

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MANUELA VILANOVA BARBOSA ALVES

NO CAMPO DE BATALHA: UM ESTUDO DAS REAÇÕES EMOCIONAIS DE PAIS DE
BEBÊS PRÉ-TERMO E SUAS RELAÇÕES COM A PARENTALIDADE

SÃO PAULO
2015

MANUELA VILANOVA BARBOSA ALVES

NO CAMPO DE BATALHA: UM ESTUDO DAS REAÇÕES EMOCIONAIS DE PAIS DE
BEBÊS PRÉ-TERMO E SUAS RELAÇÕES COM A PARENTALIDADE

Versão corrigida

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos para a obtenção do
grau de Mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Clínica
Orientadora: Prof^a Kayoko Yamamoto

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Alves, Manuela Vilanova Barbosa.

No campo de batalha: um estudo das reações emocionais de pais de bebês pré-termo e suas relações com a parentalidade / Manuela Vilanova Barbosa Alves; orientadora kayoko Yamamoto. -- São Paulo, 2015.

79 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Nascimento prematuro 2. Relações pai-criança 3. Estados emocionais I. Título.

RJ250

Nome: Manuela Vilanova Barbosa Alves

Título: No campo de batalha: um estudo das reações emocionais de pais de bebês pré-termo e suas relações com a parentalidade

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

A Leonardo

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Professora Kayoko Yamamoto pela paciência e compreensão nos momentos em que mais precisei.

Às professoras Elisa Yoshida e Ivonise Motta pelas preciosas contribuições no Exame de Qualificação.

À Equipe de Neonatologia do Hospital Universitário da USP não apenas por terem aceitado me receber como pesquisadora, mas, sobretudo, pela gentileza e presteza com as quais me receberam na fase do trabalho de campo.

Aos colegas do grupo de pesquisa pelo compartilhar de experiências, em especial, a Nirã, por sua delicadeza e disponibilidade.

Aos amigos que estiveram na torcida!

À minha família pela alegria que me revigora.

Aos meus pais, pela grandeza dos sonhos que sempre sonharam para mim, pela dedicação irrestrita para que estes se tornassem realidade e pelo amor que alimenta a minha capacidade de sonhar.

A minha irmã, companheira de todas as horas, alegrias e aflições, agradeço pelo apoio carinhoso, pela paciência e compreensão por todos os momentos em que estive ausente.

Ao meu cunhado pela generosidade em abrir mão de sua recém-esposa para nos atender nas múltiplas necessidades deste último ano.

Ao meu marido, companheiro fiel de dias e noites, agradeço por compreender e acolher as minhas angústias. Obrigada pelo apoio incondicional, pela força e incentivo.

Ao meu filho, tão pequeno e tão inspirador, obrigada por você existir em minha vida e me dar a oportunidade de experimentar esse amor sublime, belo e encantador.

A Deus por me dar a serenidade que me impulsionou a seguir em frente!

Todos os filhos são biológicos e adotivos. Biológicos, pois essa é a única maneira de existirmos concreta e objetivamente. Todos os filhos são adotivos, pois essa é a única forma de sermos verdadeiramente filhos” (Schettini, 1999).

RESUMO

ALVES, M. V. B. (2015). *No campo de batalha: um estudo das reações emocionais de pais de bebês pré-termo e suas relações com a parentalidade*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O nascimento prematuro é um problema de saúde pública, cujas consequências incidem tanto sobre as condições de sobrevivência do neonato, quanto sobre as reações emocionais dos pais. A separação precoce entre a mãe e o bebê, as limitações impostas pelo ambiente tecnológico de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para interação dos pais com o recém-nascido e o sofrimento psicológico vivido pelo casal parental podem repercutir na relação da tríade pai-mãe-bebê. O objetivo desse trabalho foi investigar o conjunto das reações emocionais apresentadas pelos pais de bebês pré-termo de muito baixo peso e as relações entre essas reações e o processo de transição para a parentalidade. Nesta pesquisa de abordagem qualitativa, os participantes foram 4 mães e 4 pais de bebês prematuros internados no Hospital Universitário da USP. Os dados foram coletados através de *entrevista semi-estruturada* e analisados através da análise de conteúdo. As coordenadas teóricas que sustentaram a análise foram as da teoria psicanalítica de Winnicott, junto a contribuições de outros autores, cuja elaboração teórica foi considerada relevante para a discussão do tema. Foram identificadas reações emocionais ligadas à interrupção precoce da gravidez, ao relacionamento com a criança, à relação do casal parental e à relação com a equipe de saúde. Sensações de medo, apreensão, estranhamento, sentimentos de incompletude, irrealidade e impotência, necessidade de apoio, percepção de transformação pessoal e dos vínculos conjugais compuseram as singulares reações emocionais de cada casal parental. Algumas dessas reações mostraram-se favorecedoras e outras dificultadoras do processo de transição à parentalidade. Nesse estudo, as dificuldades vividas pelos pais não se apresentaram, a priori, como um impedimento para a construção de um vínculo seguro e saudável com os seus filhos. Mas tais dificuldades evidenciam a necessidade, apontada em outros trabalhos, de que os pais recebam atenção especializada do profissional da saúde mental, assim como, assistência integral da equipe de saúde tanto na internação, quanto no período da gravidez e após a alta hospitalar.

Palavras-chave: Nascimento prematuro; Relações pais-criança; Estados emocionais.

ABSTRACT

ALVES, M. V. B. (2015). *On the battlefield: a study of emotional reactions of parents of preterm infants and its relationship to parenthood*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The birth of a premature infant is a public health problem, whose consequences affect the living conditions of the newborn and parents' emotional reactions. The early separation between mother and baby, the limitations established by technological environment of a neonatal intensive care unit for parents-child relation and parental couples' psychological distress may affect the relationship of triad father-mother-infant. The goal of this study was investigate the emotional reactions set presented by very low birthweight infants' parents and relationship between these reactions and transition to parenthood. This study used qualitative research and the subjects were 4 mothers and 4 fathers of very low birthweight infants admitted at University Hospital of USP. Data were collected through semi-structured interviews and were analyzed through content analysis. The theoretical coordinates that supported analysis were the Winnicott's theories add contributions from other authors, whose theoretical elaborations were considered relevant for discussion. Were identified emotional reactions linked to early interruption of pregnancy, to relationships with child, with health team and parental couple's relationship. Fear, apprehension, estrangement, feelings of incompleteness, unreality and helplessness, need support, personal transformation and marital bonds composed the singular emotional reactions of each parental couple. Some of these reactions proved to be favoring and other cause difficulties of transition to parenthood. In This study, the difficulties experienced by parents were not a obstacle to building a secure and healthy bond with their children. But, these difficulties highlight the need for parents to receive specialized care of mental health professionals, as well as, comprehensive care of the health team during hospitalization, pregnancy and after discharge.

Key words: Premature birth; parente child relations; emotional states

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

PREFÁCIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	O NASCIMENTO DE UM PAI E DE UMA MÃE: NO CAMPO DA PARENTALIDADE	20
3.	PREMATURIDADE: ASPECTOS PSÍQUICOS	24
4.	OBJETIVOS	29
5.	MATERIAL E MÉTODO	30
5.1.	Participantes	30
5.2.	Local	31
5.3.	Instrumento	31
5.4.	Procedimentos	31
5.5.	Tratamento dos dados	32
6.	RESULTADOS	33
7.	DISCUSSÃO	43
7.1.	À ESPERA	43
7.2.	SENTINDO-SE EM UM CAMPO DE GUERRA	44
7.3.	REAÇÕES EMOCIONAIS NO CONTEXTO DA RELAÇÃO COM O OUTRO	48
7.4.	PÓS-NATAL DA PARENTALIDADE	56
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
	ANEXO A	68

PREFÁCIO

Em meados de 2010 ingressei num Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doecido. O programa era desenvolvido num hospital materno-infantil localizado no município do Rio de Janeiro que atendia, prioritariamente, situações de saúde complexas: gravidezes de alto risco para o bebê e crianças com doenças crônicas, raras e graves.

Era um universo totalmente novo. Não imaginava que uma criança poderia permanecer dois anos internada num hospital sem nunca ter tido ido à casa, muitas vezes sendo cuidada exclusivamente pela equipe de saúde. Impressionava-me, por outro lado, com a evolução de crianças cujo prognóstico era, de início, sombrio, sem a menor perspectiva de melhora e, quase que de repente, superavam todas as expectativas, esbanjando vitalidade.

Uma das etapas dessa especialização foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Na UTIN, passei a perceber que a história daquelas crianças que eu via nas enfermarias de pediatria começava com marcas intensas num universo bastante heterogêneo, constituído por mães que não conseguiam sair de perto dos filhos, outras que nunca apareciam, casais que se fortaleciam com a experiência, outros que rompiam. A UTIN era um espaço confuso, barulhento, permeado por tensões e ambivalências, estranhamente rico para a Psicologia e campos afins.

Decidi que a minha pesquisa de conclusão do curso seria realizada naquele ambiente e o recorte escolhido foi estudar a experiência dos homens-pais, cujos filhos nasciam prematuros e necessitavam de internação, já que os homens estavam em menor número tanto na Unidade quanto na literatura científica. Queria entender como eles se percebiam no novo papel, que sentimentos eram suscitados pelo nascimento prematuro, que elementos favoreciam a aproximação entre pais e bebês. Pensava nas mães que atendia nas enfermarias, que quase sempre estavam sós, com todas as atribuições relacionadas à casa, a filho, ao sustento.

Os resultados da pesquisa mencionada ofereceram-me hipóteses sobre o que favorecia a participação desses pais: aspectos ligados à sua própria história, à relação com a equipe de saúde, à relação com a mãe do bebê, entre outros. Levaram-me, por outro lado, a olhar com mais atenção as particularidades ligadas ao nascimento prematuro e ao processo de tornar-se pai e tornar-se mãe nesse contexto.

Foi a partir dessa experiência que surgiu o interesse em ampliar a pesquisa, que agora se concretiza.

1. INTRODUÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil o alto número de neonatos de baixo peso ao nascer constitui um importante problema de saúde pública e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal. Em todo o mundo nascem mais de 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. (Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), o bebê prematuro/pré-termo é aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas completas, sendo considerado muito pré-termo o bebê que nasce entre 28 e 33 semanas e extremamente pré-termo aquele que nasce antes das 28 semanas de gestação. A incidência também é baseada no peso ao nascer, sendo considerado bebê de baixo peso quando o peso é inferior a 2500g, muito baixo peso quando é inferior a 1500g e extremo baixo peso quando é inferior a 1000g.

As causas da prematuridade são multifatoriais e, normalmente incluem uma combinação de aspectos, tais como: comportamento individual e fatores psicológicos, condições médicas, tratamentos de infertilidade e elementos genéticos e biológicos. (Nix & Ansermet, 2009).

A prematuridade não é um problema apenas no Brasil. De acordo com Nix e Ansermet (2009), o nascimento prematuro é uma condição complexa que se tornou um problema de saúde pública nos países industrializados e apresenta duas consequências de mais amplo alcance. A primeira diz respeito às condições de sobrevivência do neonato e a segunda às reações emocionais dos pais e o impacto destas reações para a criança e para a relação pais-criança.

O interesse particular pela maneira como estes pais reagem ao nascimento prematuro e pelas repercussões deste evento para a construção da parentalidade advém do pressuposto segundo o qual as circunstâncias de um nascimento que se dá na urgência, prematuramente, possa trazer dificuldades para o estabelecimento de relações que são essenciais para a emergência de um Sujeito.

No nascimento prematuro, o bebê é separado precocemente da mãe e privado dos cuidados parentais que um bebê nascido a termo normalmente recebe. Os estudos com essa população mostram que os pais vivenciam sentimentos de medo, culpa, ambivalência e

ansiedade, sobretudo quando o nascimento acontece muito antes do esperado e o recém-nascido necessita de internação.

O casal parental vive momentos difíceis, desde que é anunciada a necessidade de antecipar o parto. De acordo com Mathelin (1999), a experiência idealizada pelos pais, que imaginavam o nascimento como um dia calmo e sereno, nada se assemelha à urgência suscitada pelo nascimento prematuro.

No ambiente da UTIN, o neonato é exposto a procedimentos invasivos e dolorosos, à hiperestimulação, a odores desagradáveis, a todo tipo de estimulação tátil e sonora que nada tem a ver com o ambiente uterino. (Moreira, 2003).

Os pais, por sua vez, são confrontados com uma série de preocupações relacionadas, entre outros aspectos, às chances de vida do bebê e a possíveis sequelas provocadas pela prematuridade. Precisam adaptar-se ao ritmo de um ambiente altamente tecnológico, que muitas vezes, parece-lhes hostil e pouco amigável. (Ministério da Saúde, 2011).

Do ponto de vista da psicanálise, o parto prematuro pode ativar na mãe as fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o seu bebê. A mãe é exposta a se sentir ferida em seu narcisismo por não ter conseguido levar sua gestação a termo e a prematuridade pode representar a confirmação de suas fantasias de castração. Dessa forma, a interação mãe-bebê pode ser amplamente perturbada. (Brazelton & Cramer, 1992).

A respeito das repercussões da prematuridade a longo prazo, de acordo com Linhares et al. (2000), diversos estudos mostram que crianças prematuras de muito baixo peso são um grupo de risco para uma série de problemas de desenvolvimento psicológico, além disso, revelam que quanto mais baixo o peso no nascimento, maior a probabilidade de que esses problemas causem sequelas de difícil reversão. Por outro lado, a literatura pesquisada aponta que as condições ambientais familiares podem atuar de modo significativo, seja atenuando, seja agravando o desencadeamento de problemas na criança.

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou um conjunto de medidas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família, a partir de um modelo de assistência batizado de Método Canguru. O referido modelo enfatiza a aproximação precoce do recém-nascido aos pais, busca estimular a entrada dos pais na UTIN e o estabelecimento do contato pele a pele com o bebê, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para a dupla. (Ministério da Saúde, 2011).

Um Manual Técnico, publicado em 2011, cuja base é a norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Canguru, instituída em 2007, visa

contribuir para a melhoria da assistência perinatal, através do olhar e do respaldo teórico de diferentes campos do saber, conforme descrito:

A norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso reúne conhecimentos acerca das *particularidades físicas e biológicas* e das necessidades especiais de *cuidados técnicos e psicológicos* do casal grávido, da gestante, da mãe, do pai, do recém-nascido de baixo peso e de toda a sua família. Abrange também a equipe de profissionais responsável por esse atendimento, buscando motivá-la para mudanças importantes em suas ações como cuidadores. (Ministério da Saúde, 2011, grifo nosso, p.6)

A partir dessas pontuações, informamos ao leitor que apresentaremos, neste trabalho, uma pesquisa clínico-qualitativa, realizada com pais e mães de bebês pré-termo. O objetivo desta pesquisa foi investigar o conjunto das reações emocionais apresentadas por estes pais frente ao nascimento prematuro e buscar entender de que maneira estas reações podem impactar o processo de construção da parentalidade.

Antes de iniciar a apresentação dos capítulos, exporemos, brevemente, um recorte das pesquisas com interesses semelhantes. No levantamento bibliográfico realizado foram identificados trabalhos empíricos, realizados em sua maioria por profissionais não psicólogos, especialmente enfermeiros, sobre as experiências e vivências dos pais durante a internação do filho prematuro, abordando aspectos, tais como a relação dos pais com a equipe, os sentimentos vivenciados durante a internação do filho e as percepções de si e da situação. Apresentaremos alguns destes trabalhos e citaremos outros pela aproximação entre os resultados encontrados.

Um metassíntese de pesquisas da enfermagem a respeito da experiência de ter um bebê prematuro incluiu 14 estudos qualitativos realizados em 5 países (Aagaard & Hall, 2008). Os autores categorizaram os resultados encontrados em cinco metáforas, que se referem às posições das mães durante os momentos iniciais da internação de seus filhos. De acordo com a revisão, sentimentos de perplexidade, distanciamento, passividade e um olhar voltado para o ambiente tecnológico marcam os momentos iniciais. As mães usam, por sua vez, estratégias para estreitar a relação com o bebê e lidar com as adversidades do ambiente e da situação. Essas estratégias caracterizam-se pelo estabelecimento de um contato mais próximo com a equipe, pela reivindicação do lugar de mãe, por uma posição mais ativa e um olhar voltado para o bebê. Os autores da metassíntese concluem que a relação da mãe com os profissionais da enfermagem exerce um papel crucial para a percepção de bem-estar daquela e para o encontro mãe-bebê.

Semelhante a esse resultado, o artigo *Ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva*, a partir de um referencial heideggeriano, mostra que a trajetória das mães na UTIN é caracterizada por uma aproximação gradativa com o recém-nascido. De acordo com as autoras, os momentos iniciais são marcados pelo medo da morte e por ambiguidades, o ser-mãe relaciona-se com o filho de início em suas impossibilidades, na impropriedade, com base no falatório, mas a partir de experiências positivas, consegue transitar para uma possibilidade de pre-ocupação com o filho, quando sente o bebê com seu e confia em si. (Melo, Souza & Paula, 2012).

Pesquisas mais recentes identificaram resultados nessa mesma direção. Num estudo cujo objetivo foi investigar a experiência de ser mãe de um bebê prematuro, os significados de permanecer num hospital 24 horas/dia e a experiência de estar em casa com o bebê, os pesquisadores Hall, Kronborg, Aagard e Brinchmann (2013) identificaram três temas principais: a *repentina e incerta entrada para a maternidade*, caracterizada por uma falta de intimidade com o bebê e incerteza quanto à sua sobrevivência, a *estada no hospital*, que apontou a importância do contato físico com o bebê, do suporte, de informação e cuidados por parte dos profissionais e das redes de suporte formadas entre as mães e, a *volta para casa*, que sinalizou a atitude responsiva das mães em relação aos bebês, o apoio do parceiro e da família e preocupações em relação ao desenvolvimento do filho.

Outros estudos identificaram as seguintes reações: reações iniciais de medo de tocar o bebê (Melo, Souza & Paula, 2014), medo e ansiedade diante das incertezas (Santos, Morais, Santana, Oliveira & Nery 2013; Souza, Araujo, Costa, Medeiros & Accioly, 2010; Lima, Fernandes, Dantas, Bezerra, Barbosa, 2007), impacto na vida diária e na dinâmica familiar (Santos et al., 2013); mães experimentam um período existencial de vulnerabilidade (Melo, Souza & Paula, 2014); sentimentos de desespero e tristeza (Lima et al., 2007; Souza et al., 2010), conflitos na relação com a equipe de saúde (Lima et al., 2007; Souza et al., 2010) e distanciamento do convívio social e familiar (Lima et al., 2007; Santos et al., 2013).

Um conjunto de trabalhos (Melo, Souza & Paula, 2014) apontam que os profissionais da Enfermagem devem estar atentos às necessidades das mães, colocar-se à disposição de ouvi-las e lançar mão de estratégias que favoreçam e fortaleçam a competência materna.

Um trabalho com tema mais específico, voltado à investigação sobre aspectos da transição para a parentalidade, considera que o contexto do nascimento precoce e o estado de saúde instável do recém-nascido levam a circunstâncias que dificultam a sensibilidade parental e o estabelecimento de laços seguros. Esta pesquisa, realizada com pais e

enfermeiros, mostra que a transição para a parentalidade é marcada por crise, sentimentos de incerteza e impotência, que levam os pais a vivenciarem o que os pesquisadores chamaram de *liminality*, um estado de limbo. Segundo os autores, essa vivência pode ser compreendida, levando-se em conta que os pais mudam de status com o nascimento dos filhos, mas sem os papéis físicos, sociais e psicológicos que normalmente acompanham os pais de bebês que nascem a termo. (Watson, 2010)

Um segundo trabalho nessa mesma direção envolveu uma comparação entre pais de bebês pré-termo e a termo em relação a dois aspectos na transição à parentalidade: percepção de auto-eficácia parental e *stress related-growth* (experiência de mudança positiva na vida seguida a circunstâncias de estresse). Participaram da pesquisa 99 casais, que responderam a questionários que visavam mensurar percepção de auto-eficácia, auto-estima, estilo de apego e temperamento da criança. Não foram encontradas diferenças nos dois grupos em relação à percepção de auto-eficácia parental. Os autores sugerem que esse resultado pode ser explicado por terem sido investigados pais de bebês que não estavam em perigo. Sobre a experiência de crescimento, verificou-se que os pais dos bebês prematuros relataram níveis mais altos do que os pais de nascidos a termo. Em relação ao gênero, os pais-homens apresentaram níveis maiores de percepção de auto-eficácia e as mães relataram significativamente níveis mais altos de crescimento que os pais. (Spielman & Taubman-Bem-Ari, 2009).

Sobre a transição para a paternidade (*transition to fatherhood*), uma revisão de literatura (Genesoni & Tallandini, 2009) constata que, apesar do amplo interesse sobre o tema da paternidade, poucos estudos investigaram o processo de se tornar um pai. Esse trabalho indica que as características da transição podem variar em relação ao período pré-natal, ao parto e nascimento e ao período pós-natal. E que a complexidade do processo transicional envolvido na formação de uma identidade paterna pode ser vista como resultado de transformações ocorrendo em 3 diferentes níveis: reajustamento para uma nova auto-imagem, formação de uma relação triádica e adaptação para uma nova posição no contexto social. Importante ressaltar que nessa revisão foram excluídos artigos sobre pais com crianças de alto risco.

Ainda sobre os pais, uma pesquisa realizada por Herzog, Muller-Nix, Mejia e Ansermet (2003) com pais de bebês prematuros mostrou que o papel do pai não se restringe à tradicional noção psicanalítica de função paterna, considerada quase que exclusivamente com aquela do terceiro separador. Os autores identificaram e distinguiram três facetas: o pai como procriador (identificação do pai com a criança como uma parte de si mesmo, díade pai-bebê),

o pai como terceiro (função de terceiro entre a mãe e a criança, tríade pai-mãe-bebê) e o pai como parceiro da mãe (posição de alteridade em relação à mãe, díade pai-mãe). Observaram que os pais vivenciam o nascimento prematuro de um modo sensivelmente menos traumático do que as mães e rapidamente tornam-se funcionais para efetuar um trabalho de ligação psíquica entre a mãe e o bebê. Diferente da mãe, que vivencia o primeiro momento (momento de entrada no trauma, de sideração inicial) com sentimentos de falha e culpabilidade, os homens experimentam sentimentos de impotência. Os autores supõem que os pais parecem ter os dispositivos psíquicos e físicos mais facilmente mobilizados, de tal forma que eles podem ativar defesas habituais e manter um controle sobre a realidade.

Para concluir os autores defendem que no nascimento prematuro o pai é um terceiro que, em vez de separar, faz a ligação entre a mãe e a criança, operando, ao mesmo tempo, um trabalho psíquico de reunificação e diferenciação. (Herzog et al., 2003).

Em pesquisa mais recente Szijarto, Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet e Nix (2009) chegaram a observações semelhantes. Eles constataram que os pais parecem menos vulneráveis psiquicamente ao evento da prematuridade que as mães, especialmente se a criança não está gravemente doente. Os autores refletem que nesta posição os pais podem facilitar o encontro da mãe com o bebê, pois numa posição mais ativa o pai aliviaria as mães de suas inquietudes. Entretanto, também consideram que a mãe pode experimentar a posição do pai como uma dimensão de rivalidade.

A análise desses trabalhos mostra que há uma preocupação, em especial do campo da Enfermagem, com o sofrimento vivido por pais e mães de bebês pré-termo e as repercussões do mal-estar vivido para as relações entre pais e equipe de saúde. Estes profissionais estão na linha de frente do cuidado e, nem sempre, estão preparados para lidar com a intensidade de afetos e os transbordamentos que, muitas vezes, gera dificuldades na relação entre pais e enfermeiros.

Os trabalhos mais voltados para análises psicológicas contribuem para um aprofundamento das questões a partir da compreensão dos processos psíquicos envolvidos nesse universo. Conforme sinalizado, a presente pesquisa tem o objetivo de trazer contribuições para essa clínica e para os profissionais que nela atuam.

No capítulo 2 serão apresentadas as contribuições de teóricos que trabalham com o conceito de parentalidade, um neologismo que sublinha as mudanças psíquicas que ocorrem no homem e na mulher com o nascimento de um filho e, sobretudo, a noção de processo pressuposto nesse conceito. Conceitos clássicos nessa área, como os de “transparência da

gravidez”, “preocupação materna primária” e “constelação da maternidade” são trazidos para nos ajudar a pensar sobre o processo de tornar-se pai e mãe em circunstâncias nas quais uma série de fatores adversos intervém demarcando singularidades.

No capítulo 3 serão apresentadas as contribuições de teóricos a respeito do impacto do nascimento prematuro para a construção e o desenvolvimento da parentalidade na relação pais com seus bebês.

No capítulo 4 serão apresentados os objetivos da pesquisa. No capítulo 5 o Percorso Metodológico, no capítulo 6 os Resultados da pesquisa, no capítulo 7 a Discussão e no capítulo 8 as Considerações Finais.

2. O NASCIMENTO DE UM PAI E DE UMA MÃE: NO CAMPO DA PARENTALIDADE

Parentalidade é um neologismo que começou a ser usado na literatura psicanalítica francesa a partir dos anos 60 para marcar a dimensão de processo envolvido na construção do papel de pai e do papel de mãe. Tem o objetivo de assinalar que não basta ser genitor nem ser designado como pais a partir do entendimento de que o “nascimento” de um pai e de uma mãe acontece através de um processo, que implica níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental e é considerado complexo, grandioso e desafiador (Houzel, 2004; Silva, 2004).

Para Moro (2002), a parentalidade é um produto de múltiplas influências. Diversos elementos – sociais, culturais, individuais e da própria criança – fabricam a parentalidade.

De acordo com Houzel (2004), o conjunto das funções adquiridas pelos pais articula-se em três eixos: o exercício, a experiência e a prática da parentalidade. O exercício da parentalidade é o que funda e organiza a parentalidade, situando cada indivíduo nos seus laços de parentesco, assim como, dos direitos e deveres. A prática da parentalidade envolve as tarefas cotidianas que os pais executam com a criança, os cuidados físicos e psíquicos. Já a **experiência da parentalidade** diz respeito à experiência subjetiva consciente e inconsciente do fato de vir a ser pai e de preencher papéis parentais. Esta experiência compreende vários aspectos, tais como o desejo pela criança e o processo de transição em direção à parentalidade.

Para Houzel (2004), no decorrer dessa transição, modificações psíquicas se produzem nas mães e nos pais, muitas delas já estudadas no campo da psicologia e da psicanálise. O autor refere-se à *preocupação materna primária*, descrita por Winnicott, à *transparência da gravidez* descrita por Bydlowski, à *constelação da maternidade* por Daniel Stern e aos distúrbios psicopatológicos (síndrome de *couvade*, distúrbios de conduta, psiconeuroses da paternidade) que acontecem com os pais.

A *preocupação materna primária* foi definida por Winnicott (1993) como uma condição psicológica particular das mães, um estado de sensibilidade aumentada que o pediatra e psicanalista observava em seus atendimentos. Para ele, esta condição se desenvolve

gradualmente e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final da gravidez e continua por algumas semanas depois do nascimento da criança. Caracteriza-se por ser um estado organizado, que se não fosse pela gravidez, seria considerada uma doença.

Para Winnicott (1993), a mãe que desenvolve o estado de preocupação materna primária fornece um setting no qual a constituição do bebê pode mostrar-se, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida.

Bydlowski (2002) também observou a ocorrência de um estado psíquico particular na mulher durante a gestação. Para a pesquisadora, a gestação caracteriza-se por ser um período de crise maturativa, que mobiliza energia psíquica, despertando ansiedade e conflitos latentes, assim como busca de novas potencialidades e engajamento nestas. Nesse período a mulher experimenta um estado de transparência em que os fragmentos do pré-consciente e do inconsciente chegam facilmente à consciência, o que foi denominado pela psicanalista de *transparência da gravidez*. Esse estado é marcado por um superinvestimento da história pessoal da mulher e de seus conflitos infantis.

Daniel Stern (1997) descreveu a *constelação da maternidade*, que ele entende como uma nova e única organização psíquica que a mãe entra quando tem um filho, especialmente o primeiro. Essa organização, temporária e de duração variável, caracteriza-se por uma nova série de tendências de ação, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. E durante essa época torna-se o eixo organizador dominante para a vida psíquica da mãe. Não é universal, nem inata, e é um fenômeno observado em sociedades ocidentais e pós-industriais.

A constelação da maternidade, segundo Stern (1997) refere-se a três preocupações e discursos diferentes, mas relacionados, que são: o discurso da mãe com sua própria mãe, especialmente com sua mãe-como-mãe-para-ela-quando-criança; seu discurso consigo mesma, especialmente, com-ela-mesma-como-mãe; e seu discurso com o bebê.

A partir desse referencial, vemos que a gravidez é um período de grande importância para a parentalização. As mudanças psíquicas que normalmente ocorrem na gestação, como a preocupação médica primária, que tem seu início no final da gravidez, vão preparando a mulher para a maternidade. Para Brazelton e Cramer (1992), a gravidez reflete toda a vida da mulher anterior à concepção. Suas experiências com seus pais, sua vivência de triângulo edipiano, as forças que a levaram a adaptar-se a essa situação e a separar-se dos pais, tudo isso influenciando sua adaptação ao novo papel.

Os estudiosos apontam que o processo de parentalização começa desde muito cedo, antes mesmo da gravidez. Nesse processo há uma potencial reelaboração das experiências passadas, conscientes e inconscientes, e de conflitos não resolvidos, particularmente aqueles ligados a experiências da infância. Acontecem, por outro lado, também mudanças significativas de identificação com as figuras parentais (Nix & Muller, 2009; Zornig, 2010). De acordo com Lebovici (2004), construir a parentalidade no imaginário e lidar com os próprios pais vai permitir aos novos pais se prepararem para o difícil trabalho de tornar-se um pai e uma mãe.

Mesmo antes de nascer, o bebê já existe no inconsciente dos pais; os pais imaginam e tem fantasias sobre eles. De acordo com Stern (1997), o mundo mental das representações maternas e paternas exerce um papel de grande relevância à construção do senso de self do sujeito, o que denota a importância desse processo tanto para os pais quanto para os bebês.

De acordo com Daniel Stern (1997), o mundo das representações maternas e paternas inclui as fantasias, medos, sonhos, lembranças da própria infância, modelos de pais, profecias para o futuro do bebê e inclui também as experiências dos pais em relação às interações com o seu bebê.

Bernard Golse (2002) afirma que os pais têm quatro bebês em mente: a criança imaginada ou fantasmática, a criança imaginária, a criança narcísica e a criança mítica. A criança imaginada é aquela que cada pai tem, separadamente, em sua mente a partir de sua história. A criança imaginária é uma representação menos inconsciente construída pelo casal. A criança narcísica é a ideia do que eles representam para os adultos sucessores. E a criança mítica é aquela que se refere a um grupo de representações coletivas de uma determinada sociedade, em um determinado momento.

As representações em torno do bebê influenciam a futura relação dos pais com seus bebês e a presença real da criança, suas competências e sua capacidade interativa influenciam a ação de parentalização.

Nesse sentido, parece consensual entre os estudiosos da parentalidade o entendimento de que a parentalidade é um processo de co-construção, considerando-se que o bebê participa ativamente no estabelecimento das relações.

Para Solis-Ponton (2004), *a criança constrói e parentaliza os pais ao mesmo tempo em que ela mesma se constrói*. É o que também pensa Zornig (2010), para quem há uma mutualidade nas trocas entre pais e bebês, que possibilita ao infante iniciar o processo de subjetivação e permite aos pais se apropriarem de seu lugar de pais.

Bernard Golse (2002) fala sobre o conceito de Psiquiatria Perinatal, definindo-a como uma área que estuda os mecanismos que permitem ao adulto influenciar o bebê, como também os que permitem ao bebê influenciar o adulto e, em alguns casos, entrarem juntos em círculos viciosos, psicopatológicos. Essa abordagem compreende o período que vai desde a concepção e que a antecede – período no qual se tem o desejo de ter um filho – até os 12 ou 18 meses depois do nascimento.

De acordo com o autor, a Psiquiatria Perinatal leva em conta seriamente o modo como o bebê irá inscrever-se em uma história.

os bebês certamente têm necessidade de uma história biológica, genética, de uma história neurobiológica, mas também têm a necessidade de uma *história relacional*, de se inscrever na história de seu pai, da sua mãe, do casal, dessa família, do seu grupo social, do seu grupo cultural. (p. 120-21)

A importância dessa inscrição é apontada por outros estudiosos e clínicos. Missonnier (2004) indica a importância da formação de um “ninho” narcísico parental, formado pela copresença da linhagem materna e paterna, para acolher o bebê. A autora usa a metáfora do “*funcionamento psíquico placentário*” para indicar que metaforicamente a placenta, que é formada por células maternas e paternas, representa a base desse ninho.

Para Zornig (2010), o processo de filiação inicia-se antes do nascimento do bebê e faz-se a partir da transmissão consciente e inconsciente da história infantil de cada um dos pais, de seus conflitos inconscientes e da relação com sua própria representação sobre a parentalidade.

Ainda para essa autora, a parentalidade é fortemente marcada pelas fantasias e fantasmas parentais e pode ser exercida de forma criativa ou sintomática, tendo a função de transmitir a história transgeracional às gerações futuras ou de repetir sintomaticamente os segredos e conflitos passados.

A autora afirma que o luto pela não correspondência entre o bebê imaginado e o bebê real é muito difícil, porque os pais precisam empreender, ao mesmo tempo, uma dupla tarefa: por um lado, investir seu bebê com suas representações narcísicas e fantasmáticas, por outro, reconhecer sua alteridade, conhecer, respeitar e aceitar o bebê em sua individualidade. Desta forma, inscrevê-lo em uma história familiar e transgeracional e construir uma relação com a marca do novo, indo além de uma repetição do passado.

2.1. Apontamentos sobre as mudanças na família e o lugar do pai

De acordo com Herzog, Muller-Nix, Mejia e Ansermet (2003), a redução de poder social e familiar dos pais, a modificação de seu status e de suas funções e certa desestabilização da instituição paterna nos planos legal, biológico e familiar coloca o homem em dificuldade de assegurar a transmissão de sua paternidade, sendo isto justamente o que permite a seu filho aceder no sentido da filiação.

As transformações sócio-culturais ocorridas no espaço público e privado, sobretudo na década de 60, afetaram a forma de viver e de construir a identidade de gênero. O conflito de gerações promovido pelo confronto da juventude com a estrutura patriarcal, a entrada da mulher no mercado de trabalho, os anseios femininos por emancipação e igualdade entre os sexos promoveram transformações que abalaram a tradicional hierarquia do modelo patriarcal. Essas mudanças tiveram repercussões no desempenho das funções do homem e da mulher na sociedade e no interior da família. (Freitas et al., 2009; Almeida, 2008).

De acordo com Barros, Menandro e Trindade (2006), no pensamento social, as mudanças nos papéis parentais convivem com resquícios do determinismo biológico, configurando um quadro de rupturas e permanências, no qual os modelos tradicionais de maternidade e paternidade coexistem com outros repertórios forjados mais recentemente, produzindo novos modelos e valores que interagem com os modelos arcaicos já consolidados.

Ao mesmo tempo, aumentam as expectativas da sociedade em torno do homem-pai, que é muito muitas vezes exposto a sentimentos de desamparo, frente à falta de modelos e referências (Almeida, 2008).

Para Marinho (2009), uma transformação social de tamanha significância em tão pouco tempo, não poderia ocorrer sem algum desconforto psíquico, mesmo para os homens que assumem a “nova paternidade”. O psicanalista chama atenção para as eventuais dificuldades enfrentadas pelo homem para sustentar esse novo jeito de ser pai e indica que para muitos homens o relacionamento cotidiano com a mulher e o filho apresenta sinais de desconforto, confusão, alterações de comportamento, reações emocionais inusitadas e, ocasionalmente, angústia.

3. PREMATURIDADE: ASPECTOS PSÍQUICOS

Discorreremos no tópico anterior sobre a importância da construção das representações sobre o bebê durante a gestação para a fabricação da mãe, para o reconhecimento do seu novo papel e para o início de uma relação com o bebê. O parto prematuro, com toda a violência que lhe é peculiar, interrompe o processo de construção do bebê imaginário (Mathelin, 1999; Zornig, Morsch & Braga, 2004) e confronta a mãe com um bebê muito diferente daquele idealizado por ela. Esse parto acontece na urgência, produz angústia e sofrimento para os pais, num momento em que eles esperavam receber as tradicionais congratulações e levar seu bebê para casa.

De acordo com Andrade (2002), quando o nascimento acontece antes do esperado, o tempo necessário para que os pais ajustem melhor suas representações e criem um espaço mental para as futuras representações ligadas ao bebê real é curto ou simplesmente não existe. Referindo-se a Daniel Stern, a autora aponta que uma situação bastante perturbadora para os pais é aquela em que eles não conseguem planejar um curso de desenvolvimento para seu bebê, onde o que se percebe é um vazio representacional.

Os primeiros encontros entre os pais e os bebês tendem a ser difíceis na UTI Neonatal. Morsch e Braga (2003) referem-se a esse (des) encontro como uma espécie de curto-circuito nas interações da tríade pai-mãe-bebê, geradas principalmente pelo estranhamento que a situação provoca nos pais e pela dificuldade do bebê em interagir de maneira evidente.

As mães são abaladas por um sentimento de culpa (Mathelin, 1999), sentimento este descrito em praticamente todos os relatos de pesquisa que envolvem esse grupo de pais.

Os pais, embora nem sempre reconhecidos, também são convocados a assumir seu papel de pai prematuramente.

Mathelin (1999) entende que o pai, em sua função, permite ao filho não estar totalmente assujeitado ao desejo materno. Na função de interditor, ele será aquele que para além de si, interessará à mãe da criança. Sua presença, ou de qualquer outro que possa vir ocupar esta função, permitirá ao filho escapar à posição de objeto do fantasma materno.

Mas alerta que no nascimento prematuro, *o lugar do pai, que quase sempre é difícil e incerto*, torna-se ainda mais. Ela observa um deslocamento de função e de posição materna e paterna. Nesse caso, quase sempre é o pai que apresenta o filho à mãe - muitas vezes acamada

- e sua função habitualmente “separadora” se inverte porque é ele que prepara o encontro entre a mãe e o filho. Mathelin (1999) sugere que esse deslocamento terá implicações para o casal parental.

Conforme já mencionado, pesquisas mais recentes apresentam outros pontos de vista, advertindo que o homem acaba exercendo diferentes papéis ao mesmo tempo, que são distintos, mas sincrônicos.

Referindo-se ao pós-parto, Szijarto et al. (2009) observa que, no nascimento prematuro, as representações parentais podem ser complicadas por sentimentos muito ambivalentes. Essa ambivalência se caracteriza por uma mistura entre o desejo de se aproximar da criança e impulsos de se distanciar para se proteger de angústias intoleráveis.

Como podemos observar, a entrada na maternidade e na paternidade começam de uma maneira muito diferente para esses pais. O conjunto de elementos peculiares a esse contexto, que inclui, como já foi dito, uma incubadora em vez de braços familiares para acolher o bebê, tristeza em vez de felicitações, impõe grandes desafios.

De acordo com Szejer (1999, p. 59), *a separação imposta pela necessidade médica ameaça criar um vazio de palavras, um buraco de linguagem em torno da criança* - o que pode constituir-se num risco sério para o nascimento do sujeito. A psicanalista observou na clínica com mães de prematuros que elas conseguiam entrar no estado de preocupação materna primária, mas esta acabava caindo no vazio, porque as mães não podiam se ocupar dos cuidados do bebê.

Mathelin (1999) salientou a dificuldade que tem as mães de prematuros na passagem da criança imaginária para a criança real. Para a psicanalista, o recém-nascido internado em uma UTIN, prematuro, quieto, que pouco abre os olhos e quase não interage com o meio, é um bebê que quase não dá a mãe retorno narcísico e que acaba por acirrar ainda mais conflitos psíquicos, deixando-a mais ambivalente e insegura em relação a ele.

Se no nascimento a termo, o encontro com o bebê tranquiliza a mãe, no nascimento prematuro, o bebê falta ao encontro da reparação e deixa a mãe no vazio. (Mathelin, 1999).

Diversos autores consideram o potencial traumático deste evento. Para Herzog et al. (2003), o nascimento prematuro dispara no psiquismo dos pais um transbordamento pulsional, comparado a um evento traumático, que se caracteriza por um afluxo de excitações exteriores, as quais excedem as capacidades de continência do aparelho psíquico.

Para Agman, Druon e Frichet (1999), é necessário oferecer aos pais a possibilidade de falar sobre esse traumático, *“fazendo surgir a angústia inerente para tentar evitar o enquistamento de uma dor que poderia vir a dificultar a relação precoce com o bebê.* (p. 18)

Além das reações traumáticas, os estudiosos apontam os riscos psicológicos para os infantes e para seus pais. Para eles, a grande imaturidade da criança prematura, sua dependência e sua fragilidade extrema, junto ao medo do futuro, da morte, das doenças e das deficiências, podem determinar distúrbios significativos no vínculo (Pinto et al., 2004).

Mathelin (1999) sublinha o risco do desencontro entre a mãe e o filho prematuro para a constituição psíquica da criança, lembrando da importância do investimento de amor, tendo em vista que a existência da criança está indissociavelmente ligada à presença do Outro.

se o olhar da mãe se desvia do filho, se o filho fraco demais e distante demais não dá a mãe o sentimento de que se interessa por ela, o investimento de amor entre eles se torna problemático e o bebê não tem mais nada em que se agarrar para se construir. (p. 25)

De acordo com Mohallen (2005), é esse Outro que possibilitará a criança aceder como sujeito, sendo necessário, portanto, que essa criança seja investida, desejada pelos pais ou por alguém, que terá a função de atribuir sentido às suas tentativas de comunicação.

A respeito do mesmo tema, Baêta (2005) sugere que o nascimento prematuro pode constituir-se como obstáculo à constituição do sujeito, porque incide no discurso com que os pais sustentavam a espera do filho e provoca um corte naquilo com que se faz vínculo, *deixando-os com um discurso truncado, no sentido de separado do tronco que o amarrava à dimensão inconsciente da história das gerações de sua família.* (p. 108).

Apesar de todos os riscos que o nascimento prematuro e a internação do neonato podem representar para os pais e seus bebês, não se pode deixar de enfatizar que cada família tem uma história singular e diferentes recursos psíquicos e sociais para lidar com a situação. A literatura científica e a experiência de psicólogos e psicanalistas que trabalham nessa área têm mostrado que o período de internação pode ser um espaço de construção de novos sentidos e significados para a história dos sujeitos envolvidos nessa situação.

Para Zornig (2006), o efeito traumático da internação não está ligado necessariamente à situação em si, mas à impossibilidade de construir uma narrativa a posteriori da situação traumática. Para ela, o essencial é haver uma escuta dirigida ao sofrimento dos pais e do bebê. Essa escuta precisa estar comprometida não apenas em reforçar

as competências parentais, mas também em permitir que os fantasmas dos pais sejam colocados em palavras, diferenciando-os da subjetividade do bebê. Desta forma, para ela, a UTI pode se transformar num espaço potencial, permitindo que os pais conheçam gradualmente seu filho, re-signifiquem sua própria história infantil e possam ter um olhar menos ambivalente em direção ao bebê.

De acordo com Nix e Ansermet (2009), no trabalho clínico com as famílias, a história psíquica parental tem um papel fundamental no desdobramento da relação do neonato com seus pais, o que faz com que esse tempo na UTIn seja uma experiência singular para cada família.

Pinto et al. (2004) considera a importância da intervenção psicológica precoce, salientando que esta tem uma dupla dimensão: de tratamento e preventiva. Afirma que sua principal meta é trabalhar as memórias reativadas na biografia dos pais, centrando-se em suas experiências de separação e perda, nas projeções dos sentimentos reativados no bebê e nas percepções distorcidas que podem estar na origem dos distúrbios de interação. (p. 183)

Por fim, a partir de uma revisão de literatura sobre intervenções psicológicas em UTI Neonatais, Schermann e Brum (2012) mostram que um trabalho de apoio contínuo aos pais, em grupo ou individualmente, com enfoque no apoio ou na informação, é capaz de fomentar a parentalidade, ou seja, de criar condições que promovam a vivência favorável da parentalidade.

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

O objetivo desse trabalho foi investigar o conjunto das reações emocionais apresentadas pelos pais bebês pré-termo de muito baixo peso internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Objetivos Específicos:

- 1) Investigar as reações emocionais maternas e paternas frente ao nascimento de um filho pré-termo de muito baixo peso.
- 2) Compreender as relações entre as reações emocionais apresentadas pelos pais e o processo de transição para a parentalidade.

5. MATERIAL E MÉTODO

Para uma aproximação das informações que pretendemos estudar utilizamos a metodologia clínico-qualitativa.

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalística. As coisas são estudadas em seu setting natural e tenta-se dar sentido ou interpretar os fenômenos em termos de significação que as pessoas trazem para eles. (Denzin & Lincoln, 1994, apud. Turato, 2003). Essa metodologia envolve um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados atribuídos a fenômenos relacionados à vida dos indivíduos (Campos & Turato, 2010).

5.1. Participantes:

Os participantes da pesquisa foram pais e mães de bebês pré-termo de muito baixo peso, internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa nossa preocupação não é com a representatividade numérica ou com a generalização, mas “*com o aprofundamento e abrangência da compreensão*” (Minayo, 1993, p. 102). Deste modo, consideramos como amostra ideal aquela que reflita as múltiplas dimensões do objeto estudado, em sua totalidade. Assim, o número de entrevistados foi delimitado quando houve uma certa reincidência de informações, mas também foram levadas em consideração informações que tinham potencial explicativo.

Os participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem pais e mães de bebês pré-termo de muito baixo peso internados em UTIN e que concordaram em participar da pesquisa (assinatura do TCLE). Como critérios de exclusão, adotamos os seguintes: pais de recém-nascidos pré-termo que apresentavam malformações e síndromes genéticas.

Para preservar a identidade dos pais e de suas famílias, na apresentação dos casos, foram criados nomes fictícios para substituir os nomes reais dos participantes.

5.2. Local:

Esse estudo foi realizado na Unidades de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo/USP.

As entrevistas foram realizadas em sala oferecida pelo setor de Neonatologia para garantir ambiente adequado e privacidade aos participantes.

5.3. Instrumentos:

Como instrumentos para a coleta de dados, utilizamos a entrevista clínica semi-estruturada. As entrevistas de caráter semi-estruturado, “*que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas*” (Minayo, 1992, p. 108), foram realizadas por uma psicóloga.

5.4. Procedimento:

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital Universitário de São Paulo, parecer nº 598.402-0, CAAE 11003613.0.3001.0076, conforme determina resolução 196/96 do CNS/MS.

Os pais foram convidados a participar da pesquisa durante o período em que estavam com o filho na UTIN. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa, de acordo com o que consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em anexo. Foram esclarecidos de que a participação no estudo era voluntária e caso não quisessem participar, não haveria nenhum tipo de prejuízo ou sanção. Foram também informados que poderiam interromper a entrevista quando quisessem e que as informações fornecidas não seriam identificadas como suas.

Num primeiro momento, foram realizadas no Hospital Universitário uma entrevista com cada pai e cada mãe individualmente no período em que os bebês estavam internados e uma entrevista com o casal. Num segundo momento, após a alta do bebê, o casal Carla e Almir foram entrevistados em conjunto na casa deles e a mãe Sara foi entrevistada individualmente no Hospital Universitário no dia da consulta da filha no ambulatório de Fisioterapia.

As entrevistas foram transcritas o mais fielmente possível, logo após o término de cada uma delas. Além disso, foram registradas as impressões transferenciais e contratransferenciais, bem como observação de dados não verbalizados, tais como, expressões faciais, choro, entre outros.

5.5. Tratamento dos Dados:

Utilizaremos a *análise de conteúdo*. De acordo com Campos e Turato (2009), a análise de conteúdo é uma ferramenta metodológica importante que tem sido utilizada nas pesquisas que utilizam a metodologia clínico-qualitativa. Ela abrange um conjunto de técnicas de organização frente a dados qualitativos para fazer emergir temas/tópicos e conceitos/conhecimentos.

A trajetória da análise leva em consideração os conteúdos expressos e latentes e segue as seguintes etapas: (a) *leitura flutuante* das entrevistas, entendida como um modo de escuta que não deve priorizar, a priori, nenhum dos elementos discursivos; (b) seleção das *unidades de análise*, (c) processo de *categorização*, através do agrupamento de um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade e que possam, através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos do estudo e criem novos conhecimentos e (d) produção de *inferências*, entendida como produção de conhecimentos subjacentes a uma determinada mensagem e ancoragem a um quadro de referenciais teóricos situado num determinado contexto histórico e social.

As coordenadas teóricas que sustentaram a análise das falas dos pais foram as da teoria psicanalítica de Winnicott, junto a contribuições de outros autores, cuja elaboração teórica foi considerada relevante para a discussão do tema.

6. RESULTADOS

a. Apresentação dos casais e análise vertical dos casos

Apresentaremos uma síntese dos relatos de cada casal parental, destacando os aspectos da história desse nascimento e apontando as categorias temáticas emergentes.

Carla e Almir

Marcos nasceu com 1200g, é o 4º filho de ambos os pais, sendo o segundo do casal. Os outros filhos de Carla nasceram a termo e não apresentaram nenhum tipo de complicação médica ao nascer. A gravidez não foi planejada. No nascimento do terceiro filho, Carla tinha planos de fazer laqueadura, mas o esposo não estava presente para autorizar o procedimento.

Carla internou quando estava com 24 semanas de gestação, ficou 10 dias internada. Voltou a internar na 32ª semana de gestação; o bebê estava há 2 semanas sem ganhar peso.

O relato de Carla é rico em detalhes. No momento da primeira entrevista, havia mais de um mês que seu filho havia nascido. A mãe parecia cansada e sonolenta, impressões que foram confirmadas por ela ao longo da entrevista.

Sobre a gravidez Carla contou que não ficou feliz, não queria, apenas “*levou*” (sic) a gravidez. Comparou sua reação com as gestações dos outros filhos e ilustrou que não se sentia motivada a preparar o enxoval para receber o filho, tanto que somente após o nascimento saiu para comprar as roupinhas.

Em torno do sétimo mês de gestação, os problemas de saúde começaram a surgir. Curiosamente, de acordo com a mãe, seu organismo estava rejeitando o feto e, por isso, ela teve um aumento da pressão arterial; o parto teve que ser realizado imediatamente. Carla enfatizou que o parto ocorreu logo após receber a notícia. A mãe contou que outras mães com quem conviveu ao longo da internação tomaram medicamento para auxiliar o amadurecimento dos pulmões do bebê e, por isso, tiveram um tempo entre a notícia e o parto, já em seu caso, o parto teve que ser realizado no dia seguinte à internação. Ela conta: “*As outras mães já estavam internadas, tomaram aquela injeção para amadurecer os pulmões, os*

médicos já tinham conversado com elas, explicado, eu não, foi muito rápido, não teve tempo”.

A reação inicial apontada pela mãe foi a de choque. Ao se referir ao filho, a mãe relembra o estranhamento que ele lhe provocava. *“Ele era muito pequeno, muito magrinho, magrinho demais, dava para ver os ossinhos, as veias, fiquei assustada”.* (sic) Ao falar sobre isso, a mãe se gesticula como se não tivesse palavras para descrever a sensação, os olhos enchem de lágrimas. Segue dizendo: *“não conseguia ... muito estranho”.* Em seguida, afirma que ele lhe parecia um extraterrestre e que ela não estava preparada para lidar com aquele acontecimento.

Uma das reações emergentes no discurso da mãe é a angústia relacionada à imprevisibilidade da situação e à instabilidade da condição clínica do prematuro. A internação de Marcos foi marcada por “altos e baixos”, momentos de boa evolução com pioras repentinas. A mãe relembra um desses momentos, quando o infante retornou do berçário para a UTI Neonatal por conta de uma enterocolite e diz que foi *“horrível”* (sic). Carla usa uma metáfora para descrever a sensação de incertezas e medo nesse período, conforme segue: *“Dá a sensação que a pessoa está num campo de guerra e a qualquer momento uma bomba vai estourar”* (sic).

Ela refere que é apreensão o tempo inteiro, pois, além, do medo de uma piora do seu filho, a vivência com os outros bebês e as diversas intercorrências que acontecem não as deixa sossegar.

Na primeira entrevista, Carla relata que se sentia incomodada por acreditar que os percalços durante a internação e a demora para o momento da alta estavam relacionados a um possível descaso ou à falta de competência da equipe médica. Chegou a pensar que o filho estava sendo objeto de pesquisa. As respostas e explicações da equipe de saúde a respeito da evolução clínica e das complicações médicas da criança durante a internação não atendiam às expectativas da mãe e seu sentimento era de desconfiança. Não conseguia entender, por exemplo, porque o filho tomava 10 ml de leite em vez de 30 ml ou porque os médicos residentes explicavam sempre a mesma coisa. Com o passar do tempo foi se convencendo que as condutas médicas estavam corretas e que, na verdade, havia nela uma dificuldade de aceitar o que estava acontecendo. Conforme suas próprias percepções, tal desconfiança encobria os sentimentos de frustração pelas expectativas que não se realizavam.

Na segunda entrevista, Almir também aponta essa impressão, mas Carla o interpela, dizendo-lhe que pensou da mesma maneira até chegar à conclusão de que não havia outras soluções, embora eles esperassem que existissem.

Outra reação apontada pela mãe é a perda do equilíbrio. Carla, que trabalha com Tarologia, ficou desapontada com sua reação diante das adversidades. Reflete que sua profissão é especializada em motivar as pessoas a enfrentar as dificuldades, por isso, não entendia porque não conseguia colocar em prática tudo o que estudou a vida inteira. Além disso, percebia-se como uma pessoa forte e não estava se reconhecendo.

Carla sublinha que nos momentos iniciais a palavra não é bem-vinda, não deseja ouvir nada de ninguém. Ela descreve: *“no início, a pessoa não quer ouvir nada de ninguém, que vai passar, que vai dar certo... a pessoa não quer ouvir nada, nem falar nada também, só quer um aconchego, um abraço, alguém perto, só”*.

Carla aponta a sensação de impotência frente à condição de saúde do filho e aos tratamentos (picadas, respiração ofegante, perda do cateter). Conta como é doloroso presenciar tais acontecimentos e não poder fazer nada. Enfatiza, por outro lado, a tristeza por não poder colocar o filho no colo.

Logo após essa fala, a mãe diz que começou a ter problemas com enfermeiras da noite, diferencia-as das que trabalham durante o dia, referindo-se às suas expectativas em relação a estes profissionais. A mãe demonstra uma necessidade de ser cuidada, num momento em que todos os olhares se voltam para o bebê, conforme segue: *“Eu sei que elas devem estar mais cansadas, mas a pessoa já está arrasada, o que você precisa é de apoio, não o contrário”*. Conta que as enfermeiras do dia são melhores, são carinhosas, ajudam e dão apoio.

Carla queixa-se por não contar com o apoio da família. Sentia-se muito cansada, pois tinha que se dividir entre o filho de 5 anos, que estava em casa e lhe solicitava atenção, e o filho internado. Não tinha com quem contar nem para cuidar do filho, nem para revezar com ela no hospital.

Carla ressaltou, por outro lado, a dimensão de aprendizado e transformação pessoal. Para ela, o filho ensinou-lhe a necessidade de ter paciência e aguardar sem grandes expectativas. Carla aponta que o nascimento do filho nessas circunstâncias fez com que ela conhecesse características pessoais do marido que até então ela desconhecia. Relata que ele se tornou mais afetuoso e sensível. Foi a primeira vez que o viu chorar.

Carla acredita que o filho veio com a missão de trazer mudanças, descreve-o como o verdadeiro guerreiro, percebe-o como forte e com desejo de viver.

A percepção do pai é mais “leve”. Enquanto a mãe descreve o parto prematuro como “choque”, o pai descreve como uma “surpresa”. É bem sucinto em seu relato, indicando que, para ele, “*foi tudo normal*” (sic). O pai reconhece que vai com frequência ao hospital, mas quem fica com a carga mais pesada é a mãe.

Há uma insistência do pai em sinalizar que foi tudo normal, igual ao nascimento dos outros filhos, já a mãe ressalta as peculiaridades da experiência. Essa sinalização parece relacionada ao fato de o bebê não apresentar sinais/sintomas de doença. Como se o pai quisesse clarificar que ele é uma “máquina” boa. A criança não tem “defeitos”, apenas nasceu antes do tempo.

A forma como o pai coloca-se frente à realidade é marcada pela resiliência. Para ele, tem que agradecer a Deus o fato do filho não ter nenhuma doença, apesar de ter nascido prematuro. Ele se refere a outras crianças internadas com muitos problemas de saúde.

Na entrevista após a alta, a mãe conta que após 3 meses de internação, chegou o momento em que a situação tornou-se intolerável, excedeu sua capacidade de enfrentamento. Já havia passado por várias situações de melhora e piora do recém-nascido, de expectativas de alta que não se concretizavam. O cansaço era extremo e predominava um sentimento de decepção. Ela dirigiu-se às enfermeiras, disse-lhes que não aguentava mais e deixou o hospital. Na mesma semana, uma enfermeira entrou em contato com a mãe, enviou-lhe uma foto do bebê vestido com uma roupinha e solicitou que ela comparecesse, pois tinham uma surpresa. A equipe tinha uma proposta de alta para o bebê. Ele precisaria ser levado ao hospital todos os dias durante uma semana e, caso apresentasse algum problema, seria reinternado. Os pais contam, orgulhosos, que desde a alta o filho não teve nenhum problema de saúde.

Sara e Gerson

Emília nasceu com 1100g, é a primeira filha de ambos os pais. Sara teve uma gestação anterior quando tinha 18 anos, mas no 4º mês teve um aborto espontâneo. Conta que

foi uma experiência traumatizante e, a partir de então, prometeu para si mesma que não ficaria mais grávida.

Sara e Gerson não mantinham compromissos formais. Relacionaram-se por 4 anos e estavam há um ano separados quando se reencontraram e Sara engravidou.

De acordo com a mãe, desde o início da gravidez havia ameaça de parto prematuro. No sétimo mês de gestação ela foi internada e depois de 10 dias foi necessário interromper a gravidez. O pai da criança, que havia esperado até o dia anterior ao nascimento, não estava presente porque havia retornado para Bahia.

Na primeira entrevista, a reação da mãe era mais tranquila. Encantada com o nascimento, a mãe havia estabelecido contato pele a pele com a filha pela primeira vez. Apesar de estar internada na UTIN, o estado da infante era estável. Sara dizia estar feliz por receber apenas boas notícias dos médicos, de que a evolução de Emília estava melhor do que eles esperavam. Conta que a filha é nervosa e forte.

Sara conta que a filha era um projeto do pai e foi ele quem planejou a gravidez. Ela reconhece que também queria ter um filho, sempre sonhou em ser mãe, mas pensava em adotar. A criança sonhada é descrita pela mãe e, não por acaso, as características físicas são as mesmas do pai biológico de Emília.

Nessa primeira entrevista, o pai de Emília ainda não havia conhecido a filha. Sara conta sobre seu desapontamento em relação ao rapaz. Esperava que ele fosse mais presente, entende que ser pai não é dar dinheiro, é estar junto da filha. Por isso, resolveu puni-lo, não atendendo às suas ligações, conforme ela descreve: *“Vou dar um gelo para ele aprender, porque como pai, ele deveria estar mais preocupado”*.

Dias depois, na entrevista com o casal, Emília já havia sido transferida da UTI Neonatal para a Unidade Semi-intensiva, mas a mãe já descreve outro panorama. No intervalo entre os dois contatos, a recém-nascida, que vinha apresentando boa evolução, apresentou complicações.

Sara estava abatida, chorosa e emocionalmente fragilizada. Conta que ficou assustada porque a filha vomitou; refere que era muito volume para o tamanho dela. Seu leite secou, acredita que isto aconteceu pelo estresse que estava vivendo. As outras mães a ajudaram. Sara teme que algo aconteça à filha. A ameaça de morte assombra a mãe.

Sara referiu ter medo do momento em que estiver sozinha com a criança em casa, medo do que pode acontecer com ela. A palavra “sozinha” se repete várias vezes em seu relato. Parece que descreve o sentimento maior da mãe naquele momento.

Sobre seus medos, diz: *“nunca cuidei de bebê normal, imagine uma dessa (...) se acontecer alguma coisa com ela, que Deus livre, que não é isso que eu quero, o que eu vou fazer?”*.

Gerson enfatiza, logo no início da entrevista, que não mantém relação amorosa com Sara. Mas confirma que queria ser pai e não queria que a mãe do seu filho fosse *“qualquer uma”* (sic). Conta que os dois iniciaram um relacionamento há cerca de 4 anos e nunca perderam contato.

Ao falar sobre a notícia do nascimento, Gerson conta que Sara ligou avisando, mas, inicialmente, ele não acreditou, pensou que *“era coisa dela”* (sic). Quando se certificou que era real, ficou muito emocionado e ansioso. Estava na Bahia, mas na mesma semana, veio conhecer a filha.

No primeiro encontro, também ficou emocionado, mas não quis pegar a filha no colo. Teve medo de quebrá-la, mas foi se encorajando e, no momento da entrevista, já havia segurado a filha, conforme ele descreve: *“no início não queria pegar no colo, agora não, já peguei, já fiz aquele negócio (referindo-se ao método canguru), foi bom!”*

Gerson diz que ser pai é muita responsabilidade e o homem deve parar algumas coisas. Refere-se a compras de bens de consumo, afirmando que a partir de então, tem que pensar antes de comprar porque atender às necessidades da filha é prioridade.

Sobre Emília, descreveu-a como muito nervosa, acha que não é normal para a idade dela. Mas, nesse aspecto, considera que ela pode ser parecida com a irmã dele, com quem tem traços físicos semelhantes.

Na entrevista realizada após a alta, Sara sentia-se gorda e feia; não estava saindo de casa, *“ficava sozinha”* (sic), ela e a filha. Ao se referir à filha, Sara conta que ela é muito boazinha, descreve que a criança consegue dormir sozinha, não reclama, brinca sozinha. A mãe parece deprimida. Sara conta que está sendo *“consumida”* pela filha.

Referindo-se ao período em que a filha ficou internada, a mãe enfatiza que foi tudo muito tenso. Questiona-se sobre a concretude do que ela viveu. Sara conta que parece que até hoje, meses depois do nascimento, não caiu a ficha. Ela diz: *“às vezes eu fico pensando, será que tudo isso foi de verdade mesmo, será que isso aconteceu comigo? ... porque eu nunca imaginei que ia passar por isso, eu nunca imaginei nem de ficar grávida”*.

Sara se queixa em relação ao pai da filha. Conta que durante o período em que o rapaz permaneceu em São Paulo, ele vinha ao hospital todos os dias, mas depois que viajou para o Nordeste, apenas liga para saber da filha quando está só. Sara ressalta que ele paga a

pensão alimentícia, mas não era apenas isso que esperava dele. Refere-se a um caso amoroso do mesmo, que, em sua avaliação, influencia negativamente o interesse de Gerson pela filha. Mas, ao mesmo tempo, expressa medo do rapaz e sua família tentarem requerer a guarda da criança.

Estela e Rafael

Miguel nasceu com 1400g, é o primeiro filho de Estela e o segundo de Rafael. Antes de Miguel, Rafael teve uma filha, que faleceu com 1 mês e meio de vida, repentinamente.

Não foi uma gravidez planejada, os dois não namoravam e Estela teve muita dificuldade em aceitar que teria um filho nessa condição. Não queria ter um filho naquele momento, tinha outros planos para a sua vida.

Um dos focos da entrevista de Estela dirigiu-se à situação do casal conjugal. Em entrevista individual, a mãe conta sobre a dificuldade de aceitar que o rapaz se tornaria pai de seu filho; não conseguia conceber a ideia de ter um filho de uma pessoa que ela não gostava e que o filho nasceria numa configuração familiar diferente da sua, daquilo que ela idealizava como família. Ela conta que durante a gravidez se questionava: “*como eu vou ter esse filho, eu não gosto do pai dele?*”.

Relata que foi aceitando a gravidez aos poucos e, nessa fase, recebeu muito apoio dos familiares que a aconselhavam e mostravam que ela não era a única pessoa do mundo nessa situação, que era a sua percepção.

Sobre o parto, Estela relata que foi doloroso mas estava muito concentrada. A reação da mãe no nascimento é marcada pelo choque, assustada com a aparência do bebê conforme descrito por ela.

Apesar da idade gestacional e do peso do RN ao nascer, Miguel ficou apenas um dia internado na UTIN. Em seguida foi transferido para Unidade Semi-Intensiva.

Tanto o pai quanto a mãe dizem que está corrido, mas não sentem que o nascimento tenha afetado a vida deles. Ambos se referem à importância do suporte familiar, que nos dois casos, é muito presente.

Várias vezes em seu relato, Estela repete a frase: “*porque filho é uma benção, né?*”. Parece que sentimentos de culpa atuam impelindo-a a pensar que ela precisa corresponder ao ideal social de uma mãe totalmente devotada.

Ao descrever a criança, a mãe ressalta que o bebê reconhece as pessoas da família e diferencia estes de médicos e enfermeiros. Ela descreve:

Eu acho que ele vai ser atentadindo ... ele é bravo, chuta, não gosta que fique tocando nele... mas eu observo que quando é alguém da família, ele reage de forma diferente, ele fica de um jeito como se fosse mais aconchegante... agora quando é médico ou enfermeira ele fica bravo mesmo. (Estela)

Para o pai, o primeiro encontro não foi assustador. Ele relata que ficou feliz ao ver o bebê. Começou a observar com que ele parecia, mas também sentiu medo. Ele descreve: “*eu vi os pés, os olhos, a boquinha, tem aquela ansiedade, aquele medo que aconteça alguma coisa.*”

Rafael conta sobre sua primeira filha. Diz que ela nasceu bem, mas com 1 mês e meio passou mal depois de mamar e morreu antes de chegar no hospital. O pai refere que ela nasceu “*gigante*”.

Ao falar sobre o sentimento de ser pai, Rafael refere-se mais uma vez a filha e diz, que quando ela nasceu, ele não assumiu as responsabilidades inerentes ao papel, desta vez, estava sendo diferente, sentia-se preparado para ser pai. Ele descreve: “*quando eu saí para comparar as roupinhas dele, eu já comecei a me sentir pai mesmo; com a primeira, a menina, eu não era não, eu não tinha condição, era mais minha mãe mesmo*”.

Mariana e Alex

Mariana e Alex é um casal de jovens namorados. Mariana tem uma irmã mais velha, que ficou grávida quando tinha a mesma idade que ela. As duas cresceram sob os cuidados da mãe, pois o pai separou da mãe quando ainda eram crianças e manteve pouco contato.

Desde o nascimento do bebê, Mariana e a mãe mudaram-se para a casa da irmã - que fica mais próxima ao Hospital Universitário. A mãe cuida das roupas e da alimentação de Mariana para que ela tenha todo o tempo livre para estar com o bebê.

Alex tem um irmão e mora numa cidade do interior de São Paulo. Com o nascimento do filho, ficou uma semana de licença do trabalho; nesse período, ia todos os dias visitar o filho.

Ambos se referem várias vezes às suas famílias, apontando que o suporte recebido foi de grande relevância durante a gravidez e no pós parto.

O casal relata que, ao descobrirem a gravidez, tiveram receio de contar a notícia à família. Acreditavam que a família os julgaria por serem jovens, pois sempre foram alertados para evitar gravidez. Ficaram surpresos, entretanto, com a aceitação das duas partes. Alex relata que a mãe ficou eufórica e começou a ligar para os parentes para dar a notícia.

Mariana relata que fez todas as consultas e os exames do pré-natal, enfatizando que “*fez tudo certo*” (sic). Na penúltima ultrassonografia foi diagnosticado um problema e o último exame realizado antes do parto indicou a necessidade de antecipar o parto.

A mãe se refere a comentários de conhecidos a respeito do que pode ter provocado o parto prematuro. Segundo ela, estas pessoas diziam que o bebê pode não ter se desenvolvido por dois motivos: ou porque os pais são magrinhos ou ainda porque ela não se alimentava bem. Mariana expressa que ficava muito incomodada com estes comentários. Alex complementa que também não concordava, pois, depois que ficou sabendo da gestação, Mariana passou a se alimentar corretamente. Se esboça um sentimento de culpa, por uma crença de que pode ter feito mal ao bebê e provocado o parto prematuro, mas também aponta o desenvolvimento dos papéis parentais: novos cuidados que o bebê passa a exigir desde a gestação.

Sobre o parto, Mariana tem a sensação de que tudo se passou com muita rapidez e que o que vivenciou era irreal. Ela comenta: “*foi tudo tão rápido que parecia coisa de cinema, não parecia que estava acontecendo de verdade*”.

Ao falar sobre seus sentimentos em relação à maternidade ela diz: “*eu tenho ainda a sensação de que não aconteceu, é uma coisa estranha, é como se ele não fosse meu ainda*”.

O pai conta que o primeiro encontro com o filho foi uma experiência de grande intensidade afetiva. Alex sentiu-se mal e precisou sair da Unidade, o que ele descreve da seguinte maneira: “*foi dando um negócio na cabeça, tive que sair*”. Sobre a assunção do novo papel parental, sua percepção é semelhante a de Mariana. O pai conta que “*está embaraçado, uma confusão (em sua) cabeça*”.

Na segunda entrevista com o pai, percebo uma busca de ocultar qualquer espécie de fragilidade, refere-se à outra entrevista tentando enunciar que já superou as dificuldades outrora apontadas.

Alex expressa uma preocupação muito grande com as novas responsabilidades advindas com o nascimento do filho. Nesse enunciado a prematuridade não parece influenciar. Na entrevista de Alex, há toda uma construção de planos para o nascimento de uma família nuclear, formada por ele, pelo filho e pela esposa. Ele descreve como imagina que será a casa com o filho, a esposa recebendo as amigas, a necessidade de um espaço só para os três. O pai enfatiza que ele está disposto a mudar as prioridades; identifica como prioridade dedicar-se às necessidades do casal conjugal e parental.

Mariana enfatiza uma transformação pessoal, relata que se sente mais madura, inclusive, em relação ao relacionamento afetivo. Relata que antes não se importava com nada, nem se preocupava com ninguém. Depois que o filho nasceu, apesar de todo o cansaço por estar quase todo o tempo no hospital, o lugar em que se sente mais tranquila é perto dele.

Ao se referir às características do bebê, tanto o pai quanto a mãe, acreditam que ele será uma criança agitada, um menino “atentadinho”. Salientam que ele aperta o dedinho e arranca os aparelhos. Tentativas de dar sentido às manifestações do bebê já são presentes nos discursos de ambos os pais.

7. DISCUSSÃO

Conforme mencionado, umas das principais consequências do nascimento prematuro diz respeito ao impacto das reações emocionais dos pais para a criança e para a relação entre eles e seus filhos (Nix & Ansermet, 2009). O estudo destas reações é, por isso, um dos focos de atenção para o desenvolvimento de programas de avaliação e de intervenção nessa área.

Buscaremos, nessa parte do trabalho, compreender as reações emocionais identificadas nos discursos dos pais entrevistados e dialogar com a literatura existente, assim como, analisar as relações entre as reações descritas e o processo de transição para a parentalidade.

No primeiro e último tópicos apresentaremos uma análise horizontal dos casos. O primeiro tópico refere-se ao pré-natal da parentalidade e o último ao pós-natal. São trabalhados os aspectos que mais se destacaram nos períodos correspondentes e as particularidades de como cada casal parental vivenciou estas fases. O segundo tópico inclui um conjunto de reações emocionais “agrupadas” em torno dos sentimentos de angústia e aflição, inclusive, as reações traumáticas, o terceiro tópico inclui um conjunto de reações “agrupadas” em torno da relação que existe entre elas e agentes designados como parentalizadores, são eles: a criança, cada membro do casal parental, a família e rede social e a equipe de saúde.

6.1. À ESPERA

O relato de Carla sobre o período pré-natal expõe sua dificuldade de aceitar a gravidez. Parecia haver uma negação da gestação, conseqüentemente, uma impossibilidade de pensar o bebê, de criar representações sobre ele. Inferimos que ao falar sobre a falta de interesse em preparar o enxoval, a mãe conta-nos sobre a ausência de disposição psicológica para receber mais um filho e dar um lugar para ele. Conjecturamos que quando nos diz que “*apenas levou a gravidez*” (sic), a mãe fala da distância afetiva que existia entre eles (par mãe-bebê), mas também, da sua escolha em não interromper a gravidez. As nuances do seu relato parecem mostrar que, gradativamente, o bebê é acolhido por ela e pelo marido e os vínculos de afeto vão sendo construídos, apesar de todas as adversidades que rodearam o nascimento do filho.

No caso de Mariana e Alex o aspecto que se destaca é o anúncio da gravidez para a família ampliada. Apesar do susto do jovem casal ao descobrir a gestação, a notícia foi motivo de euforia para os familiares próximos tanto do pai quanto da mãe. Dessa forma, a criança começava a ser acolhida no berço familiar. Supomos que a aceitação dos ascendentes da nova condição dos filhos é um evento marcante para o casal no processo de construção da parentalidade.

No caso de Sara e Gerson, a gravidez pareceu concretizar um projeto do casal que, embora existisse como desejo de ambos, não estava expressamente enunciado. Ao falar sobre o projeto de gravidez, Szejer (2002) pontua que o projeto de gestação pode ser ambivalente ou

ser muito assumido, de um modo consciente ou totalmente inconsciente. Para a psicanalista, “o desejo é sempre marcado por uma ambivalência inscrita na própria estrutura do inconsciente da linguagem” (2002, p. 189). Essa ambivalência, marcadamente presente no relato de Sara, somada a confusão que fazia entre o parental e o conjugal parecem ter produzido algumas dificuldades para a mãe no pós parto.

Para Estela, a gravidez foi um período de aceitação do bebê e, ao mesmo tempo, uma fase de luto tanto pelos planos pessoais e profissionais que ela deixava para trás, quanto pelo ideal de uma tríade familiar, na qual o filho é fruto de um casal apaixonado. Para Rafael, a gravidez parecia oferecer-lhe uma nova oportunidade de ser pai num momento em que se sentia mais maduro para exercer o papel. Mostrava-se, por outro lado, uma oportunidade de reparação, tendo em vista o falecimento da primeira filha e o sentimento de culpa por não ter sido presente.

6.2. SENTINDO-SE EM UM CAMPO DE GUERRA

Após o nascimento, as reações emocionais dos pais são muito intensas. Para ilustrar este tópico iniciaremos com um quadro elaborado a partir de uma metáfora usada por uma das mães para descrever as sensações experimentadas na ocasião do nascimento do seu filho e durante o período de internação do mesmo, tendo em vista a riqueza de associações que podem ser pensadas a partir da aproximação entre as duas situações.

Quadro 1: Associação entre uma guerra e a hospitalização de um recém-nascido prematuro

Atravessamento dos sentimentos de choque, medo, perplexidade, vazio de palavras dos que vivem as duas situações;

associação entre a UTI/berçário e o campo de batalha;

associação entre batalhas de uma guerra e as fases de pioras repentinas, de mudança de uma unidade de cuidado para outra;

associação entre a sensação de incerteza vivida num campo de guerra e as incertezas que envolvem a evolução clínica do RN;

associação entre o sentimento de apreensão pela possibilidade de que uma bomba estoure a qualquer momento e de que o bebê piore ou vá a óbito;

associação entre os companheiros de batalha (feridos, mortos e vitoriosos) e os outros bebês internados (bebês que pioram, que não sobrevivem, que têm alta);

associação entre as aflições de pais de soldados e pais de bebês internados;

associação entre o soldado de guerra e o recém-nascido, descrito como um guerreiro, forte e corajoso, assim como um soldado disposto a vencer a guerra;

associação entre a equipe de saúde e os outros exércitos (aliados e rivais).

A notícia sobre a necessidade de interrupção precoce da gestação é uma temática recorrente nos relatos. Tanto para as mães que tiveram um intervalo de tempo entre a notícia do parto prematuro e o parto em si, quanto para aquelas em que o parto foi feito imediatamente após receberem a notícia, **a sensação vivenciada é de que não houve tempo**, que tudo se deu com muita rapidez.

O tempo das necessidades médicas nem sempre coincide com o tempo da psique. A decisão sobre o momento de realizar o parto é determinante para a condição de sobrevivência do bebê, mas não pressupõe que mãe e bebê estejam preparados para tal evento. A literatura aponta que os 9 meses de gestação é o tempo necessário para que a mulher se prepare para o nascimento. De acordo com Andrade (2004), no nascimento prematuro, a mulher não tem esse tempo para ajustar da melhor maneira possível as representações e criar um espaço mental para as futuras representações ligadas ao bebê real. Não por acaso, a literatura refere-se a estes pais também como pais prematuros.

Todas as mães entrevistadas viram seu bebê no mesmo dia do nascimento. O primeiro encontro com o filho foi vivenciado como uma **reação de choque** para todas elas. De acordo com os relatos, a aparência do infante e o ambiente tecnológico suscitaram essa reação.

Apesar de predominante no discurso das mães, um dos pais homens refere tal reação, o que será retomado a respeito das reações traumáticas. Para os demais, a reação é de estranhamento, como a mãe, mas não de perplexidade. Estudos (Herzog, 2003) com pais de prematuros sugerem que, embora os homens vivenciem o primeiro momento com um sentimento de impotência, eles apresentam disposições físicas e psíquicas mais facilmente mobilizáveis, por isso se reestabelecem mais rapidamente que as mães.

Outra reação recorrente no relato das mães é a **sensação de terem vivido uma ficção**. Essa reação foi descrita na literatura psi, como um **sentimento de irrealidade** e salienta a intensidade da experiência vivida. Tão intenso, que parecia irreal.

Para Mathelin (1999), é a interrupção brutal da gravidez que dá à mãe esse sentimento de irrealidade. A psicanalista explica que os últimos meses de gravidez, quando a mãe sente o bebê mexer, quando as outras pessoas percebem a barriga, são momentos importantes para a construção da criança mas também para a construção da mãe. É nesse tempo que a criança ganha sentido não só no ventre da mãe, mas também em seu fantasma. Por outro lado, é nessa fase que as outras pessoas a reconhecem como grávida, futura mãe de um bebê. No caso do nascimento prematuro, não há tempo para que a mulher seja reconhecida pela sociedade e se reconheça nesse novo papel.

Outra reação identificada é o **sentimento de impotência** vividos por pais e mães diante da sensação de completa ausência de controle sobre a situação, conforme pode ser observado, por exemplo, quando a mãe se refere à dor de ver o filho sendo furado e não pode fazer nada ou quando o pai fala do medo de quebrar o bebê. Esta reação é descrita na literatura como uma das principais reações apresentadas pelo casal parental (Hall, 2004; Watson, 2010). Estudos somente com pais homens mostram que os pais se sentem impotentes por não se sentirem capazes de fazer algo para proteger o filho (Pohlman, 2005). Para Watson (2010), a transição para a parentalidade só se fortalece quando os pais sentem que têm controle sobre a situação.

Remetendo mais uma vez a um campo de guerra, os sentimentos mais destacados pelas mães, que estão diariamente no ambiente hospitalar, são os de **apreensão e tensão**. Conforme observamos, a condição instável do bebê prematuro e as características peculiares ao ambiente hospitalar deixam as mães em constante estado de alerta. Metaforicamente, podemos dizer que elas têm a sensação de que a qualquer momento uma bomba poderá explodir. A mudança rápida do estado de saúde do filho, assim como as intercorrências, piora ou óbito de outros recém-nascidos internados gera uma sensação de incerteza, sentimentos de medo, apreensão e tensão o tempo inteiro.

Essa situação, somada a outros aspectos, tais como falta de suporte familiar e social em alguns casos e falta de estrutura física adequada para acomodar os pais, contribui para uma situação de extremo **cansaço físico e mental**. O cansaço, assim como a exaustão emocional, são reações descritas em outros estudos. (Hall, et al. 2012; Flacking, R., Ewald, U., & Starrin, 2007).

Reações traumáticas

A dimensão do indizível é marcante nos discursos. Em diversos trechos, principalmente quando a conclusão de uma fala se refere à ameaça de morte, observamos que os pais iniciam, mas não concluem a frase. As mães quando falam dos primeiros encontros, quando descrevem a sensação de fugacidade e do sentimento de irrealidade também parecem paralisadas naquele momento. Parece-nos que lhes falta palavras para descrever uma vivência que é da ordem do indizível.

O relato de Alex é o que mais se destaca nesse sentido. Inferimos que o primeiro encontro do pai com o filho foi carregado de afetos muito intensos. Na situação descrita por ele pareceu-nos que o encontro com o bebê real excedeu sua capacidade de lidar com o acontecimento, o que fez com que ele passasse mal e precisasse se retirar da UTI.

Como referem Morsch e Braga (2007), os integrantes da tríade pai-mãe-bebê ao invés de um encontro, experimentam uma sensação de desnorteamento.

Herzog et al. (2003) ajuda-nos a entender o que acontece no psiquismo dos pais. De acordo com os autores, a confrontação de uma pessoa com um evento traumático decompõe-se em dois tempos: a entrada é brutal, siderante, com uma percepção de vazio, sem uma representação possível; a saída desse momento de sideração necessita de uma remobilização de energia psíquica para recuperação da atividade que permite uma descarga pelo ato, o reestabelecimento dos marcos espaço-temporais, a rápida utilização de processos defensivos pré-existent.

Inferimos, pois, que a dificuldade de descrever o acontecimento, a sensação de que tudo se deu rapidamente e a sensação de ter vivido uma ficção estejam todas elas relacionadas a esse confronto com um evento potencialmente traumático, à impossibilidade de, naquele momento, colocar em palavras um acontecimento que ainda não tinha se tornado para eles numa experiência. Entendendo aqui que a experiência é a dimensão subjetiva do acontecimento e que a construção narrativa é o que possibilita a passagem do acontecimento para a experiência.

Para os autores supracitados, o nascimento prematuro dispara no psiquismo dos pais, pela brutalidade de sua ocorrência, um transbordamento pulsional, comparado a um evento traumático, com um afluxo de excitações exteriores que excede as capacidades de continência do aparelho psíquico.

A pesquisa de Herzog et al. (2003) concluiu que o nascimento prematuro tende a provocar um traumatismo psíquico maior para a mãe. De acordo com os autores, a interrupção brusca da gestação provoca uma ferida narcísica acompanhada de intensos sentimentos de culpabilidade e as mães se tornam particularmente vulneráveis. Já no discurso dos pais tais sentimentos são pouco evocados, predominam sentimentos de impotência.

Concordante com esse resultado, é muito evidente para nós a vulnerabilidade psicológica apresentada pelas mães considerando-se a maneira como elas se apresentam, o que pode ser ilustrado pelo sentimento de solidão de Sara, na exaustão emocional de Carla, nos sentimentos de culpa que atormentam Mariana, no desapontamento de Estela.

6.3. REAÇÕES EMOCIONAIS NO CONTEXTO DA RELAÇÃO COM O OUTRO

Na relação com o filho

O **estranhamento** é uma das principais reações enunciadas por pais e mães. E destaca-se, dentro desta análise, pelas repercussões no processo de transição para a parentalidade, tendo em vista que a familiarização da criança (a inserção da criança no tronco familiar) é uma etapa necessária para assunção à paternidade e à maternidade e para a constituição psíquica do infante dentro de uma família.

O relato de Carla, a respeito da sensação de estar diante de um “extra-terrestre”, é ilustrativo do que estamos tratando, mas, conforme apresentado nos resultados, quase todos os pais entrevistados referem-se às características físicas do recém-nascido salientando a estranheza sentida. Os primeiros encontros podem carregar essa marca: a figura parental tem dificuldade de reconhecer aquela criança como sua (ou como um humano talvez), como pertencente ao seu tronco familiar.

De acordo com Aragão (2007), o tempo da gravidez possibilita à mulher realizar a construção da representação do bebê no psiquismo materno. A estudiosa pontua que a mãe precisa realizar o trabalho de transformar o estrangeiro em familiar, o que é feito através da

atribuição de características, por meio de efeitos de projeção e idealização, ancoradas em sua própria história familiar.

Se o início da gravidez pode ser marcado, para a mãe, pela experiência imaginária de ter seu corpo ocupado, ou até mesmo invadido, por um ser que, ainda que desejado, é percebido como um estrangeiro, no final da gestação, através de transformações sutis, porém decisivas, aparece a possibilidade de construir para o bebê um espaço dentro de si, e dentro de sua vida. (p. 37)

Trazendo essas reflexões para o contexto do nascimento prematuro, supomos que esse trabalho começa a ser realizado, quando possível, após o nascimento, com todas as adversidades peculiares ao contexto. Dessa maneira, parece-nos que o estranhamento relatado pelos pais não está ligado apenas à aparência física do bebê, mas também à interrupção da construção de tais representações em função da interrupção precoce da gravidez.

Conforme a literatura, os sentimentos de decepção que normalmente as mães experimentam ao encontrarem com o bebê real ganham uma dimensão mais complexa no caso do bebê prematuro diante da distância maior entre o bebê imaginário e o bebê real.

Entretanto, tudo isso é muito singular. Um dos relatos, do pai Rafael, mostra uma situação bem diferente. Desde o primeiro encontro, ele iniciou o movimento de familiarização do seu filho. Conforme relatamos, Rafael imediatamente encontrou na criança traços dos seus familiares, o que o ajudava a humanizá-la e, ao mesmo tempo, fortalecia o seu sentimento de paternidade. O mesmo aconteceu com Gerson, pai de Emília.

Ainda falando a respeito das percepções dos pais sobre as crianças, identificamos aspectos em comum na maneira como eles descrevem características dos seus filhos, quando convidados pela pesquisadora a falar sobre o que eles já percebem dos seus bebês. Adjetivos como “*agitado*”, “*atentadinho*”, “*esperto*” predominam nessa descrição. A relação entre tais características e a vida (em oposição à morte) nos leva a pensar sobre o movimento dos pais para atribuir vitalidade ao seu infante. Essas atribuições têm uma importância especial se levarmos em conta as limitações nas competências e capacidade interativa de um bebê prematuro, por sua condição clínica.

Outro ponto de destaque é o sentimento de incompletude identificado nos relatos das mães. Elas dizem, expressamente e nas entrelinhas, que **ainda não se sentem e não se reconhecem como mães de seus bebês**. Observamos que, à semelhança das ponderações feitas por Camarotti (2000), quando as mães se vêem substituídas pelo holding mecânico do hospital, aumenta nelas o sentimento de incapacidade e de impotência.

A **dor por não poder segurar o bebê**, enfatizada por uma das mães (Carla), remete à impossibilidade de ocupar-se dos cuidados físicos do filho e remete a reflexões a respeito de dois conceitos importantes nessa área: *holding* e a prática da parentalidade (um dos eixos da parentalidade)

O holding é, na teoria winnicottiana, o protótipo dos cuidados maternos e inclui, especialmente, o holding físico. De acordo com Winnicott (2012), o holding é:

o ato físico de segurar a estrutura física que vai resultar em circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos. Segurar e manipular bem uma criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação”. (p. 54).

Para que uma criança consiga sobreviver é necessário que ela seja cuidada por uma mãe (ou mãe substituta) que seja capaz de prover o que o lactente precisa. Para tanto, é necessário que essa figura possa identificar-se com esse bebê, supor o que ele sente e atender às suas necessidades em termos de holding e provisão do ambiente. Para o psicanalista, o holding é, possivelmente, a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente o seu amor. (Winnicott, 1983).

A noção de *holding* lança questões de grande relevância para a clínica da prematuridade. Não poder segurar o bebê ganha uma dimensão muito mais ampla do que poderia se supor.

Enquanto o bebê está sobrevivendo graças aos recursos tecnológicos, a prática da parentalidade, que inclui os cuidados físicos (Houzel, 2004) também fica comprometida, pois são outras pessoas (médicos e enfermeiros) que desempenham essa função.

O contato pele a pele, segundo as prerrogativas do Método Canguru, tão valorizado pelos pais, especialmente pelas mães, é uma possibilidade - talvez a única no período em que eles ficam na incubadora - que os pais têm para cuidar e sentir-se responsáveis pelo filho, por um lado, e de comunicar-se com eles, por outro.

Winnicott (2012) ressalta que mesmo o bebê prematuro já na data do seu nascimento pede cuidados humanos. O psicanalista ressaltou a importância da experiência física para a comunicação entre a mãe e o bebê, o que denominou de *comunicações silenciosas iniciais* (p.54). Para Winnicott, há maneiras especiais através das quais mãe e bebê mantêm comunicação: pela respiração da mãe, do calor do seu hálito, dos sons da batida do seu coração.

Esse conceito tem uma importância significativa para o bebê prematuro tendo em vista que o contato pele a pele acaba sendo uma oportunidade única para o estabelecimento dessas comunicações entre pais e bebê.

Relação com família e suporte social

Outra reação identificada em todos os relatos das mães é a **necessidade de ser cuidada**. Essa reivindicação expressa-se de diferentes maneiras, seja pelas queixas em relação à falta de suporte de familiares ou do pai da criança, seja pela importância atribuída ao cuidado da enfermagem com as mães, seja pelas queixas em relação à cirurgia cesariana.

No nascimento prematuro, o pós-parto torna-se ainda mais delicado para a mulher, tendo em vista que todos os olhares estão voltados para o bebê e à condição de saúde dele.

Essa necessidade nos remete à importância de fazer o **holding** da mãe, conforme apontado por Pinto et. al (2004). É preciso que a mãe seja cuidada para que possa cuidar do bebê.

A análise dos relatos nos mostrou que o suporte familiar tem um impacto expressivo sobre o sentimento de bem-estar e oferece condições para que a mãe possa cuidar de seu bebê com mais tranquilidade.

No caso de Sara em especial, supomos que a falta de suporte familiar e social expunha-la um estado de significativa vulnerabilidade emocional. Missonier (2004) fala sobre a importância da rede de apoio apontando que a variável “qualidade” das pessoas de confiança é muito determinante. Para o autor, essa “*rede protetora tem uma função de salvaguarda da gravidez e retoma a ideia de placenta social, psicossocial, que são as relações familiares no sentido da família ampliada*” (p. 120).

Relação com a equipe, com a ciência e tecnologias

A relação com a equipe aparece nos relatos a partir de três vieses. O primeiro diz respeito à equipe como depositária das certezas e expectativas dos pais, o segundo como um elemento favorecedor da parentificação e o terceiro refere-se às estratégias possíveis para melhorar o acolhimento dos pais.

Observamos que diversos fatores são potencialmente geradores de sofrimento e angústia para os pais. A ausência de certezas vindas do suposto lugar do saber é um desses fatores. Os relatos nos mostram que os pais ficam desapontados frente aos limites da ciência. A busca desesperada por períodos de calma (uma evolução segura, estabilidade clínica, previsão de alta) esbarra na impossibilidade de respostas certas e gera ruídos e sentimentos de desconfiança. As tensões derivadas desses desencontros são dirigidas aos representantes da ciência: enfermeiros e, especialmente, médicos.

A esse respeito, concordamos com Dias (2003) quando a autora supõe que a ausência de dispositivos ou rituais que permitam algum tipo de simbolização do horror causado pelo nascimento prematuro faz retorno sob a forma de tensões ou manifestações de transbordamento entre pais e bebês, assim como entre pais e equipe médica.

Em relação ao segundo ponto, destacamos a intervenção da equipe num momento de extrema delicadeza para o par mãe-bebê (Carla e seu filho Marcos). Conforme descrito nos resultados, após 3 meses de internação, uma das mães deixou o hospital, tomada por sentimentos de decepção e cansaço físico e mental. Havia chegado no seu limite. A equipe interviu oportunamente e o resultado foi bastante positivo. Supomos que sem a referida intervenção, frente à situação descrita, a relação mãe-bebê corria sérios riscos. Podemos afirmar que o papel desempenhado pela equipe foi, ao mesmo tempo, preventivo e interventivo.

Ainda a respeito dessa situação, é interessante notar que o compromisso firmado entre os pais e a equipe - retorno diário durante uma semana para reavaliação - gerou sentimentos muito positivos para os pais, certamente favorecedores da parentalização. Os pais ficaram muito orgulhosos por terem conseguido que o filho ficasse bem em casa. Renovou-se o sentimento de competência, tão fragilizado por toda a situação que viveram, eles se sentiram bons pais.

A literatura aponta o papel parentalizador que a equipe pode exercer. Conforme mencionado, umas das definições para o termo parentalizar é *“exercer uma influência positiva sobre os sentimentos de um homem ou de uma mulher ajudando-os a se sentirem pai e mãe”* (Andrade, 2004, p. 174). De acordo com esta autora, além do próprio bebê, de cada um dos

cônjuges e da família, os profissionais que trabalham com o bebê e seus pais estão entre aqueles com maior chance de exercer essa parentalização. Nesse sentido, a função desempenhada pela equipe é de imensa importância para ajudar os pais a suportarem as dificuldades e facilitar a formação de vínculos entre eles e seus bebês.

A respeito dessa influência no processo de vinculação mãe-bebê, Pergher et al. (2014) acreditam que se a equipe não tiver aberta às necessidades das mães de crianças prematuras, as mães também estarão menos preparadas para se vincularem a seus filhos. Para os estudiosos, as mães precisam receber o apoio necessário para que se sintam capazes e confiantes para cuidar do filho.

Vale ressaltar que, segundo relato da enfermagem colhido no trabalho de campo, a maioria das mães de bebês prematuros não permanece com o recém-nascido no hospital. Seria interessante ouvir esses pais para compreender o que acontece com eles, o que os impede de estarem presentes. Seriam dificuldades de ordem pessoal, da estrutura que (in)existe para acolhê-las ou ainda um conjunto de elementos?

Por fim, o terceiro ponto refere-se aos apontamentos feitos por uma das entrevistadas a respeito de uma reunião semanal promovida pela equipe para pais e mães de bebês prematuros internados. Os relatos nos levam a supor que o encontro entre as mães e a **informação** veiculada nas reuniões têm uma função importante no sentido de propiciar o compartilhamento de experiências, mas também de amenizar a sensação de medo/perplexidade, uma vez que antecipa situações (intercorrências) que são esperadas, corriqueiras para a equipe e não indicam, necessariamente, riscos de morte, mas podem ser assustadoras para quem nunca presenciou e não tem condições de dimensionar a gravidade.

Relação com o outro membro do casal parental

A proposta desse tópico foi abordar as interfaces entre os papéis conjugais e parentais, considerando-se o desenvolvimento de cada um deles estejam tais papéis interdependentes ou dissociados.

Conforme apresentamos nos resultados, a situação conjugal dos casais entrevistados não é homogênea. O primeiro casal (Carla e Almir) mantinha uma relação estável há alguns

anos, com filhos dessa relação. O segundo casal (Alex e Mariana), formado por jovens namorados, passou a conviver juntos após o nascimento do filho. O terceiro casal (Estela e Rafael) manteve um rápido relacionamento amoroso, que teve fim antes da descoberta da gravidez, e o quarto casal (Sara e Gerson) mantinha um relacionamento instável há alguns anos, sem compromissos formais.

Para Carla e Almir, houve um **fortalecimento dos vínculos conjugais**. Carla se sentiu apoiada e pôde conhecer aspectos mais íntimos do marido, que se mostraram numa situação-limite para ambos. Nos dois momentos em que foi entrevistada (durante a internação e após a alta do filho), Carla enfatizou o **sentimento de admiração** em relação ao marido naquilo que se referia ao exercício da paternidade e ao papel que ele exerceu para ela durante a internação. Fica evidente em sua fala a **importância desse apoio** para que a mãe pudesse ter mais tranquilidade para dedicar-se ao bebê e construir com ele uma relação de cuidado e afeto.

Alex e Mariana tiveram uma experiência semelhante. Embora bem mais jovens, eles também identificaram **mudanças positivas no relacionamento conjugal**, mas, diferente do primeiro casal, elas atribuíram tais mudanças à assunção dos novos papéis materno e paterno. O casal se percebe como mais maduro, percebem-se mais unidos e tolerantes um com o outro.

As mudanças referidas parecem relacionadas, prioritariamente, à chegada do primeiro filho. Num artigo sobre as representações maternas nas gravidezes do primeiro e segundo filho, Riazuelo (2010) salienta as mudanças no psiquismo da mulher por ocasião do nascimento do primeiro filho, enfatizando que este é portador de toda potência narcísica e valorização do eu.

Os planos de Alex para o futuro, que inclui a construção de uma casa onde a esposa possa receber suas amigas e os amigos do filho, sugere-nos a necessidade sentida pelo rapaz de construir um **núcleo distinto e diferenciado da família extensa** de ambos. Apesar da importância atribuída ao suporte oferecido pelas respectivas famílias, o casal deseja crescer como uma unidade diferenciada e Alex sente-se responsável por criar as condições para que tais planos se concretizem. De acordo com Andrade (2002), o homem, assim como a mulher, é levado a modificar o lugar que ocupa no seio de sua família. Ele se torna pai como seu pai e transmite seu nome.

Estela e Rafael não chegaram a formar um casal conjugal. No início da gestação, Estela teve dificuldade de aceitar que não concretizaria os planos de constituir a família idealizada por ela. Embora essa tenha sido uma fonte de **angústia** para a mãe no momento em

que descobriu a gravidez, após o nascimento do filho (no momento da entrevista) esta parecia uma questão em vias de elaboração. **Os papéis parentais nem um nem de outro pareciam afetados.** Tanto Estela quanto Rafael mostravam-se engajados no processo de transição para a parentalidade.

No caso de Sara e Gerson, o tema da relação conjugal aparecia como uma fonte de **angústia** para Sara. O relato de Sara teve como questão central o seu desapontamento em relação ao rapaz, tanto naquilo se referia à maneira como ele estava desempenhando o papel de pai quanto o papel de companheiro, ainda que fosse apenas pai da sua filha. Sara demonstra incômodo em relação a supostos casos amorosos do rapaz. Parece clara sua dificuldade de aceitar que o **casal parental estava dissociado do casal conjugal**, o que parecia bem resolvido para Gerson.

Conjecturamos que a ausência de um companheiro é sentida por Sara também como uma **necessidade de um terceiro**, seja ele um marido ou qualquer pessoa que possa ocupar a função de holding, alguém que possa apoiá-la nos dois sentidos, tanto no desenvolvimento do papel parental quanto no acompanhamento da filha internada. Essa necessidade não fica evidente no caso de Estela e o diferencial parece ser o suporte familiar com o qual Estela conta, conforme discutido no tópico anterior.

A influência do modelo tradicional de família nas expectativas das mães aparece como uma fonte de sofrimento para Sara e Estela pela impossibilidade de concretizar suas idealizações, mas também pelo imperativo social segundo o qual somos ensinados que há um modelo bom e correto de família feliz e outros, quase sempre relacionados ao fracasso, à tristeza, à desestrutura. A análise proposta por Maria Rita Kehl no capítulo “Lugares do Feminino e do Masculino” lança luz sobre esse fenômeno. Para Kehl (2001), há uma patologia contemporânea própria das formações familiares que vivem constantemente endividadas em relação a uma estrutura ideal. Esta dívida com a família perdida, segundo a autora, nos deprime e nos faz sentir que somos sempre insuficientes.

As novas configurações familiares mostram homens e mulheres ocupando papéis distintos daqueles tradicionalmente exercidos. Nos dois casos (Estela/Rafael e Sara/Gerson), o interesse de ambos os pais está voltado para o bebê e para o **desenvolvimento do papel de pai.**

Alinhado ao modelo tradicional de paternidade, observamos que é no discurso dos pais-homens que sobressai uma **preocupação com a assunção das novas responsabilidades** advindas com o nascimento do filho. Os homens se reconhecem, sobretudo, pelo papel de

provedor, daquele responsável por oferecer as condições materiais para os filhos, ainda que possam exercer outras funções. Nesse sentido, observamos que, à semelhança de outros relatos de pesquisa, convivem modelos tradicionais e modernos de paternidade.

6.4. PÓS-NATAL DA PARENTALIDADE

Apesar de reiteradas tentativas de contato com todos os casais para realização de uma segunda entrevista após a alta do bebê, só conseguimos realizar com dois deles. No primeiro caso, a segunda entrevista foi realizada com o casal e no segundo caso apenas com a mãe, pois o pai já havia se deslocado para o Nordeste, onde residia.

No caso de Carla, apesar de ela ter experimentado dificuldades para pensar o bebê durante a gestação, para investi-lo, ela conseguiu estabelecer relações vinculares com ele. O relato da mãe mostra que as dificuldades vivenciadas no acompanhamento da criança trouxeram oportunidades grandiosas para um processo de reflexão sobre si, sobre a maternidade, o casamento, a profissão e, em consequência, uma outra maneira de enxergar essa inesperada gestação e a prematuridade.

Almir continuava engajado no papel parental. Sentia-se reconhecido na função de suporte que ofereceu à esposa e uma visão muito positiva sobre si em relação ao contato que pôde estabelecer com o filho durante a internação.

A relação entre Sara e a filha parecia carregar marcas de decepção, como se Emília não tivesse sido capaz de cumprir a missão de juntar o casal. Sara sentia-se deprimida, “sufocada”, consumida pela filha. Segundo Mathelin (1999), os fantasmas de devoração estão em ação tanto nas mães quanto nos bebês. A psicanalista refere-se a mães que apresentam o medo de serem destruídas por seus bebês e carregam o sentimento de serem “esvaziadas” por eles.

Esses bebês vividos como vampiros estão para elas numa demanda sem fim que elas não conseguem saciar; e o amor apaixonado e exclusivo desse lactente por elas lhes dá o sentimento de serem devoradas por ele. (p.)

Sara sente-se sozinha, abandonada, preterida, deixou de se arrumar e de sair de casa. Sempre que sai, entretanto, compra roupa para a filha, que agora tem mais roupa que ela. A ambivalência demarca um espaço significativo entre a mãe e o bebê. Mais uma vez nos remetemos a Mathelin (1999) para tentar apreender os sentidos possíveis encobertos nesse discurso. Em um trecho de seu livro, a psicanalista comenta:

Se a mãe não se sente apoiada, se sua história a tornou narcisicamente frágil, se por ter se tornado mãe ela não pode mais ser mulher, então ela se coloca em perigo. Com ou sem peridural no parto, ela ficará com raiva desse filho que a fará terrivelmente sofrer”. (p. 15).

Supomos, nesse sentido, que a relação mãe-filha estava ameaçada, o que pode ser compreendido apenas levando em consideração, não apenas o contexto do nascimento prematuro, mas todos os aspectos que incluem, inclusive, a história dos seus pais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diz um ditado popular que “*cada cabeça é um mundo*”. O senso comum, com a sabedoria que lhe é peculiar, fala de algo precioso para o campo *psi*: as singularidades dos sujeitos. No campo das pesquisas temos uma aparente encruzilhada que envolve o geral e o particular. Quando falamos em ‘nascimento prematuro’, ‘reações emocionais de pais’ estamos nos referindo a conceitos que se definem como tal pelas características em comum que reúnem, mas, como psicólogos, o tempo inteiro advogamos as singularidades dos sujeitos. Deparamo-nos com um impasse de donde surgem indagações: como falar de reações emocionais de pais de bebês pré-termo se esses pais não são iguais, se o sentido é sempre único, se cada um tem uma forma particular de viver uma situação?

Para concluir o trabalho, partimos justamente desse ponto. Cada pai e cada mãe reagiram de uma maneira particular ao nascimento prematuro; a história individual de cada um, a relação do casal, os profissionais que cuidam do bebê, enfim, uma série de aspectos influencia tanto as reações emocionais, como o modo como cada pai e cada mãe começa a construir um relacionamento com o seu filho.

Por todos esses motivos, o pontapé inicial para compreender as falas dos sujeitos partiu da análise do singular, de um olhar dirigido a cada caso. Esperamos que esse particular não tenha sido negligenciado na apresentação dos resultados e na discussão do conhecimento produzido a partir do encontro com os entrevistados.

No nosso entendimento, a apresentação de categorias temáticas tem, por sua vez, a função de sistematizar os dados, o que nos oferece a possibilidade de refletir sobre as semelhanças (experiências em comum) e diferenças entre os sujeitos e dialogar com outros trabalhos empíricos de mesma natureza.

O presente estudo foi atravessado por uma série de limitações. Talvez a maior delas tenha sido o acesso aos entrevistados. As pessoas eram sempre muito gentis quando convidadas a participar da pesquisa, mas a maioria delas se recusava de uma maneira velada. Esqueciam do encontro e não compareciam ao hospital (sempre me propunha a combinar um horário que fosse melhor para os pais), se desculpavam por ter que sair mais cedo naquele dia por um motivo particular, ficavam de me informar um dia que fosse conveniente, mas isso não acontecia.

Sabia que aqueles “desencontros” não eram uma coincidência, que eles portavam sentido. Minha hipótese é de que, num momento tão intenso afetivamente, falar sobre aquele acontecimento com uma pessoa com quem eles não tinham vínculo não lhes parecia um bom convite. É possível que fantasias persecutórias também estivessem envolvidas, como no caso da mãe que acreditava que o filho era cobaia de pesquisa. Suponho que a disponibilidade dos pais necessitava da construção de um ambiente de confiança, no sentido winnicottiano. Penso que a construção desse ambiente demandaria inserção da pesquisadora na equipe, o que não era possível nas condições daquele momento.

De maneira geral, os resultados encontrados corroboram os achados e estudos da literatura. O nascimento de um bebê prematuro impõe desafios ao estabelecimento de relações entre pais e bebês, expõe a mãe a um estado de sofrimento e significativa vulnerabilidade psicológica, gera dificuldades para a inscrição familiar do infante, mas não se apresenta como uma impossibilidade para a formação de um vínculo saudável e seguro.

Sugerimos que um conjunto de sentimentos e sensações (apreensão, tensão, estado de alerta, cansaço, angústia, sentimentos de irrealidade) podem dificultar o processo de transição à parentalidade porque são produtores de sofrimento, porque deixam os pais numa situação de limbo (eles não sabem se o bebê sobreviverá), porque “desviam” a atenção do bebê para o estado de saúde. Por outro lado, outros aspectos parecem **favorecedores**: o apoio de um companheiro, o suporte da família, o contato pele a pele e a possibilidade de cuidar do bebê, uma intervenção cuidadosa da equipe.

Há que se ressaltar que são muitas variáveis com potencial impacto de dificultar a parentalização. Não por acaso registra-se uma alta incidência de crianças prematuras cujos pais não as acompanha, nem as visita. Os participantes da pesquisa foram, de certa forma, selecionados nesse universo, levando-se em consideração que eles estavam presentes no hospital acompanhando o filho. Supomos, nesse sentido, que já existia nessas pessoas elementos, internos e externos, favoráveis à parentalização.

Esse estudo reforça a importância dos profissionais que compõem a equipe de saúde. Fica evidente que o cuidado oferecido aos pais tem repercussões diretas no recém-nascido, que, a rigor, é o paciente. Observamos que a relação das mães com a equipe é atravessada por sentimentos ambivalentes; metaforicamente, ora a equipe é percebida como aliada, ora é sentida como rival. As mães esperam também ser cuidadas, esperam que os seus filhos sejam bem cuidados, mas ao mesmo tempo, surge um sentimento de rivalidade porque são os enfermeiros que cuidam do bebê, que se ocupam de cuidados que, “em condições normais”, a

mãe se ocuparia. Por fim, destaca-se o papel da equipe como parentalizador, o que se mostrou de grande relevância.

Ao concluir as entrevistas, comecei a refletir sobre a função do relato para o entrevistado, entendendo que narrar aquela história para alguém produziria algum efeito, seja ele qual fosse. Uma possibilidade de entendimento partiu de uma leitura recente. Para Davoudian (2013), ao relatar um acontecimento, buscamos oferecer uma coerência, uma coesão, por isso, precisamos operar um processo de ligação quando narramos. Essa construção, que permite religar os acontecimentos entre eles e as emoções aos acontecimentos, tem, para a autora, uma função anti-traumática.

A partir dessa compreensão, pensamos que, independente do seu alcance, a chamada coleta de dados deixa de ser estritamente uma etapa da pesquisa, na qual apenas o pesquisador se beneficia com os dados que alimentarão seu estudo, podendo ser entendida como uma forma de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

Aagard, H. & Hall, E. O. C. (2008). Mother's experiences of having a preterm infant in the Neonatal Care Unit: a meta-synthesis. *Journal of Pediatric*, 23(3). doi: 10.1016/j.pedn.2007.02.003

Agman, M.; Druon, C. & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In: Wanderley, D. de B. *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador, BA: Ágalma.

Almeida, M.B.V.B. de. (2008). Tornar-se pai: uma experiência subjetiva em transformação. *Simpósio Temático*. Florianópolis.

Andrade, M. A. G. (2002). Tornar-pai, tornar-se mãe: o processo de parentificação. In Corrêa Filho, L.; Corrêa, M. E. G. & França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança de até 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. (pp. 167-187). Brasília, DF: L.G.E.

Aragão, R. O. de. (2007). *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê* (Dissertação de Mestrado), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

Baêta, M.de L.de M. (2005). O pai na outra cena da UTI Neonatal. In Moura, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital: Novas versões do pai: reprodução assistida e UTI-4* (pp. 107-116). Belo Horizonte, MG: Autêntica.

Barros, S. M. M. de, Menandro, P. R. M., & Trindade, Z. A. (2006). Vivências paternas em UTI neonatal. *Psicologia Hospitalar*, 4(2), 1-18.

¹ De acordo com o Estilo APA – American Psychological Association

Borghini, A., Pierrehumbert, B., Milijkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health*, 27: 494-508. doi: 10.1002/imhj.20103

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança de até 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp. 205-214). Brasília, DF: L.G.E.

Camarotti, M. do C. (2000). De braços vazios: uma separação precoce. In Rohenkohl, C. M. F. (Org.). *A clínica com o bebê* (pp. 49-62). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Campos, C. J. G. & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17.

Dias, M. M. (2006). Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In Melgaço, R. G. (Org.). *A ética na atenção ao bebê* (pp. 137-147). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In Wanderley, D. de B (Org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 35-54). Salvador, BA: Ágalma.

Flacking, R., Ewald, U., & Starrin, B. (2007). I wanted to do a good job: experiences of 'becoming a mother' and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 64(12), 2405-2416.

Freitas, W.M.F., Silva, A. T. M. C., Coelho, E. A. C., Guedes, R. N., Lucena, K. D. T., & Costa, A. P. T. (2009). Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Revista Saúde Pública*, 43(1), 85-90. doi: 10.1590/S0034-89102009000100011

Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989-2008. *Birth*, (36), 305-318. doi 10.1111/j.1523-536X.200.00358.x

Golse, B. (2002). O que temos aprendido com os bebês. In Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança de até 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp. 116-134). Brasília, DF: L.G.E.

Gomes, R (1993). Análise e interpretação dos dados em pesquisa qualitativa. In Minayo, M. C. S. (Org.). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.

Hall, E. O. C., Kronborg, H., Aagaard, H., & Brinchmann, B. S. (2013). The journey towards motherhood after a very preterm birth: mother's experiences in hospital and after home-coming. *Journal of Neonatal Nursing*, (19), 109-113. doi: 10.1016/j.jnn.2012.08.002

Herzog, A., Muller-Nix, C., Mejia, C., & Ansermet, F. (2003). Étude Clinique sur le paternal lors d'une naissance prématurée. *Psychotherapies*, 23(2), 97-106. doi: 10.3917/psys.032.0097

Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In Silva, M. C. P. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade um desafio para o terceiro milênio* (pp. 47-51). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Kehl, M.R. (2001). Lugares do feminino e do masculino na família. In Comparato, M. C. M., & Monteiro, D. S. F. (Orgs.). *A criança na contemporaneidade e a psicanálise, 1*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlathi, E., Stolt, S., Haatja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interactions in preterm and full-term infants. *Infant Behavior & Development*, 33, 330-336. doi: 10.1016qj.infbeh.2010.03.010

Lima, S. N., Fernandes, A. A. C., Dantas, de A. G., Bezerra, J. S. M., & Barbosa, L. de M. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 704-710.

Marinho, L. C. O. (2009). Paternidade: o homem e suas angústias. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 20(4).

Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda. Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.

Melo, R. C. J., Souza, I. E. O., & Paula, C. C. de. (2012). O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(2), 219-226. doi: 10.1590/S1414-81452012000200002

Minayo, M. C. de S. (1993). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.

Ministério da Saúde Brasil. (2011). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília, DF.

Missonnier, S. (2004). O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai. As interações dos pais e da criança antes do nascimento. In Silva, M. C. P. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade um desafio para o terceiro milênio* (pp. 115-122). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Mohallen, L. N. (2005). “Nada como o tempo...” Prematuridade e trauma. In Moura, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital: Novas versões do pai: reprodução assistida e UTI-4* (pp. 93-106). Belo Horizonte, MG: Autêntica.

Moreira, M. E. L., & Rodrigues, M. A. (2003). O bebê na UTI: intercorrências e exames mais frequentes. In Moreira, M.E.L., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (Orgs.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Moro, M. R. (2005). Os ingredientes da parentalidade. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 258-273.

Morsch, D. S., & Braga, N. A. (2003). Os primeiros dias na UTI. In Moreira, M.E.L., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (Orgs.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Nix, C. M., & Ansermet, F. (2009). Prematurity, risk factors and protective factors. In Zeanah Jr., C.H. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 180-196). New York, NY/USA: Guilford Press.

Pergher, D. N. Q., Cardoso, C. L., & Jacob, A. V. (2014). Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. *Estilos da clínica*, 19(1), 40-56. doi: 10.11606/issn.1981-1624.v19i1p40-56

Pinto, E. B., Graham, S., Igert, B., & Solis-Ponton, L. (2004). A criança prematura: implicações para a parentalidade. In Silva, M. C. P. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade um desafio para o terceiro milênio* (pp. 177-188). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Pohlman, S. (2005). The primacy of work and fathering preterm infants: findings from an interpretative phenomenology study. *Advances in Neonatal Care*, 5(4), 204-216. doi: 10.1016/j.adnc.2005.03.002

Santos, L. M. dos, Morais, R. A. de, Miranda, J. O. F., Santana, R. C. B. de, Oliveira, V. M., & Nery, F. S. (2013). Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam*, 5(1), 3504-3514.

Schermann, L. B., & Brum, E. H. M. (2012). Parentalidade no contexto do nascimento pré-termo: a importância das intervenções pais-bebê. In Piccini, C. A., & Alvarenga, P. (Orgs.). *Maternidade e paternidade a parentalidade em diferentes contextos* (pp. 253-269). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Solis-Ponton, L., & Lebovici, S. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Lebovici. In Silva, M. C. P. (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade um desafio para o terceiro milênio* (pp. 21-28). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Souza, N. L. de, Araújo, A. C. P. F., Costa, I. C. C., Medeiros Junior, A., & Accioly Junior, H. (2010). Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), 159-165.

Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: a comparison between parents of preterm and full-term babies. *Health & Social Work*, 34(3), 201-212.

Stern, D. (1997). A constelação da Maternidade. In Stern, D. V., & Veríssimo, M. A. (Orgs.). *A constelação da maternidade o panorama da psicoterapia pais bebê* (pp. 161-178). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Szejer, M. (1999). *Palavras para nascer*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Szijarto, S. G., Guex, M. F., Borghini, A., Pierrehumbert., Ansermet, F., & Nix, C. M. (2009). État de stress post-traumatique chez les meres et chez les pères d'enfants prématurés: similitudes et différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(5), 385-391. doi: 10.1016/j.neurenf.2009.04.001

Turato, E. R. (2010). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Vidigal, M. M. B. A., & Tafuri, M. I. (2010). Parentalização: uma questão psicológica, *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath*, 7(2), 65-74.

Watson, G. (2010). Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm. *Journal of Clinical Nursing*, 20,1462-1471. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03311.x

Winnicott, D. W. (1983). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 225-233) São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1983). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 207-217) São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 38-54) São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1993) *Textos selecionados: da pediatria à psicanalise*. Rio de Janeiro: F. Alves.

Winnicott, D. W. (2012). O ambiente saudável na infância. In *Os bebês e suas mães*. (pp. 51-59) (4ª ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (2012). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In *Os bebês e suas mães*. (pp. 51-59) (4ª ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Zornig, S. M. A. (2006). Clínica da intervenção precoce: entre a origem e o originário. In Melgaço, R. G. (Org.). *A ética na atenção ao bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zornig, S. M. A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2).

Zornig, S. M. A.; Morsch, D. S. & Braga, N. A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana Psicopaologia Fundamental*, 7(4).

Anexo A- TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE DE PAIS DE BEBÊS NASCIDOS PRÉ-TERMO

Instituição responsável pela pesquisa: Pós-Graduação em Psicologia Clínica / INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP.

Endereço: Rua Professor Mello de Moraes, 1721, Cidade Universitária – São Paulo – SP

Prezado Senhor (a)

Solicito sua autorização para entrevistá-lo(a) e utilizar seu depoimento numa pesquisa da Instituição acima citada, intitulada “*A transição para a parentalidade de pais de bebês nascidos pré-termo*”. Essa pesquisa será desenvolvida por mim, Manuela Vilanova Barbosa Alves, psicóloga, aluna de Mestrado em Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), sob orientação da professora Dra. Kayoko Yamamoto.

Pretendo conversar com o (a) senhor (a) sobre questões relacionadas ao nascimento do seu filho e à experiência da paternidade e da maternidade vividas nesse momento. O objetivo dessa pesquisa é compreender melhor a experiência de se tornar pai ou se tornar mãe de um bebê nascido prematuro, que necessita de cuidados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Esta pesquisa será realizada em dois momentos: durante a internação do recém-nascido e depois da alta hospitalar. Nas duas fases, realizaremos uma entrevista com o pai e com a mãe, cada um em separado, e outra com o casal. No primeiro momento, essas entrevistas serão realizadas no hospital e no segundo, elas poderão acontecer no hospital ou em sua casa, conforme combinarmos previamente. Os dados fornecidos durante a entrevista

clínica – que não serão gravados – ficarão sob responsabilidade do pesquisador e mantidos sob sigilo.

Espera-se que essa pesquisa traga benefícios, sob forma de orientação, esclarecimentos, e, eventualmente, alívio ou soluções para conflitos não profundos. Não se espera que os procedimentos adotados venham a provocar desconforto físico e/ou psicológico aos senhores participantes. Entretanto, caso isto ocorra o pesquisador compromete-se em assistir o participante e, se for necessário, encaminhá-lo (a) para atendimento médico, psiquiátrico e/ou atendimento psicológico em serviço da rede pública de saúde. Caso seja constatado dificuldades emocionais o pesquisador encaminhará o (a) participante para acompanhamento psicológico na Clínica Psicológica Durval Marcondes do Instituto de Psicologia.

A sua participação neste estudo é voluntária. Caso o (a) senhor (a) não queira participar, não haverá nenhum tipo de prejuízo ou sanção com relação a sua pessoa. E mesmo que decida participar, o(a) senhor (a) tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista. Por outro lado, esse estudo não prevê remuneração. Sendo assim, não haverá nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação.

O senhor (a) pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que o (a) senhor (a) nos fornecerá não serão identificadas como suas. As pessoas que, por acaso, forem citadas pelo (a) senhor (a) no decorrer da entrevista, terão também seus nomes mantidos em segredo. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa. Por outro lado, os dados gerados por esta investigação poderão ser divulgados em encontros profissionais e publicados em artigos científicos.

Qualquer esclarecimento que se fizer necessário poderá ser obtido através dos pesquisadores responsáveis: Manuela Vilanova Barbosa Alves e Kayoko Yamamoto, no endereço Rua Professor Mello de Moraes, 1721, Cidade Universitária – São Paulo – SP – Telefone: (011) 3091-4173 e 3091-1947. E através do Comitê de Ética em Pesquisas do CEPH-IPUSP: Endereço: A. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco g, 2º andar, sala 27 – Cidade Universitária – CEP: 05508-030 – São Paulo – SP – Telefone: 3091-4182 - email: ceph.ip@usp.br e do Comitê de Ética em Pesquisas do CEP-HU: Endereço: Av. Prof. Lineu

Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP – Telefone: 3091-9547 – Fax: 3091-9542 – email: cep@hu.usp.br.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma será entregue à pessoa pesquisada, e, a outra juntamente com os dados coletados, será arquivada e mantida sob responsabilidade do pesquisador.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO:.....CIDADE

CEP:..... TELEFONE:(.....)

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente projeto de Pesquisa”.

Local e data

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Manuela Vilanova Barbosa Alves – Instituto de Psicologia – USP