



PUC
RIO

MARIA CRISTINA ALTOÉ MILANEZ

DO ÚTERO MATERNO AO ÚTERO MECÂNICO

**Estudo sobre o impacto da internação de recém-nascidos
prematuros numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro, 27 de abril de 1998.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO**

**Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>**

N.Cham. 150 M637 TESE UC

Título Do útero materno ao útero mecânico



Ex.1 PUCB

0131497

MARIA CRISTINA ALTOÉ MILANEZ

DO ÚTERO MATERNO AO ÚTERO MECÂNICO

**Estudo sobre o impacto da internação de
recém-nascidos prematuros numa Unidade de
Terapia Intensiva Neonatal**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 27 de abril 1998.

MARIA CRISTINA ALTOÉ MILANEZ

DO ÚTERO MATERNO AO ÚTERO MECÂNICO

**Estudo sobre o impacto da internação de
recém-nascidos prematuros numa Unidade de
Terapia Intensiva Neonatal**

**Dissertação apresentada ao Departamento
de Psicologia da PUC/RJ como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica.**

Orientadora: Maria Helena Novaes Mira

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 27 de abril 1998.

91624



150
M637
TESE VC
ESC 1

**Aos meus três filhos:
PEDRO e BIANCA,**

**e ANA PAULA
("in memoriam")**

Meus Agradecimentos

- à Dr^a Maria Helena Novaes Mira, orientadora desta dissertação e minha professora durante a Graduação e a Pós-Graduação, por toda a liberdade, apoio e confiança que sempre depositou em minhas idéias e projetos, permitindo que esta dissertação ganhasse corpo, para além dos meus sonhos...
- à Dr^a Ana Maria Nicolaci-da-Costa, minha professora em todos os semestres no Mestrado, que dividiu comigo suas idéias, ajudando-me, com carinho e entusiasmo, a ampliar minha visão de mundo;
- à Dr^a Terezinha Féres Carneiro, minha professora na Pós-Graduação, que, como Coordenadora do Curso, soube ser generosa e compreensiva diante de dificuldades relacionadas ao estudo de campo desta dissertação;
- Ao Dr. Ricardo Nunes, do Centro de Terapia Intensiva Neonatal (CETRIN) da Casa de Saúde Santa Lúcia, que gentilmente permitiu-me o contato com os bebês ali internados e com suas mães;
- às mães que entrevistei no CETRIN, por me terem confiado sua história gestacional e dividido comigo a angústia da internação. Sem o desprendimento de todas vocês, esta dissertação não teria sido possível;
- à CAPES, pela ajuda financeira recebida durante o curso;
- a meu pai, por ter-me ensinado o prazer de estudar e aprender algo novo a cada dia;
- a minha mãe, por ter-me ensinado a ser mãe e a amar a vida, apesar das adversidades;
- a Paulo, por dividir comigo a alegria de ter filhos;
- a Pedro e Bianca, por terem compreendido e suportado com louvor minhas ausências durante a elaboração deste trabalho;
- a Carlos Eduardo Veiga da Silva, colega de Mestrado e amigo pessoal, que me auxiliou com suas valiosas sugestões e me incentivou a concluir esta dissertação;
- à jornalista e amiga Andréa Boechat, que me auxiliou na transcrição das entrevistas;
- à Prof^a Maria Margarida Simões, revisora desta dissertação, pela paciência;
- a minha irmã Julinha e à amiga Susan Travis, pelo carinho e apoio nas traduções;
- a minhas irmãs Deinha e Conceição, e a meus amigos Celina, Fátima, Jair, Luís Paulo, Teresinha e Tereza, que me cercaram com todo amor e carinho, durante o ano que passou, para que ele fluísse mais rápida e suavemente...
- a Deus, que, com Sua generosidade e amor, acompanhou-me até aqui.

RESUMO

A existência de Unidades de Terapia Intensiva Neonatais é fato recente na Medicina. Há cerca de trinta anos, os prematuros - portadores ou não de patologias congênitas - dificilmente sobreviviam. Com o advento destas Unidades, inaugurou-se uma nova forma de relacionamento inicial entre mães e seus bebês enfermos, internados e distantes do "habitat" natural do lar. Com o objetivo de entender este fenômeno, foi realizado um estudo de campo com doze mães de prematuros, internados em uma dessas Unidades. Esta dissertação investigou os conflitos emocionais das mães ao se relacionarem com seus bebês em situação de risco. A fundamentação para este estudo foram: as teorias de Winnicott, Spitz e Bowlby; as contribuições de Brazelton e de Klaus e Kennell, bem como as pesquisas da área de Neonatologia e de U.T.Is Neonatais. Concluiu-se que a internação de um prematuro é um acontecimento que, na maioria das vezes, gera impacto na mãe. A vivência deste impacto é benéfica e fundamental para o estabelecimento adequado da interação mãe-bebê. A impossibilidade da vivência deste impacto é prejudicial para a formação do apego entre os membros desta díade. Esta dissertação também sugere formas de atuação do psicólogo dentro dessas unidades, auxiliando as mães na superação de problemas de maternagem.

ABSTRACT

The existence of Neonatal Intensive Care Units (NICUs) is a recent event in medicine. About thirty years ago premature babies with or without congenital pathologies hardly ever survived. A new form of initial relationship between these ailing hospitalized infants and their mothers, away from their home environment, has been created with the advent of NICUs. A field study was conducted with twelve mothers of premature babies staying in one of these units in order to understand this phenomenon. The emotional conflicts of the mothers, as they relate to their babies in a life threatening situation, have been investigated in this research. The theories of Winnicott, Spitz and Bowlby were used as theoretical framework of this study, as well as the contributions of Brazelton, Klaus and Kennell and the researches on premature babies and on NICUs. The final evaluation of the material shows that the hospitalization of a premature baby generates an impact in the mother. Experiencing this impact is beneficial and fundamental to the establishment of an adequate mother-baby interaction. The impossibility to experience this impact is harmful for the bond between the members of this dyad. This study also suggests different approaches that could be used by psychologists, in order to help the mothers to overcome their difficulties in supplying maternal care to their hospitalized infants.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. <i>ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ</i>	7
1.1 A CONCEPÇÃO DE DONALD WINNICOTT SOBRE A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ ...	11
1.2 A CONCEPÇÃO DE RENÉ SPITZ SOBRE PRIVAÇÃO MATERNA	17
1.3. A CONCEPÇÃO DE JOHN BOWLBY SOBRE APEGO E SEPARAÇÃO NA INFÂNCIA	22
2. <i>QUESTÕES MÉDICAS SOBRE PREMATURIDADE E U.T.Is NEONATAIS</i>	25
2.1 PESQUISAS MÉDICAS SOBRE NEONATOLOGIA	26
2.2 AS CONTRIBUIÇÕES DE MARSHALL KLAUS E JOHN KENNEL SOBRE U.T.Is NEONATAIS	44
2.3 AS CONTRIBUIÇÕES DE BERRY BRAZELTON SOBRE A AGENDA DO APEGO	47
3. <i>ESTUDO DE CAMPO</i>	50
3.1 SUJEITOS	51
3.1.1 <i>Caracterização do Grupo de Mães</i>	53
3.2 PROCEDIMENTOS	65
3.3 MÉTODO	66
3.4 DISCUSSÃO DOS DADOS DAS MÃES E DE SEUS BEBÊS.....	69
3.5 ANÁLISE DAS CATEGORIAS	83
3.5.1 <i>Sensação de Prematuridade</i>	84
3.5.2 <i>Sentimento de Culpa</i>	88
3.5.3 <i>Impacto com a Internação</i>	93
3.5.4 <i>Presença de Credo Religioso</i>	103
3.5.5 <i>Interação Mãe-Bebê</i>	108
3.5.6 <i>Visão Tecnológica da U.T.I. Neonatal</i>	117
3.5.7 <i>Perspectiva do Desenvolvimento Futuro do Bebê</i>	126
CONCLUSÕES	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142

“Minha miséria agora é completa.
Algo sem nome apoderou-se do meu ser.
Imóvel, como se fora pedra,
o cerne também de pedra.
Apenas uma coisa eu sei:
Cresceste... cresceste muito
até alcançar a grande dor
que meu coração não pode compreender.
Jazes, deitado obliquamente no meu colo
e então,
então é impossível de novo te gerar.”

Rainer Maria Rilke¹

¹ *Vida de Maria - Levo uma Tempestade dentro de Mim.* Petrópolis, Vozes, 1995. p.51

INTRODUÇÃO

A motivação para abordar o tema proposto está diretamente vinculada a aspectos profissionais e também pessoais. Com formação acadêmica sempre direcionada a estudos na área da Psicologia Infantil, não só durante a Graduação, como nos estágios clínicos e em cursos de especialização, minha prática clínica em consultório, nestes últimos treze anos, tem sido dirigida ao atendimento de crianças, adolescentes e pais, nas modalidades de psicodiagnóstico, terapia de base analítica e orientações aos pais.

Paralela a esta formação e prática, vivenciei uma experiência impactante com a internação de uma filha prematura, durante um mês, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Durante este período, pude observar, enquanto psicóloga clínica e mãe de um menino nascido em condições consideradas normais, o quanto ainda há por fazer para que o ambiente de uma U.T.I. Neonatal se torne mais acolhedor - tanto para os bebês que precisam de cuidados intensivos (pois se encontram, geralmente, numa situação considerada de alto-risco) quanto para as mães ainda fragilizadas, na maioria das vezes, por gestações interrompidas de forma abrupta.

A atmosfera de uma U.T.I. Neonatal assemelha-se à de outras unidades de terapia hospitalar: asséptica, clara, com luzes acesas vinte e quatro horas por dia. Há trocas constantes das equipes médicas e de enfermagem, por turno; cirurgias, coletas de sangue e de outros materiais para análise diária; administração de medicamentos, etc.

A monitoração dos recém-nascidos é realizada através de aparelhagem altamente sofisticada. Este tratamento é, de certa forma, recente. Por isto, tudo é novo e passível de mudanças - das rotinas aos procedimentos específicos -, conforme o desenvolvimento das tecnologias de ponta, o que implica a utilização de aparelhos mais modernos ou de novos produtos químicos. Assim foi, por exemplo, com o aparecimento da ultra-sonografia, que permite a visualização interna dos órgãos do corpo humano, de maneira não-invasiva; ou o advento do surfactante, fosfolipídio que mantém abertos os alvéolos dos recém-nascidos, após cada respiração. Sem surfactante não há aeração nos pulmões, e a imaturidade do sistema pulmonar (problema apresentado pela maioria dos prematuros) compromete todos os demais sistemas orgânicos.

A premissa básica deste estudo é a de que recém-nascidos internados em U.T.I. Neonatal precisam de uma forte ligação materna para sobreviver e encurtar o período da situação de alto risco. Tal

necessidade de contato íntimo com a mãe é, para estes, muito mais intensa e premente do que para os nascidos a termo (entre a trigésima oitava e a quadragésima segunda semana de gestação), sadios, sem qualquer anomalia congênita ou seqüela de parto.

Teóricos clássicos, como Spitz e Bowlby, já demonstraram, baseados em observações e experimentos, o quanto esta ligação, chamada relação mãe-filho, e “attachment” ou apego, respectivamente, são de fundamental importância para o bebê, desde os primeiros dias de vida até os primeiros anos da infância. Entretanto, são ainda pouco encontrados, na literatura de Psicologia, estudos sobre a relação de mães com bebês prematuros e com recém-nascidos a termo, mas portadores de patologias que dificultam sua sobrevivência. Justamente neste campo situa-se esta pesquisa, que trata de questões que afetam mães cujos filhos, de forma repentina, precisam ser internados em uma dessas unidades de tratamento. Considerando os diferentes níveis de cultura e escolaridade dos pais, bem como o grau de sofisticação tecnológica das U.T.Is Neonatais, tentei aqui compreender o fenômeno que o impacto da internação produz nas mães, na cidade do Rio de Janeiro.

O objetivo desta pesquisa foi, portanto, analisar os conflitos emocionais por que passam essas mães, em decorrência deste procedimento traumático - a internação de seus recém-nascidos em uma

U.T.I. Neonatal. Tentei ainda clarificar os sentimentos de ambivalência, insegurança e angústia, gerados pelo quadro emocional que lhes é imposto, sentimentos estes fundamentais para a melhor compreensão deste fenômeno, a fim de trazer subsídios para a orientação de mães (eventualmente de pais), de maneira mais realista, pelas equipes multidisciplinares envolvidas.

A realidade diária de uma U.T.I. Neonatal mostra que, na maioria das vezes, a presença da mãe não é constante nem se apresenta de forma desejável para alguns bebês. Assim, certas questões começaram a aparecer: por que este fenômeno ocorre? Quais são os fatores impeditivos para que esta relação “boa o bastante” (parafraseando Winnicott) aconteça? Por que algumas mães, apesar dos obstáculos, conseguem estabelecer um vínculo afetivo com seus bebês, facilitando a recuperação e a alta, ao passo que outras não alcançam o mesmo êxito e seus bebês apresentam distúrbios comportamentais? Diante deste quadro, a questão que elegi como principal é: quais são os efeitos que o impacto da internação em U.T.I. Neonatal gera nas mães e em que medida repercutem no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-bebê e, conseqüentemente, na recuperação do prematuro?

Com tal objetivo, realizei, por cinco meses, um estudo de campo com entrevistas a doze mães de prematuros, durante o período em

que estavam internados no CETRIN - Centro de Terapia Intensiva Neonatal da Casa de Saúde Santa Lúcia, em Botafogo, zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Lá recebem tratamento e acompanhamento recém-nascidos - prematuros ou não - que necessitam de cuidados especializados, fundamentais à sua sobrevivência.

Sendo o objetivo do estudo de campo o de pesquisar o impacto vivenciado pela mãe com a internação, defini como único critério para uma mãe participar da entrevista o de ter um filho internado há pelo menos sete dias, prazo que considerei mínimo para que a mãe pudesse vir até a U.T.I. Neonatal² e mantivesse os primeiros contatos com o bebê e com a realidade daquela ambiência, desconhecida da grande maioria das mães. Nenhum outro critério - (idade, estado civil, primípara ou não) foi considerado excludente. Tais diferenças foram levadas em conta no momento da discussão dos dados.

Acredito que a relevância deste trabalho esteja na possibilidade de vir a contribuir para a melhoria no atendimento aos pais - e mais especialmente às mães - que precisam ter seus filhos mantidos em hospitais até a necessária recuperação e o retorno às respectivas casas - desejo maior de todos.

²Vale lembrar que todas estas mães estavam recém-operadas e que algumas moravam em bairros muito distantes do hospital.

Neste sentido, a presente dissertação sugere aos psicólogos que atuam nessas unidades de terapia intensiva algumas reflexões e conseqüentes procedimentos. Penso que essa forma de trabalhar poderá auxiliá-los no manejo da superação de problemas de maternagem apresentados pelas mães em relação a seus bebês.

Ao conhecer melhor as necessidades dessas mães, principalmente as de ordem emocional, é possível planejar um atendimento individualizado, como suporte terapêutico para viverem esta difícil etapa pós-parto. Acredito que, somente conhecendo a priori as demandas de cada mãe e pai, é que se torna possível fazer este atendimento terapêutico. O presente estudo vem mostrar a necessidade da escuta individualizada, visando a um atendimento focado na demanda percebida. Cabe ao psicólogo de U.T.I. Neonatal despojar-se de concepções prévias pessoais acerca de quais sejam as necessidades dos pais. É imprescindível acolhê-los, ouvi-los e, às vezes, até “materná-los”, para que se sintam seguros em fazer o mesmo com seus bebês.

Gostaria ainda de salientar que a vivência como mãe de um prematuro internado em U.T.I. Neonatal foi estímulo e inspiração para começar a pensar neste estudo, que, de forma alguma, fala desta própria experiência.

1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

Diferentemente dos animais, o recém-nascido humano chega ao mundo com recursos insuficientes para se adaptar, de forma ativa, ao meio ambiente. Depende, de maneira direta e incondicional, de um adulto que dele tome conta, alimentando-o, confortando-o, sustentando-o. Esse adulto, na maioria das vezes, é a própria mãe.

Assim, mãe e bebê formam uma só unidade. Lembrando Winnicott, “um lactente não existe sem sua mãe”. Esta relação, entretanto, inicia-se muito antes do ato inaugural do nascimento; ela se dá nos primórdios do desenvolvimento embrionário, quando mãe e bebê são, de fato, dois corpos em um só. Recentemente, Piontelli (1995) desenvolveu um estudo original sobre esta díade mãe-bebê, utilizando um equipamento de nossa contemporaneidade: o aparelho de ultrasonografia. A autora traz subsídios concretos sobre os primórdios da relação mãe-bebê, que até bem pouco tempo eram teorizados com base somente em inferências, observações e suposições. Ela acompanhou o desenvolvimento de onze fetos, dentro do útero materno, utilizando ultrassom, e observou o desenvolvimento destes mesmos bebês em suas casas, desde o nascimento até os quatro anos. Sua premissa central é :

“Existe uma notável consistência no comportamento antes e depois do nascimento, e muitas crianças pequenas apresentam sinais, depois do nascimento, de terem sido influenciadas por experiências que tiveram antes de nascer.”
(PIONTELLI, 1995, p.36)

No Brasil temos um estudo semelhante, que está sendo desenvolvido por Tourinho e Tractenberg (a ser publicado), utilizando a mesma metodologia. Segundo esta pesquisa, no quinto mês de vida intra-uterina, o feto já criou amadurecimento suficiente para vida autônoma: o córtex, através de sua rede de neurofibrilas, já se formou e é nele que as emoções adquirem sentido e integridade. É por isto que prematuros com cinco meses de gestação já podem sobreviver fora do ambiente uterino.

Ao pensarmos na ligação da mãe com seu bebê, que se inicia na encruzilhada entre o desejo de gerar um filho e a fisiologia da gravidez, encontraremos o chamado “amor materno”. Este amor, como todos os sentimentos humanos, é passível de mutações e de se mostrar, como afirma Badinter (1985), mais presente ou de todo inoperante, conforme os discursos moralistas, econômicos e filosóficos da época em que estão inseridos mãe e filho. Também Ariès (1978) mostra como os cuidados e os tratamentos dispensados à criança, bem como a configuração das famílias eram completamente diversos da visão que temos hoje de infância e de constituição doméstica. Na família moderna - nuclear, monogâmica, com valores urbanos e novas vivências -, configuram-se outras relações entre pais e filhos, numa nova dinâmica familiar. E um dos aspectos de nossa contemporaneidade pode ser exemplificado pelas U.T.Is Neonatais, inexistentes há trinta anos, com

mães e bebês em relações intermediadas pela tecnologia, como fala Quiniou-Pizzoglio:

“Quando a gente se aproxima da incubadora, o olhar logo é tomado pela máquina, cuja respiração ritmada, entrecortada de campainhas de alarme, invade o espaço sonoro. E é o entrelaçamento de seus prolongamentos que nos conduz ao bebê. Pouco a pouco, a gente os inventaria: sondas bucal e nasal, catéter, eletrodos, tantos obstáculos a transpor para chegar a este bebê oculto.” (1992, p.97).

É, de fato, um bebê oculto, com sua primeira motricidade travada, alimentação dissociada de prazer e a pele privada de contato ou extremamente exposta a ele, por ocasião dos procedimentos médicos e/ou de enfermagem.

1.1 A CONCEPÇÃO DE DONALD WINNICOTT SOBRE A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

Embora a obra de Winnicott³ seja muito rica e criativa, os objetivos específicos deste trabalho limitam-me a alguns conceitos-chaves de sua teoria, mais próximos ao tema aqui abordado, como o da “Preocupação Materna Primária”, que Winnicott define como:

“(...) as profundas mudanças que ocorrem na mulher que está tendo um bebê e, na minha opinião, é que este fenômeno, tenha o nome que se queira, é essencial para o bem-estar do lactente. É essencial porque sem ela não existe ninguém que esteja suficientemente identificado com o lactente, para saber o que ele necessita, de modo que fica faltando a porção básica de adaptação”. (1982, p.231)

³ Donald W. Winnicott, médico inglês que atuou no campo da Pediatria e da Psiquiatria Infantil, tornou-se um dos maiores expoentes da Psicanálise Infantil na Inglaterra, onde chegou a ser o Presidente da Sociedade Britânica de Psicanálise. Além do trabalho em sua clínica com crianças e respectivos pais, Winnicott escreveu vários livros, contribuiu freqüentemente para revistas especializadas, proferiu uma série de palestras na rádio B.B.C., de Londres, e lecionou no Institute of Education e na London School of Economics, da Universidade de Londres.

Este estado psíquico faculta à mãe a possibilidade de ligar-se sensivelmente a seu bebê, adaptando-se para atender suas necessidades. Winnicott alerta que a mãe precisa ser suficientemente sadia para entrar neste estado de “doença normal”, pois este é quase um estado de dissociação esquizóide, já que a mãe “esquece”, temporariamente, sua relação com o mundo, voltando-se, de forma integral, para o bebê. Posteriormente, a mãe se “cura” e as recordações destas primeiras vivências tendem a ser reprimidas. A mãe, então, passa a outro estágio, no qual, segundo Winnicott, poderá tornar-se uma mãe suficientemente boa ou não. Estes são mais dois conceitos de sua teoria. Para o autor, todo e qualquer estudo sobre a infância deve deter-se nas duas formas distintas de desenvolvimento do bebê: a que é facilitada pelos cuidados maternos suficientemente bons e a que sofre distorções por cuidados insuficientes. “Mãe suficientemente boa” - ou, talvez melhor traduzindo o conceito de Winnicott de “mother good enough”: “mãe boa o bastante” - é a que permite a seu bebê ter a ilusão de criar um mundo a sua volta, alimentando sua onipotência ou, nas palavras de Goldemberg:

“Trata-se de uma mãe empática, a mãe que tem a capacidade de ouvir o seu bebê que ainda não fala, a mãe que capta e decodifica as necessidades do bebê, podendo atendê-las adequadamente.”(1995, p. 35)

“Mãe boa o bastante” desempenha suficientemente bem os três papéis que compõem a função materna, na visão winnicottiana:

- a) o “holding” ou a sustentação - capacidade de oferecer colo físico e psíquico ao bebê;
- b) o “handling” ou o manuseio - capacidade de cuidar do corpo do bebê e manipulá-lo, através de atos de carinho, de higiene, das trocas cutâneas;
- c) o “object-presenting” ou apresentação de objetos - capacidade de colocar os objetos à disposição do bebê, à medida em que ele os solicita - nem precocemente, impedindo assim a instalação do desejo do bebê, nem tardiamente, levando-o a suprimir o desejo para não ser aniquilado pela raiva de não tê-lo.

Winnicott deixa claro o quanto é necessária a presença de um ambiente de facilitação para que os processos de maturação de um indivíduo possam concretizar-se de forma harmônica.

Há uma outra terminologia utilizada por Winnicott que não chegou a ser, na verdade, um conceito, mas, como a maioria de suas postulações, encerra clareza e exatidão pela simplicidade ousada e criativa que foi sempre sua marca. Trata-se da “mãe dedicada comum”

(1949), idéia talvez precursora do conceito de “mãe suficientemente boa” (1965). Para o autor, “mãe dedicada comum” é aquela que se dedica à tarefa de cuidar de um bebê, na forma naturalmente esperada. Não se cobra perfeição desta “mãe dedicada comum”, assim também como não da “mãe suficientemente boa”. Tanto em relação a esta quanto àquela Winnicott admite falhas porque, assim como qualquer ser humano, ambas são dotadas de peculiaridades e enfrentam dificuldades intrínsecas no dia-a-dia. Para o autor, admitir falhas não deveria gerar culpa. Entretanto, a maioria das mães culpam-se por tudo o que não acontece dentro de um padrão esperado com seus bebês. Chegam até a culpar-se por questões além de suas responsabilidades

“Mães e pais culpam-se (...) e de fato eles costumam culpar-se por quase tudo, como, por exemplo, por terem uma criança mongolóide, pelo que nenhum deles certamente pode ser considerado responsável.” (1988, p.7)

A culpa parece ser, de fato, um componente da relação mãe-filho, presente mesmo quando a relação está apenas começando, como é o caso das mães com bebês internados. Considerando este fato, a culpa foi uma das categorias de análise na discussão dos dados, principalmente porque este início de interação mãe-bebê, num ambiente fora do

desejável e normalmente esperado, dá margem a inúmeras situações marcadas pelo sentimento de culpa. O próprio Winnicott há trinta e quatro anos já aliviava a possível culpa de mães de prematuros quando afirmava:

“A data de nascimento poderia ser considerada como um momento em que grandes transformações se operam neste campo, de modo que o bebê prematuro pode estar em muito melhores condições psicológicas numa incubadeira, onde um bebê pós-maturo não estaria bem, pois precisaria de braços humanos e contato corporal.”(1988, p.30)

Se as mães conseguissem liberar-se da culpa que a maioria sente só pelo fato de terem seus bebês internados em uma U.T.I. Neonatal (e quase todos estão em incubadoras), possivelmente estariam também mais liberadas para maternar seus bebês e exercerem o que Winnicott (1964) chama de “ego auxiliar”, uma vez que o bebê, nesta fase, não dispõe ainda de um ego estruturado, capaz de suportar as situações aflitivas a que está exposto. O autor fala de angústias muito fortes experimentadas pelo recém-nascido (comum, normal, a termo), nos primórdios de seu desenvolvimento emocional, antes mesmo que seus sentidos estejam organizados. Se a mãe consegue exercer suas três

funções já descritas (segurar, manipular e apresentar o objeto), de forma suficientemente boa, ela será capaz de prover seu bebê de um ego auxiliar, de modo que se poderá dizer, segundo o autor, que o bebê teve um ego desde o primeiro momento, apesar de muito frágil e pessoal, porém em condições de auxiliá-lo a vivenciar estas primitivas angústias. Para que isto ocorra, quanto mais a mãe estiver em sintonia com o filho, mais terá capacidade de suprir suas necessidades básicas, emocionais e orgânicas. Para Winnicott (1964), a mãe precisa colocar-se no lugar do bebê, postura esta chamada “preocupação materna primária”, já descrita.

O que pensar, então, das mães de prematuros? Como ser capaz de se colocar no lugar do bebê e entender suas prematuras necessidades, se ela também prematuramente se tornou mãe, não dispondo do tempo suficiente para se transformar de mulher em mulher-mãe, fato ainda mais agravado quando é primípara? Se ela não dispôs do que Winnicott (1964) chama de “período de preparação”, aquele tempo útil e necessário de nove meses para que esta transformação ocorra, como irá “orientar-se”?

1.2 A CONCEPÇÃO DE RENÉ SPITZ SOBRE PRIVAÇÃO MATERNA

Os estudos de Spitz⁴ (1965) muito contribuíram para o entendimento da interação mãe-bebê. Preocupado com metodologia e caráter científico do conhecimento dos primórdios da vida do bebê, o autor utilizou-se de observação prolongada, filmagem e testagem de bebês e respectivas mães, para confirmar suas hipóteses, fazendo, assim, uma aproximação da Psicanálise com o método experimental. Segundo o autor, há organizadores do psiquismo que demarcam níveis essenciais de integração da personalidade. Com o estabelecimento de um organizador de psiquismo, aparecem novos esquemas de comportamento aos quais Spitz (1965) dá o nome de indicadores - sinais emitidos pelo bebê, condicionados ao processo maturativo, os quais, à medida que vão surgindo, tornam-se facilitadores do desenvolvimento afetivo.

⁴René Spitz, médico e psicanalista infantil, realizou uma série de pesquisas em hospitais para crianças sobre a importância da experiência primitiva de privação da mãe no desenvolvimento dos bebês, unindo a teoria psicanalítica ao uso da observação direta e aos métodos da Psicologia Experimental.

Nos dois primeiros anos de vida, há três grandes módulos de organizadores, gerados e estimulados pelo aparecimento de três comportamentos (indicadores) que sinalizam, respectivamente, a aquisição de novas capacidades do bebê. São eles:

- a) o sorriso - em torno do segundo mês, quando se iniciam as primeiras relações pré-objetais, e o princípio da realidade começa a funcionar;
- b) a angústia - em torno do oitavo mês, que é a prova da capacidade de distinção entre “o eu” e “o não-eu”;
- c) o gesto de negação e a palavra “não” - primeira aquisição abstrata da criança, dando-lhe acesso ao mundo simbólico.

Com isto, o autor traz uma proposta de desenvolvimento integrado, em que as novas aquisições vão aperfeiçoando cada função deste pequeno ser em evolução.

“Na relação mãe-filho, a mãe é o parceiro ativo e dominante. A criança, pelo menos no início, é a receptora passiva. Isso nos leva à nossa primeira afirmação: distúrbios da personalidade materna se refletirão nas perturbações da criança, (...) e nossa segunda hipótese: na primeira infância, as influências psicológicas prejudiciais são a consequência de relações insatisfatórias entre mãe e filho.” (SPITZ, 1993, p.153)

Estas conclusões basearam-se em suas observações e em pesquisas com crianças em orfanatos, separadas de suas mães e carentes de estimulação social e afetiva. A partir destas pesquisas, Spitz (1965) descreveu as síndromes “Depressão Anaclítica” e “Hospitalismo”, que tratam da deterioração do desenvolvimento social, afetivo e motor das crianças, que passam a responder cada vez menos à estimulação ambiental devido à privação emocional, parcial ou total, da figura materna.

Dentre os vários fatores etiológicos que propiciam o quadro que Spitz (1965) definiu como sendo o da “Depressão Anaclítica”, havia um comum a todas as crianças pertencentes à mostra de seu estudo: todas haviam sido privadas da presença da mãe por um período praticamente ininterrupto de três meses, entre os seis e os oito meses de vida. O quadro era o seguinte:

- no primeiro mês de separação, crianças chorosas e ávidas por contato com o observador - o que só ocorria quando este conseguia perceber como estabelecer o relacionamento;
- no segundo mês, o choro dava lugar a gemidos; a criança perdia o apetite e, conseqüentemente, o peso, ocorrendo também interrupção do desenvolvimento;

- no terceiro mês, a criança recusava contato, permanecendo deitada de bruços no berço, quase todo o tempo, e apresentando insônia, doenças, atraso motor e início de rigidez facial.

Após o terceiro mês, se a privação se mantivesse, a rigidez facial se consolidava, o choro dava lugar à lamúria; o atraso motor, à letargia. Entretanto, se a mãe retornava, a maioria das crianças recuperava-se. Spitz (1965) alerta que, apesar disto, talvez a recuperação não se desse por completo. É possível que o distúrbio deixe seqüelas emocionais.

Quando a privação materna ultrapassa cinco meses, aparece o quadro que Spitz descreveu, pela primeira vez em 1945, conhecido por “Hospitalismo”. Nesta síndrome, as crianças apresentam sintomas de progressiva deterioração, que parecem ser irreversíveis em sua maior parte: há uma interrupção do desenvolvimento psicológico, juntamente com disfunções somáticas, que acarretam uma grande predisposição a infecções. No segundo ano de vida, estes sintomas se agravam e, com isto, a taxa de mortalidade destas crianças é extremamente alta.

Spitz (1965) concluiu que os cuidados maternos oferecem a possibilidade de ações afetivamente importantes, no panorama das

relações objetais, entre mãe e bebê. Inversamente, a ausência destes cuidados gera uma carência emocional que, às vezes, pode chegar a ser fatal para o filho.

Podemos concluir que tanto a depressão anaclítica quanto o hospitalismo - quando há uma grande deficiência ou perturbação nas relações objetais iniciais - conduzem à paralisação do desenvolvimento da personalidade.

1.3 A CONCEPÇÃO DE JOHN BOWLBY SOBRE APEGO E SEPARAÇÃO NA INFÂNCIA

John Bowlby⁵ abordou os temas privação e cuidados maternos, afirmando que:

“A qualidade do cuidado paterno e materno que recebe uma criança, em seus primeiros anos, é de vital importância para sua futura saúde mental.(...) O que é essencial para a saúde mental é que um infante e uma criança pequena deveriam experimentar uma relação afetuosa, íntima e contínua com sua mãe”. (1972, p.13)

O autor considera que o apego do bebê à sua mãe e da mãe ao bebê resulta em um certo número de sistemas de comportamento, característicos da espécie, que se organizam em torno da mãe. Inicialmente, haveria cinco sistemas de comportamento:

- sugar,
- agarrar-se,
- seguir,
- chorar e
- sorrir.

⁵ Médico inglês, psicanalista, etólogo, importante pesquisador na área do relacionamento humano mãe-bebê, autor da famosa trilogia “Apego e Perda”, na qual expõe sua “Teoria do Apego”.

Estes cinco módulos definem o que Bowlby chama de “Conduta do Apego” - uma conduta primária, cujo objetivo é manter a criança próxima à mãe. Entretanto, nem sempre esta condição ideal ocorre. Bowlby estudou crianças saudáveis, de quinze a trinta meses, admitidas em hospitais por períodos de curta duração, e descreve as reações da criança pequena, ao ser separada de sua mãe. Há uma seqüência de três fases:

- **fase 1** - de protesto, caracterizada pelo choro e grande dor frente à separação de sua mãe;
- **fase 2** - de apatia; a desesperança é cada vez maior;
- **fase 3** - de desapego; a criança aceita a separação de forma passiva e age indiferentemente com aqueles que dela passam a tomar conta. Para Bowlby (1972), a privação materna muito longa poderá gerar efeitos graves e duradouros sobre o caráter e o futuro da criança. E esta reação à separação da figura materna está na base de todas as reações de medo e de ansiedade futuras ou, nas palavras do autor:

“A privação completa (...) tem efeitos de maior alcance sobre o desenvolvimento do caráter e pode invalidar completamente a capacidade da criança de relacionar-se com outras pessoas”. (1972, p.14)

É a intensidade desta privação que gera os níveis do que Bowlby (1969) chama de “Conduta de Apego Ansioso”, encontrada em crianças submetidas, parcial ou totalmente, à separação de suas mães ou ameaçadas deste fato em tenra idade.

Para Bowlby (1969), a maior parte dos bebês, em torno dos três meses, já respondem às suas mães de modo especial. Isto acontece, segundo o autor, porque a discriminação perceptiva já está presente. Com este aparato, o bebê se torna um agente com muito mais recursos para interagir com a mãe. Assim, o padrão de referência desta interação passa a ser mutuamente influenciado pelos dois agentes em questão. Como este padrão vai-se formando gradualmente, a resultante parcial é sempre influenciada de acordo com as contribuições de cada um e, de modo especial, pela maneira como cada um deles, por sua vez, modifica o comportamento do outro.

“Embora existam provas abundantes mostrando que o tipo de cuidados que um bebê recebe de sua mãe desempenha um importante papel na determinação do modo como se desenvolve seu comportamento de apego não se deve jamais esquecer em que medida a própria criança inicia a interação e influencia a forma que ela adota.” (BOWLBY, 1984, p.218).

**2. QUESTÕES MÉDICAS SOBRE PREMATURIDADE E
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS**

2.1 PESQUISAS MÉDICAS SOBRE NEONATOLOGIA

A Neonatologia, subespecialidade da Pediatria, é o ramo da Medicina que estuda os recém-nascidos - prematuros e a termo (com trinta e oito a quarenta e duas semanas de gestação, prazo considerado normal e ideal para a completa maturação do feto). A Neonatologia acompanha os recém-nascidos até o vigésimo oitavo dia, a partir do qual convencionou-se chamá-los de lactentes, quando passam aos cuidados de um Pediatra. Esta convenção não se aplica, entretanto, aos prematuros que necessitam ficar mais de vinte e oito dias em uma U.T.I. Neonatal, uma vez que continuam sob o olhar atento do Neonatologista.

Um nascimento prematuro pode resultar:

- a) do desenvolvimento do feto mais lentamente que o usual (bebê considerado pequeno demais para sua idade gestacional);
- b) de algum problema clínico ou orgânico que interfere no processo de gestação.

O prematuro deve ser levado, rapidamente, para uma U.T.I. Neonatal, onde receberá a atenção específica de que tanto necessita. Nestas unidades, freqüentemente a maioria dos bebês são tratados em incubadoras, podendo requerer inúmeras técnicas especiais de enfermagem, para que sua sobrevivência e bem-estar sejam assegurados. Em alguns países, aproximadamente um em cada cinco bebês recebe alguma forma de cuidados especiais; portanto, um grande número de pais começa a travar relacionamento com seus filhos na atmosfera hospitalar de uma “unidade de emergência”.

A separação precoce entre pais e bebês produz reflexos no desenvolvimento das primeiras relações afetivas e sociais da criança. A este respeito, alguns estudos já estão sendo realizados, nos quais se pesquisa, sobretudo, o período de internação em uma U.T.I. Neonatal e/ou situações relacionadas a rotinas hospitalares demasiado restritivas ao convívio entre pais e bebês. Tais pesquisas, como as de Klaus e Kennell (1993), demonstram que a separação precoce parece criar, para alguns pais, problemas cujos efeitos podem levar até meses para serem superados. Os pais dizem, com freqüência, que não sentem como seus os próprios filhos, até poderem levá-los para casa. E, quando isto ocorre, ainda se sentem distantes dos bebês durante algum tempo. Outros pais parecem ficar atormentados por problemas relativos à alimentação de

seus prematuros ou por terem um bebê que lhes causa a impressão de não querer ajustar-se a nenhum tipo de rotina.

Considera-se que há um período crítico ou sensível, imediatamente após o parto, quando os pais (especialmente a mãe) travam um relacionamento íntimo com seu bebê. Neste sentido, Odent⁶, em entrevista concedida ao jornal “O Globo”, em 30 de abril de 1995, afirma:

“Nesta primeira hora, os hormônios secretados pela mãe e pelo bebê durante o parto ainda não foram eliminados. Eles têm um papel importante na interação mãe-bebê (ocitocina, o hormônio do comportamento materno; endorfinas, os da dependência, ligação; adrenalina, o hormônio da energia para proteger o bebê). A hora imediatamente após o nascimento é um período crítico para o desenvolvimento da capacidade de amar(...). Todo acontecimento durante este período traz, pois, efeitos a longo prazo.”

⁶ Michel Odent é um obstetra francês, seguidor das técnicas de Frédéric Leboyer para o parto sem dor. Desenvolveu as chamadas “salas selvagens” para a mulher em trabalho de parto. Atualmente, atua em Londres, onde criou o “Primal Health Research Center”, com o objetivo de explorar as correlações entre o que se passa no início da vida (vida fetal, período perinatal e primeira infância) e o que será a saúde mais tarde.

Ao terem seus bebês removidos para uma U.T.I. Neonatal, os pais podem sentir-se rejeitados enquanto pais. Muitos sofrem um alto nível de ansiedade, desejando saber se serão pais adequados para bebês tão frágeis ou pequenos. Podem acreditar que a internação é o procedimento mais seguro para a criança; mas, ainda assim, sentem que foram tratados, de fato, como pais inadequados, incapazes de cuidar de seus próprios filhos. Frequentemente, os pais têm oportunidade limitada para cuidar do bebê e assumir toda a responsabilidade por ele durante sua permanência em uma U.T.I. Neste período, é comum receberem poucas informações sobre o progresso do tratamento - o que pode reforçar-lhes o sentimento de baixa auto-estima, levando-os, ao mesmo tempo, a perceber seus bebês, cada vez mais, como estranhos.

Perrin (1989), investigando a prematuridade, descreve um estado emocional chamado "Síndrome da Vulnerabilidade", em que mães de prematuros tendem a fragilizá-los, mesmo depois de curados e sadios. A vulnerabilidade que elas atribuem a seus bebês é devida muito mais ao nascimento prematuro do que a problemas orgânicos neonatais. Também focalizando o comportamento materno, Affleck (1991) relata que o desenvolvimento futuro dos pacientes de U.T.Is Neonatais está intimamente ligado às expectativas das mães, que podem ser otimistas ou pessimistas, daí resultando, respectivamente, uma influência positiva ou negativa sobre os bebês. Com isto, a autora aponta para uma relação

direta entre atitude materna e desenvolvimento do bebê. Kratochvil (1991), investigando o relacionamento de pais e filhos, oito anos após uma U.T.I. Neonatal, constatou que 40% dos pais sentiram que os problemas neonatais motivadores da internação precoce, bem como a separação decorrente desta situação, influenciaram profundamente sua relação com os filhos.

Algumas pesquisas falam mais especificamente das famílias, para além da dimensão mãe-filho. Thurman (1993), a respeito de intervenções em uma U.T.I. Neonatal, afirma que toda e qualquer ação visando ajuda deve ser centrada na família como um todo, pois todos os seus membros sentem-se envolvidos na situação, mobilizados com a internação de seu mais novo integrante. Gorski (1991) salienta, em suas investigações, que os bebês menores e mais expostos à situação de alto risco têm a probabilidade de passar um longo período internados. Devido a este fato, as U.T.Is Neonatais tornam-se locais importantes para as estratégias iniciais de intervenção, com a finalidade de ajudar a organizar e otimizar o desenvolvimento do lactente e a adaptação da família à nova situação. Blackman (1991) mostra que, numa gravidez terminada precocemente, interrompe-se não apenas o crescimento e o desenvolvimento do feto, como também os processos fisiológico e psicológico através dos quais a gestante e seu marido evoluem na preparação para o começo das relações com o recém-nascido. Este

pesquisador declara que a confirmação de uma anormalidade global ou de uma anormalidade sensorial específica no bebê é um evento devastador para a família, gerando seqüelas emocionais em seus membros. Além disto, a convivência, por vezes longa, com os cuidados intensivos, com as incertezas sobre a vida e a morte, esgota a capacidade física e emocional dos pais e do restante da família. Acrescente-se a tudo isto que os pais levam para casa um lactente normal, que, embora clinicamente estabilizado, está ainda frágil; um lactente sujeito a um início lento ou a uma evolução atípica e anormal do desenvolvimento. Bauchner (1988) preconiza que, para se trabalhar com prematuros, é preciso conhecerem-se os vários problemas, psicológicos e neurológicos, relativos ao desenvolvimento e significativos para esses bebês e suas famílias. É necessário ainda que os médicos ajudem esses pais a enfrentarem sentimentos de culpa ou a se prepararem para lidar com situações de raiva, negação ou tentativa de isolamento social. Este autor mostra, assim como Perrin (1989), já citada anteriormente, que a prematuridade é um contribuinte significativo para a constituição da "Síndrome da Vulnerabilidade", pois os pais e a família com freqüência descrevem esses lactentes como "difíceis". Para ele, a adaptabilidade do lactente às agressões biológicas pode ser aumentada por um ambiente acolhedor e estimulador ou agravada por um ambiente inadequado e privacional, no seio familiar.

Goodfriend (1993) é uma pesquisadora que estudou pormenorizadamente bebês prematuros em uma U.T.I. Neonatal. A autora alerta os pais e as equipes médicas quanto à possibilidade do aparecimento do “Reactive Attachment Disorder of Infancy”, que traduzi como “Distúrbio Reativo do Apego na Infância” - doença psiquiátrica causada pela falta de cuidados consistentes por parte de um adulto afetivo e significativo (mãe ou substituta, na sua impossibilidade) para com o recém-nascido, negligenciado em suas emoções básicas, necessidade de conforto, estimulação e afeto. Este distúrbio aparece antes dos cinco anos, podendo ser diagnosticado a partir do primeiro mês de vida. Nestes bebês estão ausentes a atenção, o interesse e a troca de olhares; até os dois meses, não respondem à voz, ao olhar e à face das pessoas que cuidam deles. Além deste retardo de respostas sociais, há, por um lado, dificuldades quanto a sono e alimentação e, por outro, uma hipersensibilidade ao tato e ao som. Os fatores de predisposição para este distúrbio são aqueles que interferem nas primeiras ligações emocionais de um bebê com sua mãe (ou com quem a substitua). Entretanto, a autora ainda afirma:

“Outros fatores que predisõem a esta desordem são a falta de contato corpo-a-corpo, durante as primeiras semanas de vida, tais como os prolongados períodos em uma incubadora, ou outras separações muito precoces de um adulto que tome conta da criança. (GOODFRIEND, 1993, p.139)

No Brasil, Lamy, Gomes e Carvalho, em uma pesquisa realizada na U.T.I. Neonatal do Instituto Fernandes Figueira, pertencente à Fundação Oswaldo Cruz, concluíram que, para um atendimento mais humanizado aos bebês e a seus pais, é necessário que este atendimento seja focado na percepção dos pais sobre a internação de seus filhos. Uma vez que a recuperação e conseqüente alta da U.T.I. Neonatal não depende apenas dos procedimentos e cuidados médicos, mas também dos cuidados, do carinho e da presença dos pais, os autores afirmam que cabe à equipe médica e de enfermagem promover a presença destes pais junto aos bebês e a aproximação entre eles, principalmente no caso de mães solteiras, de famílias de baixa renda e de gestações não-planejadas.

“A literatura mostra estudos que colocam essas condições como risco adicional, quando somadas à prematuridade e à internação prolongada, para o abandono ou maus tratos após a alta.” (1997, p.296)

Segundo os autores, a equipe médica e os pais possuem valores diferentes para avaliar a gravidade da doença, bem como da situação de internação. Estas diferenças de valores influenciam o modo como os pais percebem todo o contexto e, em especial: seus filhos, enquanto sujeitos únicos; a internação na U.T.I. Neonatal; a aparelhagem de sustentação da

vida; a possibilidade eventual de morte do recém-nascido e o atendimento em geral.

No Hospital Presidente Vargas, em Porto Alegre, Prado⁷ e sua equipe também realizam pesquisas sobre recém-nascidos. Afirmo o autor:

“O adequado cuidado de um bebê exige dos pais muito afeto e significativos esforços. Tais esforços são duplicados quando os pais se defrontam com gêmeos ou quando o bebê nasce prematuro. Assim, pais que estariam razoavelmente preparados para cuidar de um bebê nascido a termo poderão sentir-se abrumados pelas exigências de bebês gêmeos ou de um bebê prematuro ou, mais ainda, de gêmeos prematuros.” (1996, p.116)

Prado (1996) enumera sete formas especiais de comunicação pais-bebês:

⁷ Coordenador do Programa de Terapia Pais-Bebês no atendimento familiar, nesse hospital.

a) O olfato - Citando pesquisas de Brazelton (1988), Brazelton & Cramer (1992), Cramer e Palacio-Espasa (1993), Cramer (1993) e de Klaus & Kennell (1993), Prado afirma que um bebê, mesmo tendo nascido há poucos dias, já é capaz de distinguir o cheiro do leite de sua mãe entre outros leites. O autor mostra que esta capacidade é de fundamental importância na comunicação mãe-bebê, pois, reconhecendo o cheiro de sua mãe, este tenderá a buscá-la todas as vezes em que sentir a necessidade de seus cuidados, de ser amparado ou de algum tipo de atenção. No sentido inverso, os pais também têm um especial apreço pelo cheiro de seus bebês, algo que propicia a aproximação, o contato e, conseqüentemente, a formação e o fortalecimento do vínculo afetivo pais-bebês.

b) O toque - O autor mostra que o contato propiciado pelo toque transmite não só calor, mas também afeto e carinho, fundamentais para o desenvolvimento do bebê. Citando Klaus & Kennell (1993), Prado afirma que, durante a amamentação, a maior parte do tempo gasto pelo bebê é utilizada para a troca de carinho e calor. Somente uma pequena fração do tempo é empregada pelo bebê na alimentação propriamente

dita⁸. O autor lembra que as gratificações surgidas destes contatos constituem um manacial inestimável para reforçar a auto-estima do bebê e, conseqüentemente, seu vínculo com a mãe.

c) O olhar - De fundamental importância para a formação do apego, o autor lembra a expressão “período sensível”, de Klaus & Kennell (1993), que caracteriza os primeiros momentos após o parto, nos quais o recém-nascido é capaz de observar sua mãe com atenção. Afirma o autor:

“Mães que não têm a possibilidade de ver seu filho neste momento, por qualquer razão, podem ter sentimentos de perda incrementados ou desenvolver com mais frequência receios de que seu bebê possa ter sido trocado no berçário.”
(PRADO, 1996, p.102)⁹

⁸ Este dado lembra os experimentos de Harlow (1959) sobre a conduta do apego em macacos Rhesus, que preferiram as “mães” macacas de pêlo, sem leite, às “mães” macacas de arame, com leite.

⁹ Odent (1995) fala da mesma necessidade deste primeiro contato de olhares entre a mães e o seu bebê, já na sala de parto, salientando, porém, a importância desse encontro para a produção dos hormônios femininos, essenciais neste momento de vida em que a mulher transforma-se em mãe.

d) O choro e os gritos - Como o bebê ainda não é capaz de falar, os gritos e o choro atuam como substitutos na comunicação de necessidades básicas, como fome, sede, frio, calor, sono, dor, irritação, desconforto, cansaço, medo, angústia e até mesmo alegria. O autor salienta o fato de que, quando os pais conseguem estar em sintonia com seus filhos, vão conseguindo perceber, aos poucos, os diferentes tipos de choro, relacionados às diferentes necessidades, como o choro de sono ou o choro de fome. Da mesma forma, gritinhos agudos podem sinalizar alegria ou prazer pela presença de alguém querido, assim como gritos desesperados podem comunicar dor ou grande desconforto.

e) O sorriso social - Diferentemente do choro, presente desde o nascimento, o sorriso só aparece após a quinta ou sexta semana de vida, surgindo como uma gratificação do bebê a seus pais ou a outras pessoas substitutas nesta função. Esta resposta de alegria do bebê presenteia os pais de forma tão calorosa que o sorriso é considerado um forte consolidador do apego. Um bebê sorridente é cativante. Pesquisas feitas nesta área de interação indicam que a maioria dos adultos se mostra extremamente responsiva ao

sorriso de um bebê, tendendo a querer cuidar dele ou a afagá-lo nesta situação.

f) As vocalizações - Da mesma forma que o sorriso social, as vocalizações vão surgindo ao longo do desenvolvimento do bebê, estando já presentes no meio do primeiro ano de vida. No princípio, são os pais quem vocalizam sons para seus bebês. Com o passar do tempo, porém, ele mesmo desenvolve vocalizações em resposta aos sons que ouve. O autor alerta para o fato de que não importa muito o conteúdo destas vocalizações e, sim, o “matiz afetivo” (p.104): a maneira e o timbre de voz da mãe e do pai. Assim, mãe e bebê e/ou pai e bebê vão formando verdadeiros duetos sonoros e amorosos, que, de forma assertiva, também consolidam um bom vínculo afetivo entre ambos.

g) O “emparelhamento” - Este é um termo empregado por estudiosos que trabalham com bebês e significa uma “dança especial” (p.104) que se configura entre o bebê e os pais. Neste processo de comunicação, observamos dois interlocutores: de um lado o bebê e, de outro, os pais, formando um par. Tanto estes quanto aquele agem e reagem em sincronia ao comportamento e atitudes do outro,

especialmente o bebê em relação à fala dos pais, acompanhada por este com movimentos de corpo. Esta resposta é de igual modo gratificante e, para o autor, mais um elo de ligação entre os pais e seus bebês.

Como podemos pensar sobre estas sete formas de comunicação entre o bebê e seus pais, quando entre eles se interpõe uma U.T.I. Neonatal? Consideremos que, geralmente, os contatos físicos com os prematuros internados são apenas parciais, pela circunstância de se encontrarem dentro de incubadoras. E, quando tocados, quase sempre o são por profissionais, em rotinas médicas e de enfermagem (como a coleta diária de sangue para análises) ou em procedimentos cirúrgicos necessário, tais como a colocação de válvulas intracranianas ou a correção de alguma anomalia congênita. Disto tudo resultam excitações intensas e traumáticas - sofrimento que traz os seguintes efeitos:

- A capacidade olfativa fica extremamente embotada e prejudicada pelo uso de sondas naso e orogástricas e pelos odores das medicações e dos produtos de assepsia e limpeza. Os próprios pais, antes de entrar na U.T.I. Neonatal, lavam-se tanto (procedimento necessário ao controle de infecções hospitalares, principalmente em se tratando de bebês tão

frágeis) que perdem um pouco do próprio cheiro, passando todos a ter quase um cheiro único;

- O toque também fica prejudicado: o bebê não está acessível, na maioria das vezes, principalmente nos primeiros dias de internação ou, por períodos mais longos, nos casos mais graves de infecções ou de baixo peso. Ele está dentro de uma redoma de vidro - a incubadora, o útero mecânico, com fios, soros, cateteres, sondas e toda a aura da tecnologia ao redor, para delimitar território novo e desconhecido, privativo dos iniciados no manuseio destas aparelhagens. “Como tocar?” “Posso mexer?”

- O olhar, igualmente, está comprometido, quando, por exemplo, aplica-se fototerapia (banho de luz) para eliminar o excesso de bilirubina no sangue. Este procedimento é feito com o bebê de olhos vendados. Além deste impedimento físico, muitos bebês não chegaram a ver suas mães nem a serem vistos por elas na sala de parto, no chamado “período sensível”. Muitos, devido à gravidade de seus quadros clínicos, foram imediatamente entubados e transferidos para a U.T.I. Neonatal, sem se beneficiarem desse contato tão importante.

• o choro e os gritos quase não existem. O bebê tem sua motricidade praticamente toda travada, e a região oral é uma das mais afetadas. Além disto, ele não dispõe nem de força física adequada nem de pulmões fortes para chorar ou gritar (o órgão mais comprometido dos prematuros é o pulmão). Acredito, entretanto, que, se tivessem forças suficientes, estes bebês se rebelariam com muita frequência, pois são protagonistas de situações muito dolorosas. Em uma das visitas à U.T.I. Neonatal onde realizei o estudo de campo, pude observar um quadro extremamente dramático: de um lado, duas médicas tentando puncionar uma veia craniana de uma prematura de baixo peso; do outro, a recém-nascida - frágil, indefesa, imobilizada. Apesar disto, este bebê conseguiu gritar e gritar bastante, o que me surpreendeu pelo seu tamanho. Portanto, se há gritos, são só de dor, e possivelmente não terão retorno dos pais, uma vez que estes não podem estar ao lado do filho em tais situações¹⁰;

¹⁰ Durante muito tempo acreditou-se que os recém-nascidos não sentiam dor. Uma pesquisa realizada pela Sociedade Britânica de Anestesia mostrou que 20% dos anestesiologistas eram favoráveis a esta opinião. Dos 80% que acreditavam no sofrimento dos bebês, só 5% prescreviam analgésicos no pós-operatório. Atualmente já se sabe que não só o recém-nascido, mas também o feto, em uma fase precoce de gestação, apresenta fibras nervosas e sinapses complexas, suficientes para transmitir e integrar o estímulo doloroso. (Dados obtidos no jornal "A Gazeta", Caderno Dois, de 23/5/1995, p.6)

- O sorriso social raramente está presente. Se nos bebês a termo ele só aparece em torno da sexta semana de vida, no caso dos prematuros este prazo se dilata por prazo não-determinado e varia de forma muito acentuada, dependendo dos seguinte fatores: grau de prematuridade, peso, idade gestacional e gravidade do quadro clínico. Portanto, neste período, poucos pais poderão beneficiar-se deste retorno tão prazeroso, o sorriso do bebê;

- As vocalizações, da mesma forma, ficam impedidas. Se, para o choro e o grito há dificuldades físicas e motoras, para as vocalizações não há tempo hábil (de maturação e de convivência com os pais) para que isto ocorra dentro da U.T.I. Neonatal;

- O emparelhamento, entretanto, é algo que pode ser observado em seus primórdios. Muitos pais relataram nas entrevistas que notam um movimento do seu bebê, em direção a eles, quando “conversam” com o filho. Como o emparelhamento é uma “dança” que se estabelece de forma gradativa, esta sintonia pode ser iniciada ainda dentro da U.T.I. Neonatal, dependendo, é claro, do empenho de todos-

pais e bebê - em se permitirem bailar juntos na relação afetiva.

Ao analisar estas sete formas especiais de comunicação entre pais e bebê, acredito que o momento da amamentação seja o mais propício para que todas estas modalidades estejam presentes: o olfato, no cheiro do leite, que se torna, por associação, o cheiro da mãe; o toque, pelo carinho com que a mãe o segura (o “holding”, de Winnicott) e os afagos que lhe faz. Além disto, o calor do corpo da mãe chega até o bebê, reforçado pelo contato pele a pele. O olhar também se faz presente. Pesquisas comprovaram que, pela sabedoria da natureza, o alcance da visão do bebê é exatamente a distância entre o seio e o rosto da mãe. Neste caso, a troca de olhares fundamental está garantida. Em relação aos choro e aos gritos, estes se manifestam antes da amamentação, quando justamente o bebê chora (e pode até gritar) se tiver fome. Depois que esta capacidade for desenvolvida e, possivelmente, após estar ele plenamente saciado de “suas fomes” (de alimento e de aconchego), o sorriso facial poderá vir, ou não, acompanhado das vocalizações. Só não se pode afirmar que o emparelhamento se apresenta nesta seqüência, visto que os autores usam o termo apenas para situações em que o bebê faz movimentos espontâneos para acompanhar a fala dos pais. Porém, não há momento de fusão entre mãe e filho tão intenso após o nascimento quanto na amamentação.

2.2 AS CONTRIBUIÇÕES DE MARSHALL KLAUS E JOHN KENNEL SOBRE U.T.Is NEONATAIS

Em relação à formação do apego entre a mãe e seu bebê, Klaus e Kennell¹¹ enfatizam o contato olho a olho (já citado anteriormente nas contribuições de Odent (1995), afirmando ser conhecido o fato de que os sentimentos de amor pelo bebê frequentemente surgem a partir do contato visual.

“Acreditamos que a mãe humana deve receber o “feedback” de seu bebê, em resposta a seus cuidados, para que possa desenvolver um apego íntimo. Se o bebê olha em seus olhos, move-se em resposta a ela, acalma-se ou mostra através de qualquer comportamento que aprecia os esforços da mãe, isso encorajará os sentimentos de apego da mãe.
(1993, p.241/2)

Assim, se um bebê está em fototerapia, estes autores sugerem que, no momento da visita, as luzes especiais para este tratamento sejam

¹¹ Marshall H. Klaus e John H. Kennell são médicos, professores de Pediatria na “Case Western Reserve University School of Medicine” e Neonatologistas no “Rainbow Babies and Children’s Hospital”, em Cleveland, Ohio, nos Estados Unidos.

desligadas e as vendas oculares retiradas, para que mãe e bebê possam ver-se um ao outro. Os autores também defendem - como fator especialmente útil para a estimulação do desenvolvimento do apego - a amamentação, que deve ser incentivada com o argumento de que constitui mais uma contribuição da mãe para com o seu bebê. Alertam, porém, que a equipe da U.T.I. Neonatal deve ter o cuidado de não enfatizar demais a importância da amamentação neste período, dada a possibilidade de sua interrupção ou inviabilidade, conforme o grau de autodeterminação da mãe ou de seu quadro emocional. Às vezes, ao invés de se obter um benefício para o bebê, corre-se o risco de gerar um problema a mais para a mãe - um agravante para torná-la ainda mais sobrecarregada por sentimentos de impotência e fracasso. Uma possível ajuda poderia vir da solidariedade de outras mães que se encontrem na mesma situação e com quem essa mãe poderia identificar-se; ou ainda através de grupos de apoio (como se tem no Brasil as "Amigas do Peito").

Klaus e Kennell (1993) classificam as enfermeiras como pessoas-chaves neste relacionamento dos pais com a U.T.I. Neonatal. São elas que acompanham o dia-a-dia dos bebês, seus progressos, retrocessos e fazem toda a maternagem primária. São elas, também, uma fonte segura de informações para a equipe médica, em relação a algum distúrbio de maternagem dos pais, que deve ser imediatamente tratado, orientado ou

encaminhado a especialistas que possam ajudá-los a superar os problemas. É sabido que a maioria das mães de bebês internados em U.T.I. Neonatal desenvolvem fortes sentimentos de culpa e de baixa auto-estima, que podem levá-las a atitudes de afastamento ou até eventual abandono do próprio filho, dificultando, assim, o desenvolvimento do apego. Tais sintomas ficam mais visíveis em certas atitudes maternas: o não-comparecimento às visitas, a negação dos problemas ou seqüelas já confirmados, a não-demonstração de afeto pelo filho, acusações constantes de negligência à equipe hospitalar, sem fundamentos sólidos, ou ainda um comportamento materno muito inconsistente e instável.

“A orientação da enfermeira, mostrando à mãe como pegar, vestir e alimentar o bebê, pode ser extremamente útil para ajudá-las a sobrepujar sua paralisia da maternagem. Frequentemente, as mães necessitam de uma transmissão de segurança especial e de permissão, antes que possam desenvolver boas práticas de maternagem.” (1993, p.243)

2.3 AS CONTRIBUIÇÕES DE BERRY BRAZELTON SOBRE A AGENDA DO APEGO

Apoiado em trinta anos de pesquisas e prática pediátrica, Brazelton¹² (1988), baseando-se nas idéias de Spitz, Bowlby, Mahler e Klaus & Kennell, desenvolveu um extenso e profícuo trabalho na elaboração de uma teoria sobre o desenvolvimento do apego entre pais e bebê. Em conformidade com a visão biologizante desta relação, o autor afirma que o vínculo dos pais com o bebê é, de fato, instintivo; porém ressalta que não é instantâneo nem automático. Trata-se, na verdade, de um processo contínuo e complexo, que envolve nossa própria experiência como filhos, acionada (de uma forma altamente singular e variável) na medida em que se instala um processo gestacional.

Brazelton introduz o termo “agenda do apego” - o equilíbrio que os pais vão adquirindo em contato com os mais diversos comportamentos do seu bebê. À medida que ele reage de maneira “bem-sucedida” aos cuidados dos pais, estes se sentem recompensados e encorajados a prosseguir; porém, quando esta resposta é inversa, os pais aprendem a lidar com o “outro lado” desta relação: a frustração.

¹² O Dr. T. Berry Brazelton é médico, professor-adjunto na “Harvard Medical School” e chefe da Unidade para o Desenvolvimento Infantil no “Boston Children’s Medical Center”, em Massachusetts, Estados Unidos.

Portanto, para o autor, é esta alternância experimentada pelos pais (prazer x desprazer) que sedimenta a “agenda do apego”.

“Se não existissem os sentimentos negativos de desapontamento, frustração e fracasso, os sentimentos de sucesso não seriam tão compensadores.” (1988, p.14)

Com este pensamento, Brazelton nos traz um lenitivo para a situação da prematuridade: apesar dos percalços e das angústias da internação, que determinam um desenvolvimento do apego menos calmo e suave, não existem razões para afirmarmos que o prognóstico desta relação será desfavorável. Para o autor, é justamente a superação das dificuldades que pode ser um forte estímulo para o apego e a consolidação dos laços parentais. É natural e esperado que os pais de um prematuro não possam desenvolver, de imediato, o vínculo com seu bebê, devido às circunstâncias emergenciais do parto e da internação, em que se mesclam sentimentos de dúvida, angústia, culpa e negação. Porém, à medida que puderem elaborar o “luto”, terão condições de iniciar a formação do apego entre eles e seu bebê.

Penso ser não somente o luto que os pais têm de superar: há que se transpor também a barreira tecnológica, conforme alerta de

Quiniou-Pizzoglio (1992). O próprio Brazelton, ao descrever um berçário de prematuros, coloca-nos em contato com uma “pintura” impactante:

“A primeira visão que se tem de um berçário como este faz com que imaginemos como um bebezinho tão frágil pode ter tamanha resistência para sobreviver estando ligado a toda aquela incrível rede de máquinas. Olhar uma enfermeira experiente colocando uma linha intravenosa ou instalar uma sonda nasogástrica é como observar um experiente relojoeiro em pleno trabalho (...)...quão tênue é a situação do bebê no momento.”(1988, p.76)

Como nos aproximarmos deste bebê tão frágil e manipulá-lo, conforme nos estimula Winnicott? O papel da enfermagem, já descrito por Klaus e Kennel anteriormente, é de fundamental importância para este início de interação mãe-bebê, responsável pelo desenvolvimento do apego, como explica Brazelton. O primeiro passo, a meu ver, é transpor as barreiras tecnológicas para acessar este bebê (por esta razão, outra categoria de análise dos dados é a presença da tecnologia na U.T.I. Neonatal). Este passo pode ser estimulado tanto pela equipe médica como pela de enfermagem.

3. ESTUDO DE CAMPO

3.1- Sujeitos

O grupo de sujeitos da pesquisa foi constituído de mães de recém-nascidos prematuros, com baixo peso ou portadores de algum tipo de deficiência ou anomalia - fatos estes que impediram sua ida imediata para casa e determinaram a internação em uma U.T.I. Neonatal.

O único critério para participação na entrevista foi a condição de mãe de um recém-nascido prematuro, internado há pelo menos sete dias. As características pessoais destas mães, apesar de não terem condicionado sua participação, foram consideradas na análise dos resultados deste estudo de campo. Dentre essas características, elegemos: idade; estado civil; ser primípara ou multípara; experiência com filhos prematuros; histórias de abortos, filhos natimortos ou prematuros; idade gestacional do bebê (ser prematuro de baixo peso ou de extremo baixo peso)¹³; gravidade do quadro clínico da criança e o tempo em que já está internada. Todas as mães entrevistadas moram nas zonas norte e oeste da cidade do Rio de Janeiro.

¹³ Considera-se que um bebê tenha baixo peso ao nascer (BPN) quando seu peso é igual ou inferior a 2.500 g. Com peso entre 2.500 g e 1.501 g, é considerado um bebê de peso moderadamente baixo (PMN). Abaixo de 1.500 g, bebê de baixíssimo peso (PMBN). Em termos gerais, os bebês PMBN são os mais vulneráveis e com mais dificuldades em sobreviver, seguidos dos PMN e dos BPN.

No projeto inicial desta pesquisa, constava entrevista a doze mães de prematuros internados, as quais foram diretamente convidadas. Não se incluíam, portanto, os respectivos maridos ou companheiros, pais dos bebês. No entanto, 50% destas entrevistas contaram com a presença desses pais¹⁴. Este fato revelou-se interessante - uma vez que os pais, muitas vezes, reforçaram as falas das mães. Embora a análise das categorias tenha contemplado exclusivamente as mães, os discursos desses pais apontaram para dados que classifiquei como adicionais e ilustrativos.

Como pesquisadora, não percebi diferenças entre o conteúdo das falas das mães desacompanhadas e o das acompanhadas pelos maridos. Ao contrário: durante as entrevistas, as primeiras referiam-se várias vezes aos parceiros, citando, inclusive, falas ou sonhos destes.

¹⁴Gostaria de salientar que não foi feito convite direto aos pais para participarem da entrevista, como ocorreu com as mães. A presença deles se deu de forma natural, espontânea e em nada perturbou o encadeamento normal da entrevista.

3.1.1 Caracterização do Grupo de Mães

• **Mãe 1:** 33 anos; 3^o. grau completo (Pedagogia e Psicologia); trabalha em creche como psicopedagoga; casada há cinco anos; mora em Vila Isabel, zona norte da cidade. Tem um filho de quatro anos, que nasceu sem problemas. Sua segunda gravidez foi desejada, porém programada para mais tarde. *B.* veio antes do tempo planejado. A mãe entrou em trabalho de parto devido a um descolamento da placenta. *B.* nasceu no Hospital Pan-Americano, na Tijuca, zona norte da cidade, com sete meses, de parto normal, pesando 1.740g. Foi internado no CETRIN devido à prematuridade, baixo peso, arritmia cardíaca (alteração do ritmo cardíaco), bem como à estenose (estreitamento) da válvula mitral e icterícia (hiperbilirubinemia - aumento da bilirubina no sangue, que pode causar comprometimento do fígado)¹⁵. Quando a mãe foi entrevistada, *B.* estava internado há onze dias e seu quadro, na ocasião, era bom: já havia feito fototerapia (procedimento para diminuir o excesso de bilirubina do sangue), recuperando-se totalmente da icterícia; ganhava peso e os problemas cardíacos estavam sob controle. A mãe viu *B.* na sala de parto, mas não a deixaram tocar nele. Conseguiu autorização do hospital em que estava para vir visitá-lo, no mesmo dia, na U.T.I. Neonatal. *B.* está sendo amamentado com o leite da mãe através de sonda e de mamadeira. A mãe consegue trocar as fraldas e já pode pegá-lo no colo. O pai de *B.* não estava presente na entrevista, porém foi citado várias vezes como muito participativo.

¹⁵ Todas as explicações sobre a terminologia médica empregada nesta dissertação foram gentilmente fornecidas pela Dr^a Ana Heloísa Gama, Neonatologista e Pediatra, e pelo Dr. Jair Luís de Moraes, Neuro pediatra.

B. teve alta após 22 dias de internação, pesando 1.890g.¹⁶

• **Mãe 2:** 29 anos; 2º. grau incompleto; do lar; casada há onze anos; mora em Sepetiba, zona oeste da cidade. Tem uma filha de 6 anos, que também nasceu prematura, com oito meses. A segunda gravidez foi desejada e planejada. Durante a gestação foi solicitado um exame de translucência nucal (procedimento intragestacional, com o objetivo de investigar a presença de síndromes neurológicas) porque um exame rotineiro de ultra-sonografia revelou alteração na medida do crânio. Esta pesquisa confirmou uma patologia que só foi devidamente diagnosticada quando o bebê nasceu. *Is.* é portadora da “Síndrome de Apert”¹⁷: Após apresentar ruptura de bolsa (bolsa rota, que geralmente ocasiona perda de líquido amniótico), *Is.* nasceu no Hospital Joari, em Campo Grande, de parto cesáreo, com sete meses e meio, pesando 2.775g. Foi internada no CETRIN pela prematuridade e por necessitar de cirurgias, devido ao problema neurológico. A mãe foi entrevistada por ocasião da segunda internação de *Is.* A primeira durou 21 dias, após os quais *Is.* passou duas semanas em casa. Esta entrevista aconteceu com sete dias da segunda internação, após a primeira de algumas das cirurgias que *Is.* terá de sofrer (neurológicas, pela síndrome, e

¹⁶ Todos os dados clínicos - sobre internação e alta - dos recém-nascidos da U.T.I. Neonatal foram gentilmente fornecidos pelas Dras. Lourdes de Fátima dos Santos Donato e Patrícia Perez da Silva, Neonatologistas do CETRIN, que sempre me receberam com toda a presteza.

¹⁷ Síndrome genética, caracterizada por macrocrania (aumento e deformidade do crânio), sindactilia (dedos dos pés e das mãos colados entre si) e atraso no DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor). É um quadro que também está associado à Epilepsia.

plásticas, para descolamento dos dedos dos pés e das mãos). Nessa ocasião, *Is.* estava-se recuperando bem da primeira cirurgia neurológica, realizada para correção craniana (abertura das fontanelas) e pronta para ter sua segunda alta da U.T.I. Neonatal. A mãe não viu *Is.* na sala de parto (não foi permitido), só tendo podido fazê-lo dois dias depois. Está conseguindo amamentar *Is.* no peito, trocar as fraldas, dar-lhe banho e levá-la ao colo. O pai de *Is.* não estava presente na entrevista, mas foi citado. A mãe de *Is.* relatou que ambos tiveram a sensação de prematuridade e o desejo, num primeiro momento, de que a filha morresse.

Is. teve sua segunda alta após dez dias de internação, pesando 3.710g.

- **Mãe 3:** 24 anos; 3^o. grau completo (Direito); trabalha como estagiária numa firma de Advocacia. É solteira, engravidou de *Ib.* após um relacionamento que durou dois anos e meio e que terminou quando estava entre o 3^o. e o 4^o. mês de gestação. Mora com os pais e um irmão mais novo, no Engenho Novo, zona norte da cidade. Nunca engravidara e esta primeira gestação não foi programada nem desejada, porém deixou-a feliz, pois sabia das próprias dificuldades para engravidar, por ser portadora de ovários policísticos. Como a placenta não se desenvolveu conforme o esperado, *Ib.* não foi nutrida devidamente. O parto teve de ser acelerado porque *Ib.* apresentava dificuldades respiratórias. O bebê nasceu de parto cesáreo, na Casa de Saúde Santa Lúcia, em Botafogo (mesmo local da U.T.I. Neonatal onde foram realizadas as pesquisas), com sete meses e meio, pesando

980g. *Ib.* foi internada no CETRIN devido à prematuridade, baixo peso e à cianose (manifestação clínica da baixa de oxigênio no organismo). Na época da entrevista, *Ib.* estava internada há 45 dias, já em franca recuperação, pesando 1.910g. A mãe não viu sua filha na sala de parto devido à urgência dos procedimentos. Está conseguindo amamentar *Ib* no peito, trocar as fraldas e levá-la ao colo. O pai não estava presente, não foi citado nem sabe que a filha já nasceu, uma vez que o parto foi antecipado em dois meses e meio.

Ib. teve alta após 46 dias de internação, pesando 1.950g.

• **Mãe 4:** 28 anos; 3^o. grau completo (Direito); funcionária pública (Oficial de Justiça). Casada há três anos; mora em Vila da Penha, zona norte da cidade. Não engravidara antes. Esta sua primeira gestação foi desejada, mas não acreditara que conseguiria engravidar devido a problemas hormonais. Começou a sofrer sangramentos, secreções e perda de líquido amniótico, o que determinou a antecipação do parto. *T.* nasceu no Hospital Pan-Americano, na Tijuca, zona norte, de parto cesáreo, com seis meses, pesando 1.090g. Foi internado no CETRIN devido à prematuridade, baixo peso, pneumonia e apnéia (parada respiratória súbita). A mãe foi entrevistada quando *T.* estava com cinquenta dias de internação, já apresentando um quadro estável e pesando 1.610g. A mãe não viu *T.* na sala de parto. Não consegue amamentá-lo no peito; o leite, extraído através de bomba, é ingerido por meio de sonda orogástrica. A mãe consegue trocar as fraldas e acalentá-lo. O pai de *T.* não estava presente na entrevista,

mas foi citado. A mãe relatou um sonho que o pai teve com a prematuridade de seu filho.

T. obteve alta após 67 dias, pesando 1.920g.

- **Mãe 5:** 21 anos; 1º. grau completo; costureira; casada há cinco anos; mora em Bangu, zona oeste da cidade. Tem um filho de dois anos e três meses, de nascimento a termo. Esta segunda gravidez foi desejada e planejada. A mãe começou a apresentar taxa hormonal alta, acompanhada de elevação da pressão arterial. Teve que se submeter a um parto cesáreo porque o bebê estava com circular de cordão umbilical. *Le.* nasceu na Clínica Pró-Saúde, em Bangu, com oito meses e meio, pesando 2.880g. Chegou a ir para casa, mas teve que ser internada no CETRIN, aos três dias de vida, por apresentar um quadro muito sério de icterícia. À época da entrevista, *Le.* completara onze dias de internação e estava completamente curada da icterícia. A mãe a viu logo após o nascimento, consegue amamentá-la, trocar as fraldas e levá-la ao colo. O pai de *Le.* esteve presente na entrevista. Tem 28 anos; completou o 1º. grau, é gráfico e demonstrou estar fazendo uma boa interação com a filha.

Le. teve alta após onze dias de internação, pesando 2.950g.

- **Mãe 6:** 28 anos; 3º. grau completo (Administração); Gerente operacional de um banco, na Vila Militar. Casada há um ano e um mês com o pai de *Ro.*, após dez anos de namoro. Mora em Realengo, zona norte da cidade. Nunca engravidara;

esta gestação foi desejada e planejada. A mãe desenvolveu um quadro de pré-eclâmpsia, com a elevação da pressão arterial e do peso corporal, acompanhados por inchaço e sangramento. *Ro.* nasceu de parto cesáreo, na Clínica Pró-Saúde, em Bangu, com sete meses, pesando 1.760g. Foi internado no CETRIN devido à prematuridade e ao baixo peso. Na U.T.I. Neonatal sofreu uma cirurgia para extrair uma hérnia inguinal. Na ocasião da entrevista, *Ro.* estava com onze dias de internação, e seu estado clínico era bom, pois ganhava peso. A mãe o viu de perto na sala de parto, porém muito rápido. Ela está conseguindo amamentá-lo, trocar as fraldas e acalentá-lo. O pai de *Ro.* esteve presente na entrevista. Tem 28 anos, é dentista e militar. Exerce sua função no Exército e em consultório particular. Assistiu ao parto do filho. Mostrou-se preocupado com o trabalho que haverá para criar um prematuro.

Ro. teve alta após dezessete dias de internação, pesando 2.010g.

- **Mãe 7:** 22 anos; 2º grau completo (Normal); professora primária, atualmente desempregada. Casada há um ano e dez meses; mora em Honório Gurgel, zona norte da cidade. Nunca engravidara. A gestação atual foi desejada e planejada. O parto acelerou-se porque a mãe começou a desenvolver um quadro de pré-eclâmpsia, com aumento de pressão arterial e inchaço nas pernas. *La.* nasceu na Casa de Saúde São Marcos, em Nova Iguaçu, de parto cesáreo, aos seis meses e meio, pesando 620g. Foi internada no CETRIN devido a prematuridade e baixo peso. À época da entrevista, estava

com 32 dias de internação, apresentando muita dificuldade em ganhar peso. A mãe só viu *La.* dez dias após o nascimento. Está conseguindo tirar leite, colocado na sonda que alimenta *La.*, e trocar as fraldas. Só não pode ainda pegá-la ao colo. O pai de *La.* não esteve presente na entrevista, mas foi citado. Tem 25 anos e vem pouco ver a filha.

La. ainda não teve alta. Atualmente está pesando 1.140g. A previsão é a de permanecer pelo menos ainda um mês internada.

• **Mãe 8:** 33 anos; 2º. grau completo (Contabilidade); Secretária; casada há três anos e três meses; mora em Vila Valqueire, zona norte da cidade. Há dois anos e meio, teve um filho que viveu somente dez dias. Foi também um bebê prematuro, que ficou internado em outra U.T.I. Neonatal da cidade, porque nasceu com baixo peso e com uma fenda no crânio, o que ocasionou seu falecimento. A segunda gravidez era desejada, mas os pais não a planejaram. A mãe começou a apresentar perda de líquido amniótico e forte dor abdominal. Entrou em trabalho de parto e *Rd.* nasceu de parto normal, com sete meses e meio de gestação, pesando 1.830g, na Casa de Saúde Santa Lúcia. *Rd.* foi internado no CETRIN por ser prematuro, com baixo peso, ter nascido com pneumonia e haver sofrido uma parada cardíaca assim que nasceu. A entrevista aconteceu com sete dias de internação, quando o quadro não era muito favorável, pois *Rd.* havia voltado para o respirador por não estar respirando sozinho. A mãe não sabe se o viu logo após o nascimento. Pelo estado crítico de *Rd.* a mãe não pode trocar as fraldas (só tocá-lo) nem pegá-lo ao

colo. Está conseguindo extrair leite através de bomba, oferecido a *Rd.* por sonda. O pai esteve presente na entrevista; tem 35 anos, 2º. grau completo e atualmente está desempregado. Por já ter tido outro filho prematuro, que morreu, atribui estas duas situações ao destino, ao karma, algo que não pode ser evitado.

Rd. não teve alta; faleceu após quinze dias de internação por choque cardiovascular e insuficiência respiratória.

• **Mãe 9:** 34 anos; 3º. grau completo (Economia); presta serviços esporádicos à Prefeitura. É separada, mora com as duas filhas do 1º. casamento. Namorou durante dois anos e meio o pai de suas terceira e quarta filhas (teve gêmeas), de quem ficou noiva, mas terminou o relacionamento no início desta última gestação. Mora na Barra da Tijuca, zona oeste da cidade. Tem duas filhas: uma com doze anos e outra com seis. Relata que também sofreu um aborto espontâneo. Esta quarta gestação não foi desejada nem planejada - uma "gestação de furo", uma "imprudência". A mãe desenvolveu um quadro de polidramnia (excesso de líquido amniótico) em uma das bolsas e um rompimento na outra (bolsa rota). Realizou-se um parto cesáreo, na Casa de Saúde Santa Lúcia. As meninas nasceram com seis meses e três semanas. *Re.* pesava 910g e *Ra.*, 890g. Ambas foram internadas no CETRIN devido à prematuridade, ao baixo peso, ao quadro de deficiência respiratória e de infecção pulmonar. Na época desta entrevista, *Ra.* já havia falecido e *Re.* estava há 62 dias na U.T.I. Neonatal, onde já se submetera a uma cirurgia cardíaca. Também havia feito um pneumotórax (o ar

extravasa os alvéolos e invade outras áreas do pulmão, como o interstício). *Re* está com o quadro estabilizado e ganhando peso. A mãe conta que viu as duas filhas na sala de parto. Está conseguindo amamentar *Re* no peito, consegue trocar as fraldas, dar-lhe banho, pegá-la ao colo. Afirma que, após a alta da U.T.I. Neonatal, pretende continuar como antes, sozinha com as filhas. O pai das meninas estava presente na U.T.I. Neonatal no momento da entrevista, mas não participou. Foi ouvido em separado. Demonstrou estar muito ligado às filhas, apesar de não viver com a mãe delas.

Re. obteve alta após 71 dias de internação, pesando 1.900g.

Ra. não teve alta; faleceu após 48 dias de internação devido a uma enterocolite necrosante (lesão nas paredes do intestino: o tecido fica necrosado e se rompe).

• **Mãe 10:** 34 anos; 2º grau completo (Secretariado); trabalha como secretária; mora em Bangu, zona oeste da cidade. O primeiro casamento durou dois anos, do qual teve um filho, que nasceu prematuro, de seis meses e dez dias. Ele hoje está com quinze anos e mora com a avó materna. A mãe ficou dez anos sozinha. Há dois anos e nove meses casou-se novamente. Sua segunda gravidez não foi planejada nem desejada. Conta que teve muita dificuldade para aceitar o fato de ser mãe, de novo. Começou a apresentar perda de líquido amniótico e descolamento de placenta. Além disto, estava com anemia profunda, sendo necessária transfusão de sangue. Como apresentava bolsa rota, o parto cesáreo se fez necessário. *E*. nasceu na Casa de Saúde Santa Lúcia, aos seis meses e uma semana de gestação, pesando 860g. Foi

internada no CETRIN por prematuridade e baixo peso. Esta entrevista foi feita após 26 dias da internação, quando *E.* estava clinicamente estável, porém com muita dificuldade em manter o peso (ainda com 910g). A mãe conta que não viu *E.* na sala de parto porque teve uma crise nervosa. Está conseguindo tirar leite, dado a *E.* pela sonda. Consegue trocar as fraldas e levá-la ao colo. O Pai não esteve presente no momento da entrevista; quase não vai à U.T.I. Neonatal. Ele também é casado pela segunda vez (tem um casal de filhos do primeiro casamento). A mãe se ressentiu muito de sua ausência.

E. não teve alta. Faleceu após 38 dias de internação devido a uma insuficiência adrenal. Como as glândulas supra-renais controlam os hormônios vasopressivos, com o colapso destas glândulas há uma queda na pressão arterial. Como não há um fluxo sanguíneo adequado, o rim também entra em colapso. *E.* morreu de insuficiência renal aguda.

- **Mãe 11:** 33 anos; 3º grau completo (Ciências Contábeis); trabalha como vigilante; casada há três anos; mora em Campo Grande, zona oeste da cidade. Tem um filho com dois anos. Sua segunda gestação foi desejada, porém não planejada. A mãe começou a ter problemas de pressão alta. Na última ultra-sonografia ficou detectado que havia um pinçamento no cordão umbilical do feto, causando oxigenação inadequada para o bebê. Foi feito um parto cesáreo, no Hospital Joari, em Campo Grande, onde *M.* nasceu com oito meses, pesando 2.700g. Foi internado no CETRIN devido a dificuldades respiratórias. Esta entrevista foi feita com sete dias da

internação, quando *M.* estava na pré-alta, uma vez que já havia o controle da dificuldade respiratória. A Mãe viu *M.* ao nascer; consegue amamentá-lo no peito, trocar as fraldas e pegá-lo ao colo. O pai de *M.* estava presente na entrevista; tem 31 anos, 2º.grau completo e demonstrou boa interação com o filho, a quem gosta de acalentar no colo.

M. teve alta após sete dias de internação, pesando 2.660g.

• **Mãe 12:** 25 anos; 3º. grau incompleto (Ciências Contábeis); trabalha como auxiliar de escritório. Casada há quatro meses, após namoro por três anos. Mora em Bangu, zona oeste da cidade. Não tivera filhos antes. Esta sua primeira gravidez foi desejada, porém para mais tarde. A mãe vinha apresentando fortes dores abdominais, que vieram acompanhadas por uma infecção urinária. Teve a bolsa rota, o que desencadeou o processo de parto. *H.C.* nasceu de parto normal, no Hospital da Ordem Terceira de São Francisco, na Tijuca, com sete meses e meio de gestação, pesando 2.120g. Teve que ser internada na U.T.I. Neonatal por ser prematura, para debelar uma pneumonia e melhorar o quadro de dificuldade respiratória. A entrevista foi realizada quando *H.C.* estava internada há sete dias. Na ocasião, apresentava um quadro estável, reagindo bem à medicação. A mãe a viu na sala de parto. Está conseguindo tirar leite com bomba, que é dado a sua filha através de sonda. Não está podendo ainda trocar as fraldas nem pegá-la no colo. O pai de *H.C.* esteve presente na entrevista; tem 28 anos, 2º.grau incompleto e é mecânico de automóveis. Vem todos os dias visitar a filha.

H.C. ainda não teve alta. A previsão é de permanência mínima por mais quinze dias. Atualmente está pesando 2.140g, ganhando peso e com quadro clínico estável. Já está quase conseguindo ser amamentada no seio.

3.2 PROCEDIMENTOS

Foram feitas doze entrevistas semidirigidas com as mães, para captação das informações delineadas como fundamentais (pela revisão bibliográfica) ao estudo da questão, ou seja: a exploração dos sentimentos e emoções que a internação suscita nestes sujeitos. Neste sentido, tivemos o cuidado de elaborar perguntas de acordo com a fundamentação teórica deste estudo, direcionando-as para as questões-chaves desta pesquisa.

Utilizando a própria U.T.I. Neonatal ou um ambiente próximo, realizei estas entrevistas individualmente, gravando-as para posterior transcrição e análise. Desta forma, busquei sempre manter a privacidade da entrevistada. Além disto, com o intuito de favorecer um clima mais adequado à mãe, para que ela se sentisse mais à vontade, procurei estabelecer, inicialmente, um “rapport”.

3. 3- MÉTODO

Após a discussão teórica nessa área do Desenvolvimento Infantil e em pesquisas e estudos médicos sobre prematuridade e U.T.I. Neonatal, a fim de melhor compreender o fenômeno do impacto da internação e a intermediação tecnológica, foi realizado um estudo de campo, através de entrevistas e observação, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Com o material obtido com a transcrição dos relatos das mães, procedi à análise das entrevistas. As categorias para a análise foram extraídas do material teórico já pesquisado e do próprio relato das mães, no qual o objetivo era o de explorar os sentimentos de fracasso, de incompletude, de incapacidade, de insuficiência, de culpa e perda. Como procedimento de controle e no intuito de aperfeiçoar o instrumento, foram feitas duas entrevistas-piloto, corrigindo-se, assim, possíveis entraves para a aquisição do material pretendido. Estas entrevistas-piloto não constam da análise final, centrada apenas sobre as doze entrevistas oficiais.

Como metodologia, elegi a Análise de Discurso, uma vez que acredito haver uma relação entre o discursos de quem fala (ou escreve) e sua subjetividade, aspecto que tentarei apreender das entrevistas. A respeito, Nicolaci-da-Costa escreve:

“Um pesquisador que, como eu, seja psicólogo e tenha interesse em investigar as origens sociais de problemas subjetivos vividos como idiossincráticos e intransferíveis, já tem seu ponto de vista bastante delineado. Resta-lhe escolher um ou mais tipos de discurso que lhe permitam proceder suas investigações.” (1989, p.104)

É notório que a entrevista tornou-se, nos últimos anos, um instrumento de que se servem, constantemente, os pesquisadores em Ciências Humanas e Sociais. Valem-se deste recurso sempre que têm necessidade de dados que não podem encontrar em registros e fontes documentais, mas que podem ser fornecidos por determinados sujeitos, através de seus discursos. São, exatamente, dados desta natureza que me interessam enquanto pesquisadora de campo. Entretanto, recorri, também, à observação, pois acredito poder assim obter outro tipo de dado, que se torna acessível ao olhar clínico do psicólogo, quando este pretende pesquisar processos de interação - como aquele que estudo neste trabalho. Foram cumpridas duas etapas de observação: destas mães

com seus bebês, durante o horário de visita, e destes bebês, sozinhos, antes deste horário ou quando suas mães não estavam presentes. Arnau (1978), citado por Morsch, defende a observação como sendo

“Indicada para o estudo de sujeitos que são incapazes ou impossibilitados de dar informações verbais sobre seus comportamentos e onde os dados são observados durante sua ocorrência, diminuindo a possibilidade de distorção temporal.” (Apud Morsch, 1990, p.10)

Ficou claro, porém, que, através da aplicação das entrevistas e posterior análise de seus conteúdos, aliada à observação - ambas atreladas a um referencial teórico e a pesquisas contemporâneas - pude chegar a algumas conclusões sobre este início de vida afetiva entre mãe e bebê, em situação de impacto e de alto-risco.

Utilizei, como modelo de entrevista, o de “estruturação invisível” (Nicolaci-da-Costa, 1989) anotando, inicialmente, os dados pessoais de cada entrevistada, para em seguida abordar, já com o uso do gravador, as questões-chaves a serem respondidas.

3.4 DISCUSSÃO DOS DADOS DAS MÃES E DE SEUS BEBÊS

Cada mãe e respectivo bebê foram comparados aos demais elementos do grupo de acordo com os seguintes dados pessoais: idade, escolaridade, profissão, estado civil, local de moradia, gestações anteriores, gestação atual, parto, local de nascimento do bebê, idade gestacional, peso ao nascer, motivo da internação, possibilidade de ver o filho na sala de parto, amamentação, manipulação do bebê (trocas e banho), colo e aconchego, alta da U.T.I. Neonatal.

- **Idade** - Dentre as doze mães pesquisadas, sete têm entre 21 e 29 anos (mães 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 12); cinco, entre 33 e 34 anos (mães 1, 8, 9, 10 e 11).

Todas as mães com mais de 33 anos já tinham tido pelo menos um filho, fato normalmente encontrado na sociedade, pois grande parte das mulheres com esta idade já possuem filhos. Também eram destas mães os três bebês que faleceram (mães 8, 9 e 10).

Dentre as outras mães, que estão na faixa dos 21 aos 29 anos, somente duas já tinham tido filho (mães 2 e 5).

• **Escolaridade** - Dentre as doze mães pesquisadas, sete chegaram ao 3º. grau: mãe 1 (Psicologia), mães 3 e 4 (Direito), mãe 6 (Administração), mãe 9 (Economia) e mães 11 e 12 (Ciências Contábeis). Quatro delas chegaram ao 2º. grau: mãe 2 (incompleto), mãe 7 (Normal), mãe 8 (Contabilidade) e mãe 10 (Secretariado). Somente a mãe 5 possui só o 1º. grau.

A maior parte das mães possui um bom nível educacional, o que possibilita pensar que a compreensão do que ocorre em uma U.T.I. Neonatal seja relativamente facilitado. Entretanto, parece que o grau de instrução pouco influencia na interação mãe-bebê, ou, dizendo de outra forma, o desenvolvimento do apego apresentou-se muito mais ligado aos recursos internos (afetivos) da mãe do que a seu nível de escolaridade.

• **Profissão** - Só uma mãe não tem profissão: é do lar (mãe 2). Das que trabalham, apenas uma exerce a profissão em casa: costureira (mãe 5). As demais trabalham como psicopedagoga, em creche (mãe 1), estagiária de Direito (mãe 3), oficial de justiça (mãe 4), gerente de banco (mãe 6), professora (mãe 7), secretária (mães 8 e 10), prestadora de serviços (mãe 9), vigilante (mãe 11) e auxiliar de escritório (mãe 12).

Com exceção das mães 2 e 5 (que estão em casa) e das mães 7 e 10 (desempregadas), as demais estavam todas muito preocupadas com o fato de que o término da licença-gestante já se aproximava, e alguns bebês estavam muito pequenos ou ainda internados. Tal preocupação também era sentida pelos maridos, que demonstraram apreensão quanto aos cuidados

extras que requerer um prematuro. Quem iria cuidar deles com a volta das mães ao trabalho?

• **Estado Civil** - Das doze entrevistadas, dez são casadas. Sete têm entre quatro meses e três anos de casamento (mães 4, 6, 7, 8, 10, 11 e 12); duas têm cinco anos (mães 1 e 5) e uma está há onze anos casada (mãe 2). Destas, somente a mãe 10 é recasada. Das duas restantes, uma é solteira e mora com os pais (mãe 3) e a outra é separada e mora com as filhas do primeiro casamento (mãe 9).

Das dez casadas, cinco tiveram a presença dos respectivos maridos por ocasião da entrevista. O outro pai ouvido foi o ex-noivo da mãe 9, que preferiu conversar sozinho. O ex-namorado da mãe 3 não sabe ainda que a filha já nasceu, porque não há convívio entre eles.

• **Local de Moradia** - Metade das mães entrevistadas moram na zona norte da cidade (mães 1, 3, 4, 6, 7 e 8) e a outra metade, na zona oeste (mães 2, 5, 9, 10, 11 e 12).

Como o CETRIN fica em Botafogo, zona sul da cidade, todas as mães tinham alguma dificuldade para chegar lá, uma vez que moram distante deste local e todas estavam recém-operadas, ainda com pontos. A locomoção tornou-se mais um processo doloroso a ser enfrentado por estas mães.

• **Gestações anteriores** - Das doze mães, cinco são primíparas, todas na faixa entre 22 e 28 anos (mães 3, 4, 6, 7 e 12). Portanto, esta foi a primeira experiência gestacional para elas. Das sete múltiparas, só duas se situam entre os 21 e os 29 anos (mães 5 e 2, respectivamente). As demais têm

entre 33 e 34 anos. Para seis destas mães, esta foi a segunda gravidez (mãe 1, 2, 5, 8, 10 e 11). Somente para uma (que já tem duas filhas e sofreu um aborto) esta gestação foi a quarta (mãe 9).

Dos oito filhos destas mães, cinco foram bebês a termo e três prematuros (sendo que um faleceu). Portanto, metade destas mães tiveram experiência de maternagem anterior, sendo que três lidaram com bebês prematuros. Somente uma das múltiparas não teve esta oportunidade porque o filho faleceu com apenas dez dias de internação (mãe 8).

• **Gestação recente** - Das doze entrevistadas, nove desejaram engravidar e são todas casadas (mães 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11 e 12). As únicas três mães que não desejavam ter filhos foram: a solteira, a separada e a única mãe recasada (3, 9 e 10, respectivamente). Pode-se pensar que a gravidez é mais bem aceita e desejada quando há uma estrutura familiar estável, aqui representada pelo casamento. Parece ser mais fácil ser mãe estando casada do que morando sozinha, sem companheiro.

Destas nove mães que desejavam ficar grávidas, seis relataram que programaram a gravidez (mães 2, 5, 6 e 7), sendo que duas, para mais tarde. A gestação se antecipou, apesar da programação para breve (mães 1 e 12). As outras três mães não programaram as gestações - uma porque tinha problemas hormonais e acreditava que, por mais que desejasse, não conseguiria engravidar (mãe 4); outra desejava ser mãe, mas, como havia perdido um filho, não programou data para a vinda de um outro; quando conseguisse engravidar de novo, seria bem vindo (mãe 8). A outra mãe

não programava o segundo filho para tão breve porque tem um ainda muito pequeno, que a solicita muito (mãe 12).

Portanto, das doze gestações seis foram programadas. Das seis não-programadas três tiveram boa aceitação, pelos motivos acima expostos; as três restantes foram exatamente as mesmas não-desejadas: as das mães solteira, separada e recasada.

- **Parto** - A grande maioria das mães (dez) tiveram seus bebês por parto cesáreo (mães 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 e 12). Somente duas tiveram parto normal (mães 1 e 8).

Aqui era esperado que a quantidade de partos cesáreos fosse maioria. Em primeiro lugar, porque o Brasil é campeão mundial de cesarianas (em média, oito em cada dez partos). Em nosso caso particular, a prematuridade é uma agravante a mais. A maior parte dos prematuros não possuem força para nascer espontaneamente. Os dois bebês que nasceram desta forma o fizeram porque a mãe entrou em trabalho de parto de forma inesperada. De um modo geral, a urgência dos atendimentos ao bebê, que quase sempre se encontra em sofrimento fetal, indica procedimento cirúrgico (cesárea de emergência).

- **Local de Nascimento** - Dos doze partos, quatro aconteceram na Casa de Saúde Santa Lúcia, onde fica o CETRIN (mães 3, 8, 9 e 10); três ocorreram na Tijuca: dois no Hospital Pan-Americano (mães 1 e 4) e um no Hospital da Ordem Terceira de São Francisco (mãe 12); dois aconteceram em Campo Grande: Hospital Joari (mães 2 e 11); dois em

Bangu: Clínica Pró-Saúde (mães 5 e 6) e em Nova Iguaçu, na Casa de Saúde São Marcos (mãe 7).

É inegável que os bebês nascidos no mesmo hospital do CETRIN puderam-se beneficiar, nos primeiros dias, da facilidade de visitação, por parte do pai, da mãe e familiares, visto que a mãe estava internada no mesmo hospital da U.T.I. Neonatal. Fato surpreendente protagonizou a mãe 1: conseguiu autorização do Hospital Pan-Americano, que lhe permitiu deixar o hospital por horas, no mesmo dia em que teve o filho, para visitá-lo na U.T.I. Neonatal. Esta mãe é psicóloga, teve parto normal e já tinha outro filho. Acredito que estes dados tenham contribuído para esta “fugida do hospital”, como a própria mãe definiu, bem como para a excelente interação que conseguiu estabelecer com o seu bebê.

• **Idade Gestacional** - Dos treze nascidos, quatro estavam com seis meses de gestação (mães 4, 7, 9 e 10); seis, com sete meses (mães 1, 2, 3, 6, 8 e 12) e dois com oito meses (mães 5 e 11).

As U.T.Is Neonatais existem para dar condições de sobrevivência, principalmente aos que nascem com idade gestacional baixa. A maior parte dos bebês de oito meses, quando nascem com condições clínicas satisfatórias, não precisam ir para as U.T.Is Neonatais, principalmente porque apresentam peso razoável. Os deste grupo eram os de maior peso (entre 2,700 e 2,880 kg) - justamente os que tiveram alta também mais cedo: 7 e 11 dias, respectivamente (mães 11 e 5).

Dentre os bebês que morreram, dois tinham nascido com seis meses de gestação (mães 9 e 10) e um com sete meses (mãe 8).

• **Peso ao nascer** - Dos treze bebês, cinco nasceram com menos de 1 kg (mães 3, 7, 9 [gêmeas] e 10); quatro nasceram pesando entre 1 e 2 kg (mães 1, 4, 6 e 8) e quatro, com mais de 2 kg (mãe 2, 5, 11 e 12).

Este pequeno grupo de bebês ilustra aquilo que geralmente ocorre nas U.T.Is Neonatais: recém-nascidos com baixo peso e idade gestacional também baixa apresentam mais dificuldades em debelar patologias congênitas e sobreviver. Dos cinco que nasceram com peso abaixo de 1kg dois morreram (mães 9 e 10), um ainda estava internado por ocasião da pesquisa (mãe 7) e os outros dois (mães 3 e 9) permaneceram, respectivamente, quarenta e seis e setenta e um dias internados. Destes cinco bebês, quatro nasceram com seis meses de gestação (mães 7, 9 e 10) e um com sete meses (mãe 3).

Dos quatro bebês que nasceram com peso entre 1 e 2kg, um faleceu (mãe 8) e três (mães 6, 1 e 4) tiveram alta com dezessete, vinte e dois e sessenta e sete dias, respectivamente. Destes, um nasceu com seis meses de gestação (mãe 4) e os demais com sete meses (mães 1, 6 e 8).

Dos quatro que nasceram com mais de 2kg, dois eram de sete meses e meio de gestação (mães 2 e 12) e dois, de oito meses (mães 5 e 11). Destes, somente um ainda estava internado na época da pesquisa, mas já em pré-alta, com quadro clínico estabilizado (mãe 12); os outros três (mães 11,

2 e 5) tiveram alta mais rápido: com sete, dez e onze dias de internação, respectivamente.

• **Motivo da Internação** - A prematuridade e o baixo peso foram motivos da internação de onze dos treze bebês do grupo (mães 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 e 12). Somente dois se internaram por outros quadros: um por causa de uma forte icterícia (mãe 5) e o outro por dificuldades respiratórias (mãe 11). Ambos eram bebês de oito meses e pesavam entre 2,880 e 2,700 kg, respectivamente). Como se pode observar, a idade gestacional e o peso de ambos eram mais elevados e, por esta razão, a prematuridade e o peso não comprometiam seu desenvolvimento, a ponto de serem internados em uma U.T.I. Neonatal. O bebê da mãe 5 chegou a ir para casa, onde ficou três dias, só sendo internado para tratar o excesso de bilirubina no sangue.

Dos outros onze recém-nascidos, três apresentaram somente problemas de baixo peso e prematuridade (mães 7 e 10). Os oito restantes, além destes dois aspectos, sofreram patologias das seguintes modalidades:

- respiratórias, como pneumonia, apnéia e cianose: cinco bebês (mães 3, 4, 8, 9 e 12);
- cardíacas, como arritmia, estenose e parada cardíaca: dois bebês (mães 1 e 8);
- neurológicas (Síndrome de Apert): um bebê (mãe 2);
- icterícia: um bebê (mãe 1); e
- hérnia inguinal: um bebê (mãe 6).

Como foi afirmado anteriormente, os pulmões são o órgão mais afetado com a prematuridade. Dos bebês do grupo, metade apresentou problemas pulmonares.

• **Possibilidade de ver o filho logo após o parto** - Metade das mães viram seus filhos na sala de parto (mães 1, 5, 6, 9, 11 e 12). Da outra metade, cinco não viram por motivos justificáveis: o bebê 2 é portador da Síndrome de Apert, que causa deformidade craniana (ao nascer, pode ter tido sua aparência comprometida); o bebê 3 nasceu cianótico e precisou ser entubado imediatamente (a baixa de oxigênio no corpo compromete todos os órgãos); o bebê 4 apresentou dificuldades respiratórias e também precisou de urgentes cuidados; o bebê 7 foi o menor de todos (apenas 620 gr), o que comprometia, também, sua aparência - era extremamente frágil e pequeno; o bebê 10 poderia ter sido levado até sua mãe, se ela não tivesse tido uma crise nervosa, pela qual precisou ser sedada.

Fato curioso deu-se com a mãe 8, que diz não saber se viu ou não seu bebê na sala de parto. De todas as mães do grupo, somente ela e mais uma outra (mãe 9) demonstraram não terem sofrido impacto com a internação dos filhos na U.T.I. Neonatal. Esta mãe tem uma história anterior de filho prematuro, que também passou por uma U.T.I. Neonatal e veio a falecer (a situação se repetiu). Pareceu-me estar sem motivação e sem crença para investir e apostar de novo, pelo medo de correr o risco e novamente frustrar-se. Este “não-registro” (não sabe se viu ou não o filho) pareceu-me uma defesa, uma proteção para não sofrer, denunciando um conflito emocional importante: “Será que ele vai viver ou vai

morrer como o outro?” “Vou finalmente ser mãe ou não?” Na dúvida, “não registro, não me sintonizo, não me interesso; é mais seguro”.

Klaus & Kennell (1993) e Odent (1995) já enfatizaram a importância do olhar entre mãe e bebê, especialmente o primeiro, ao nascer. Acredito que as mães que tiveram esta oportunidade puderam começar o jogo prazeroso do apego mais cedo e com mais consistência.

• **Amamentação** - As doze mães conseguiram alimentar seus filhos com o próprio leite. Metade delas amamentaram no seio (mães 2, 3, 5, 6, 9 e 11); a outra metade conseguiu tirar o leite com bomba e oferecê-lo ao filho através de sonda orogástrica (mães 1, 4, 7, 8, 10, 12).

É fato louvável o estímulo e o processo de aprendizado que a equipe médica do CETRIN desenvolve sobre o aleitamento materno: todas as mães são estimuladas a manter sua produção de leite, mesmo quando os bebês ainda não sugam. Com este procedimento, é bem provável que seus bebês ainda consigam beneficiar-se da interação que a amamentação no peito propicia. Foi o que aconteceu com as mães 1 e 4, cujos bebês, após a alta, passaram a mamar no peito. O bebê 12, em pré-alta, já estava sendo levado ao peito para treinar a sucção. O bebê 7 ainda estava muito pequeno (1,140 kg), mas assim que tivesse mais peso, também seria levado ao peito para tentar sugar. Os bebês 8 e 10 faleceram sem conseguir chegar a este estágio.

São inegáveis os benefícios da amamentação para a díade mãe-bebê, já amplamente defendida por Winnicott, Klaus & Kennell e Brazelton: possibilita o “holding” e a interação,

fortalece o vínculo mãe-bebê e desenvolve a “agenda do apego”.

• **Manipulação do bebê** (trocas e banho) - Quase todas as mães (10) conseguiram cuidar de seus bebês; algumas só trocar fraldas; outras, também a roupa, e ainda algumas conseguiram dar banho (mães 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 11). Somente duas (mães 8 e 12) não chegaram sequer a trocar fraldas. Exatamente estas foram entrevistadas no sétimo dia de internação, talvez um prazo ainda muito pequeno para não só vencerem as dificuldades iniciais, mas também praticarem desembaraçadamente o “handling”, de Winnicott. Pode-se pensar que talvez este prazo tenha sido muito exíguo para a recuperação pós-parto das mães e seu completo entrosamento com a rotina da U.T.I. Neonatal, para que elas se sentissem à vontade e confiantes ao manipular seus bebês. Como uma das mães é a 8, pode-se pensar, também, na própria dificuldade de interagir com o filho, já levantada no item anterior.

• **Colo e aconchego** - Quase todas as mães (nove) conseguiram levar seus bebês ao colo (mães 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10 e 11). Só três (7, 8 e 12) não puderam.

Aqui também se verifica o que foi relatado no item anterior: quase todas conseguiram pegar o filho no colo, acalotá-lo, praticar o “holding” de Winnicott. Novamente as mães 8 e 12 não atingiram esta interação, possivelmente pelas mesmas razões já expostas ou pela gravidade do quadro clínico (ambos apresentavam problemas respiratórios, e o bebê 8 sempre esteve num quadro muito crítico). A mãe 7 também não conseguia pegar sua filha no colo devido ao peso

muito baixo (o menor: 620 gr). Ao término desta pesquisa, este bebê chegou a 1,140 kg, mas ainda estava muito frágil. Este dado, de fato, inviabilizava sua retirada da incubadora, mas, apesar disto, a mãe conseguia fazer as trocas e acarinhá-lo com toques e afagos, provando que, quando a interação é boa, os obstáculos podem ser contornados. Acredito que tão logo *La.* possa sair da incubadora, será devidamente acalentada por sua mãe.

• **Alta da U.T.I. Neonatal e óbitos** - Dos treze bebês do grupo, três tiveram alta entre sete e onze dias: os das mães 5 e 11, os únicos que não se internaram por causa da prematuridade e do baixo peso. Como ambos eram de oito meses de gestação e pesavam acima de 2,5 kg, a alta foi bem rápida. O terceiro bebê (mãe 2) já havia ficado internado a primeira vez por vinte e um dias, quando, possivelmente, debelou todos os resquícios da prematuridade. Esta segunda internação teve como objetivo uma cirurgia, muito bem sucedida, com resultados e recuperação satisfatórios, o que permitiu a alta em apenas dez dias.

Dois bebês (mães 1 e 6) tiveram alta entre dezessete e vinte e dois dias: ambos de sete meses, pesando, ao nascer, em torno de 1,700 kg. Se comparados aos casos anteriores, é compreensível o prazo maior de internação, para compensar a defasagem de peso e de idade gestacional.

Três outros bebês tiveram alta: o da mãe 3, com quarenta e seis dias (nasceu com 7 meses); o da mãe 4, com sessenta e sete dias, e o da mãe 9, com setenta e um dias (estes últimos com seis meses). Estes três pesavam em torno de 1kg, ao nascer. Aqui também o prazo da internação se dilatou em

função do baixo peso e da prematuridade, provando que há uma relação direta e inversa entre estes dois dados e a alta da U.T.I. Neonatal: quanto mais cedo se dá o parto, mais tardia será a alta.

Por ocasião do término desta pesquisa, havia duas altas previstas: a do bebê 12, para quinze dias, aproximadamente, quando completaria trinta e oito dias de internação, e a do bebê 7, para um mês, totalizando em torno de 92 dias. Este bebê foi o menor e o mais novo de todos do grupo (nasceu com seis meses, pesando 620g).

Neste grupo houve três óbitos: em dois casos (uma das gêmeas da mãe 9 e o bebê da mãe 10), a prematuridade (ambos eram de seis meses) e o baixo peso (ambos tinham abaixo de 1 kg) contribuíram consideravelmente para este desfecho lamentável. No caso do bebê 8, muitos fatores trabalharam contra sua existência, principalmente o quadro clínico que apresentava, jamais sinalizando para uma recuperação significativa.

Em relação ao peso na época da alta, quatro bebês (1, 3, 4 e 9) deixaram a U.T.I. Neonatal com menos de 2 kg (entre 1,890 e 1,950 kg). Mais três obtiveram alta com pesos entre 2,010 e 2,950 kg (bebês 5, 6 e 11). Um obteve alta com 3,710 kg (bebê 2). Os dois que permaneceram internados, mas com previsão de alta, estavam, mais recentemente, com 1,140 kg (bebê 7) e 2,140 kg (bebê 12). É norma-padrão das U.T.Is Neonatais dar alta aos prematuros quando estes apresentam quadros clínicos estabilizados e pesam, pelo menos, 2 kg, aproximadamente.

A porcentagem de mortalidade deste grupo (entre treze crianças, morreram 3) foi de 23%. Este dado confirma os

números registrados no CETRIN, no ano passado. Das quarenta e duas crianças internadas em 1997, nesta unidade, nove faleceram (total de 22%). Pode-se pensar que, entre os bebês que nascem prematuros e são internados, um quarto deles já vêm para a U.T.I. Neonatal com “metade” da certidão de óbito preenchida. Dependendo muito do quadro clínico que tenha motivado a internação, dos cuidados médicos que o prematuro receba e da interação com a mãe, estes dados, já “antecipadamente preenchidos”, serão completados (concretizando-se o óbito) ou definitivamente apagados e, em seu lugar, uma certidão de nascimento ocupará o lugar de destaque nas mãos de seus pais e nos arquivos da família.

3.5 ANÁLISE DAS CATEGORIAS

Durante as gravações das entrevistas e após as respectivas transcrições, foram surgindo as categorias para a análise dos dados e posterior discussão. Dentre elas selecionei:

- sensação de prematuridade
- sentimento de culpa
- impacto com a internação
- presença de credo religioso
- interação mãe-bebê
- visão tecnológica da U.T.I. Neonatal
- perspectiva do desenvolvimento futuro do bebê

A escolha das categorias baseou-se nos referenciais teóricos adotados, dada a sua importância para o estudo da situação-foco. Convém ressaltar que as categorias *sensação de prematuridade* e *presença de credo religioso* foram incluídas por constarem das falas da maioria das mães do grupo estudado.

3.5.1 - Sensação de Prematuridade

Esta categoria refere-se à sensação de uma possível prematuridade do bebê vivida ou experimentada pela mãe.

Foi investigado se todas as mães de prematuros entrevistadas experimentaram esta sensação durante a gravidez.

Nesta categoria, verifiquei que mais da metade das mães afirmaram ter tido uma sensação, um palpite, uma intuição - às vezes até uma certeza - de que seus filhos nasceriam antes do tempo; algumas até pressentiram doenças ou quadros clínicos desfavoráveis. Sete mães apresentaram esta sensação:

- **Mãe 1**

“É impressionante como eu, no início da gravidez, sabia que não ia levar a gravidez até o final. Eu pensei: ‘Será possível uma premonição, ou será que eu desejei isso?’ Você fica naquela preocupação: será que você escolheu isso? Mas eu não sei... Eu achava que ia passar por uma provação. Eu ia passar por alguma coisa, por uma provação bem forte e que ele ia ser prematuro. Eu não sei por quê. Desde o início eu sabia...”

- **Mãe 2**

“Toda vez, toda hora, toda hora eu achava que ela ia nascer antes do tempo. A partir do momento que eu fiquei muito grande, muito pesada, a barriga grande, então eu achava que não ia... eu achava que não ia até o final, que não ia de jeito nenhum. Tanto que várias vezes eu fui para o médico... Eu às vezes achava que ela ia nascer com problema. Achava isso...”

- **Mãe 3**

“Sim, eu achava que ela podia nascer prematura, sim, por causa de tudo que eu passei, do rompimento (do namoro, que terminou). Eu tinha até medo disso acarretar alguma coisa nela... Eu até acho que é da parte emocional, sistema nervoso, acarretava isso também...”

- **Mãe 4**

“Sim, olha, eu comecei a achar isso quando eu tava com 24 semanas de gravidez... e ele nasceu com 26. Meu marido, ele teve um sonho que eu tava perdendo o bebê. E engraçado que, no sonho que ele relatou, não é nem que eu tava perdendo. O bebê saía do meu ventre, bem na minha barriga, e era uma espécie de, como se fosse um humanóide, não tinha forma humana. Era uma coisa estranha. Esse sonho... e agora mesmo ele falou: -‘Que engraçado que eu sonhei aquele sonho e você teve o bebê prematuro!’ Ele fica assim tentando relacionar se isso já não era alguma coisa pra eu tomar cuidado, uma premonição...”

- Mãe 9

“Sempre, sempre, eu tive esta sensação... uma intuição. E eu falava isso pro L. (ex-noivo). Sempre... eu sentia uma dificuldade. Eu sempre só via uma criança (esta mãe teve gêmeas). Eu sabia que só sairia uma daqui. É... eu falava pra ele... isso me preocupava porque eu achava que eu podia perder as duas. Aí eu falava: ‘Não, eu tô fantasiando muito, eu vou acabar colaborando pra uma situação...’”

- Mãe 10

“De todos os dois eu senti (esta mãe teve o primeiro filho também prematuro, de 6 meses, que hoje está com 15 anos). Principalmente dela, eu falava o tempo todo que ela ia nascer prematura... Desde que eu tava lá, nessa viagem, que eu comecei a sentir as dores, e eu sentia mesmo como ela vinha. Antes de eu viajar, eu fiz um ultra-som e ela estava abaixada, e pelas dores que eu sentia aqui embaixo eu falava: ‘essa menina vai nascer antes do tempo, ela não vai ficar os nove meses...’”

- Mãe 12

“Achei, pensei, sim... Isso foi quase no final que eu pensei: ‘Ai que isso pode acontecer, nascer antes do tempo!... O aborrecimento, tudo, o estresse...’ É... é... o estresse, porque eu achava que a minha barriga tava muito baixa. E aí eu ficava pensando, ficava pensando nisso. Mas falava só pra mim, porque eu não ia falar pras outras pessoas ficarem preocupadas. Então eu fiquei na minha...”

Estas sete mães, em suas falas, explicaram o que acreditavam estar por trás dessa capacidade perceptiva: “premonição”, “desejo”, “escolha”, “provação”, “desejo de confirmação médica”, “fator emocional”, “sonho do marido”, “sensação”, “intuição”, “fantasia”, “confirmação de sensação com gravidez anterior”, “aborrecimento”, “estresse”.

Penso que esta aguçada percepção materna não é algo paranormal, ligado a ciências ocultas, distante de teorias acadêmicas. A meu ver, esta capacidade intuitiva nada mais é do que uma forte sintonia entre a mãe e seu bebê, mesmo estando ele ainda no ventre. Piontelli (1995) descreveu, pormenorizadamente, a riqueza da vida intra-uterina e demonstrou, através do uso do ultra-som, o quanto os bebês são influenciados por acontecimentos externos. Acredito que essas mães são mais sensíveis à gestação ou, melhor dizendo, permitem-se interagir intensamente com seus bebês e com todo o processo gestacional. Esta capacidade de sintonia pré-parto mostrou-se ainda mais consolidada no pós-parto, o que se confirmou com a observação de que, das doze mães entrevistadas, foram justamente as sete já mencionadas que melhor conseguiram interagir com seus bebês fora do útero materno e internados na U.T.I. Neonatal.

3.5.2 Sentimento de Culpa

Esta categoria refere-se ao sentimento de culpa experimentado pela mãe por ter gerado um filho que nasceu prematuramente e, em alguns casos, também com patologias congênitas.

Procurei, nesta categoria, investigar se todas as mães desenvolveram este sentimento, e o que o gerou em cada uma delas.

Esta categoria esteve presente na fala de mais da metade das mães. Apesar de cada uma delas ter alegado motivos diferentes, o fardo da culpa pareceu-me ser igual para todas. Oito mães apresentaram este sentimento:

- **Mãe 1**

“Eu tenho uma vida muito corrida. Talvez isso (a prematuridade) tenha ocorrido por causa disso. Porque realmente você, no segundo filho, você tem que dar banho no primeiro. Então, certas coisas que você faz, fazia com o primeiro; você não tem como negar. Acho que o fato de já ter uma criança... eu acho que deve ter ajudado... Se realmente eu não tivesse outro filho pra eu me preocupar... Eu não posso agora também traumatizar o outro. Eu tô há vários dias, quatro dias, sem estar perto dele, e isso nunca aconteceu...”

- **Mãe 2**

“Mas teve um comentário, como eu até já falei: ‘Você não é boa parideira’. É um comentário vulgar, uma coisa horrível. Eu não cheguei a chorar porque aquilo não chegou a me abalar, mas me magoar, sim. Pode até ser que eu seja uma má parideira, mas eu acho que eu sou uma boa mãe...”

- **Mãe 3**

“A gente já vinha tendo uns problemas, nós dois, mas eu não esperava isso da parte dele. Então eu sofri bastante no começo, e até isso fica na minha cabeça: será que foi por causa do que eu passei que aconteceu tudo isso com minha filha? Fiquei até com uma depressão, com um tipo de depressão. Não sei se isso influenciou - acredito que sim - no problema de Ib.”

- **Mãe 5**

“Eu falei: ‘Será que minha filha tá passando por isso, tá numa U.T.I. porque foi culpa minha? Será que é por causa desse problema meu que eu tenho de hormônio ou de alguma coisa que eu fiz na gravidez? Será que ela tá na U.T.I. por causa disso?’”

- **Mãe 7**

“Eu me aborrecia muito, esquentava muito a cabeça com ele (o marido). Quando ele saía assim sozinho, eu ficava em casa sem dormir. Eu falo pra ele que foi por causa disso que ela nasceu antes do tempo (...). Se ela (a obstetra) tivesse ido no dia que eu fui, não teria acontecido. Poderia até acontecer, se tivesse que acontecer, mas acho que ela me dava um

medicamento (...). Também acho que isso atrapalhou muito; eu não encontrava ela! (...) Aí eu fico assim: por que que as outras pessoas têm filho de nove meses? Por que foi acontecer isso comigo?”

• **Mãe 10**

“Tive vários problemas emocionais, muitos mesmo. Agora, o mais forte, que acelerou esse nascimento antes do tempo, foi uma viagem que eu fiz pra João Pessoa, com um primo meu (...). Eu tive um choque muito forte e este estado de choque não parou ainda. Eu só sabia chorar, fiquei dois dias sem conseguir comer nada. Então, de tanto eu calar, não tinha com quem conversar, eu comecei a passar mal, sentir dores. Isto foi o mais forte. Mas tinha muitas discussões também. Tinha muitas brigas por questões financeiras com meu esposo (...). Isso gerou muitas brigas entre a gente tanto tempo.

• **Mãe 11**

“Eu acho que, realmente, no caso da minha pressão foi - o médico falou - foi devido a eu não ter controlado a minha boca, porque eu comi muito, engordei muito. Realmente eu reconheço, eu agi errado em relação a isso. Eu exagerei, comi mesmo, não quis nem saber. Aí no finalzinho eu quis me controlar, já tinha feito o estrago, né, e os problemas do dia-a-dia, o trabalho, o problema de falta de dinheiro, família, educação, aquela coisa toda, né. O filho pequeno também, sempre aumentando a preocupação, me solicita muito ainda...”

- **Mãe 12**

“Problema físico, não; só emocional. Isso aí (falava olhando para o marido) é uma pessoa muito grossa... Não sei se foi por isso que ela nasceu de sete meses, mas ele é muito enérgico, perigoso. Às vezes ele falava as coisa e depois se arrependia, mas não adiantava, já tinha falado. Então, com isso, saiu rápido a gravidez. Não é bom, eu tô falando pra ele saber que, da próxima vez que a gente vai ter outro filho, ele não pode fazer o mesmo. Eu ficava tensa, minha gravidez toda. Nós temos personalidades diferentes, criações diferentes e aí embolou tudo... E aí a neném acabou sendo um pouco prejudicada.”

Pareceu-me haver dois tipos distintos de fatores que teriam deflagrado culpa nestas mães: conflitos emocionais e situações objetivas.

Nos conflitos emocionais, são contundentes as reclamações sobre os maridos - quer pelas ausências, pelo temperamento explosivo ou pelos desencontros e decepções na relação a dois - tudo isto gerando angústias, depressões, tensão, estresse, choro, tristeza, desânimo.

Quanto às situações objetivas, há reclamações sobre dificuldades financeiras, às quais se somam a exigüidade de tempo no cotidiano, em que se comprimem trabalho, afazeres domésticos, cuidados e atenções a filhos anteriores. Há também arrependimentos sobre uma

viagem que não deveria ter ocorrido, se tivesse sido devidamente analisada; ou da gula, que culminou com quilos em excesso e aumento perigoso da pressão arterial. Apareceu também uma queixa sobre problemas hormonais e outra sobre descaso médico, acompanhada da crença de que, se tivesse havido a assistência necessária, talvez os acontecimentos fossem outros.

Porém, aquele que se mostrou mais interiorizado, mais dolorido, mais sofrido e, por isto mesmo, mais gerador de culpa, foi o relato da mãe 2. Ser considerada “má parideira” mexe com a auto-estima. Embora saiba maternar muito bem seus filhos, parece - aos que a conhecem - que ela não sabe “fazê-lo” direito e com perfeição. Sua primeira filha também foi prematura e a segunda, além disto, nasceu com uma síndrome neurológica séria e deformante.

Winnicott (1949) afirmou que os pais se culpam por quase tudo, até por situações que de forma alguma deveriam suscitar tal sentimento. Aqui identifico uma necessidade de justificar o nascimento de um “pré-bebê”, pois naturalmente se espera que crianças nasçam a termo, robustas, saudáveis, podendo logo ser levadas para seus berços, no aconchego do lar. “Por que comigo?” “O que eu fiz para merecer isso?” “Em que fui responsável por provocar quadro tão desolador?” A presença das justificativas parece-me uma necessidade reparadora de

auto-imagem. E como cada uma dessas justificativas, isoladamente, não guarda relação de causa e efeito com a prematuridade, a sensação de culpa não se alivia.

3.5.3 Impacto com a Internação

Esta categoria refere-se ao impacto gerado nas mães pela notícia da internação do prematuro e pelo choque visual provocado pelo ambiente de uma U.T.I. Neonatal e todo o aparato tecnológico que a compõe.

Investiguei, nesta categoria, se todas as mães sofrem este impacto, por que ele ocorre e que aspectos mais colaboram para que este fenômeno aconteça.

A maioria das mães sofreu um forte abalo com esta situação. Algumas até reagiram bem à notícia da internação porque, inicialmente, este procedimento era percebido como normal, até bem-vindo, pois iria auxiliar o bebê na superação de dificuldades. Porém, com a “materialização” da U.T.I. Neonatal - e a visita ao filho pela primeira vez -, este sentimento de aceitação pacífica e benfazeja para com o

hospital de “pré-bebês” se desmanchou, e o impacto da realidade foi devastador e traumático para muitas mães. Dez mães apresentaram esta sensação:

- **Mãe 1**

“É um peso muito grande, né? É uma coisa assim... Você não imagina nem o que seja. Foi horrível; ele vai pra um lugar que você não conhece. Quando eu vi ele na incubadora, aí realmente é que eu entrei em total consciência do que tava acontecendo com ele. E saí daqui arrasada, acabada. Eu vim cheia de esperança que ele tava indo bem, e quando chego aqui que eu vejo ele... Foi assim terrível ver um bebê tão pequenininho, num lugar fechado, com outras pessoas mandando fazer tudo...”

- **Mãe 2**

“Foi uma reação mais de desespero, de querer ver e não poder. Depois, eu tava em pé na porta e vi a enfermeira levar pra um outro quarto um outro neném. Aquilo me deu uma tristeza... Eu fiquei bem desesperada, achava até que ela não ia sobreviver. A impressão que eu tinha foi essa.”

- **Mãe 3**

“Foi horrível, foi chato mesmo. Não gostei nem um pouco, mas era necessário para ela. Mas foi traumatizante. Fiquei assustada, quase que eu caí, porque ela era assim muito pequenininha, com uma toquinha, com aqueles óculos, com aquela luz em cima, aí eu fiquei olhando e falei: ‘Meu Deus! Será que essa criança vai conseguir sobreviver?’”

- **Mãe 4**

“Eu não conseguia nem escutar ela (a médica) falando direito, porque a gente fica tão assim cega, só olhando pro bebê, estática mesmo, vendo se ele abria o olho, vendo se ele mexia a mão, até mesmo se ele tinha vida. Eu não vi a enfermeira; no dia eu não vi ninguém... Acho que eu fiquei uns dez minutos só, mas parecia uma eternidade aqueles dez minutinhos. Foi assim bem impressionante (...). Eu não conseguia parar de chorar.”

- **Mãe 5**

“Foi desesperador, eu fiquei apavorada porque tinha que internar. Foi horrível, ainda mais eu vendo ela sendo furadinha pra tirar sangue, pra fazer esses exames. Aí eu me apavorei, eu me desesperei. Chorava tanto, tanto, tanto... Até ele (o marido) chorou também. É uma coisa que eu nunca esperava acontecer. É triste vê-la assim, quando eles tiraram a roupa dela, indo pra incubadora. Foi desesperador.”

- Mãe 6

“Quando eu cheguei ele tava na fototerapia, tava com aquele óculos, tava com sonda, tava com soro, tava todo furado. Então, pra mim foi um susto, um susto muito grande. Eu não gosto de ver meu filho todo entubado, precisando de aparelho, sabendo que aquilo pode estar trazendo sofrimento, dor e incômodo pra ele. É triste dele tá passando por essa situação. Você não tem neném pra mostrar, a pessoa até te leva presente pro neném, você não sabe o que fazer. É uma situação muito diferente.”

- Mãe 7

“Aí eu tomei aquele susto. Minha pressão já tava alta mesmo, aí aumentou mais ainda, porque eu não tava esperando aquilo acontecer. Pra mim, ia ter ela de nove meses, ou até mesmo de sete, mas de seis... Foi aquela pancada. Quando eu vi ela, eu não dava nada por ela. Eu vi ela assim branquinha, pequenininha... Pra mim eu imaginava que ela era um pouco maiorzinha.”

- Mãe 10

“Eu chorei pra caramba. Eu tava emocionada de ver minha filha, mas eu chorei pra caramba porque eu não agüentei ver ela cheia de aparelho, agulha, soro. Aquilo me chocou um pouco. Até hoje eu não aceito ver ela aqui dentro porque me lembro muito do meu primeiro filho (que também foi prematuro) e ele não passou por nada disso, e me dói muito ver ela ali dentro e não poder ter ela no meu braço.”

- **Mãe 11**

“Foi um choque porque meu primeiro filho, eu saí com ele no braço, do hospital pra casa, e esse eu tive que vir pra casa com o braço vazio, com a bolsa debaixo do braço (...). Eu não queria nem tocar, porque às vezes tira algum fio do lugar, e eu não sei o que pode acontecer.”

- **Mãe 12**

“Pra mim foi super-ruim porque do meu lado tinha uma ... (silêncio) (voz de choro) mãe que tava com o neném, bem assim do seu lado (na enfermaria do hospital). Aí isso te choca. Mas se o meu bebê tinha que passar por isso... (choro) Sabe, eu nunca tinha entrado numa U.T.I., então é meio estranho.”

Dos relatos das mães podem-se depreender duas colocações distintas. Uma diz respeito aos sentimentos suscitados pela internação e a outra refere-se àquilo que gera o impacto.

As situações deflagradoras do impacto estão diretamente relacionadas ao ambiente da U.T.I., aos bebês e às pessoas ao redor.

O ambiente da U.T.I. Neonatal é novo, desconhecido e assustador. Todas os fenômenos que possuem estas três características

geram insegurança. Assim é com a U.T.I. Neonatal. A mãe não conhece as pessoas a quem seu filho foi entregue, pessoas estas que lhe dão ordens de como fazer ou agir com o próprio filho. A mãe não sabe como lidar com os aparelhos existentes no local, ignora se pode ou não pegar o bebê no colo, tem receio de mexer nos fios; não entende bem a necessidade de tantos procedimentos dolorosos.

A visão do filho, em situação tão delicada, é outro fator impactante. Muitas mães não conseguem “reconhecer” o próprio filho, assustando-se com sua cor, seu peso, tamanho, aparência. De fato, o recém-nascido prematuro está longe de ser o bebê idealizado pelas mães. Reconhecer a incapacidade de ter gerado o filho sonhado é um golpe no narcisismo e na auto-estima da mãe.

As pessoas ao redor também contribuem para aumentar o impacto. Sua presença parece denunciar uma situação que caminhou para um desfecho oposto ao desejado. Tais pessoas são os próprios filhos anteriores e outras puérperas próximas. Os primeiros, os filhos que “deram certo”, trouxeram para a mãe a experiência da maternagem, mas também a lembrança de que “as coisas poderiam ter sido diferentes”. Quanto às puérperas, é inevitável a constatação de que elas foram mais bem sucedidas em suas empreitadas gestacionais: tiveram filhos e estão com eles nos braços, amamentando-os. Para as mães da U.T.I. Neonatal

fica o “colo vazio”, o braço vazio, o berço vazio. A concretude desta falta é devastadora. Por isto, os adjetivos que as mães utilizaram para descrever suas reações são tão impactantes quanto a situação.

Assim, os sentimentos suscitados pela internação vêm com a marca do impacto: “horrível”, “arrasador”, “apavorante”, “terrível”, “desesperador”, “traumatizante”, “assustador”, “impressionante”. Os quadros são de “choque”, “susto”, “tristeza”, “choro”, “peso”, “desconhecimento”.

Esta categoria apresentou dois dados perturbadores. O primeiro foi o fato de que duas mães (8 e 9) não demonstraram ter sofrido impacto com a internação dos filhos. Isto foi uma grande surpresa.

Penso que a situação da mãe 8 já tenha sido suficientemente analisada no estudo comparativo dos sujeitos (“a possibilidade de ver o filho na sala de parto”). Esta mãe, de fato, não entrou no “jogo da emergência”; correu todo o tempo paralela à situação. Quando perguntada sobre como vivenciou a internação, respondeu:

“Não passou pela minha cabeça a U.T.I. Não deu tempo para pensar. Depois é que eu pude pensar: ‘Ah, eu acho que ele vai ficar numa U.T.I.’ Foi tudo tão rápido que nem deu tempo nem de pensar. Ele já tava na U.T.I. Tudo foi feito com pressa, nem deu pra pensar.”

A situação da mãe 9 foi outra. Quando lhe fiz a mesma pergunta: “Como você reagiu à internação?” - sua resposta foi contrastante, em relação às das demais mães:

“Tranquila. Eu olhei e vi uma coisa boa. Deu uma sensação de que elas iriam suportar. É porque, de um modo geral, eu procuro aceitar as coisas naturalmente, eu procuro viver de uma maneira mais natural possível. Eu acredito que a maioria das coisas que acontecem na nossa vida são provocadas por atos nossos ou situações que nós mesmas criamos.”

Pelo que foi possível depreender de sua entrevista e das observações que fiz em sua interação com as duas filhas, a mãe 9 assumiu, de fato, uma postura “zen”, quase uma atitude “naturalista”, mas de uma certa passividade ao ambiente. Tanto assim que a morte de uma das gêmeas em nada mudou o comportamento desta mãe dentro da U.T.I. Neonatal. Este certo descomprometimento com os fatos não a

impediu, entretanto, de maternar sua filha *Re*. Mas não se pode negar que há um distanciamento da realidade por parte desta mãe, que a impede de mergulhar, de fato, nos acontecimentos. Seu registro do real é comprometido.

O outro dado surpreendente, que decorreu desta pesquisa, foi a mudança de minha própria visão sobre o impacto. Além de achar que ele sempre seria experimentado - o que não se comprovou -, sempre o vi de uma forma negativa, estressante, desgastante para a mãe (mais um, entre tantos percalços a suportar numa situação como esta). Entretanto, após o estudo de campo, comecei a perceber o impacto como positivo, como um “mal necessário”. Percebi o quanto é fundamental para o movimento de maternagem: a mãe precisa do impacto para interagir, para acordar, para perceber o real - triste, difícil - mas que está ali, clamando por sua interação. A vivência do impacto parece ser necessária para que a mãe deixe aflorar plenamente a capacidade de maternagem e se permita entrar no estado emocional de “preocupação materna primária” preconizada por Winnicott.

Maternar não é amar; é cuidar. E será cuidando do seu bebê que a mãe conseguirá ir aos poucos registrando as trocas afetivas - favoráveis e desfavoráveis - e construindo a “agenda do apego” (conceito de Brazelton, 1981) entre ela e o bebê, desenvolvendo assim o amor

materno, sobre o qual escreveu Badinter (1980). E é justamente maternando que ela conseguirá ir superando o impacto, à medida que perceber a possibilidade de, apesar dos fios, tubos e aparelhos, tocar seu bebê, falar com ele, acariciá-lo, trocar as fraldas, oferecer seu leite, no seio ou pela sonda.

A mãe 11 relata muito bem esta transição do estado inicial de bloqueio em relação ao bebê, passando pela maternagem, até uma relação de trocas afetivas:

“Aí eu levei um choque, fiquei desesperada, mas, graças a Deus, depois que passou, depois que eu entrei, olhei, comecei a tocar nele, eu dei de mamar, aí foi que acabou, porque, enquanto eu não dei de mamar, não segurei ele, eu ficava naquela expectativa se ele ia sobreviver ou não.”

Com isso, minha preocupação enquanto psicóloga de uma U.T.I. Neonatal não será com o impacto sofrido pela mãe. Evidentemente, esta mãe deverá receber todo o suporte psicológico e apoio emocional para superar este impacto e começar a maternar seu filho. A preocupação maior, no entanto, deverá recair sobre aquelas que **não** conseguem impactar-se com a situação, mesmo quando esta

apresenta todos os ingredientes para deflagrar o quadro de choque. O que há na história de vida dessa mãe que, a despeito de todos os fatores desencadeantes, não consegue entrar nesse impacto? Seguindo as idéias de Winnicott, se esta mãe não sofrer o impacto, dificilmente conseguirá entrar em “preocupação materna primária” e, em decorrência, desempenhará os três papéis que este autor diz comporem a função materna - o “holding”, o “handling” e a “apresentação de objeto” - de forma precária e insuficiente.

3.5.4 Presença do credo religioso

Esta categoria refere-se à existência de uma religião na vida das entrevistadas.

É importante ressaltar que esta categoria não se originou da fundamentação teórica. Como a maior parte das mães falou em religião de uma forma bastante intrincada com a realidade da internação, não pude ignorar este aspecto.

Nesta categoria, procurei saber se todas as mães tinham um credo religioso, qual era e em que medida influenciava ou não o

relacionamento da mãe com a situação de internação de um filho prematuro em uma U.T.I. Neonatal.

Foram oito mães: duas católicas, três evangélicas, uma batista e duas sem religião praticante, mas com “fé em Deus”.

- **Mãe 1**

“Eu tinha uma certeza, uma fé, que ia tudo correr bem. O meu marido, ele resistiu por isso. Eu acho que a família inteira tem uma fé muito grande.” (Católica).

- **Mãe 2**

“Ele (o marido) disse que viu ela tão ruinzinha, tão cheia de problemas que ele chegou a pedir a Deus que levasse ela, pra ela não sofrer.” (Tem fé em Deus, mas não pratica nenhuma religião).

- **Mãe 3**

“Eu chegava em casa e orava tanto: ‘Meu Deus, me ajuda, toma conta da Ib., faz alguma coisa por ela, porque o que eu podia fazer, eu tô fazendo’. Agora, só Deus... Chega uma hora em que, quando os nossos recursos acabam, p’ra mim, só Deus. E Ele sabe o que faz.” (Evangélica)

- Mãe 5

“Isso (a internação) ajudou a gente a se unir mais e, assim, certificar mais a nossa fé em tudo e mais pra lutar contra esse problema dela e contra as coisas de casa, contra a dificuldade de vim, de ir, e tudo mais. Eu pensava: ‘Ah, meu Deus, e agora, como é que eu vou fazer pra interceder pela minha filha, porque eu estou tão distante de Deus?’. Eu pensava: ‘Tão distante de Tu, eu me afastei da igreja. A quem que eu vou pedir pela minha filha agora?’ Eu fiquei pensando: ‘Será que por isso é até pra Deus testar minha fé, um modo de reconhecer que tava rebelde, tava longe de Deus e por isso aconteceu essa coisa toda com minha filha, pra mim poder ter um alerta?’” (Evangélica)

- Mãe 7

“Mas quando falou que tinha que fazer o parto, eu disse: ‘Ai meu Deus do céu, eu vou morrer!’ (...) Ah, meu Deus, se for da vontade de Deus, eu sei que ela vai ser minha. Agora, se não for, né...” (Tem fé em Deus, mas não pratica religião alguma.)

- Mãe 10

“Apoio, só da minha mãe, de mais ninguém. Aqui embaixo, só da minha mesmo, e de Deus lá em cima. É lá que eu encontro forças. É um sustento, é um alívio, uma calma. Eu tava desesperada, desesperada mesmo, eu chegava aqui tremendo, chorando. E agora não, agora eu tô mais tranqüila, bem mais tranqüila.” (Evangélica)

- Mãe 11

“Mas, graças a Deus, depois que eu entrei, ele abriu o olho, me olhou assim, eu fiquei assim e pensei: ‘Ai, meu Deus do céu...’” (Batista)

- Mãe 12

“Acho que eu entrei insegura. Falei: ‘Será que ela vai me ver? Será que ela vai... Não, vou entregar nas mãos de Deus.’ Aí eu pedi pela parte espiritual. (Católica)

Os discursos das mães trazem duas imagens distintas de Deus: a do Deus-Amor e a do Deus-Temor.

Deus, com uma configuração amorosa e afetiva, é aquele mencionado pelas mães como sustento, consolo, alívio; aquele a quem se podem confiar os problemas mais difíceis, insolúveis e de quem se espera a resolução da situação de incerteza, o fim do sofrimento. Ele é visto

como a ajuda máxima, a última instância a se recorrer, quando todas as possibilidades terrenas falham.

A outra face de Deus é a do castigo, do temor. Deus aqui é apresentado como juiz, aquele que está na vida das entrevistadas para julgar suas atitudes de abandono religioso ou de desagregação familiar. A internação do filho passa a ser interpretada como um castigo ou como um alerta para estas duas situações.

Fato interessante a ser observado é que, independentemente destas duas imagens de Deus, todas as mães que mencionaram ter religião são exatamente as mesmas que relataram sentimento de culpa quanto à internação de seus filhos. Da mesma forma, todas as mães que não possuem credo religioso são exatamente as mesmas que não experimentaram sentimento de culpa pela internação dos filhos. Poderíamos pensar, então, que o sentimento de culpa é uma aquisição interna reforçada pela religião? Até que ponto as doutrinas religiosas que falam de pecado, culpa e arrependimento não contribuem para a formação do pensamento e da elaboração dos sentimentos das pessoas que as professam? Para estas mães, falar em Deus é tão natural que Sua presença permeia, de forma natural e espontânea, essas falas. Parece-me algo tão imbricado e introjetado que acredito que tal visão, para além das falas, alcance também as atitudes.

Devo salientar que a religião - se, por um lado, contribui para tranquilizar as mães, infundindo-lhes a esperança de que, no final, tudo vai dar certo -, por outro, acrescenta-lhes a culpa como um fardo a mais. Neste caso, a necessidade de se sentirem protegidas e amparadas por uma força suprema, capaz de aliviar parte da insegurança e das incertezas, faz com que essas mães se agarrem a suas crenças religiosas - e a todo pensamento judaico-cristão de culpa que permeia as religiões citadas.

3.5.5 Interação Mãe-Bebê

Esta categoria refere-se à capacidade de mãe e bebê interagirem.

Procurei, nesta categoria, investigar se todas as mães conseguem interagir com seus bebês, como o fazem e o que auxilia e o que impede esta interação.

Das doze mães entrevistadas, dez conseguiram interagir, apesar das diferenças de qualidade entre as respectivas interações. Foram elas:

- **Mãe 1**

“Eu vim vê-lo no mesmo dia. Eu consegui uma coisa inusitada (risos): eu consegui receber uma liberação pra poder vir vê-lo e depois voltei pro Pan-Americano. Venho ver ele todo dia. Já trouxe leite pra ele, já fiquei com ele, troquei fraldinha, fiquei com ele no colo. Falei pra ele: ‘Força, né?...” (choro). Desde o primeiro dia que eu cheguei, ele sente o cheiro do leite, ele abre a boquinha, ele já sabe e ali começa a fazer a movimentação de sugar. Nós dois, nesse momento, passamos muitas barreiras por querer tá junto o mais rápido possível.”

- **Mãe 2**

“Ah, pra mim ela tá ótima. Ela é uma lutadora (riso), ela vive rindo. Foi ótimo quando levei ela pra casa, depois da primeira alta. Seria ótimo já poder ir embora pra casa!”

- **Mãe 3**

“As enfermeiras dizem que de noite parece até que ela sabe a hora que eu vou embora. Quando eu deixo ela no berço e saio na porta, ela começa a chorar. Elas que me falam (riso). Eu converso, brinco, canto pra ela. E ela fica quietinha, assim, olhando... Um dia eu cheguei e falei: ‘Ib!’ - ela abriu o olho assim, procurando (riso). Eu acho que ela já tá acostumando com minha voz.”

- Mãe 4

“Quando eu pego ele e começo a conversar com ele, pode ser que ele nem entenda o que eu tô falando, mas ele expressa coisas, ele ri, ele faz beicinho. Quando eu aliso assim o rostinho dele, eu sinto que ele manifesta uma emoçãozinha. Às vezes ele tá lá deitadinho. É só a gente chegar que ele se mexe. A gente chegou, falou alguma coisinha perto dele, ele começa a se mexer.”

- Mãe 5

“A gente pensa logo que a criança tá pequenininha, novinha, não vai mamar, não vai pegar a chucha, vai emagrecer. Quando ela mama é um alívio, uma grande coisa. Tanto que uma vez eu cheguei aqui e ela não mamou, ela empurrava o seio com a mão e não queria. Aí eu cheguei em casa e me desesperei: ‘Ah, meu Deus, agora minha filha não vai mais mamar!’ Eu chorei, me desesperei. Mas agora ela já está pegando de novo, tá mamando bem e tudo o mais. Hoje, quando a gente chega e fala: ‘Oi, filhinha, mamãe chegou. Papai tá aqui!’ -, ela começa a se mexer, já querendo virar a cara pra olhar pra gente, ela abre aquele sorrisinho. É incrível a gente contar que a criança assim, com poucos dias, mas que ela sorri, sorri. Isto dá um alívio...”

- Mãe 7

“Quando eu boto a mãozinha nela, assim em cima dela, aí começo a conversar com ela, ela se torce toda assim, aí chora. Tô ansiosa que chegue logo a alta pra mim pegar ela, dá mamá. E também pra botar a roupinha nela pra gente ir embora logo, pra botar lá no berço dela, em casa.”

- Mãe 9

“Eu falo: ‘Re., é a mamãe.’ Eu faço sempre os mesmos gestos, de tocar na pele, pelo toque, que é muito especial meu. É para acostumá-la ao tipo de toque porque a enfermagem tem uma maneira mais brusca, de rotina, de proceder. Ontem, o banho que eu dei nela foi assim um banho que eu daria assim, num passarinho. Um cuidado todo, sabe?. O médico falou assim: “É a mamãe, só pode ser, com esse cuidadinho todo.”

- Mãe 10

“Eu tô fazendo assim tudo pro leite ficar o melhor possível pra ela, até comendo coisas que nada têm a ver comigo. Eu falo com ela, toco, digo pra ela o que eu sinto, o que eu quero que aconteça, o que eu quero que ela faça. Ontem eu cantei pra ela e ela riu muito. Eu inventei música (riso), porque se for pra repetir, ninguém canta. Fiquei horas cantando pra ela...”

- **Mãe 11**

“Ah, eu acho que é instinto materno mesmo, porque na hora eu falei: ‘Ele tá chorando.’ Aí a enfermeira disse: ‘Todo neném chora.’ Eu não me conformei: ‘Vai ver, ele está com algum problema’, porque pra mim aquilo era um problema. Mas aí eu fui, comecei a tocar, comecei a conversar com o M., aí ele abriu o olho pra mim. Foi aí que eu vi que ele estava bem, aí eu fui dar de mamar e aí eu fiquei mais tranqüila.”

- **Mãe 12**

“Eu tenho um pouco de dificuldade para me comunicar com ela (riso). Eu queria, no meu papel de mãe, no caso, é assim pegar no colo, amamentar; então dá vontade de pegar, de tirar ela dali, botar no colo e conversar. Porque pelo aquele buraquinho fica meio difícil de você abaixar, conversar, fica meio ruinzinho. Aí eu falo algumas coisas que me vêm na minha cabeça (riso). Converso pra ela vê que eu tô perto. Acho que ela entende, acho que ela conhece minha voz”.

Apesar de todas as dificuldades que a internação traz consigo, do ambiente novo e assustador da U.T.I. Neonatal e do estado crítico de alguns bebês, a maior parte das mães conseguiu interagir com os filhos.

Com exceção das vocalizações, todas as formas especiais de comunicação pais-bebê que Prado (1996) registrou estão presentes. O olfato foi mencionado quando a mãe 1 relatou que seu filho a procurava ao sentir o cheiro de seu leite. O toque foi mencionado por várias mães. A mãe 9 criou um “toque especial”, algo que a diferenciava, no contato com a filha, das demais pessoas. O olhar também foi citado - tanto a importância de conseguir ver os olhos dos filhos, sem as vendas protetoras da fototerapia, como o retorno do olhar do bebê -, parecendo que nesse instante a mãe passava a ser reconhecida como tal. O choro apareceu como denunciante tanto da saudade que o bebê sentia da mãe como de uma situação de desconforto, servindo de alerta ou simplesmente como retorno da interação. O sorriso, talvez o mais gratificante retorno que um bebê pode dar aos pais (é uma resposta acrescida de prazer), foi relatado também por outras mães. Vale mencionar que o emparelhamento foi, de maneira surpreendente, descrito por três mães.

Somente duas mães relataram muita dificuldade em interagir com os filhos. A mãe 6 disse:

“Não me sinto mãe ainda não. Acho que não exerci a função. Acho que ele não me reconhece como mãe. Eu acho que só vou conseguir cuidar dele realmente quando ele for pra casa. Porque aqui a gente fica muito dependente: “Posso fazer isso agora? Posso pegar meu filho agora?” Em casa você tem a facilidade: agora eu vou dar mamá, agora eu vou dar banho, e é uma coisa que você vai ter que administrar junto com ele”.

Esta mãe se queixava muito da limitação que o ambiente lhe impunha para maternar o filho. Demonstrava que havia o desejo de cuidar e interagir, porém não na rotina hospitalar e, sim, na que ela antevia, sendo criada em sintonia com seu próprio ritmo e com o do bebê.

Da mesma forma, a mãe 8 relatou muita dificuldade e descrença ao lidar com o filho. Quando perguntada se conseguia comunicar-se com ele, disse:

“A gente tenta, né? ... Eu tento falar com ele. Eu não tenho certeza se ele reage. Ainda não peguei no colo. Leite, eu tô tentando tirar com bomba, mas, ai, não, nossa, tá difícil demais! Eu ainda nem tirei à tarde por causa dessa minha tristeza...”

As dificuldades desta mãe não puderam ser aliviadas porque seu bebê faleceu. Mesmo quando ainda estava vivo, seu quadro clínico

era tão comprometido que, mesmo havendo o desejo da interação, esta seria extremamente limitada pelo estado do bebê e todas as circunstâncias decorrentes.

Há dois relatos maternos que deixaram bem explícita a necessidade e a importância de a mãe ser recompensada por um retorno do bebê. As mães 5 e 11 foram bem claras quanto à necessidade de um “feed-back” por parte do bebê para poderem sentir-se mais seguras, confiantes e assim superarem o bloqueio da maternagem. Winnicott e, mais ainda, Spitz não falaram do bebê como um ser ativo, como era desejo dessas mães. Ao contrário, estes autores falam dos bebês como passivos numa relação em que há uma dominância e um comando da mãe. Esta, na visão dos autores citados, torna-se a grande responsável pelo sucesso ou fracasso da relação. Entretanto, alguns autores já preconizam um papel mais ativo e co-responsável para os bebês. Bowlby, quando fala da “conduta do apego”, mostra o comportamento ativo do bebê e o quanto ele pode influenciar a forma que esta interação adquire. Também Brazelton trata da responsabilidade do bebê na consolidação da “agenda do apego”. Nesta pesquisa, durante os períodos de observação no CETRIN, pude notar o quanto há de diferenças entre bebês semelhantes (com idade gestacional, peso e quadro clínico aproximado). Não se pode negar: há bebês mais responsivos do que outros; bebês que interagem melhor que outros; bebês que, em seu conjunto, são mais sedutores que

outros. Há bebês que gratificam mais os esforços de suas mães. Um bebê mais sorridente, com a motricidade mais desenvolvida, com olhar mais presente será capaz de reforçar mais a interação, se esta já for boa, ou ajudar a superar um possível bloqueio na maternagem, se for este o caso. É um grande erro subestimarmos a capacidade interativa e sedutora de um bebê. Apesar de seu pequeno tamanho, ele pode despertar na mãe feitos inesperados, atitudes novas e desafiá-la a superar dificuldades (como uma “fugida do hospital”) ou estimular sua criatividade (como dar um “banho de passarinho”).

Sem dúvida, ele é um parceiro ativo na díade mãe-bebê, aquele capaz de fazer aflorar o que a mãe 11 chamou de “instinto materno”; de fazê-las protagonizar situações das quais elas mesmas riam, como conversar sem saber se estavam sendo ouvidas (mães 3, 4, 10 e 11); aquele capaz de levá-las a inventar músicas que não poderiam repetir (mãe 10); a terem a certeza de que viram seus bebês sorrir, ao mesmo tempo que racionalmente admitiam ter sido isto quase impossível (mãe 5); a falarem qualquer coisa que viesse à cabeça (mãe 11) e fazê-las perceber algo anormal em situações consideradas normais por todos (mãe 11). Winnicott afirmava que toda mãe tem que ter uma loucura ensandecida para falar com o bebê frases completas. É imprescindível que ela tenha esta “loucura necessária” para lidar com um bebê e protagonizar situações como as mencionadas.

Talvez a interação mãe-bebê seja o único aspecto prazeroso, podendo ser também lúdico, no caos da internação. Muitas mães, quando perguntadas sobre o que lhes trazia prazer e desprazer dentro da U.T.I. Neonatal, responderam que era amamentar o bebê, pegá-lo no colo, tocá-lo, conversar com ele, acalotá-lo. Por este motivo e por todos os benefícios conhecidos, a interação mãe-bebê não só deve ser estimulada como permitida e facilitada, com todos os recursos disponíveis, pelas equipes médica e de enfermagem.

3.5.6 Visão tecnológica da U.T.I. Neonatal

Esta categoria refere-se à maneira como as mães percebem o aparato tecnológico que compõe a U.T.I. Neonatal.

Investiguei, nesta categoria, como as mães interagem com a tecnologia, como a percebem e que sentimentos experimentam ao entrar em contato com este aparato. As opiniões de cada mãe do grupo variaram de acordo com a interação que fizeram com os equipamentos.

Foram assim os relatos das mães:

• **Mãe 1**

“Essas máquinas são assustadoras. A gente fica apavorada se tá funcionando direito, realmente. Confio só às vezes; acho que elas podem falhar. Mas acho que no momento é necessário para ele. Você se sente tolhida. Você quer fazer as coisas e não pode. Tem que ir tateando, devagarinho...”

• **Mãe 2**

“Atrapalha, sim, por causa dos fios e de tudo. Às vezes você quer pegar. Como ela tava ligada nos fios, se na hora de pegar falta alguma coisa, os aparelhos tocam e você pensa que tá acontecendo alguma coisa. Por isso eu não gosto de mexer na aparelhagem. Eu confio, mas se eu tiver perto e tiver olhando é melhor. Não acho desumano a máquina; seria desumano se deixasse ela fora dali e ela morresse. A máquina tá aqui pra me ajudar.”

• **Mãe 3**

“No início eu ficava bastante assustada, cheio de máquina. A gente sabe que aquilo é necessário, mas até a gente se acostumar... Um alarme aqui, outro alarme ali, máquinas enormes. Eu confio mais ou menos, porque algumas máquinas sofrem interferência. É a tecnologia que a gente tem e que pode ajudar eles no momento é essa. Eu sei que aquilo ali é pro bem dela e eu não posso fazer o que a máquina tá fazendo.”

- Mãe 4

“Aí eu tava pensando assim: ‘Se eu pudesse comprar um monitor desse e levar pra casa e botar no T., ia ser melhor’. Até falei pra uma enfermeira brincando: ‘Eu quero ver quando chegar em casa com ele e sem esse aparelho, como é que eu vou saber se ele tá bem ou não!’ O aparelho pra mim ali é essencial, me dá segurança. Eu confio plenamente no aparelho, ele te dá tranquilidade.”

- Mãe 5

“Eu ficava constrangida de chegar lá e ter que botar a mão nela, e ter que perguntar: ‘Pode botar a mão agora? Posso botar pra mamar agora?’ Porque tinha que tirar daqueles fiozinhos, tinha que tirar a máscara que ela tava na foto. Eu não confio muito nas máquinas, não. Eu confio primeiramente em Deus e depois nas máquinas e nos médicos também.”

- Mãe 6

“Ele tava na incubadora, ele tava com aparelho, como é que eu vou saber se eu posso tirar ele dali ou não? Uma semana depois é que eu fiquei sabendo que eu podia ter pego ele antes... Com isso, a máquina me atrapalha, impede, porque você não sabe até onde pode meter a mão naquela incubadora, se você devia mexer. Mesmo no bercinho, ele tá com monitor. Você não sabe se pode tirar ele toda hora do monitor, o que interfere se eu ficar tirando ele toda hora.”

- Mãe 7

“A tecnologia tá superavançada. Se não fosse esses equipamentos assim bons, tudo isso aqui, os bebês não viviam, não. Eu fico bastante feliz, porque, se dependesse dela sozinha, não conseguiria reagir. Eu confio nas máquinas, mas confio mais nos médicos. Eu me sinto um pouco constrangida de mexer nas coisas, porque ela tá com muitos aparelhos. Então, não tem como eu pegar ela. Eu fico junto observando.”

- Mãe 8

“Eu fico preocupada, eu fico tomando conta de tudo. Eu fico preocupada de ter acontecido alguma coisa com ele, a máquina avisar e ninguém ouvir. Eu fico com medo disso. Nossa, eu já vivi tanta coisa no outro também, né. Mas eu acho que não é desumano, tem que tentar qualquer coisa. Mas a máquina afasta a gente”.

- Mãe 9

“Eu acho interessante e fundamental. Mas eu diria pra você que ela sobreviveria sob qualquer circunstância. Porque a gente tem históricos de crianças sobreviventes em outras fases que não tinham tanta tecnologia. Por isso, eu vejo uma importância relativa. A máquina me impede de me aproximar de minha filha só fisicamente. E somente.”

- **Mãe 10**

“Eu vejo como um fator superimportante na recuperação das crianças, mas pra gente, pra mãe, aquilo ali é desesperador. Qualquer apito a gente já acha que o filho tá morrendo. Eu não confio muito nas máquinas; eu tenho um pouco de medo delas falharem. Eu me sinto um pouco lesada de tá afastada da minha filha por causa da máquina. Eu me sinto impedida de ser mais mãe.”

- **Mãe 11**

“Eu estou achando ótimo saber que no Brasil se tem condição de ter um neném e dele ser sustentado até três meses de vida. Eu não vejo a máquina cuidando; eu acho que ela auxilia o médico. Eu acho que o médico é que cuida. No começo, eu tive medo de atrapalhar alguma coisa, se eu mexesse com meu filho. No começo, eu ficava constrangida, meio assim, sem saber o que fazer”.

- **Mãe 12**

“Ela tá na máquina porque tá precisando de oxigênio. O aparelho está ajudando, mas se ela não tivesse se esforçando, não ia adiantar nem aparelho. Eu confio mais nas pediatras do que nas máquinas; se não fossem elas, não adiantaria nada a máquina. As máquinas tão auxiliando.”

Dos relatos do grupo de mães é possível depreender que a maior parte percebe que a tecnologia que salva vidas é a mesma que

afasta ou dificulta a interação. Foram oito as mães que se queixaram do aparato tecnológico: mães 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9 e 11. Afirmaram que se sentiram tolhidas, atrapalhadas, constrangidas, impedidas, afastadas e lesadas em relação ao contato físico e emocional com seus bebês. Neste caso, o "handling", proposto por Winnicott, fica comprometido não pela falta do desejo de cuidar, mas pelo bloqueio materno diante da máquina.

Metade do grupo enalteceu a tecnologia: mães 1, 2, 3, 10, 11 e 12. Acreditam que a tecnologia é necessária, que auxilia, ajuda, é interessante e importante. Porém, ao mesmo tempo, é assustadora, apavorante e preocupante: mães 1, 3, 8 e 10.

Em termos de confiabilidade, três mães confiam plenamente nos equipamentos: mães 4, 7 e 11. Afirmam que a tecnologia lhes dá segurança, tranquilidade, é ótima, traz felicidade. Outras cinco, porém, confiam - desconfiando; não acreditam se, de fato, a máquina funciona sempre corretamente: mães 1, 2, 3, 5 e 10. Para estas, a confiança maior está em Deus, depois nos médicos e, por último, nas máquinas, que auxiliam, mas não são onipotentes e, sim, coadjuvantes num processo de salvação e recuperação dos recém-nascidos.

A mãe 8 confia nas máquinas, mas não que médicos e enfermeiras prestem a devida atenção aos sinais do equipamento. A mãe

12 confia, porém acredita que depende do próprio bebê querer ser ajudado. A mãe 9 confia, mas banaliza a presença da aparelhagem. Para ela, a tecnologia tem uma importância relativa, pois acredita que só sobrevivem aqueles bebês que de fato apresentam condições, e isto se daria com ou sem máquinas. A mãe 6 não confia nas máquinas. Relatou na entrevista que, como gerente de banco, vê muitos equipamentos falhar ou causar problemas; acha que o mesmo pode acontecer com os da U.T.I. Neonatal.

Acredito que as questões cruciais em torno da tecnologia devam centrar-se na sua importância para a U.T.I. Neonatal e na intermediação desta mesma tecnologia na relação mãe-bebê.

Parafraseando Winnicott (“Um lactente não existe sem sua mãe”), a U.T.I. Neonatal não existe sem a tecnologia. Antes dela, o que havia eram berçários normais, comuns, semelhantes a quaisquer outros. Até hoje, a maior parte das maternidades no Brasil não possuem U.T.I. Neonatal. Por isto é que grande parte do grupo de mães (oito) teve o seu bebê transportado do hospital de nascimento para o CETRIN.

A manutenção de uma U.T.I. Neonatal é um investimento alto, financeiramente, exigindo a presença de equipes médicas e de

enfermagem especializadas, uma vez que os procedimentos específicos necessários exigem precisão e treinamento.

A passagem de simples berçários para as atuais e sofisticadas U.T.Is Neonatais foi lenta e gradativa, tendo-se tornado possível porque, enquanto se desenvolvia maquinário específico para a sustentação da vida de um pré-termo, paralelamente surgiram novos medicamentos (como o surfactante). Resta-nos, agora, já que a sobrevida biológica dos bebês está assegurada, garantir-lhes bem-estar psico-emocional. Por esta razão, a presença de um profissional de saúde mental dentro dessas unidades, atualmente, é prioritária e urgente. Ele deverá trabalhar sobre os possíveis entraves na relação mãe-bebê, inclusive ajudando a superar as dificuldades que a tecnologia impõe a esta díade.

Quiniou-Pizzoglio (1992) aborda este segundo aspecto da tecnologia: a intermediação entre a mãe e seu bebê. A autora fala do “bebê oculto”, escondido atrás do vidro da incubadora, perdido no emaranhado de fios e cateteres, confundido em sua fisionomia pelas sondas e eletrodos. De fato, a tecnologia, a meu ver, é o terceiro elemento da relação, mas não um terceiro excluído, inoperante. Ao contrário: um terceiro ativo, majestoso, que define seu território com alarmes e campainhas. Se a mãe ousa ultrapassar o lugar que lhe restou, sons invadem o ambiente para denunciar a intromissão. O bebê parece,

de fato, que trocou de útero: do materno para o mecânico. Agora, a nova mãe é uma redoma de vidro, que também aquece, cuida, protege, alimenta.

Blackman (1991), em suas pesquisas, mostra que o término precoce de uma gravidez interrompe não só o crescimento gestacional do feto, como também o processo físiopsicológico em que homem e mulher evoluem na preparação de seus papéis de pai e mãe junto ao bebê. De fato, na prematuridade não há tempo cronológico suficiente para uma troca de investimento amoroso, por parte da mãe: do amor narcisista para o amor objetal. Assim, o prematuro continua como receptáculo do amor narcisista de sua mãe, encapsulado neste tipo de amor, ainda não sendo considerado independente a ponto de ser beneficiado pelo amor objetal. Em outras palavras: ainda é parte da mãe. Talvez, por isto, seja tão difícil para a mãe aceitar a máquina, usurpadora de uma parte de si mesma.

3.5.7 Perspectiva do Desenvolvimento Futuro

Esta categoria refere-se à visão e às expectativas da mãe sobre o desenvolvimento futuro de seu bebê.

Busquei, nesta categoria, avaliar até que ponto a prematuridade, a internação em uma U.T.I. Neonatal e as patologias congênitas do recém-nascido influenciam a visão sobre seu desenvolvimento futuro.

Foram estes os relatos do grupo de mães:

- **Mãe 1**

“Eu fico preocupada com esta prematuridade dele, porque a gente tem que dar uma atenção maior. Eu fico preocupada se vou prejudicar o mais velho. Essa carência, essa dependência, pela prematuridade... Quanto mais você é supermãe, superprotetora, pior a criança fica, porque aí ela fica carente, insegura... E eu queria que ele fosse uma criança segura. Mas eu acho que não vai ter diferença no desenvolvimento de um com o outro, não. Só na atenção.”

- **Mãe 2**

“Se ela não tivesse outras cirurgias pela frente, acho que seu desenvolvimento seria normal.”

- **Mãe 3**

“A orientação que a gente tem é que, a partir de um certo tempo, até eles entrarem no ritmo deles, eles são prematuros. Mas depois de um certo tempo são uma criança normal.”

- **Mãe 4**

“Eu fiquei pensando assim: ‘Ele é muito frágil, eu não vou colocar ele numa creche porque ele não vai ter o tratamento individualizado. Ele precisa de uma pessoa que fique só com ele.’ E até hoje eu estou pensando assim: a possibilidade da creche está totalmente descartada. Só que por um lado, eu fico pensando: eu não posso criar meu filho diferente, ele tem que ser uma criança normal. Eu não posso colocar nele uma carga de que ele é frágil, de que é uma pessoa que precisa de cuidados, de que é pior do que outra criança. Então ele vai pra creche, não no tempo que eu queria. Ele vai quando tiver com um aninho. No início, ele vai ficar atrasado em relação a uma criança normal: quando tiver com quatro meses, vai parecer que tem dois. Mas isso com tempo vai equiparar, ele vai ficar igual a toda criança.”

- **Mãe 5**

“Eu acho que ela vai se desenvolver normal, porque ela já tá boa. Eu acho que vai ser normal, apesar de tudo que ela passou, mas já passou, já tá boa. Eu acho que vai ser normal.”

- **Mãe 6**

“O meu maior medo é ele chegar em casa e começar a emagrecer, e ter que voltar pra uma U.T.I., mas, passando esta fase, acho que ele vai ter um desenvolvimento normal. Temos vários amigos que foram prematuros e hoje são perfeitos e inteligentes.”

- **Mãe 7**

“Eu nem sei o que vai acontecer. Porque eu fico assim: ‘Meu Deus, quando ela fizer três meses, vai tá pequenininha, com um quilo, com dois quilos. E quando ela tiver um ano, ela já vai tá andando?’ Aí eu fico assim, sem ter ainda uma idéia formada.”

- **Mãe 8**

“Me sinto insegura porque nunca, nunca, eu nunca mexi com neném antes. Eu tô falando que mesmo que ele tivesse no tamanho normal, eu não sei cuidar. Eu sei o que eu vejo e o que minha sogra fala. Eu sei de outras pessoas que não tiveram jeito no início. Eu acho que toda mãe não tem jeito, no início. Mas eu acredito que ele vai ser perfeito em tudo, não penso em nada ainda.”

- **Mãe 9**

“Daqui a um ano, acho tranquilo. Nos próximos seis meses, acho um pouco preocupante. Vou ter que prestar atenção no que ela for apresentando, pode ter ficado alguma seqüela. Depois de um ano, vai ser tranquilo, normalíssimo. Serão doze meses de avaliação. Eu me sinto assim, na tocaia mesmo, pra ficar de olho, pra ver qualquer coisinha. Pra mim, nela, vai ser uma coisa bem olhada.”

- **Mãe 10**

“Eu sei que vai ser bom. Ela é pequenininha, mas briga pelo que quer. Parece que ela quer determinar o jeito dela. Então, o desenvolvimento dela vai ser no jeito dela, no ritmo dela. Mas tenho certeza que não vai ser afetado porque ela foi prematura.”

- **Mãe 11**

“Eu acho que vou ter uma observação maior com ele do que eu tive com meu primeiro filho. Eu vou ter que observar mais por causa do problema da falta de oxigênio. Vou observar até seu comportamento, pra ver como é que vai ser. Mas vai ser diferente do primeiro filho, nos primeiros anos, vai. Depois, vai dar pra descansar mais a vista. Mas a gente não vai esquecer tudo isso, é uma coisa muito marcante.”

- **Mãe 12**

“Se ela sair daqui, ela vai se recuperar muito rápido e vai ter um desenvolvimento igual a uma criança de nove meses.”

Foram encontradas, nos relatos, quatro possibilidades: desenvolvimento anormal, desenvolvimento normal, desenvolvimento normal diferenciado e a ausência de uma idéia formada a respeito.

Somente as mães 5 e 12 acreditam que suas filhas terão desenvolvimento futuro normal: “O que passou, passou; se conseguir sair dessa, é porque está normal e tudo bem.” Acredito que a facilidade e a tranqüilidade que essas mães demonstraram está ligada a alguns fatores: seus bebês pesavam acima de 2 quilos ao nascer, o que ocorreu em torno do oitavo mês. Além disto, o bebê 5 foi um dos únicos que não se internou em decorrência de baixo peso e prematuridade (somente para tratar uma icterícia) e um dos que teve alta mais rápido. Penso que todos estes fatores criaram um panorama menos assustador, em termos de prognóstico de desenvolvimento.

A maioria das mães vêem a possibilidade de um desenvolvimento normal, porém sempre com algum tipo de ressalva. Chamarei esta visão de desenvolvimento normal diferenciado. Neste grupo encontram-se as mães 1, 2, 6 e 9, para quem os filhos terão um desenvolvimento normal, porém o diferencial ficará por conta da atitude materna: elas terão que permanecer atentas para acompanhar o cotidiano dos filhos, atuando como avaliadoras constantes de possíveis problemas devidos à prematuridade.

Há outro grupo formado pelas mães 3, 4 e 10, para as quais os filhos terão também um desenvolvimento normal, porém, neste caso, o diferencial será a atitude do filho, que deverá ter um ritmo próprio, um jeito peculiar a ser respeitado. Em outras palavras: um desenvolvimento normal diferenciado, porém “à moda da casa”.

Somente a mãe 11 afirmou acreditar que o desenvolvimento de seu filho será diferente do das demais crianças e que a experiência em ter passado por uma U.T.I. Neonatal é forte demais para ser esquecida.

Duas mães estavam com o pensamento tão comprometido com dúvidas que nem conseguiam antever o futuro. A mãe 7 disse que não tinha ainda uma visão formada. É compreensível sua dificuldade em imaginar algo concreto diante do quadro ainda tão tênue que sua filha apresentava: seu peso, tamanho e aparência ainda suscitavam muitas interrogações. A mãe 8 também não sabia falar do futuro. Suas dúvidas ultrapassavam os muros da U.T.I. Neonatal; são questões de maternagem: duvidava de sua capacidade de saber cuidar de um bebê, mesmo sendo ele nascido a termo; tinha medo de não saber “ser mãe”. Suas questões encontravam respaldo na história de suas duas gestações: ambas não conseguiram ir até o fim e geraram bebês-problema, com quadro clínico altamente comprometido. Acredito, lamentavelmente, que suas dúvidas se

incrustarão de forma ainda mais arraigada, uma vez que este segundo filho também morreu. Com mais um desfecho trágico, creio que a dúvida dará lugar a algumas certezas, dentre elas a de que esta mãe não só não sabe maternar, como não sabe gerar filhos perfeitos, que sobrevivam.

Para a maioria do grupo de mães (dez), o fato de os filhos terem sido prematuros ou passado por uma U.T.I. Neonatal foi suficiente para levantar inquietações sobre seu futuro: “vai exigir uma atenção maior”; “será mais dependente, mais frágil”; “vai requisitar cuidados especiais”; “terá que ser mais bem olhado”; “terá que ter o comportamento observado”; “poderá vir a prejudicar os irmãos mais velhos, por necessitar de mais atenção”; “cuidar dele em casa será fator de estresse”; os cuidados médicos futuros, como cirurgias, gerarão expectativas e, finalmente, as mães ainda terão que “descobrir o ritmo e o jeito próprio de ser prematuro”. Diante destas inquietações, “foi prematuro” ou “passou por uma U.T.I. Neonatal” torna-se marca, um estigma. Assim, prematuro passa a ser aposto e U.T.I. Neonatal, lugar de procedência, de origem.

Bauchner (1988) e Perrin (1989) descreveram em suas pesquisas sobre U.T.I. Neonatal que as mães de prematuros desenvolvem um estado emocional que eles chamaram de “Síndrome da Vulnerabilidade”: tais mães tendem a fragilizar os filhos, mesmo depois

de curados e sadios. Esta vulnerabilidade dos filhos seria resquício muito mais da prematuridade do que da internação devida a problemas orgânicos. Diante da possível presença desta síndrome, cabe à equipe médica - e, mais especificadamente, ao psicólogo de U.T.I. Neonatal - trabalhar com os pais, no momento da alta, no sentido de sanar qualquer dúvida, em relação ao desenvolvimento futuro do filho, que possa colaborar para a instalação desta síndrome, não só nos pais, como na família ampliada, para não transformarem o prematuro em um “coitadinho”, colocando-o no trono da incapacidade e dos cuidados eternos, dando-lhe passaporte para usufrir aquilo que em Psicanálise chama-se “ganho secundário da doença” - regalias como recompensa por ser portador de algum mal físico ou mental.

Affleck (1991) e Kratochvil (1991) relataram, em seus trabalhos, a influência da internação de um recém-nascido em uma U.T.I. Neonatal (por prematuridade) na construção das expectativas da mãe e do comportamento de toda a família. Da mesma sorte, como estas expectativas maternas e o relacionamento do pai e familiares influenciam o desenvolvimento futuro do bebê. Talvez seja por esta razão que Thurman (1993) preconiza que toda e qualquer ação de intervenção terapêutica na U.T.I. Neonatal esteja centrada na família, uma vez que todos os seus membros são afetados pelo nascimento de uma criança, especialmente se prematura e requerendo cuidados e mobilização de

todos. Algumas destas unidades já permitem a visitação de irmãos. De acordo com o trabalho desenvolvido por Morsch, Carvalho e Lopes (1997), esta abertura possibilita bons resultados no comportamento dos irmãos, uma vez que estes se mostraram, a partir da visita, mais tranquilos e compreensivos em relação à ausência dos pais, permitindo-lhes também vivenciar estas ausências com menos culpa. Assim, acredito que, no momento da alta, todos da família estejam mais liberados para interagir melhor.

CONCLUSÕES

Com base na análise das categorias e no referencial teórico, foi possível tecer algumas conclusões.

A interação mãe-bebê começa, de fato, antes do nascimento. É possível observarmos a influência não só da vida física e emocional da gestante sobre o feto, como também do desenvolvimento do próprio feto sobre as sensações maternas. Assim, acredito que, quando uma gestante relatar a seu obstetra a intuição de que seu bebê poderá nascer antes do tempo, valerá a pena levar mais em consideração esse relato, ao invés de descartá-lo como uma impressão sem base científica.

Com a constatação da prematuridade e da conseqüente internação hospitalar do bebê, o sentimento de culpa parece assolar a mãe, como querendo ocupar um lugar deixado vazio antes do tempo. É importante a presença de um profissional de saúde mental para ajudar a aplacar este sentimento tão danoso à relação mãe-bebê.

Caberá também a esse profissional trabalhar a mãe quanto ao impacto ou ao não-impacto causado pela internação do filho em uma U.T.I. Neonatal. No primeiro caso, oferecendo “colo” afetivo à mãe, ouvindo-a em suas angústias e medos. No segundo caso, pesquisando em sua história familiar o que a impede de sofrer o impacto e ajudá-la no desbloqueio das emoções que deveriam aflorar dessa situação.

Quando houver a presença de um credo religioso, respeitá-lo, aceitá-lo e tentar extrair dele aquilo que de fato auxilia e dá lenitivo à mãe para continuar na empreitada de salvar o filho e com ele estabelecer uma relação afetiva com apego. É importante atentar, porém, para os aspectos que possam colaborar para a exacerbação do sentimento de culpa nas mães.

A interação mãe-bebê deverá ser o foco central do trabalho desse profissional, de imediato após o primeiro momento do impacto. Esta interação deverá ser permitida, estimulada e suprida de todos os recursos possíveis para a superação dos eventuais bloqueios.

O aparato tecnológico deverá ser apresentado nas suas devidas proporções: útil, necessário e imprescindível, em algumas situações. Mas ele não é o protagonista da U.T.I. Neonatal. Não se pode

esquecer que estas unidades existem em função dos bebês e não como “show-room” da tecnologia.

Superadas as patologias orgânicas, as deficiências de peso e da prematuridade, devolve-se, na alta da U.T.I. Neonatal, a possibilidade de uma interação espontânea e natural entre o bebê e os pais, em sua casa. Caberá, então, como medida final de intervenção desse profissional de saúde mental, alertar aos pais que este bebê nasceu prematuro, mas não será prematuro a vida inteira. Seu desenvolvimento poderá inicialmente ser mais lento, mas, em torno de um ano, deverá estar completamente equiparado ao dos demais bebês a termo.

Diante do que foi apresentado, fica claro o quanto pode um psicólogo clínico ser útil e importante dentro de uma U.T.I. Neonatal. Fica evidente, também, que ele não pode ser visto como a panacéia para todos os males emocionais que permeiam os relacionamentos neste tipo de instituição. Seu papel é somente de agente facilitador dessas relações, alguém com conhecimento teórico e técnico que possa proporcionar aos pais um mínimo de estabilidade e familiaridade, dentro da vivência de caos pela qual estão passando. Tal procedimento não significa “adotar” a família, mas escutá-la, e a postura clínica para tal procedimento é a de continência, e não de aderência à identificação projetiva da família, pois

assim o psicólogo ficaria incapacitado de pensar e realizar, de forma sensata, sua função de continente. Segundo Sanches:

“A atitude mental de continência não corresponde nem à incorporação, nem a expulsão dos conteúdos mentais presentes nas expectativas do paciente. É a possibilidade de manter-se entre a tênue fronteira entre envolvimento e distanciamento, podendo elaborar o impacto emocional desse encontro.”
(1993, p.8)

O psicólogo deve estar também atento à equipe médica (aqui compreendida como médicos e corpo de enfermagem). Ele pode propiciar um contato maior desses profissionais com sua própria realidade emocional, condição indispensável para uma relação de ajuda mais satisfatória, como também ajudá-los na elaboração de sentimentos de onipotência e de poder, com os quais os médicos lidam diariamente, incentivados por seus diplomas acadêmicos e pela esperança e crença (especialmente exacerbada na situação em análise) de todos aqueles que necessitam de cura e lenitivo para suas dores.

Com relação aos bebês, o psicólogo terá um obstáculo a superar, da mesma forma que os pais destes bebês: transpor a mediação imposta pela tecnologia que, se salva vidas, também as separa. Encontrará ele um bebê coisificado, especificado por números e traços; um bebê à espera de um colo físico e afetivo, que lhe proporcione o bem-estar do “holding”; um bebê que precisa de cuidados de maternagem, do “handling”; um bebê que necessita da presença materna para lhe oferecer o seio, primeiro objeto desejado a ser apresentado.

Depois de tantas privações e situações traumáticas pelas quais passa um prematuro, uma deve ser suprida o mais rápida e eficazmente: a privação materna. Spitz (1965), Bowlby (1972) e, mais especificadamente no caso de recém-nascidos, Goodfriend (1993) relataram de forma contundente o quanto a ausência materna é prejudicial ao bebê, no tocante aos aspectos afetivo-psíquicos e ao desenvolvimento.

Este bebê precisa de um outro ser humano para também tornar-se humano. Mas não uma pessoa qualquer. Tem que ser aquela que se permite enveredar na loucura imprescindível da “preocupação materna primária”, pois não é qualquer ligação que serve para a montagem de um novo ser humano. Um recém-nascido precisa de humanos especiais, que vieram antes dele, para cuidar dele e introduzi-lo no mundo. E a mãe,

neste início de vida, torna-se a grande tradutora, a ponte para a realidade e o espaço para a fantasia. Esta relação tem que ser intermediada pelo apego, não pela tecnologia; pela troca de olhares, no lugar da troca de sondas; de carícias em lugar de punções; de tato no lugar de monitores pregados ao corpo; de cheiro materno no lugar de odor de medicação; de colo ao invés de incubadoras.

O nascimento de um prematuro é um severo golpe à auto-estima das mães, à sua capacidade de maternagem e um desafio ao seu papel social e familiar. Por ser tão mobilizante, pode gerar na mãe um quadro de bloqueio de comportamentos e atitudes. Por isto, acredito que o impacto da internação - dolorosa e inevitável experiência - precisa ser exaustivamente vivenciado para a possível elaboração de seus conteúdos. A não-vivência do impacto impossibilita sair dele. E será fundamental que a mãe não se fixe no impacto, pois, se assim ocorrer, não haverá espaço interno para a representação mental deste “novo” filho real que terá de ocupar o lugar anteriormente preenchido pelo filho idealizado. Somente com esta troca de imagens será possível a criação de um espaço para o início da maternagem e dos registros nas primeiras páginas da agenda do apego.

O filho inviável deverá ceder lugar ao filho viável, e será no ponto de tangência entre a troca do olhar idealizado da mãe com o olhar

realista que será possível encontrar abertura para o início de contato entre a mãe e o bebê real. Seja ele como for, valerá a pena dizer: invista! Tem-se aí um ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFFLECK, Glenn & TENNEN, Howard. Appraisal and Coping Predictor of Mother and Child Outcomes after Newborn Intensive Care. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Farmington, Connecticut Health Center, 1991. vol.10, p.424-447.
- AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Tradução por Paulo César Geraldês e Sônia Regina Pacheco Alves. 2.ed. Rio de Janeiro, Masson do Brasil, 1980.
- ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Tradução por Dora Flaksman. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- BADINTER, Elizabeth. *Um Amor Conquistado - O Mito do Amor Materno*. Tradução por Waltensir Dutra. 2.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- BAUCHNER, Howard et al. Escalas de Prematuridade da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: Um Guia para Acompanhamento. *Clinicas Pediátricas da América do Norte*. Rio de Janeiro, Interlivros, 1988. vol. 6, p.1229-1252.
- BLACKMAN, James. Tratamento Neonatal Será Justificado? Seqüelas do Desenvolvimento de Neonatos de Muito Baixo Peso. *Clinicas Pediátricas da América do Norte*. Rio de Janeiro, Interlivros, 1991. vol. 6, p. 1571-1586.
- BOWLBY, John. *Cuidado Maternal y Amor*. Tradução para o espanhol por Margarita Montero. México, Paidós, Fondo de Cultura Econômica, 1972.
- BOWLBY, John. *Apego - Trilogia: Apego e Perda*. Tradução por Álvaro Carvalho. São Paulo, Martins Fontes, 1984. vol 1.

- BRAZELTON, T. Berry. *O Desenvolvimento do Apego - Uma Família em Formação*. Tradução por Dayse Batista. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- CREPALDI, Maria Aparecida. *Hospitalização Infantil: Estudo das Interações Família - Equipe Hospitalar*. Rio de Janeiro, 1989. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC.
- GOLDEMBERG, Ruth. Psicanalizar. In: MELLO FILHO, J. e LEAL SILVA, A. (Org.) *Winnicott - 24 Anos Depois*. Rio de Janeiro, Revinter, 1995. p.35-39.
- GOODFRIEND, Marlene S. Treatment of Attachment Disorder of Infancy in a Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*. Chicago, 1993. p. 139-142.
- GORSKI, Peter. Intervenção no Desenvolvimento Neonatal durante a Hospitalização - Criticando o Estado da Ciência. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*. Rio de Janeiro, Interlivros, 1991. vol. 6, p.1541-1552.
- KLAUS, Marshall & KENNEL, John. *Pais / Bebê - A Formação do Apego*. Tradução por Dayse Batista. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- KRATOCHVIL, Marianne, et al. Parent's View of Parent-Child Relationship Eight Years after Neonatal Intensive Care. *Social Work in Health Care*. Glenrose Rehabilitation Hospital Edmonton, 1991. vol.16, p.95-118.
- LAMY, Zeni C.; GOMES, Romeu & CARVALHO, Manoel. A Percepção de Pais sobre a Internação de Seus Filhos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria, 1997. n°.5, v. 73, p. 293 - 298.
- MORSCH, Denise. *O Desenvolvimento Afetivo em Situação de Alto-Risco Neonatal - Um Estudo sobre o Processo de Interação*. Rio de Janeiro, 1990. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC.

- MORSCH, Denise; CARVALHO, Manoel e LOPES, José Maria. *Programa de Acompanhamento e Visitação aos Irmãos de Bebês Internados em U.T.I. Neonatal* (Paper). Rio de Janeiro, Clínica Perinatal Laranjeiras, 1997. 11p.
- NICOLACI - DA - COSTA, Ana Maria. Questões Metodológicas sobre Análise de Discurso. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 1989. n.º.12. vol.4, p.103-108.
- NICOLACI - DA - COSTA, Ana Maria. A Análise de Discurso em Questão. *Teoria e Pesquisa*. Brasília, 1994. n.º. 2. vol.10, p.317-331.
- PERRIN, Ellen, et al. Is my child normal yet? *Advances*. Worcester, Massachusetts Medical Center, 1989. vol.6, p.14-17
- ODENT, Michel. A hora do nascimento é crucial para o futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 30 abril 95. Caderno 2, p.3
- PIONTELLI, Alessandra. *De Feto a Criança - Um Estudo Observacional e Psicanalítico*. Tradução por Joana Wilhelm, Nícia Lyra Gomes e Sonia Maria de Godoy. Rio de Janeiro, Imago, 1995.
- PRADO, Luiz Carlos. O Bebê inaugura a família: a Terapia Pais-Bebês. *Famílias e Terapeutas - Construindo Caminhos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- QUINIOU-PIZZOGLIO, Yolaine. Bébé en risque continu de traumatisme - Réanimation néonatale. *Revue Française de Psychosomatique*. Paris, Presses Universitaires de France, 1992. n.º.2. p. 97-103.
- RICHARDS, Martin. *O Bebê e o seu Mundo*. Tradução por Maria Lúcia G. Leite Rosa. São Paulo, Harper e Row do Brasil, 1981.
- SANCHES, Gisela et al. Aspectos Psíquicos da Interação Médico-Família na U.T.I. Pediátrica: *Manual de Terapia Intensiva*. São Paulo, Atheneu, 1993, p.5-9.

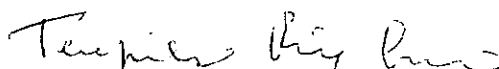
- SPITZ, René. *O Primeiro Ano de Vida: Um Estudo Psicanalítico do Desenvolvimento Normal e Anômalo das Relações Objetivas*. Tradução por Erothildes Millan Barros da Rocha. 7.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1992.
- THURMAN, Kenneth. Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit. *Family-Centered Early Intervention with Infants and Toddlers: Innovative Cross-Disciplinary Approaches*. Baltimore, Paul H. Brookes Publishing, 1993. p.173-209.
- WINNICOTT, Donald. *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução por Jane Russo. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.
- WINNICOTT, Donald. *O Ambiente e os Processos de Maturação - Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional*. Tradução por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- WINNICOTT, Donald. *Explorações Psicanalíticas*. Tradução por Dayse Batista. Artes Médicas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- WINNICOTT, Donald. A Mãe Dedicada Comum (1949): *Os Bebês e suas Mães*. Tradução por Jefferson Luiz Camargo. São Paulo, Martins Fontes, 1988.
- WINNICOTT, Donald. O Recém-Nascido e Sua Mãe (1964): *Os bebês e suas Mães*. Tradução por Jefferson Luiz Camargo. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RIO
pela aluna Maria Cristina Altoé Milanez, intitulada DO ÚTERO
MATERNO AO ÚTERO MECÂNICO - Estudo sobre o impacto da
internação de recém-nascidos prematuros numa Unidade de Terapia
Intensiva Neonatal, e aprovada pela Banca Examinadora constituída
pelos seguintes professores:



Maria Helena Novaes Mira

Professora-Orientadora PUC/RIO



Terezinha Féres Carneiro

Professora PUC/RIO



Ana Maria Nicolaci-da-Costa

Professora PUC/RIO

Visto e permitida a impressão. Em 30/10/98



Prof. Jurgen Heye

Coordenador dos Programas de Pós-
Graduação e Pesquisa do Centro de
Tecnologia e Ciências Humanas