1987). Essas representações, por sua vez, podem ser intensificadas com o decorrer da gestação, através dos movimentos do feto, da imaginação do sexo e de aspecto do bebê e das idéias sobre a própria função materna. No presente estudo, alguns indicadores do bebê imaginário puderam ser claramente identificados nos relatos das quatro mães acerca da motivação para a gestação, do desejo de ter um filho e das características atribuídas ao bebê antes mesmo do seu nascimento. No entanto, estes indicadores foram mais significativos nas verbalizações de duas mães (Joana e Ana Maria) que descreveram, com mais clareza, as suas idéias e imaginações acerca do filho e da maternidade na gestação, além de suas motivações para tê-lo e expectativas diante deste. Estas duas mães conseguiram falar mais acerca das características imaginadas no filho e dos seus desejos em relação a ele, apoiando o que a literatura assinala.

Em relação às imaginações e impressões da mãe em relação ao filho na gestação, Raphaelleff (1997) salienta que a maioria começa a atribuí-las a partir dos ritmos e reações do bebê no útero e das fantasias acerca dele, já que ainda não o conhecem. Porém segundo esse autor trata-se de um processo variável, em função da experiência pessoal de cada mãe e sua situação emocional. Dessa forma, algumas mães podem apresentar mais facilidade de relatar e imaginar seu filho na gestação,

enquanto outras podem ter uma maior dificuldade neste aspecto. Essa variabilidade apareceu nos achados desse estudo na medida em que duas mães (Daniela e Raquel) demonstraram mais dificuldades em descrever o filho e seus sentimentos em relação a ele e à maternidade na gestação. Nem mesmo os movimentos do feto lhe pareceram chamar tanto a atenção e instigar a imaginação acerca do filho na gestação. Essas duas mães pareciam mais envolvidas e preocupadas com os problemas conjugais que estavam passando do que com a gestação, a qual, apesar de desejada, não fora planejada, principalmente em um dos casos (Raquel).

Ainda em relação à motivação e reação frente à notícia da gestação, notou-se que as quatro participantes desejavam a maternidade e o filho antes de engravidarem. No entanto, enquanto duas delas (Joana e Ana Maria) haviam se planejado para isso junto com seus companheiros, as outras (Daniela e Raquel) foram surpreendidas pela notícia. Três mães (Joana, Ana Maria e Daniela) referiram felicidade ao saberem que estavam grávidas, enquanto uma delas (Raquel) mostrou-se desesperada e abatida.

Mesmo diante da diversidade de impressões e sentimentos das mães acerca do filho e da gestação, os achados do presente estudo corroboraram com a literatura que aponta para o fato de elas imaginarem seus filhos na gestação com base em seus desejos, expectativas e idealizações (Debray, 1988; Lebovici, 1987; Soifer, 1980). Por exemplo, em relação às características do bebê imaginário na gestação, percebeu-se que todas as mães descreveram seus filhos física e emocionalmente a partir de seus desejos e expectativas. Em todos os casos, essas características se mostraram bem definidas pelas mães. Três delas (Joana, Ana Maria e Daniela) achavam que o bebê seria agitado devido aos movimentos no útero e assim, demonstraram já estarem atentas também as manifestações do bebê real. Apenas uma (Raquel) esperava um bebê bastante calmo e preguiçoso, o que estava relacionado também aos poucos movimentos deste no útero.

Assim, mesmo com diferenças entre os casos, todas as mães pareceram idealizar o seu bebê da gestação, na linha do descrito pelos autores (Lebovici, 1987; Soifer, 1980), descrevendo-o como grande e desejando que tivesse características suas ou outras características valorizadas por elas. Três mães imaginavam que o bebê seria fisicamente parecido com o pai e não consigo (Joana, Daniela e Raquel), o que ia contra seu próprio desejo. Apenas uma (Ana Maria) esperava que a filha fosse realmente parecida consigo, tal como ela desejava. Assim, todas as mães diferenciaram, em algum grau, o que desejavam do que imaginavam em seus filhos durante a gestação, apoiando em parte a literatura. Ao invés de relatarem apenas seus desejos e idealizações em relação ao bebê imaginário, elas pareceram proteger-se emocionalmente, considerando a possibilidade de seus filhos não corresponderem aos seus desejos.

Esta variabilidade de representações acerca do bebê imaginário pode indicar a existência de diferentes possibilidades para o bebê real (Bernardi, et al., 2005). Esse fenômeno, conforme os autores, prepara a mãe para as múltiplas características ainda não definidas da criança e mantém na mãe um ‘estoque’ de representações que permitem sentir o filho como próprio e esperado (Bernardi, et al., 2005). Os achados deste estudo apóiam essas ideias na medida em que todas as mães participantes relataram diversas características físicas e emocionais imaginadas em seus bebês na gestação, mesmo que estas pareçam, muitas vezes, contraditórias e distintas.

As expectativas e as reações frente à descoberta do sexo do bebê na gestação também estão relacionadas com o investimento e vínculo com o bebê imaginário e real (Debray, 1988; Lebovici, 1987; Soifer, 1980). Os dados reais sobre o bebê obtidos através da ultrassonografia, por exemplo, podem servir de base para mais expectativas e sentimentos maternos e se relacionarem com as representações sobre o bebê, e não tendem a reduzir o investimento no bebê imaginário (Piccinini, et al., 2004). Por exemplo, em relação ao sexo do bebê, todas as mães do estudo referiram ter uma preferência anterior à descoberta pela ultrassonografia e desejavam ter uma menina, sendo que somente duas a tiveram (Ana Maria e Raquel). A reação destas duas diante da descoberta do sexo foi de muita satisfação e envolvimento com a filha. No caso de uma delas (Ana Maria), o sexo foi descoberto na gestação, mas no caso de outra (Raquel), a descoberta deu-se somente após o nascimento. Mesmo com estas diferenças, ambas mostraram-se bastante satisfeitas com o filho, o que também endossa o referido na literatura.

Por outro lado, Debray (1988) aponta que o conhecimento do sexo do bebê durante a gestação pode constituir-se num ‘desabamento traumático’ quando gera uma decepção muito intensa na mãe. Dessa forma, a ultrassonografia e o conhecimento das características do bebê são também capazes de perturbar o processo primitivo das fantasias maternas por diminuírem seu caráter misterioso (Raphael-leff, 1997). Neste aspecto, os achados do presente estudo também corroboraram com a literatura na medida em que o fato do sexo do bebê não corresponder as expectativas maternas gerou frustrações em duas mães (Joana e Daniela). A reação de uma delas (Joana) frente a notícia que teria um menino foi de frustração seguida de alegria, apesar da notícia ir contra seu primeiro desejo. Neste caso, o fato do sexo do seu bebê não ter correspondido a sua expectativa inicial não pareceu ter gerado uma intensa decepção para a mãe, que mostrou-se capaz de passar a desejar o filho. Já uma delas (Daniela), sofreu uma intensa frustração com a notícia do sexo, tal como aponta a Debray (1988), ficando abatida e irritada com o bebê e com a gestação após saber que teria um menino. Neste caso, a descoberta do sexo parece ter gerado culpa e dificultado o envolvimento da mãe com o bebê na gestação.

Outro aspecto envolvido com o bebê imaginário é a escolha do nome, que tem um significado conforme a vida fantasiosa da mãe e está relacionada ao envolvimento dela com o filho na gestação (Lebovici, 1987). Para todas as participantes do presente estudo, a escolha do nome do filho deu-se ainda na gestação e as mães referiram algum envolvimento com esta escolha e, conseqüentemente, com o bebê imaginário. Três delas (Joana, Ana Maria e Raquel) se mostraram mais ativas na escolha, dando suas opiniões e trocando ideias com seus maridos a partir de seus gostos e preferências. Elas pareceram se posicionar diante dos nomes escolhidos para os filhos e diante da opinião dos maridos. Uma delas (Daniela), por sua vez, pareceu apenas aceitar a ideia do marido, não envolvendo-se ativamente no processo. Isso, provavelmente, pelo fato de estar bastante frustrada por estar esperando um menino.

Outro aspecto ligado à gestação, salientado na literatura é o fato de que o processo de reconhecimento do bebê na gestação pode despertar ansiedades nas mães (Soifer, 1980). Diante desses sentimentos, é comum que elas comecem a preparar o lugar do bebê, a ficar ansiosa pela sua vida e temer que ele nasça com algum problema. O bebê é ao mesmo tempo desconhecido e protegido, resultando numa sensação de completude e ansiedade (Lebovici, 1987). Apesar das mães do presente estudo terem referido momentos de ansiedade durante alguns momentos da gestação, elas não relataram muitas preocupações com a saúde do bebê durante a gestação e nem mesmo imaginaram que ele pudesse nascer antes do tempo e ter problemas decorrentes disso. Elas também não referiram preocupações com a sua própria saúde na gestação, as quais eram descritas como normais até que os problemas se intensificaram e levarem ao parto antecipado. Apesar disso, todas fizeram acompanhamento pré-natal e se preocuparam em organizar os preparativos para a chegada do filho.

Porém, é possível pensar que o fato das quatro mães não relatarem suas preocupações com o bebê imaginário pode estar relacionado com a situação de nascimento pré-termo, já que a entrevista foi realizada após este acontecimento e as mães mostravam-se ainda bastante impactadas com o evento. Diante disso, elas poderiam estar, no período pós-parto, com as suas preocupações dirigidas ao bebê real prematuro, tendo dificuldade de relembrem e relatarem as suas reais preocupações e envolvimento com o bebê imaginário.

Mesmo assim, é importante ressaltar também que todas as mães do estudo pareceram minimizar, nas entrevistas, os sintomas e problemas físicos importantes da gestação relacionados ao nascimento pré-termo do filho. Também pareceram minimizar a influência de suas intensas emoções e sofrimento psíquico para a gestação e para o filho. Isso pode estar relacionado, pelo menos em parte, à forte sensação de onipotência e completude resultante da gestação e do bebê imaginário, conforme aponta Lebovici (1987) e Soifer,(1980). Em duas mães (Daniela e Raquel)

isso apareceu mais intensamente, pois elas tiveram infecção urinária grave e não tiveram tratamentos adequados, mesmo sentindo dor e desconforto. Uma delas (Daniela) diz ter procurado ajuda após um período de dor e desconforto e não ter recebido nenhum diagnóstico, o qual foi confirmado apenas no parto. Outra (Raquel), após semanas de dor, buscou ajuda médica e foi internada com o diagnóstico de uma grave infecção urinária. No entanto, ela fugiu do hospital abandonando o tratamento. As outras duas mães (Joana e Ana Maria) referiram ter buscado orientação médica no início dos sintomas e seguido o tratamento indicado. Mesmo assim, elas pareceram minimizar os riscos dos sintomas de dor, cansaço, contrações e inchaço no corpo.

Dessa forma, pode-se pensar que a dificuldade das mães em buscarem ajuda no início dos sintomas e minimizarem os problemas também estão relacionadas às suas condições socioeconômicas e, conseqüentemente, as dificuldades no acesso a assistência médica durante o pré-natal. Estas, por sua vez, podem ter contribuído para que os eventuais problemas e conflitos emocionais se acentuassem frente à gestação.

Conforme Mathelin (1999), cada nascimento pré-termo tem uma história diferente a ser compreendida que não pode ser vista, psicanaliticamente, como uma relação de causa e efeito. Ao mesmo tempo, não se pode negar a interferência do psiquismo no corpo e das motivações inconscientes relacionadas a este acontecimento (Mathelin, 1999). Assim sendo, mesmo com as diferenças entre os casos, percebeu-se que todas as mães estavam envolvidas em situações de vida relatadas por elas como estressantes, referindo muita irritação e angústia. Duas delas (Joana e Ana Maria) relataram conflitos e sobrecarga no trabalho, enquanto as outras (Daniela e Raquel) referiam conflitos e brigas conjugais intensas. Dessa forma, as preocupações das quatro mães, durante a gestação, mostravam-se direcionadas, muitas vezes, a estas conflitivas e não só com o bebê e com a maternidade. Isso endossa a literatura que relaciona a influência de diferentes aspectos sociais, familiares, pessoais, incluindo os inconscientes, em cada história de nascimento pré-termo (Mathelin, 1999).

Ainda em relação ao bebê imaginário no contexto da prematuridade, a literatura aponta a dificuldade das mães de bebês nascidos pré-termo em descreverem com detalhes e com profundidade a interação com o filho imaginário como relacionada com o fato delas terem sido privadas dos últimos meses de gestação (Mathelin, 1999). Segundo a autora, o terceiro trimestre de gestação é importante para a construção da criança e da mãe, sendo que o parto prematuro ocorre no momento em que a mãe estava começando a sentir os movimentos de seu filho e a entrar em contato com o bebê real. Os achados do presente estudo apoiaram em parte o que a literatura assinala, particularmente quanto a interação com o bebê. As quatro mães relataram aspectos da interação com o filho na gestação, mas três delas (Joana, Ana Maria e Raquel) descreveram sucintamente

alguns momentos de interação com ele no útero, como toques, carinhos e conversas. Apenas uma mãe (Daniela) não conseguiu relatar essa experiência, tal como aponta a literatura. No entanto, de forma geral verificou-se a dificuldade delas falarem sobre as interações com o filho na gestação, incluindo sobre a percepção que tinham de seus movimentos.

Diante disso, é possível pensar que a dificuldade das mães em falar sobre o filho imaginário pode ter ocorrido também devido ao fato das mães, no momento da entrevista de gestação, já estarem, de certa forma, envolvidas com a interação com o bebê real prematuro. Além disso, o menor número de relatos das mães acerca dos movimentos do bebê no útero em comparação com as descrições das características imaginadas por elas na gestação (aparência, temperamento, sexo, nome), pode ter ocorrido pelo fato das imaginações e expectativas acerca do filho estarem, geralmente, já presentes nas mães desde o início da gestação. Por isso, possivelmente, não foram tão afetadas pelo nascimento pré-termo. A percepção mais acurada dos movimentos do feto e a interação com ele, no entanto, por serem mais intensificadas no terceiro trimestre, foram as mais prejudicadas pelo parto antecipado.

Além da interação com o bebê imaginário, a preparação do enxoval e do espaço do bebê na casa também permite a mãe conceber uma representação de seu filho ainda na gestação (Lebovici, 1987; Mathelin, 1999). No entanto, no contexto do nascimento pré-termo, aos seis ou sete meses de gravidez, muitas mães ainda não se envolveram extensamente nestes preparativos e acabaram de serem reconhecidas pela família e pela sociedade como mulheres grávidas e futuras mães. Por este motivo, elas podem ter dificuldades em sentirem-se como mães, num primeiro momento (Mathelin, 1999).

Os achados do presente estudo apóiam em parte essas ideias na medida em que, mesmo em meio às situações de estresse vivenciadas na gestação pelas mães no trabalho e nos relacionamento conjugal, e o parto antecipado e inesperado, as quatro mães do estudo relataram terem tido um envolvimento com os preparativos para a chegada do filho na gestação e comportamentos protetores em relação a ele. Três delas (Joana, Daniela e Ana Maria) mostraram-se envolvidas com o filho desde as primeiras semanas após a concepção, embora uma delas (Raquel) negou os sintomas da gestação e descobriu-a apenas no 4º mês, passando somente, neste momento, a envolver-se com a gravidez. Ao mesmo tempo, verificou-se que o parto antecipado gerou uma confusão e frustração nas mães na medida em que interrompeu o planejamento do último trimestre, alguns dos preparativos finais para a chegada do bebê, como a organização do quarto e realização do chá do bebê, e a satisfação diante do crescimento da barriga.

Considerando as questões discutidas acima acerca do bebê imaginário no contexto da prematuridade, verificou-se que as falas das mães sobre o filho na gestação estavam presentes, mas

foram limitadas, principalmente no que diz respeito à interação com o bebê e a maternidade. Nesta mesma direção, a gestação das mães do presente estudo foi marcada por estresse e preocupações, as quais pareceram ter dificultado, de alguma forma, o envolvimento e o investimento com o bebê imaginário. Mesmo assim, as mães expressaram ter desejado o filho e preocuparam-se com a sua chegada. O parto antecipado, possivelmente, dificultou o incremento dessas representações, pois interrompeu, em parte, o processo de construção do bebê imaginário e maior reconhecimento do bebê real. Além disso, os conteúdos trazidos pelas mães dependeram de sua memória em relação à experiência da gestação, pois a entrevista foi realizada no pós-parto, o que provavelmente, limitou a quantidade e a qualidade dos relatos.

Relacionando com o bebê imaginário, Lebovici (1987) descreve o bebê real, fruto do nascimento, que confronta o bebê imaginário, constituindo-se, num primeiro momento, numa cópia decepcionante deste. Por este motivo, o bebê real é capaz de provocar inquietude e encantamento na mãe, ao mesmo tempo em que pode fazê-la se deparar com dificuldades, frustrações e limitações da maternidade, negadas frente ao bebê imaginário (Ferrari, 2003; Lebovici, 1987).

O confronto entre o bebê imaginário e o bebê real, que se dá após o nascimento, é descrito pela literatura como um processo complexo. No contexto da prematuridade, em particular, podem ainda ocorrer dificuldades no vínculo mãe-bebê, na idealização normal do filho e no investimento afetivo da mãe sobre ele (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus, et al., 2000; Raphael-leff, 1997). Neste aspecto, os achados do presente estudo corroboraram com a literatura, já que, para as mães, o confronto entre o bebê imaginário da gestação e o bebê real prematuro foi bastante difícil e intenso. As características físicas e os aparelhos ligados ao bebê causaram, num primeiro momento, um impacto emocional em todas as mães, gerando muita angústia e tristeza. Mesmo assim, elas demonstraram o desejo em ver o filho logo após o nascimento e em acompanhar sua internação.

O nascimento pré-termo é apontado também como capaz de interferir e prejudicar a relação e interação da mãe com o filho e o vínculo que se estabelece na díade, devido as condições de separação e possível perda do bebê (Feldman, et al., 1999) e pela dificuldade inicial de amamentação (Flacking, et al., 2007). A mãe de um bebê prematuro que necessita de cuidados intensivos neonatais fica, após o parto, sem contato íntimo com o filho, precisando esforçar-se para se vincular a ele (Wirth, 2000).

Nesse sentido, os achados do presente estudo corroboraram em parte com a literatura. A complexidade e a intensidade do confronto entre o bebê imaginário e o bebê real após o nascimento pré-termo gerou sofrimento, particularmente para três mães (Daniela, Ana Maria e Raquel) e uma dificuldade inicial de aproximação com o filho. Estes mostraram-se relacionados, principalmente, às características físicas do bebê, aos aparelhos, à impossibilidade do contato físico e à dificuldade em

assumir os cuidados e as tarefas da maternidade. No entanto, apesar disso ter levado a um afastamento inicial de três mães (Daniela, Ana Maria e Raquel) do filho, houve um gradual enfrentamento da situação com o decorrer da elaboração da perda do bebê imaginário e adaptação ao bebê real, permitindo o estabelecimento do vínculo com o filho. Já no caso de Joana, percebeu-se, desde o pós-parto, uma maior facilidade no vínculo inicial e no envolvimento com o filho. Dessa forma, o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real prematuro, neste caso, pareceu menos intenso.

O envolvimento emocional da mãe com o seu bebê prematuro constitui-se num desafio, já que, muitas vezes, o sentimento de culpa é tão intenso que deixa a mãe confusa. O tempo de internação parece longo e os dias são contados a partir do ritmo do ganho de peso do bebê. Além disso, a incubadora passa a substituir a função do útero materno (Mathelin, 1999). Conforme Warren (2002), nestas situações, muitas mães referem que o bebê está melhor na incubadora ao invés do útero, demonstrando seu sentimento de incapacidade e impotência. Mathelin (1999) assinala que a decepção com o filho decorrente do nascimento pré-termo pode também gerar uma anulação do nascimento, ao ponto da mãe continuar se sentindo a portadora do bebê imaginário para minimizar a sua decepção e culpa. Ao mesmo tempo, a mãe pode ter a sensação de ser perigosa para o filho (Mathelin, 1999).

Tal aspecto foi verificado nas falas de três mães (Daniela, Ana Maria e Raquel), as quais referiram dificuldades em se aproximarem de seus filhos no período pós-parto e muito medo de machucá-los. As três mães também relacionaram a incubadora com seu útero para explicar as necessidades do filho, se referindo a ele como o bebê ainda não pronto para a vida. Além disso, uma delas (Ana Maria) chegou a citar a sua sensação, durante a primeira semana após o parto, de ainda ter o bebê em sua barriga e senti-lo se movimentar.

Esse distanciamento inicial da mãe em relação ao filho prematuro é comum no contexto da prematuridade devido às dificuldades das mães em reconhecerem o bebê real como seu, em função dos problemas e dos próprios aparelhos usados para a manutenção de sua vida e seu tratamento (Lamy, et al., 1997; Morsch & Braga, 2007). Em relação ao contato e aproximação com o filho após o parto, apenas uma das mães (Joana) conseguiu enfrentar seu sofrimento a ponto de acompanhar diariamente seu filho na UTINEo desde o seu nascimento. As outras três mães (Ana Maria, Daniela e Raquel) se afastaram dos filhos no início da internação, enquanto seus estados de saúde estavam mais graves e não permitiam que elas tivessem muito contato físico com os filhos. Isso, provavelmente, contribuiu para que elas passassem a visitá-los apenas por algumas horas por dia (Ana Maria) e em dias alternados (Daniela e Raquel). Pode-se pensar que, nestes três casos,



houve dificuldade das mães no investimento afetivo no bebê real, no período pós-parto, devido ao impacto emocional gerado pelo intenso confronto entre o bebê imaginário e o bebê real prematuro.

Como aponta a literatura, a descontinuidade temporal resultante do parto antecipado pode ser também traumática para a mãe e para o bebê (Brum & Schermann, 2004; Tracey, 2002; Wirth, 2000; Zornig, et al., 2004, pois há um rompimento abrupto e inesperado do vínculo da gestação (Wirth, 2000). Dessa forma, a mãe de um bebê prematuro precisa entrar em contato com o filho real antes do tempo e, em geral, não está preparada para isso (Wirth, 2000). Corroborando com colocações, os achados do presente estudo mostraram que, para as quatro mães, o nascimento pré-termo constituiu-se em um momento de sofrimento intenso e angústia, principalmente, em relação ao trabalho de parto e primeiro contato com o filho prematuro. A experiência do parto prematuro foi lembrada por três mães (Joana, Daniela e Raquel) como muito difícil, assustadora e confusa, sendo que apenas para uma mãe (Raquel) foi melhor do que ela esperava.

Diante desse contexto, a mãe que tem sua gestação bruscamente interrompida pelo nascimento pré-termo e fica sem poder gestar seu bebê precisa, muitas vezes, fazer um esforço grande para se vincular a ele (Wirth, 2000). Além disso, devido aos problemas do bebê, a mãe pode ter também dificuldade de se identificar com ele, o que pode ser agravado pelo fato dela ainda não estar e não se sentir preparada para recebê-lo (Stern-Bruschweilwe & Stern, 1989; Stern & Stern-Bruschweilwe, 1998). Os achados deste estudo corroboram com a literatura, pois mostraram que as quatro mães tiveram dificuldade de se sentirem mães de seus bebês no período pós-parto, apesar da satisfação com a maternidade que vinham tendo na gestação. Após o nascimento do filho, as quatro mães demonstravam dificuldade em descrever seus sentimentos em relação à maternidade, referindo uma sensação de estranhamento em relação ao fato de já serem mães. Devido o nascimento antecipado e inesperado, elas pareceram não estarem prontas para receber o bebê real e nem mesmo para assumirem a maternidade junto a ele.

Assim sendo, dificuldades da mãe no exercício da maternidade podem surgir diante de um bebê 'decepcionante' (Lebovici, 1987). Frente a esse sentimento o autor aponta que o aparelho psíquico materno defende-se limitando o trabalho de investimento no recém nascido. O nascimento pré-termo pode, então, ser um obstáculo para a mulher que está tentando estabelecer uma identidade materna (Stern, 1998) Dessa forma, pode-se observar, em alguns casos, dificuldades no vínculo da mãe com seu bebê e no reconhecimento da maternidade diante daquele filho (Zornig et al., 2004). Os achados do presente estudo apóiam em parte estas ideias referentes à maternidade no contexto da prematuridade. Isso porque, mesmo com todas as dificuldades e sofrimento das mães, já apontados pela literatura, as mães deste estudo esforçaram-se muito para se sentirem úteis, eficientes e competentes em relação à maternidade, já no período pós-parto. Dessa forma, notou-se

que as mães esforçaram-se, desde o pós-parto, para envolverem-se com a rotina hospitalar, com a equipe e com a estimulação e retirada do leite como uma forma de atenderem alguma das necessidades de seus filhos prematuros. No entanto, foi possível verificar que as quatro mães não conseguiram dar conta da maior parte de suas expectativas em relação a esta função frustrando-se bastante num primeiro momento.

Estas frustrações também podem estar relacionadas com as condições clínicas dos bebês do estudo, que eram MBP (< 1500g) e EBP (< 1000g) e encontravam-se bastante fragilizados e sob cuidados intensivos, devido as suas dificuldades respiratórias e os riscos de infecção. Conforme Araújo, o quadro clínico desses bebês é caracterizado, geralmente, por uma imaturidade física, diminuição na atividade muscular e reflexa, deficiência no controle da temperatura corporal, da sucção, da deglutição, da respiração, do aparelho circulatório, da concentração urinária, além de uma maior suscetibilidade a infecções (Araújo, 2003). Assim, as mães do presente estudo não tinham acesso livre para tocar em seus filhos no período pós-parto, podendo segurá-los por apenas alguns minutos e em momentos determinados pela equipe. Sendo assim, é possível pensar que a grave situação clínica dos bebês do estudo também contribuiu para as dificuldades da mãe diante da interação com os filhos e do sentimento de maternidade.

No entanto, mesmo diante das dificuldades e limitações do filho, todas as mães mostraram-se dispostas e desejaram amamentá-los desde o período pós-parto até a chegada em casa. No entanto, apenas uma delas (Joana) mostrou-se mais otimista em relação ao processo desde o início, sendo a única que ainda amamentava o filho no 3º mês após a alta. Além disso, Joana também foi a única mãe do estudo que teve a oportunidade de participar do Programa Mãe-Canguru, o que aponta para a importância desse programa no contexto da prematuridade. As outras três mães (Daniela, Raquel e Ana Maria) esforçaram-se para retirar o leite e estimular a sua produção durante a internação, porém, não conseguiram continuar a amamentando após a ida para casa. Dentre essas, Ana Maria mostrou-se muito angustiada e culpada por não ter conseguido, além de estressada com o processo de estimulação para produzir leite e ter de amamentar a filha, sentido como uma pressão e uma obrigação.

Conforme Brazelton e Cramer (1989), o desequilíbrio entre o bebê imaginário e o bebê real tende a ser mais acentuado na situação de nascimento pré-termo do que no nascimento a termo. Para Zornig, et al. (2004), isso pode estar relacionado com o fato do parto antecipado interromper o processo de construção do bebê imaginário e colocar os pais em contato precoce com um bebê real fragilizado, cuja principal necessidade é sua sobrevivência e não a qualidade afetiva dos cuidados. Ainda conforme os autores, ao invés do sentimento de triunfo frente ao nascimento do filho, comum nos pais de bebês a termo saudáveis, o parto prematuro pode gerar na mãe uma sensação de fracasso

e dificultar um olhar narcísico que vá além do orgânico do bebê (Zornig, et al., 2004). Essa sensação de fracasso e de não ter conseguido segurar a gestação, foram descritas, principalmente, por três mães (Joana, Daniela e Ana Maria). Elas referiram sentirem culpadas, no período pós-parto, e responsáveis pelo nascimento pré-termo e pela condição do filho real, sofrendo diante das lembranças da gestação e culpando-se frente aos cuidados e tratamentos não realizados. Apenas uma (Raquel) pareceu não culpar-se pelo acontecimento e ainda mostrar-se satisfeita com o nascimento da filha, sentido como um alívio. Para ela, o fato da filha ter nascido pré-termo era um fator protetor para ela e para o bebê.

A elaboração da perda do filho imaginário e o investimento nas necessidades do bebê real ocorrem, geralmente, quando a mãe assume os cuidados com o filho prematuro (Tracey, 2002). Para que isso aconteça, é necessário um longo período de ajustamento e contato físico com o bebê (Tracey, 2002). Considerando os relatos das mães sobre o bebê real, do período pós-parto ao 3º mês após a alta, constatou-se que nos quatro casos a elaboração da perda do bebê imaginário e o investimento no bebê real estiveram relacionados diretamente com a possibilidade da mãe em assumir os cuidados e tocar no filho. No entanto, para uma mãe (Joana), esse processo deu-se mais rapidamente, já que ela demonstrou mais iniciativa para participar dos cuidados com o bebê, desde o nascimento, solicitando à equipe médica, mais contato com o filho do que as outras mães. As outras três mães (Daniela, Ana Maria e Raquel) levaram mais tempo para se aproximarem da rotina da UTINeo, da equipe e dos cuidados com o filho e demonstraram mais dificuldade para posicionarem-se diante da equipe. Estas mães demonstraram estarem mais envolvidas com o bebê real apenas na pré-alta, quando este estava em melhor estado de saúde e havia a possibilidade delas assumirem seus cuidados.

Além disso, notou-se uma forte ambivalência das mães entre o desejo de assumir o filho prematuro, desde o pós-parto, e o desejo de deixá-lo sob a responsabilidade da equipe, que era considerada por elas, principalmente, como fonte de apoio e segurança. Junto a isso, foi possível constatar a partir dos relatos das mães, que certo afastamento do bebê e da UTI, no período pós-parto, tinha uma função protetora para seu estado emocional e bem estar do filho. Ao se afastarem nos momentos mais difíceis, as mães demonstraram querer preservar seus filhos de suas emoções desagradáveis e de seu sofrimento. Esse afastamento apareceu também acompanhado da necessidade das mães em se cuidarem e se preservarem para a alta do filho. Isso, no entanto, foi diminuindo consideravelmente com a melhora clínica do bebê e proximidade da alta.

Morsch e Braga (2007) sugerem o conceito de *preocupação médico-primária* para descrever o que pode ser observada nas mães de bebês hospitalizados. Segundo as autoras, essas mães costumam passar a ocupar uma função médica junto ao filho, permanecendo ao lado da incubadora

e examinando os aparelhos e os prontuários. No caso de bebês nascidos pré-termo, essa preocupação seria uma maneira provisória de a mãe exercer a maternidade e envolver-se com seu bebê. Porém, com a sobrevivência e desenvolvimento da criança, a mãe vai encontrando outras maneiras de se relacionar com o filho e percebendo outras características dele, individualizando-o gradativamente e reconhecendo-o cada vez mais como seu filho (Morsch & Braga, 2007).

Apoiando a literatura, os achados do presente estudo revelaram que, mesmo diante de todas as dificuldades, todas as mães demonstraram, desde o período pós-parto, a *preocupação médico-primária* com o bebê real sugerida por Morsch e Braga (2007), já que elas conseguiram descrever o estado de saúde dos filhos com clareza, incluindo os procedimentos realizados e as informações passadas pela equipe. Elas também pareceram bastante atentas as informações médicas e as opiniões da equipe acerca do bebê. No entanto, apenas uma (Joana) demonstrou o desejo de acompanhar o filho durante os procedimentos clínicos e participar ativamente dos cuidados do filho. As outras três, no período pós-parto, mostraram-se mais fragilizadas emocionalmente e buscaram se afastar durante os procedimentos, para não prejudicarem os filhos com suas emoções intensas.

Passado o período inicial de maior envolvimento e preocupações com o estado de saúde do bebê prematuro e com o decorrer da internação, a criança vai sendo reconhecida pela mãe a partir de suas particularidades, tais como seus sentimentos, reações, gestos e gostos (Lamy, et al., 1997; Pizzoglio, 1999). Além do mais, com o seu desenvolvimento o bebê vai, aos poucos, contribuindo para modificar os padrões dos pais sobre bebês nascidos a termo, ficando mais próximo do bebê imaginário (Pizzoglio, 1999) e vai sendo considerado como mais saudável, apesar do contexto de hospitalização (Lamy, et al., 1997). Para Mathelin (1999), as mães, geralmente, querem dar um significado para a experiência vivida pela prematuridade e falar da trajetória inicial de vida de seu filho.

No presente estudo, desde o período pós-parto, as quatro mães também demonstraram o desejo, a necessidade e a capacidade de descrever os comportamentos, as habilidades e os gostos do filho. Elas mostravam-se atentas às suas mais sutis manifestações na incubadora, buscando dar significado as mesmas, mesmo quando seus bebês ainda estavam com sérias limitações clínicas e com pouca capacidade de interação. Além disso, desde o período pós-parto, as mães descreveram detalhadamente as características físicas e emocionais observadas em seus filhos. Elas buscavam características semelhantes às suas e às dos seus maridos nos bebês, ficando satisfeitas quando se pareciam em algum aspecto consigo. Além disso, todas consideravam seus filhos como saudáveis, apesar da gravidade clínica.

A inserção mais direta da mãe nos cuidados do filho nascido pré-termo ocorre, frequentemente, quando o quadro clínico do bebê melhora e ele já encontra-se no cuidado

intermediário e de médio risco da UTINeo. A partir desse momento, a mãe passa a poder assumir a troca de fraldas, a higiene e a alimentação do filho. Sua participação, no entanto, pode ser vista pela equipe como uma obrigação, sendo que a sua ausência gera, frequentemente, cobranças dos profissionais de saúde (Gaíva & Scochi, 2005).

Apoiando a literatura, as mães do presente estudo mostraram que o seu envolvimento nos cuidados do filho foi um processo que envolveu a melhora do estado de saúde do bebê, a possibilidade de contato físico com o filho, a maior autonomia diante dos cuidados e adaptação frente à rotina da UTI. Apesar de todas as dificuldades e sofrimento, as mães demonstraram ter o desejo de vincularem-se ao bebê real e aproximarem-se fisicamente dele. Dessa forma, parece que, na pré-alta do bebê, as mães estavam mais tranquilas e confiantes em relação ao estado de saúde do bebê, mais seguras e satisfeitas com a maternidade e mais envolvidas com o bebê real. O vínculo e o envolvimento das mães com o bebê real foi sendo rapidamente intensificado desde o pós-parto até o 3º mês após a alta. Na pré-alta do bebê, todas as mães acompanhavam diariamente o filho na UTI neonatal, assumiam alguns cuidados e se sentiam mais próximas do filho. Das quatro mães, apenas uma (Daniela) sentia-se insegura diante dos cuidados, solicitando ainda o auxílio constante da equipe.

Ao mesmo tempo em que as mães foram assumindo os cuidados com os filhos na UTINeo, elas relataram também terem uma maior confiança, apoio e incentivo da equipe diante deste maior envolvimento. No entanto, uma delas (Daniela e Raquel) demonstrou, no pós-parto, muita insegurança diante dos cuidados com o filho e por isso referi sentir-se sobrecarregada e angustiada diante das responsabilidades que lhe eram passadas pela equipe.

Além disso, quanto ao processo de estimulação e produção de leite durante a internação do bebê, as mães relataram que esse foi bastante sofrido por exigir um afastamento do filho e ser sentido como uma pressão da equipe e uma obrigação, e não uma escolha. Verificou-se nas mães uma intensa vontade de dedicar-se integralmente ao seu bebê recém-nascido e não ao processo de estimulação e retirada de leite, já que a amamentação não parecia ser considerada por elas como o mais importante no período pós-parto, apesar do desejo que tinham de amamentar o filho posteriormente.

Mesmo com a satisfação com a maternidade, diante da hospitalização, é comum os pais não acreditarem na capacidade do filho em crescer, ser forte e saudável, e preocuparem-se constantemente com os cuidados necessários e com seu estado de saúde (Klaus, et al., 2000; Lamy, et al., 1997; Warren, 2002). Os achados do presente estudo apóiam em parte estas ideias. De um lado as quatro mães se mostravam contentes com a evolução clínica do filho, pelo menos no momento da pré-alta do filho. Elas referiam estar com os preparativos prontos para a chegada em

casa e estarem com expectativas positivas em relação a isso e também em relação ao desenvolvimento da criança e a maternidade. No entanto, duas (Daniela e Ana Maria) mostraram-se mais angustiadas e preocupadas com o fato de levarem os bebês para casa com algum problema de saúde e não conseguirem cuidá-los adequadamente. As outras duas (Joana e Raquel), por sua vez, estavam mais animadas e tranquilas em relação à saúde do bebê e seu desempenho materno.

Na verdade, a alta hospitalar pode ser um momento de muitas ansiedades frente à saúde do filho e de reativação de sentimentos de tristeza, devido à responsabilidade da mãe de cuidar sozinho do bebê (Brazelton, 1988). Os sentimentos frente à responsabilidade e o medo de machucá-lo durante os cuidados podem vir junto com o desejo de deixá-lo em um lugar seguro, ou seja, no hospital (Brazelton, 1988; Soifer, 1980). A partir da análise das verbalizações maternas no 3º mês após a alta, constatou-se que a chegada em casa gerou angústia e medo nas mães num primeiro momento, devido ao tamanho pequeno do bebê e a necessidade de cuidados e atenção especiais. No entanto, de forma geral, essa tensão em relação ao bebê real foi diminuindo ao longo das semanas após a alta. Quando as mães passaram a assumir sozinhas a maior parte dos cuidados do bebê. Apenas uma (Daniela) estava recebendo ajuda da família, pois havia se separado do marido e voltado e morar com seus pais. Além disso, ela estava bastante entristecida e abatida e não estava dando conta sozinha dos cuidados com o filho. Mesmo assim, todas as mães mostravam-se mais tranquilas diante de seus bebês, além de mais seguras com a maternidade.

As representações maternas sobre o bebê prematuro e sobre o vínculo com ele tendem a evoluir com o seu desenvolvimento e alta hospitalar (Brazelton, 1988), o que foi verificado nos quatro casos do presente estudo. Muitas vezes, a sensação de proximidade dos pais em relação ao bebê real e a conciliação deste com o bebê imaginário surgem com a ida para casa (Klaus & Kennel, 1993; Zornig, 2004). Os achados apoiam a literatura na medida em que as quatro mães referiram se sentirem mais ‘mães’ de seus filhos após a ida para casa e o contato mais próximo com ele. Além disso, no 3º mês após a alta as mães pareceram estar mais satisfeitas com o filho, descrevendo-o como igual ou melhor do que o bebê imaginado na gestação.

Mesmo assim, a literatura assinala que preocupações sobre a saúde do bebê, sensação de culpa por ter produzido algo inacabado, imperfeito e frágil, medo de contaminar e prejudicar o filho são comuns mesmo com o crescimento e desenvolvimento da criança (Klaus & Kennel, 1993). Isso ocorre, pois as preocupações maternas sobre o bebê prematuro continuam, frequentemente, organizadas ao redor do trauma, que mantém o filho como frágil e vulnerável durante seu desenvolvimento (Warren, 2002).

Os resultados do presente estudo apóiam em parte esses autores, pois mostraram que três mães (Joana, Daniela e Raquel) apesar dos constantes cuidados, mostraram-se tranquilas em relação

ao estado de saúde e ao desenvolvimento do filho, mantendo uma rotina de cuidados, passeios e contatos com a família. Apenas uma mãe (Ana Maria) mostrou-se, no 3º mês após a alta, ainda extremamente preocupada com a filha, imaginando que poderia adoecer com o frio e com o contato com outras pessoas. Por isso, ela não saía de casa com a filha a não ser para ir ao médico. Essas preocupações intensas dessa mãe também podiam estar relacionadas com o fato de sua filha ter sido, dos quatro bebês do estudo, a que permaneceu mais tempo na UTINeo e teve mais complicações respiratórias.

Dessa forma, a mãe pode sentir-se como a salvadora do filho nascido pré-termo, desenvolvendo uma maternagem intensiva e superprotetora a um ser considerado por ela como diminuído, frágil e em constante perigo (Brazelton & Cramer, 1992). Nessas situações, a função materna e as representações antes dirigidas ao bebê imaginário saudável mostram-se, muitas vezes, afetadas e desorganizadas (Battikha, et al., 2007). Além disso, apesar de grande parte dos prematuros terem um desenvolvimento normal, os pais tendem a tratá-los como se estivessem sob risco por vários anos (Brazelton, 1988), preocupando-se muito com a sua saúde e desenvolvimento (Brazelton, 1988; Flacking, et al., 2007; Klaus & Kennel, 1993; Mello et al., 2002; Morais et al., 2009; Stern-Bruschweilwe & Stern, 1989; Stern & Stern-Bruschweilwe, 1998; Warren, 2002). Dentre estas, as preocupações frente ao ganho de peso tendem a serem as mais comuns (Klaus & Kennel, 1993).

Conforme Brazelton (1988), a adaptação ao bebê real prematuro exige muito dos pais, pois estes desejam que o filho cresça rapidamente. É comum também, segundo o autor, a comparação constante das mães frente aos outros bebês considerados por elas como 'normais', seguida da descrença frente às capacidades de seu filho. Frente a isso, notou-se que duas mães (Joana e Ana Maria) mostraram-se atentas a outros bebês pré-termo, comparando com seus próprios filhos. Outrossim, comparavam suas funções maternas e suas habilidades junto ao bebê com as de outras mães, sentindo-se recompensadas e valorizadas com as qualidades e habilidades de seus filhos. Elas mostravam-se também satisfeitas quando comparavam seus bebês com outros bebês pré-termos, considerados como menores e com problemas.

Em relação ao temperamento dos bebês, as quatro mães o descreveram como fácil de lidar, apesar da impressão de que os filhos exigiam bastante atenção. Duas mães (Ana Maria e Raquel) descreveram suas filhas como brabas e bastante exigentes, enquanto que as outras duas (Joana e Daniela) falaram que seus filhos eram bastante calmos. Mesmo com estas diferenças entre os casos, as quatro mães referiram facilidade em lidar com o temperamento dos filhos e satisfação frente as suas características emocionais.

Mesmo diante de muitas preocupações com o estado de saúde do bebê, notou-se que, do período pós-parto até o 3º mês após a alta, as mães mostraram-se mais satisfeitas com o estado de saúde e desenvolvimento dos filhos. No entanto, uma mãe (Ana Maria) estava ainda bastante preocupada com o ganho de peso da filha, referindo angústia diante das consultas médicas e medo do bebê não engordar adequadamente e conforme suas expectativas.

No 3º mês após a alta, verificou-se ainda que as mães pareciam bastante orgulhosas diante de seus filhos, incluindo a aparência, o desenvolvimento e o estado de saúde. No entanto, o foco da atenção delas estava direcionado, principalmente, ao estado de saúde e bem estar deles e não na estimulação de suas habilidades e desenvolvimento. As preocupações delas pareciam estar ainda voltadas, em maior grau, para as necessidades básicas do bebê, tal como alimentação e saúde, o que não impedia que elas também se envolvessem afetivamente com eles. É possível pensar que as preocupações com o desenvolvimento do bebê passam a surgir com a proximidade do primeiro ano, onde os bebês terão mais contato com outras crianças nascidas a termo. Naquele momento, é possível que as mães passem a dirigir sua atenção para o desenvolvimento dos filhos.

Dessa forma, apesar de algumas mães terem demonstrado dificuldade de descreverem o bebê imaginário e os sentimentos decorrentes da maternidade durante a gestação, elas enfrentaram a situação do nascimento pré-termo e o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real, aproximando-se gradualmente do filho e atendendo às suas necessidades, desde o período pós-parto até o 3º mês após a alta hospitalar. Porém, conforme Mathelin (1999), frente à sensação de ter perdido tempo junto de seu filho devido à internação, o contato com um bebê que já não é mais seu recém-nascido pode ser difícil para a mãe após a alta hospitalar. A reação da mãe diante do filho recém chegado em casa pode gerar mais dificuldades, ou seja, a mãe pode sentir-se impossibilitada de separar-se de seu bebê e de reencontrar as suas referências de mulher. Como resultado, ela pode buscar compensar o vazio e a depressão resultantes das frustrações do parto antecipado e da separação precoce com o filho a partir de uma relação excessivamente simbiótica com o filho. Ela pode ainda ver-se aterrorizada diante dele caso não haja uma figura de apoio adequada (Mathelin, 1999).

Esta sensação e o desejo de compensar o tempo perdido junto do filho aparecem nas verbalizações das quatro mães do estudo, durante a entrevista realizada no 3º mês após a alta. Elas mostraram-se também, de forma geral, bastante envolvidas e até ‘grudadas’ em seus bebês, sendo que apenas uma (Joana) referiu aceitar a aproximação e ajuda ativa do marido para cuidar do filho. As outras três mães (Daniela, Ana Maria e Raquel) referiram não confiar na participação do marido nos cuidados diários com seus bebês, demonstrando uma relação demasiadamente exclusiva com os filhos.



Dessa forma, é possível pensar que por mais satisfeitas que as mães estivessem com a maternidade no 3º mês após a alta, elas pareceram bastante sobrecarregadas com os cuidados com o filho e rotina da casa, havendo também uma alta exigência em relação ao desempenho materno. Além disso, o estado de saúde dos filhos pareceu qualificar o papel materno e a eficácia dos cuidados, gerando assim, um medo intenso de fracassar diante de suas próprias expectativas, dos médicos e dos familiares.

Apesar das preocupações e da superproteção maternas apontadas por parte da literatura, e por mais que o contexto da prematuridade seja difícil e envolto em sofrimento, pode tornar-se também uma oportunidade de amadurecimento e vínculo com o filho (Black, et al., 2008). Além disso, mesmo sofrendo diante da hospitalização inicial do filho, a grande maioria das mães se utiliza de mecanismos emocionais para enfrentar as dificuldades e o sofrimento, conseguindo estabelecer uma relação harmoniosa com o filho (Lebovici, 1987). Dessa forma, os achados do presente estudo apóiam estas idéias, pois mostraram que as mães utilizaram diversos recursos emocionais desde o período pós-parto até o 3º mês após a alta, esforçando-se para estabelecer uma relação íntima com o filho e atender as suas mais primitivas necessidades. Além disso, para uma das mães (Raquel) verificou-se que a prematuridade do bebê parece ter sido sentida como positiva para o filho e para a maternidade, pois representava mais apoio e atenção da família e proteção do próprio marido.

Juntos, os achados do presente estudo destacados e discutidos acima corroboram com a literatura, mostrando a presença de preocupações e dúvidas em relação ao estado de saúde e desenvolvimento do bebê três meses após a alta, as quais ainda interferiam na maternidade e na interação da mãe com o bebê. As mães, de forma geral, mostraram-se ainda inseguras diante de eventuais complicações clínicas do filho e, por isso, relataram dificuldades no manejo com eles, no processo normal de separação e até aceitação da participação do marido nos cuidados e nos limites esperado para esta etapa do desenvolvimento. Assim, o bebê real no 3º mês após a alta, apesar de gerar muita satisfação e orgulho para as mães, ainda causava insegurança e temores diante de um possível adoecimento e sequelas em função do nascimento pré-termo. Nesse contexto, a superproteção do bebê devido ao medo do adoecimento do filho, a dificuldade de separação, e a alta exigência de algumas mães em relação ao desempenho da maternidade.

Junto a isso, verificou-se que as quatro mães tinham como expectativa continuar cuidando de seus filhos em casa durante, pelo menos, o primeiro ano de vida. Destas, apenas duas (Daniela e Ana Maria) referiram o desejo de retornar ao trabalho após este período, sendo que Ana Maria pretendia deixar a filha com a tia e Daniela desejava colocar o filho numa creche. Em relação a isso, verificaram-se também dúvidas nos relatos das quatro mães sobre a entrada dos filhos na creche, a

qual pareceu uma idéia postergada devido à situação do nascimento pré-termo e história clínica do bebê.

Além disso, no 3º mês após a alta, as mães pareceram estar vivendo um momento de encantamento e reconhecimento do filho e da maternidade, mostrando-se bastante aliviadas por terem saído do hospital e por terem superado a situação difícil a qual passaram junto de seus filhos. Dessa forma, pode-se pensar na alta e nos primeiros meses em casa como um novo nascimento, onde a mãe passa a ter a possibilidade de reconhecer seu filho e maternidade reais, ao mesmo tempo em que pode ocorrer uma maior aproximação das expectativas presentes na gestação diante do filho e da experiência de ser mãe. Talvez, para estas mães que passaram pela situação do nascimento pré-termo e hospitalização de seus filhos, o processo de conciliação entre o bebê imaginário e o bebê real e a adaptação a este último ocorra somente após a alta hospitalar.

Para além dos achados relatados e discutidos nesse capítulo, no Capítulo III, foram assinaladas diversas questões envolvidas no nascimento do bebê pré-termo e na maternidade nesse contexto e que merecem ser aprofundados em estudos posteriores. Estas incluem a importância de UTINeo adequadamente equipadas (um dos bebês quase ficou sem incubadora) e da presença de uma equipe qualificada não só para o atendimento clínico, mas também suporte emocional a estas mães. Os achados mostraram o quanto elas se sentem, muitas vezes, confusas e desamparadas diante de toda a situação da prematuridade e, em particular, de um ambiente novo, estranho e altamente estressante.

Os achados deste estudo também mostram o quanto as quatro mães pareceram buscar incentivo e reconhecimento de seu esforço por parte da equipe clínica, na medida em que o contexto lhe gerava muita angústia e cansaço. Diante desta busca, elas relataram receber apoio e incentivo de alguns profissionais, enquanto de outros distanciamento e indisponibilidade para ajudar, o que as deixavam, muitas vezes, inseguras e inibidas diante da equipe. Ainda em relação à equipe, os achados mostraram que a variedade e troca de profissionais pode ser bastante perturbador para as mães por gerar confusão e dificultar o vínculo afetivo com a equipe. Isso demonstra a importância da equipe manter-se organizada a fim dos profissionais de saúde seguirem acompanhando os mesmos bebês e suas mães ao longo da internação.

Além disso, o acompanhamento da equipe se torna fundamental já que, diante da possibilidade de alta dos bebês, as mães mostraram-se também com dúvidas e inseguranças em relação aos cuidados com o filho, as quais são importantes de serem trabalhadas pela equipe clínica, o que nem sempre ocorre. Junto a isso, no 3º mês após a alta, surgiram lembranças das mães em relação ao estímulo da equipe à amamentação durante a internação do filho, o qual foi sentido, de forma geral, como uma obrigação, apesar de até haver o desejo em amamentar. Neste período, as

mães mostravam-se também com dúvidas em relação ao desenvolvimento e cuidados com os filhos, demonstrando a importância de uma continuidade de acompanhamento destas mães e de seus bebês por parte de uma equipe multiprofissional que possa acompanhá-los neste processo de alta e adaptação ao longo dos primeiros meses em casa.

Isso teria sido particularmente importante para as mães do presente estudo, cujos bebês estavam internados em estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e eram de nível sócio-econômicos médio-baixo e baixo. Dessa forma, não contavam com muitos recursos econômicos, sociais e assistenciais, dependendo, principalmente, dos serviços que lhe eram oferecidos nos hospitais. Tal fato reforça a necessidade destas mães e seus bebês serem atendidos por profissionais qualificados de diferentes áreas, inclusive pelo setor de psicologia da instituição, não só durante a internação, mas ao longo dos primeiros meses em casa. Mães de níveis sócio-econômicos mais elevados tendem a ter mais acesso a informações e podem buscar mais recursos e atendimentos, o que contribuiu, de forma geral, para o enfrentamento da situação, o que não ocorre com mães de classes menos favorecidas. É, para essas mães, principalmente, que o SUS precisa desenvolver novas formas de atendimento, a fim de que elas consigam enfrentar mais adequadamente os problemas associados à prematuridade, com destaque para os aspectos psicossociais dessa situação.

Outro ponto que cabe ser aprofundado em futuros estudos é em relação ao ambiente da UTINeo, o qual constitui-se ainda, apesar das novas tecnologias e conhecimentos científicos, um obstáculo para as mães se aproximarem emocional e fisicamente de seus filhos e envolverem-se, desde cedo, com seus cuidados. Além disso, a UTINeo é um lugar bastante claro e barulhento, que não conta com um espaço que permita uma maior intimidade da mãe com seu bebê e também, apesar da qualidade do atendimento clínico e esforço de seus profissionais, carecem de recursos humanos e materiais. Por exemplo, das três instituições envolvidas no presente estudo, apenas uma tinha, na época da realização das entrevistas, uma Unidade Mãe-Canguru. No entanto, esta era constituída por apenas quatro leitos e não comportava a demanda de mães e bebês prematuros. Desta forma, como viu-se no estudo, apenas uma mãe participante (Joana) teve a oportunidade de permanecer internada junto com seu bebê nas duas semanas que antecederam a sua alta, o que parece ter contribuído muito para os cuidados dela com o seu bebê e para o processo de amamentação.

Além da importância do Programa Mãe-Canguru, os achados mostraram também a necessidade das mães de bebês pré-termos residentes de outras cidades, terem um alojamento próximo ao hospital para se hospedarem e poderem permanecer mais perto de seus filhos durante a internação. Isso, pois o transporte oferecido limita bastante o tempo de permanência das mães no hospital em função do tempo de deslocamento e a distância dos filhos gera bastante angústia.

Junto a isso, cabe ressaltar a importância da equipe multidisciplinar da UTINEo reconhecer o sofrimento das mães gerado pela situação da prematuridade e, em particular, perda do bebê imaginário e da necessidade de dar-se tempo para o processo gradual de aproximação e vinculação da mãe ao filho prematuro. Para tanto, contribui o apoio emocional da equipe para facilitar e apoiar sempre que possível, a participação e o envolvimento da mãe nos cuidados e na rotina com o filho. Os achados deste estudo também demonstraram o desejo e a necessidade das mães de terem um espaço para falarem de seus sentimentos e contarem sobre a sua experiência diante do nascimento pré-termo, reconstruindo, aos poucos, a história de vida do seu filho e ressignificando os traumas psíquicos iniciais associados à interrupção da gestação e nascimento antecipado de seu bebê.

Cabe ressaltar também a importância de se implementar programas multidisciplinares de acompanhamento dos bebês nascidos pré-termos, incluindo orientação e atendimentos às mães e aos pais desde o período pós-parto até os primeiros anos do bebê. Estes poderiam contribuir de forma preventiva desde o pós-parto, auxiliando as mães a lidar com o sofrimento diante da perda do bebê imaginário e adaptação ao bebê real.

Em relação a futuros estudos, seria interessante investigarem aspectos da gestação relacionados ao nascimento pré-termo, visando identificar a relação do estresse com essa situação, na medida em que as quatro mães deste estudo referiram terem vivenciadas situações desta ordem. Além disso, salienta-se também a importância de se focarem na maternidade e o desenvolvimento nos primeiros anos de vida dessas crianças a fim de acompanhar e intervir nas dificuldades provenientes da experiência do nascimento pré-termo. Isso porque sabe-se que parte destas crianças apresentam algum grau de problemas em seu desenvolvimento em decorrência da prematuridade. Em função do objetivo do estudo ter enfatizado as representações da mãe sobre o filho, o desenvolvimento dos bebês não foi aqui analisado, assim como a influência do pai do bebê e do contexto familiar da mãe, os quais interferem na experiência da maternidade. Esses outros aspectos da prematuridade serão oportunamente objeto de análises como parte do projeto PREPAR, referido anteriormente, do qual o presente estudo faz parte.

Quanto aos aspectos metodológicos do presente estudo, notou-se que o uso da entrevista com uma abordagem clínica, contribuiu para que se obtivessem relatos expressivos sobre o bebê imaginário e o bebê real bem como sobre inúmeros outros aspectos da maternidade na prematuridade. A escuta atenciosa e respeitosa às necessidades emocionais das mães também foram importantes e necessárias devido o momento de crise no qual se encontravam. Além disso, esta abordagem permitiu que a entrevista se constituísse em um momento de reflexão e até em alívio de tensões emocionais para as participantes, principalmente no período pós-parto, onde estavam mais

angustiadas. Além disso, o caráter longitudinal do estudo foi também muito importante, pois permitiu acompanhar e aprofundar cada um dos casos e dos temas investigados.

Contudo, é muito provável que a abordagem de temas, num momento tão difícil através entrevista, não permitiu dar conta de toda a complexidade da experiência das mães diante do nascimento pré-termo. Outros conteúdos mais inconscientes e pré-conscientes poderiam ter emergidos, caso fossem realizados atendimentos psicológicos sistemáticos com as mães. Além disso, a entrevista da gestação foi realizada de forma retrospectiva para tentar recuperar a experiência anterior das mães e, por este motivo, é possível que muitos fatos e sentimentos tenham se perdido ou tenham sido modificados a partir do nascimento do filho pré-termo. Junto a isso, é possível considerar que, no período pós-parto, as mães encontravam-se em um momento muito sensível, com muitas preocupações e angústias referentes ao filho recém-nascido e, possivelmente, já estavam distanciando-se do bebê imaginado na gestação.

Dessa forma, mesmo com as entrevistas oportunizando reflexão e acompanhamento, e constituindo-se numa oportunidade das mães em falarem sobre suas experiências e sobre seus filhos, foi importante elas terem acesso a atendimento psicológico. Das mães entrevistadas, duas delas (Daniela e Ana Maria) receberam atendimento durante a internação, sendo que uma (Daniela) foi, junto sua família, orientada a buscá-lo novamente no 3º mês após a alta do filho.

Ainda em termos metodológicos, constatou-se que o referencial teórico psicanalítico permitiu que se analisasse e compreendesse adequadamente as evidências trazidas pelas mães. Os relatos das mães corroboram aspectos trazidos por diversos autores psicanalíticos, mas também indicam a necessidade de se continuar avançando teoricamente, para que se possa lidar com algumas dos achados do presente estudo.

### **Considerações finais**

O presente estudo teve como objetivo investigar os indicadores do bebê imaginário da gestação e do bebê real prematuro, examinados no pós-parto, na pré-alta e no 3º mês após a alta hospitalar do bebê. Além disso, buscou-se compreender o confronto entre o bebê imaginário da gestação e o bebê real prematuro e o processo de adaptação da mãe a este último.

Os achados mostraram que o fenômeno da prematuridade é complexo para as mães, gerando um intenso sofrimento psíquico, principalmente no período pós-parto. Além disso, constatou-se que o nascimento pré-termo interfere na constituição do bebê imaginário na medida em que interrompe precocemente a gestação e o processo intrapsíquico materno de construção do filho imaginário e contato com as manifestações do bebê real, ainda na gestação. No entanto, entre esses processos os

mais prejudicados parecem ter sido a interação da mãe com o filho na gestação, onde as mães percebem e reagem afetivamente aos movimentos do bebê.

Além disso, constatou-se que o nascimento pré-termo gera também muita frustração e angústia até que ocorra a melhora do estado clínico do bebê, havendo um confronto intenso entre o bebê imaginário da gestação e o bebê real prematuro neste momento inicial. Dessa forma, as evidências mostraram que as mães do estudo passaram por dificuldades de se aproximar do filho e sentir-se como 'mães', precisando de um tempo para elaborar a perda do bebê imaginário e adaptarem-se as demandas do filho recém-nascido. Esse processo foi ocorrendo gradualmente durante a internação e com a chegada em casa com o filho, o qual foi sendo cada vez mais reconhecido como tal e se tornando fonte de satisfação e orgulho.

Assim sendo, embora os achados tenham apontado para um contexto da prematuridade bastante difícil para as mães, também mostraram a sua força emocional e capacidade de superação das adversidades. Apenas três meses após a alta elas estavam bastante envolvidas com a maternidade, bastante vinculadas e contentes com o filho, o qual estava se aproximando, aos poucos, do bebê imaginado e desejado por elas desde a gestação.

Porém, por mais que as mães demonstrassem recursos para enfrentarem as dificuldades com o nascimento antecipado do filho, todo esse processo de elaboração seria facilitado caso contassem com atendimento psicológico sistemático e um espaço de escuta com profissionais e psicólogos qualificados.

## Referências

- Alfaya, C. & Schermann, L. (2005) Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. *Estudos de psicologia*. 10 (2), 279-285.
- Araújo, J. Prematuridade (2003) In P. Gonçalves (Eds.). *Tudo sobre a criança: perguntas e respostas*. (pp.68-73) São Paulo: IBRASA.
- Assel, M.A; Landry, S.H; Swank, P.R; Steelman, L.; Miller-Loncar, C. & Smith, K.E. (2002). How do mothers' childrearing histories, stress and parenting affect children's behavioural outcomes?. *Child: Care, Health & Development*. 28 (5), 359–368.
- Avery, M.E & Taeusch, H.W. (2003). Medicina Materno-Fetal. In *Doenças do Recém-nascido*. (pp.1-28) (A. Filho & M.S. Alves, Trad.) Rio de Janeiro: Medsi. 7 ed.
- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo* (L.A Reto & A. Pinheiro, Trans). São Paulo: Edições 70\Livraria Martins Fontes.
- Barker, C., Pistrang, N. & Elliot, R. (1994). *Research Methods in Clinical and Counselling Psychology*. Chichester: Wiley.
- Barros, S.M.M & Trindade, Z.A. (2007) Maternidade “prematura”: uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. *Psicologia, saúde & doenças*. 8 (2), 253-269.
- Battikha, E.C; Faria, M.C.C & Kopelman, B.I. (2007). As Representações Maternas acerca do Bebê que Nasce com Doenças Orgânicas Graves. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 23 (1), 17-24.
- Beek, Y.V; Genta, M.L; Costabile, A. & Sansavini, A. (2006) Maternal Expectations about Infant Development of Pre-term and Fullterm Infants: A Cross-national Comparison. *Infant and Child Development*. 15, 41–58.
- Bernardi, R; Tenenbaun, H. & Detey, D. (2005) O mundo representacional da mãe ante as ações espontâneas do filho. In J. Outeiral (eds). *Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes: desenvolvimento, psicopatologia e tratamento*. (pp. 15-23). Rio de Janeiro: Revinter.
- Black, B.P, Holditch-Davis, D. & Miles, M.S. (2008). Life Course Theory as a Framework to Examine Becoming a Mother of a Medically Fragile Preterm Infant. *Research in Nursing & Health*. 32 (1), 1-12.
- Botelho, T.M & Leal, I. (2007). A personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 8 (1), 127-142.
- Brazelton, T. B (1988). Prematuridade e apego. In *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. (p 69-87). (D. Batista, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.

- Brazelton, T.B (1988). Indo para casa com um bebê prematuro. In *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. (pp.162-182) (D. Batista, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T.B & Cramer, B. G. (1989) *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Portugal: Terramar.
- Brazelton, T. B & Cramer, B.G (1992). Conferindo significado ao comportamento infantil. In *As primeiras relações*. (M.B.Cipolla, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B & Cramer, B.G (1992). A criança como um aspecto de um dos pais. In *As primeiras relações*.(M.B.Cipolla, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Brum, E.H.M & Schermann, L. (2004) Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(2), 457-467.
- Brum, E.H.M & Schermann, L.(2005) Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica. *Scientia Medica*. 15 (1), 60-67.
- Brum, E.H.M & Schermann, L. (2007) Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 17(2), 12-23.
- Caron, N.A; Fonseca, M.M.C; Lopes, R.S. (2008) The baby and his majesties: some considerations on human helplessness. *Infant Observation*. 11 (1), 67-75.
- Coldebella, N. (2006). *Expectativas e sentimentos acerca do bebê em gestantes primíparas e secundíparas*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Correia, L.L; Carvalho, A.E.V & Linhares, M.B.M. (2008). Verbal contents expressed by mothers of preterm infants with clinical emotional symptoms. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16 (1), 64-70.
- Correia, L.L. & Linhares, M.B.M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15 (4), 175-182.
- Cox, S.M.; Hopkins, J. & Hans, S.I. (2000) Attachment in preterm infants and their mothers: neonatal risk status and maternal representations. *Infant mental health journal*. 21(6), 464-480.
- Cramer, B. (1987). A psiquiatria do bebê: uma introdução. In T.B.Brazelton; B.Cramer; L.Kreisler; R.Schappi & M.Soulé (Orgs.) *A dinâmica do bebê*. (pp. 24-74) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cruvinel, F.G & Macedo, E.C. (2007) Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 7 (4), 449-455.



- Cunha, M.L.C. (2000). Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 21, 70-83.
- Datasus (2009). *Banco de Dados do Sistema único de Saúde*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/d16.def>. Acesso em: 19 de setembro de 2009.
- Debray, R. (1988). *Bebês\mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Dolto, F. (1988). *Dificuldade de viver: psicanálise e prevenção das neuroses*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dornelles, L.M.N (2009). *Tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida*. Tese de Doutorado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Duarte, J.L.M.B & Mendonça, G.A.S.(2005) Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 21(1), 181-191.
- Esteves. C.M. (2009). *A Preocupação Materna Primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Feijó, L. (1998). *O bebe pré-termo: intervenção precoce visando à melhoria da interação mãe-bebê*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Feldman, R; Weller, A; Leckman, J.F; Kuint, J & Eidelman, A.I (1999). The Nature of the Mother's Tie to Her Infant: Maternal Bonding under Conditions of Proximity, Separation, and Potential Loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 40 (6), 929-939.
- Feldman, R. & Eidelman, A.I. (2007) Maternal Postpartum Behavior and the Emergence of Infant–Mother and Infant–Father Synchrony in Preterm and Full-Term Infants: The Role of Neonatal Vagal Tone. *Wiley InterScience*.
- Ferrari, A. (2003). *Tornar-se mãe: a constituição da maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Ferrari, A. G., Picinini, C. A., & Lopes, R. S. (2006) O narcisismo no contexto da maternidade: Algumas evidências empíricas. *Revista PSICO*. 37(3), 271-278.
- Ferrari, A.G; Piccinini, C.A & Lopes, R.S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 12 (2), 305-313.
- Flacking, R.; Ewald, U. & Starrin, B. (2007). “I wanted to do a good job’’: Experiences of ‘becoming a mother’ and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social Science & Medicine*. 64, 2405–2416.
- Formiga, C.K.M.R & Linhares, M.B.M. (2009). Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43 (2), 472-480.
- Fraga, D.A; Linhares, M.B.M; Carvalho, A.E.V & Martinez, F.E. (2008a). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (1), 33-41.
- Fraga, D.A; Linhares, M.B.M; Carvalho, A.E.V & Martinez, F.E. (2008b). Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*. 13 (2), 335-344.
- Frota, M.A; Campos, A.C.S; Pimentel, Z.B & Esteche, C.M.G.C. (2007). Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. *Cogitare Enfermagem*. 12(3), 323-9
- Gaíva, M.A.M & Scochi, C.G.S. (2005) A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(4), 444-8.
- Gomes, A. G (2007). Mal-formação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe. Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Harris, J. (2005) Critically ill babies in hospital- considering the experience of mothers. *Infant Observation*. 8 (3), 247-258.
- Holditch-Davis, D.; Schwartz, T; Black, B. & Scher, M. (2007). Correlates of Mother–Premature Infant Interactions. *Research in Nursing & Health*. 30, 333–346.
- Jeffcoate, J.A.; Humphrey, M.E. & Lloyd, J.K. (1979). Role perception and response to stress in fathers and mothers following pre-term delivery. *Social Sciencei & Medicine*. 13, 139-145.
- Klaus, M.H & Kennell, J.H. (1993). Parto, nascimento e formação do apego. In *Pais/bebê: a formação do apego*. (pp.42-117) (D. Batista, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.

- Klaus, M.H & Kennell, J.H. (1993). Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In *Pais/bebê: a formação do apego*. (pp.170-244) (D. Batista, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M.H; Kennel, J.H & Klaus, P. (2000). Laços em desenvolvimento: os primeiros dias e semanas. In *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. (M.R.Hofmesister, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Klaus, M.H; Kennel, J.H & Klaus, P. (2000). Nascimento prematuro e formação do vínculo. In *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. (M.R. Hofmeister, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Kleberg, A; Hellström-Westas, L. & b, Widströma, A.M. (2007) Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Human Development*. 83, 403–411.
- Klein, V.C & Linhares, M.B.M. (2007). Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 17 (36), 33-44.
- Lamy, Z.C; Gomes, R & Carvalho, M. (1997). A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Jornal de pediatria*. 73 (5), 293-298.
- Laville, C; & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Sentitineri, Trad). Porto Alegre: Artmed.
- Lebovici, S. (1987). A utilidade da teoria psicanalítica no estudo das interações precoces. In *O bebê, a mãe e o psicanalista*. (pp.68-82) (F. Vidal, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1987). A constituição do elo entre a mãe e o recém nascido. In *O bebê, a mãe e o psicanalista*. (F. Vidal, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1987) De parte da mãe. In *O bebê, a mãe e o psicanalista*. (pp.214-234) (F. Vidal, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1987) Para introduzir o estudo das interações fantasiosas. In *O bebê, a mãe e o psicanalista*. (pp.250-262) (F. Vidal, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Linhares, M.B.M; Carvalho, A.E.V; Machado, C. & Martinez, F.E. (2003). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Paidéia*. 13 (25), 50-72.
- Magalhães, L.C; Catarina, P.W; Barbosa, V.M; Mancini, M.C. & Paixão, M.L. (2003). Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 61 (2), 250-255.
- Mathelin, C. (1999). O sorriso de Gioconda: Clínica psicanalítica com os bebês prematuros. (P. Abreu, Trad). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Maury, M. (1999) Intervenções psicoterápicas nos bebês e seus pais no hospital. In A. Guedeney & S. Lebovici. *Intervenções psicoterápicas pais-bebê*. (pp.119-132) (P.C. Ramos, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meio, M.D.B.B; Lopes, C.S & Morsch, D.S. (2003). Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública*. 37 (3), 311-318.
- Mello, D.F; Rocha, S.M.M; Martins, D.C. & Chiozi, S.Z. (2002) Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer. *Revista da Escola de Enfermagem*. 36(3), 262-9.
- Mendelsohn, A. (2005). Recovering reverie: using infant observation in interventions with traumatized mothers and their premature babies. *Infant Observation*. 8 (3), 195-208.
- Mittag, B.F. & Wall, M.L. (2004) Pais com filhos internados na uti neonatal – sentimentos e percepções. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 6 (2), 134-145.
- Morais, A. C; Quirino, M.D & Almeida, M.S. (2009). O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 24-30.
- Morsch, D.S & Braga, M.C.A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 10 (4), 624-636.
- Mota, L.A; Elpídio de Sá, F & Frota, M.A. (2005) Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 18 (4), 191-198.
- Moura, S.M.S.R. & Araújo, M.F. (2005). Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no programa mãe canguru. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 10 (1), 37-46.
- Muller-Nix, C. & Margarita Forcada-Guex, M.F. (2009) Perinatal Assessment of Infant, Parents, and Parent- Infant Relationship: Prematurity as an Example. *Child Adolescent Psychiatric Clinical*. 18, 545–557.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Entrevista de Dados Sócio-demográficos da Família*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pós-parto*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pré-alta*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pós-alta*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Ficha de dados clínicos gestacionais*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pré-alta*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-alta*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF (2009). *Termo de consentimento livre e esclarecido*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Padovani, F.H.P; Linhares, M.B.M; Carvalho, A.E.V; Duarte, G. & Martinez, F.E. (2004). Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26 (4).
- Piccinini, C.A; Gomes, A.G; Moreira, L.E & Lopes, R.S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 20 (3), 223-232.
- Piccinini, C.A; Lopes, R.S; Gomes, A.G. & Nardi, T. (2008) Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*. 13 (1), 63-72.
- Piccinini, C.A; Lopes, R.S Esteves, C.M; Anton, M.C & Oliveira, V. Z. (2009) *Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do beb e pr e-termo e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização*. Projeto de Pesquisa Não-Publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pinto, E.B. (2009) O desenvolvimento do comportamento do beb e prematuro no primeiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 22 (1), 76- 85.
- Pizzoglio, Y. Q. (1999) Presenç a de um psicanalista em reanimação neonatal como auxiliar da vida psíquica. In A. Guedeney & S. Lebovici. *Intervenções psicoterápicas pais-beb e*. (pp. 111-118) (P.C. Ramos, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rades, E.; Bittar, R.E. & Zugaib, M. (2004). Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 26 (8), 655-662.
- Raphael-leff, J. (1997) *Gravidez: a história interior*. (R.D Pereira, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rugolo, L.M.S.S. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*. 81 (1), 101-110.

- Santo, J.L.E; Portuguez, M.W & Nunes, M.L. (2009). Status cognitivo-comportamental de prematuros de baixo peso ao nascimento em idade pré-escolar que vivem em país em desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*. 85 (1), 35-41.
- Schirmer, C.R; Portuguez, M.W; Nunes, M.L. (2006). Clinical assessment of language development in children at age 3 years that were born preterm. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 64 (4), 926-931.
- Scortegagna, S.A; Miranda, C.A; Morsch, D.S; Carvalho, R.A; Biasi, J. & Cherubini, F. (2005) O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 6 (2), 61-70.
- Sezjer, M. (1999). *A Escuta psicanalítica de bebês em maternidade: conferências de Miriam Sezjer no IV Encontro Brasileiro para o estudo do psiquismo pré e perinatal*. (C. Berliner & M.L.A Gutierrez, Trad.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silveira, M.F; Santos, I.S; Barros, A.J.D; Matijasevich, A; Barros, F.C & Victora, C.G. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*. 42 (5), 957-964.
- Siksou, J; Golse, B. (1999) Aspectos terapêuticos da observação direta. In A. Guedeney & S. Lebovici. *Intervenções psicoterápicas pais-bebê*. (pp.49-54) (P.C. Ramos, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (I.V de Carvalho, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T.B Brazelton; B.Cramer; L.Kreisler; R.Schappi & M.Soulé (Eds.) *A dinâmica do bebê*. (pp.132-169). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Spitz, R.A. (1887). *O primeiro ano de vida*. (E. M. B. da Rocha, Trad.) São Paulo: Martins fontes.
- Stake, R.E (1994). Cases Studies, cap 14. In: N. Denzin & Lincoln, Y. (Eds.) *Handboock of Qualitative Research*. Londres: Sage.
- Stern-Bruschweilwe, N. & Stern, D.N. (1989). A model for conceptualizing the role of the mother's representational word in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*. 10 (3), 142-156.
- Stern, D.N. (1995). The parents' Representational World. In *The Motherhood Constellation: a unified view of parent-infant Psychotherapy*. (pp. 18-40) New York: BasicBooks.
- Stern, D.N. (1995). The parents' Representational Enacted. In *The Motherhood Constellation: a unified view of parent-infant Psychotherapy*. (pp. 41-58) New York: BasicBooks.

- Stern, D.N. & Bruschiweilwe-Stern, N. (1998). Special needs: Premature or Handicapped Babies. In: *The Birth of a Mother: how the motherhood experience changes your forever*. New York: Basic Books.
- Stoll, B. (2004). Overwiew of Mortality and Morbidity. In R.M Kliegman; H.B Jenson; B.F Stanlon & R.E Behrman (orgs), *Nelson textbook of pediatricts*. (pp.671-675) Philadelphia: Saunder Elsevier.
- Teixeira, I.T. & Leal, I.P. (2008) Expectativas e Atitudes de Mães Primíparas com Filhos Prematuros. *Notas de investigação*. 191-194.
- Thomaz, A.C.P; Lima, M.R.T; Tavares, C.H.F & Oliveira, C.G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de psicologia*. 10 (1), 139-146.
- Thun-Hohenstein, L.; Wienerroither, C; Schreuer, M.; Seim, G. & Wienerroither, H. (2008). Antenatal mental representations about the child and mother–infant interaction at three months post partum. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17, 9–19.
- Tracey, N. (2002) Prematurity and the dynamics of pregnancy. In *Parents of premature infants: Their emotional World*. (pp.27-37) London: Whurr Publishers.
- Tracey, N. (2002) Prematurity and the dynamics of birth. In *Parents of premature infants: Their emotional World*. (pp.37-50) London: Whurr Publishers.
- Vasconcelos, M.G.L; Leite, A.M & Scochi, C.G.S. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 6 (1), 45-57.
- Warren, B. (2002) The premature infant in the mind of the mother. In N.Tracey (org), *Parents of premature infants: Their emotional World*. (pp.67-85) London: Whurr Publishers.
- Wilheim, J. (2000) Psiquismo pré e perinatal. In *A Relação Pais Bebê: da observação a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D.W. (1980) *A família e o desenvolvimento do individuo*. Belo Horizonte: interlivros.
- Winnicott, D.W. (2000) Preocupação materna primária. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (pp. 491-498) (J. Russo, Trad.) Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D.W. (1990) A experiência do nascimento. In *Natureza Humana*. (pp.165-172) D.L Bogomoletz, Trad) Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1896)
- Winnicott, D.W. (2005) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In C. Winnicott; R. Shpherd & M. Davis (Eds). *Explorações Psicanalíticas*. (pp.195-202) (J.O. de A. Abreu, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1969).

- Winnicott, D.W. (1971) O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In *O brincar e a realidade*. (pp.153-172). (J.O. de A. Abreu & V. Nobre, Trad). Rio de Janeiro: Imago. Original publicado em 1967.
- Winnicott, D.W. (2005) Desenvolvimento emocional primitivo. In C. Winnicott; R. Shpherd & M. Davis (Eds). *Explorações Psicanalíticas*. (pp. 269-285) (J.O. de A. Abreu, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1945).
- Winnicott, D.W. (2006). *Os bebês e suas mães*. (J.L Camargo, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1986).
- Wirth (2000). A aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. N.A. Caron (Eds). *A Relação Pais-Bebê: da observação a clínica*. (pp.207-231) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zavaschi, M.L.S; Costa, F. & Brunstein, C. (2001). O bebê e os pais. In C.L Eizirik, F. Kapczinsky & A.M.S Bassols (Eds.). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. (pp.41-58). Porto Alegre: Artmed.
- Zomignani, A.P; Zambelli, H.J.L & Antonio, M.A.R.G.M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*. 27 (2), 198-203.
- Zornig, S.A.J; Morsch, D.S & Braga, N.A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. (7) 4, 135-143.
- Zucchi, M. (1999). Depressão na gravidez e prematuridade: Aspectos epistemológicos da investigação. *Cadernos de Saúde Pública*. 15 (1), 89-98.



Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Mestrado e Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Estamos realizando este estudo com a finalidade de investigar os aspectos biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante o período de hospitalização. O projeto subdivide-se em dois estudos. O estudo 1 tem como objetivo caracterizar os aspectos clínicos e psicológicos associados ao bebê prematuro e sua família, desde o parto até o 3º mês após a alta hospitalar. Os dados deste primeiro estudo serão utilizados para subsidiar a intervenção proposta pelo estudo 2 que tem objetivo de investigar o impacto da intervenção psicológica durante a internação do prematuro, na relação mãe-bebê e no seu desenvolvimento. O projeto abrange o acompanhamento das mães, dos pais e seus bebês desde o parto até a alta. Estão programadas algumas entrevistas e aplicação de testes durante o período de internação, sempre respeitando a disponibilidade e o interesse dos participantes.

Este estudo visa a contribuir para uma melhor compreensão da experiência inaugurada pela prematuridade, tendo em vista que estes casos freqüentemente são referidos como experiências difíceis para os pais e que podem trazer conseqüências a médio e longo prazo para a família e seus bebês. As intervenções presentes nos estudos não implicam em riscos previsíveis para os participantes, nem algum prejuízo financeiro. No entanto, caso haja alguma situação de risco ou desconforto ao participante e seja constatada a necessidade de acompanhamento psicológico, este será atendido por uma das psicólogas participantes do estudo.

Ressalta-se que os casais que não desejarem participar deste estudo ou que desistirem de participar durante o processo não sofrerão qualquer prejuízo no atendimento que recebem no hospital.

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

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

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

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS, em 04/05/2009, telefone (51) 3308.5298, e-mail [cep-psico@ufrgs.br](mailto:cep-psico@ufrgs.br).

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa a utilização de entrevistas, imagens, anotações e gravações realizadas comigo, meu marido e meu bebê. Entendo que todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo na sala 111 do Instituto de Psicologia, sob responsabilidade do pesquisador responsável.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o professor Dr. César Augusto Piccinini. Caso eu queira contatar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3308 67 68.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desse estudo e autorizo a utilização dos dados para fins dessa pesquisa e das publicações dela derivadas.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

## Anexo B

**Ficha de dados demográficos da família**(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009)<sup>1</sup>**I. Eu gostaria de algumas informações sobre você e o teu marido:****Esposa (Cód. identificação):**.....

- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído): .....

- Religião:..... Praticante: ( ) sim ( ) às vezes ( ) não

- Estado Civil: ( ) casada; ( ) solteira; ( ) separada; ( ) viúva; ( ) com companheiro

- Número de filhos: .....

Filhos teus com atual companheiro (identificação e idade):

Vive junto: .....; Não vive junto: .....

Filhos teus com outro companheiro (ident. e idade):

Vive junto: .....; Não vive junto: .....

Filhos do companheiro com outra mulher (ident. e idade):

Vive junto: .....; Não vive junto: .....

- Moras com o pai do bebê? sim ( ) não ( ) Se sim: Desde quando? .....

- Quem mais mora na casa? (ident., parentesco e idade) .....

- Tu trabalhas fora? ( ) sim ( ) não ( ) desempregada

- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há ..... meses

- Salário: ..... Grupo étnico: .....

-Qual a renda familiar (aprox.)? .....

-Moradia: própria ( ) alugada ( ) outro ( ) .....

**Companheiro (Cód. identificação):**.....

- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído): .....

- Religião:..... Praticante: ( ) sim ( ) às vezes ( ) não

- Tu trabalhas fora? ( ) sim ( ) não ( ) desempregado

- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há ..... meses

- Salário:..... Grupo étnico: .....

**Bebê (Cód. identificação):**.....

- Data de nascimento:.....

**Endereço para contato:** .....

Cidade:..... CEP .....

Telefone:.....

Telefone do emprego/contato: Esposa ..... Marido .....

Telefone de um parente/amigo para contato:.....

**II. Eu gostaria agora, de algumas informações sobre a tua moradia.<sup>2</sup>**

Possui Televisores (em cores)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Rádio (qualquer um, menos de automóvel)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Banheiro (definidos pela existência de vaso sanitário e privativos do domicílio)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Automóvel (não táxi, vans ou pick-ups usados para atividades profissionais)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Empregada doméstica (apenas mensalistas, que trabalham pelo menos 5 dias por semana)?

Sim ( ) Quantas? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Máquina de Lavar (automáticas e/ou semi-automáticas)?

Sim ( ) Quantas? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Videocassete e/ou DVD (qualquer tipo)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Geladeira e Freezer ?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

**Para fins de pontuação:**

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a possui de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2a. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freeze	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	

Total de Pontos: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

**Hospital:** \_\_\_\_\_**Data da Coleta:** \_\_\_\_\_**Responsável:** \_\_\_\_\_<sup>1</sup>NUDIF, 2009 adaptada de GIDEP - UFRGS – 1998<sup>2</sup> Ítem derivado do Critério de Classificação Econômica Brasil, da ABEP, 2009.

## Anexo C

### Ficha de dados clínicos gestacionais

#### 1. Identificação

- Cód. Identificação: ..... Idade:.....  
 - Hospital (atual): .....Prontuário: .....

#### 2. História Gineco-Obstétrica

- Nº de Gestações: ..... Nº de Partos à termo: ..... Nº de partos pré-termos: ..... Nº de Aborto: .....  
 - Medicções utilizadas na presente gestação: .....  
 .....

#### 3. Acompanhamento Pré-Natal:

- Realizou acompanhamento médico durante a gestação? ( ) Sim ( ) Não  
 Local:.....  
 - Quantas consultas médicas foram realizadas no pré-natal? ..... Quando iniciou: .....  
 - Foi feito ultrasonografia? Sim ( ) Não ( ) Quantas vezes? .....  
 - Fez uso de cigarro/álcool/outras drogas antes e/ou durante a gestação? ( ) Não  
 ( ) Sim, qual(is)? ..... Frequência: .....

#### 4. Intercorrências na Gestação

#### Caracterizar

- |  |         |         |                    |
|--|---------|---------|--------------------|
| - Anemia                                   | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Infecção Urinária (ITU)                  | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Hipertensão Arterial (HAS)               | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Diabetes (DM) na gestação                | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Aids (HIV)                               | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Sangramentos                             | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Contrações                               | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Toxoplasmose                             | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Rubéola                                  | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Traumatismo                              | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
| - Repouso                                  | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |
|  |         |         | Quanto tempo?..... |
| - Outras (especificar)                     | ( ) Não | ( ) Sim | .....              |

#### 5. Exames Laboratoriais Realizados (alterados):.....

**Data da Consulta Prontuário:** ...../...../..... **Responsável:** .....

<sup>1</sup>(Adaptada do Projeto GRADO, NUDIF/GIDEP- UFRGS, 2008)

**Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto**

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009)

Hospital:.....

**1. Bebê (Cód. identificação):**..... Prontuário: .....

Sexo: F ( ) M ( ) Idade do bebê (dias): ..... Data de nascimento: ...../...../.....

Peso ao nascimento: ..... Estatura: .....

Idade Gestacional no parto (semanas): Obstétrica: ..... Capurro:.....

Apgar 1º minuto: ..... 5º minuto: ..... 10º minuto:.....

Situação clínica logo após o nascimento (1as horas): .....

.....

Procedimentos realizados: .....

.....

Situação clínica primeiros 15 dias:.....

.....

Procedimentos realizados:.....

Data Prevista Alta (se tiver): ...../...../.....

Comentários: .....

.....

**2. Mãe (Cód. identificação):**..... Prontuário: .....

Idade: ..... Tempo de internação antes do parto: .....

Motivo:.....

Tipo de Parto: Cesáreo ( ) Indicação: .....

Normal ( ) Uso de algum instrumento ( ) Qual?.....

Complicações no parto: ( ) Nenhuma; ( ) Pré-eclâmpsia; ( ) Eclâmpsia; ( ) Hemorragia; ( ) Placenta prévia;

( ) Febre/infecção ( ) Outra: .....

Duração do parto (horas): ..... Intercorrências após o parto: .....

.....

Situação clínica após o parto (1as horas): .....

.....

Tempo de internação após o parto: .....

Motivo:.....

.....

Situação clínica (primeiros 15 dias):.....

.....

Medicações utilizadas: .....

.....

Quais/Motivo:.....

.....

Comentários: .....

**Data da Consulta Prontuário:** ...../...../..... **Responsável:** .....<sup>1</sup>(Adaptada do Projeto GRADO, NUDIF/GIDEP- UFRGS, 2008)

**Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pré-alta**

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009)

Hospital:.....

**1. Bebê (Cód. identificação):**..... **Prontuário:** .....

Sexo: F ( ) M ( ) Data de nascimento: ...../...../..... Idade do bebê: ..... Idade corrigida:.....

Peso: ..... Estatura: .....

Situação clínica no decorrer da internação: .....

Procedimentos realizados:.....

Situação clínica atual:.....

Data da Alta: ...../...../..... **Comentários:**.....**2. Mãe (Cód. identificação):**..... **Prontuário:** .....

Idade: .....

Situação clínica durante internação do bebê:.....

Procedimentos realizados:.....

Comentários:.....

**Data da Consulta Prontuário:** ...../...../..... **Responsável:** .....<sup>1</sup>(Adaptada do Projeto GRADO, NUDIF/GIDEP- UFRGS, 2008)

## Anexo F

### Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo/pós-alta

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009)

**1. Bebê (Cód. identificação):**.....

Sexo: F ( ) M ( ) Idade do bebê (dias): ..... Data de nascimento: ...../...../.....

Peso: ..... Estatura: .....

Idade do bebê : \_\_\_\_ (m) \_\_\_\_ (d) Idade corrigida: \_\_\_\_\_

Situação clínica após a alta: .....  
.....

Procedimentos realizados:.....  
.....  
.....

Comentários:.....  
.....

**Data :** ...../...../..... **Responsável:** .....

<sup>1</sup>(Adaptada do Projeto GRADO, NUDIF/GIDEP- UFRGS, 2008)

## Anexo G

### Entrevista sobre a gestação 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 não*) Tu gostarias 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 nesses primeiros dias no hospital?  
(*Se sim*) O que ele fazia? Como 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 tivesses 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 sentisse? 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 ele/a 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?

**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 forem importantes e não apareçam na entrevista).

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

## 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 costumava 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 costumava 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 (*bebê*) 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 costumava 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 costumava:
  - Tocar/acariciar ele/a? (*Se sim*) Como ele/a 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? Com 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*)? (tranqüilo, 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 quando 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 fica junto 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/olha/pega 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 e GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2003).

## Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pré-alta

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

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

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

1. Onde o *bebê* tem ficado aqui no hospital? (berço, incubadora)  
(*Se ainda estiver na incubadora*): Como é para ti, ver o (*bebê*) na 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 ele/a 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? Com 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*)? (tranqüilo, agitado...)
17. E como tem sido quando tu tens que se afastar do (*bebê*)? Que momentos são esses? Como te sentes?
18. E tu percebes 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. (*Se tiver filhos*) 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 tem cuidado deles quando estás aqui no hospital? Como te sentes?  
(se não souber) Eles já visitaram o (*bebê*)? (se souber) Eles têm visitado 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*)?
7. Há algo que te incomoda nesta experiência de ser mãe do (*bebê*)? Por quê?
8. E tem alguma coisa que te agrada? Por quê?
9. Nesse momento, como te descreverias como mãe?
10. Tem algo que gostaria de fazer diferente?  
(*Se sim*) O quê? Por quê? Como te sentes?
11. E como achas que as pessoas tem te visto como mãe do (*bebê*)? Por quê?
12. E o teu marido? Como achas que ele te vê hoje como mãe do (*bebê*)? Por quê?

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

1. Tu acompanha os procedimentos médicos/enfermagem do (*bebê*)?
2. Como o (*bebê*) reage a esses cuidados?
3. E como é hoje 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 hoje como mãe? Como te sentes?

### V. Eu gostaria de conversar contigo 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 fica junto 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/olha/pega 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. Eu gostaria de conversar contigo sobre a alta do (bebê)...**

1. Para onde o bebê vai após a alta? (cidade, residência...)
2. Como estão os preparativos para a alta do bebê? E para a chegada em casa (ou outra residência)?
3. Como achas que ele está para ir para casa? Por quê?
4. Como tu te sentes frente a alta do bebê?
5. Como o pai do bebê está frente a alta?
6. E como a família está frente a alta?
7. Quem irá cuidar do bebê? Alguém irá te ajudar?
8. Como achas que serão os cuidados com o bebê após a alta? Por quê? Como te sentes?
9. Tens dúvidas frente os cuidados com o bebê em casa? Quais?
10. Em termos emocionais, como achas que o bebê irá ficar após a alta? Por quê?
11. E em termos físicos (saúde)?
12. Quais as tuas preocupações frente a alta?
13. O que mais te agrada frente a alta do bebê?
14. E o que mais te incomoda?

**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 e GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2003).

## Anexo J

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

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

#### I. Eu gostaria de conversar contigo sobre o teu dia-a-dia com o (bebê).

1. Como está o estado de saúde do (bebê)? Ele tem precisado de algum cuidado especial/tratamento?
2. Está dentro do que tu esperavas?
3. Como está a tua rotina após a ida do bebê para casa?
4. Tu ficas com o (bebê) durante o dia? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por quê não ficas com o (bebê)?
5. E a noite, tu permaneces com o (bebê)? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por quê não ficas com o (bebê)?
6. E quando tu não estás, algum familiar/amiga fica com o (bebê)? Quem é? Como te sentes?
7. E hoje, como está sendo para ti essa experiência em casa? Como te sentes?
8. O que tu mais gosta? Por quê?
9. E há algo que te incomoda e que tu não gostas? Por quê?

#### II. Eu gostaria de conversar contigo sobre a tua relação com o (bebê) após a saída do hospital.

1. Onde o bebê tem ficado quando está em casa? (berço, carrinho)
2. Quando tu estás com o (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:
  - Toçar/acariciar ele/a? (*Se sim*) Como ele/a 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...) Onde ele dorme?
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 quando 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. (*Se tiver filhos*) Como está sendo a tua rotina com os outros filhos desde a saída do (*bebê*) do hospital? Como eles estão se sentindo? O que eles têm dito? Como te sentes? Quem tem cuidado deles? Como te sentes? Comparando com o(s) outro(s) filho(s), como está sendo para ti esta experiência com o (*bebê*)?
7. Há algo que te incomoda nesta experiência de ser mãe do (*bebê*)? Por quê?
8. E tem alguma coisa que te agrada? Por quê?
9. Nesse momento, como te descreverias como mãe?
10. Tem algo que gostaria de fazer diferente? (*Se sim*) O quê? Por quê? Como te sentes?
11. E como achas que as pessoas tem te visto como mãe do (*bebê*)? Por quê?
12. E o teu marido? Como achas que ele te vê hoje como mãe do (*bebê*)? Por quê?

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

1. Ele costuma ficar com o bebê? (*Se sim*) Com que frequência ele fica? Quanto tempo? O que ele costuma fazer? Como te sentes? O que ele tem feito quando está com o (*bebê*)? (ex. Toca/acaricia/conversa/olha/pega 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*)? (*Se não*) Por quê não fica? Tu gostaria que ele ficasse? Como te sentes?
2. 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?
3. Como te sentes quando ele cuida do (*bebê*)?
4. Como tu achas que ele está sendo como pai do (*bebê*)? Por quê? Era como tu imaginavas?
5. Como esta a relação de vocês dois neste momento? Alguma coisa mudou com o nascimento do (*bebê*)? (*Se sim*)

O quê mudou?

#### V. Eu gostaria de conversar contigo sobre quem tem te ajudado após o retorno do (*bebê*) para casa?

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*)

#### VI. Eu gostaria de conversar contigo sobre o retorno do (*bebê*) para casa...

1. Para onde o bebê foi após a alta? (cidade, residência...)
2. Como estavam os preparativos para a alta do bebê? E para a chegada em casa (ou outra residência)?
3. Como tu te sentiste após a ida para a casa?
4. Como o pai do bebê se sentiu?
5. E como a família reagiu com a chegada do bebê?
6. Quem cuidou do bebê? Alguém te ajudou?
7. Como foram os cuidados com o bebê em casa? Por quê? Como te sentes?
8. Tiveste dúvidas frente os cuidados com o bebê em casa? Quais?
9. Em termos emocionais, como achas que o bebê ficou após a ida para casa? Por quê?
10. E em termos físicos (saúde)?
11. Quais as tuas preocupações após a ida para casa?
12. O que mais te agradou?
13. E o que mais te incomodou?

#### 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).

## **ANEXO K**

### **Estrutura de Categorias**

#### **Eixo 1: Bebê imaginário**

- 1.1 Motivação para a gestação e sentimentos frente à notícia
  - 1.1.1 Sentimentos e reações frente à notícia
  - 1.1.2 Sintomas físicos e emocionais na gestação
- 1.2 Características do bebê imaginário
  - 1.2.1 Reação frente à descoberta do sexo
  - 1.2.2 Motivações para a escolha do nome do bebê
  - 1.2.3 Características físicas do bebê imaginário
  - 1.2.4 Características emocionais e de temperamento do bebê imaginário
- 1.3 Maternidade e interação com o bebê imaginário
  - 1.3.1 Experiência e a prática da maternidade na gestação
  - 1.3.2 Interação com o bebê na gestação
- 1.4 Preocupações e expectativas da mãe na gestação
  - 1.4.1 Preocupações com o bebê imaginário e com a maternidade
  - 1.4.2 Expectativas em relação ao bebê imaginário, a maternidade e o parto

#### **Eixo 2: Bebê real prematuro**

- 2.1 Experiência do parto e do nascimento pré-termo
  - 2.1.1 Sentimentos frente o nascimento pré-termo
  - 2.1.2 Sintomas físicos e emocionais no período pós-parto
  - 2.1.3 Compreensão subjetiva do nascimento pré-termo
- 2.2 Características do bebê real prematuro
  - 2.2.1 Características físicas do bebê real prematuro
  - 2.2.2 Características emocionais e de temperamento do bebê real prematuro
- 2.3 Situação clínica e desenvolvimento do bebê real prematuro
  - 2.3.1 Impressões e sentimentos sobre o estado clínico do bebê prematuro
  - 2.3.2 Impressões e sentimentos sobre o desenvolvimento e crescimento do bebê prematuro
- 2.4 Experiência e prática da maternidade com o bebê real prematuro
- 2.5 Interação com o bebê real prematuro
- 2.6 Preocupações e expectativas da mãe frente ao filho e à maternidade

