



**TORNAR-SE MÃE DE UM BEBÊ PREMATURO NA ADOLESCÊNCIA: UMA
CONDIÇÃO DE DUPLA IMATURIDADE**

Lívia Caetano da Silva Leão

Dissertação de Mestrado

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Março de 2012

**TORNAR-SE MÃE DE UM BEBÊ PREMATURO NA ADOLESCÊNCIA: UMA
CONDIÇÃO DE DUPLA IMATURIDADE**

Livia Caetano da Silva Leão

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia
sob orientação da Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Sobreira Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Março de 2012

Às mães adolescentes, que se propuseram a mergulhar em suas experiências mais íntimas e compartilhar suas emoções comigo.

AGRADECIMENTOS

Ao final deste trabalho especial, primeiro fruto de um sonho que me acompanhou desde a graduação em Psicologia, não poderia deixar de agradecer àqueles que contribuíram para que este Mestrado fosse possível:

A Deus, por sempre me conceder a força necessária para progredir e nunca desistir diante dos desafios;

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Sobreira Lopes, que me incentivou e me ajudou a crescer como profissional e como pessoa, acreditando em meu potencial. Obrigada pelas trocas e ensinamentos;

Às professoras componentes da banca de avaliação da dissertação, Prof^ª. Dra. Cleonice Alves Bosa, Prof^ª. Dra. Daniela Centenaro Levandowski e Prof^ª. Dra. Andrea Gabriela Ferrari, que desde a época do projeto contribuíram para que eu ampliasse meu olhar diante do meu objeto de estudo e da pesquisa;

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFRGS, que com seus conhecimentos e experiências confirmaram em mim o desejo de prosseguir pesquisando e estudando. Especialmente ao Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini, que como coordenador do grupo de pesquisa me ensinou a ser determinada e atenta para prosseguir na academia;

À minha família, pai, mãe, Be, avós, Lu: amo vocês. Sem o incentivo e a força de vocês eu nunca conseguiria! Obrigada por acreditarem em mim e compartilharem esse meu sonho tão exigente e louco, que me levou para ainda mais longe de vocês. Está valendo a pena!

Aos meus amigos de todos os cantos, que de um modo ou outro se fizeram presentes ao longo destes dois anos de trabalho, muitas vezes contribuindo para os momentos de descanso e lazer. Carrego vocês comigo aonde quer que eu vá: Gabi, Fe Alencar, Lu Botter, Ju Medeiros, Bruno, Dudinha, Carol, Tatá e tantos outros queridos;

Aos amigos que fiz em Porto Alegre, vocês são incríveis! Mais que a pesquisa ser o que nos une e nos instiga o encontro com vocês na universidade fez nascerem grandes amigades, que eu quero sempre. Obrigada por podermos compartilhar nossas conquistas e dificuldades inerentes à vida de cientistas, e por tornar a minha vida aqui no Sul muito mais agradável.

Especialmente agradeço ao Serginho, Marília, Gabi, Lu, Scheila, Lara, Alexandre, Aline, Fabi, Kika e Greici;

Aos bolsistas de iniciação científica que auxiliaram na transcrição de tantas entrevistas, obrigada. O trabalho de vocês foi fundamental;

Às colegas e amigas do NUDIF e também do PREPAR, com as quais tenho aprendido muitas coisas sobre a Psicologia e compartilhado muitos sonhos. Que este grupo se fortaleça cada vez mais!

À Daniela, que neste último ano foi um apoio essencial para que eu fosse sempre em frente. Obrigada por tornar minhas descobertas mais humanas e menos assustadoras;

Ao CNPq, pelo apoio financeiro concedido durante o Mestrado;

Aos hospitais que me permitiram adentrar seu espaço e ter contato com as mães, pais e famílias inteiras e com o contexto da UTI Neonatal;

Às adolescentes participantes e àquelas que por diversos motivos não puderam continuar no estudo. Muito além do meu obrigado, está a minha admiração pela coragem e determinação que vocês mostraram diante de seus bebês tão frágeis, da situação tão difícil da prematuridade e do desafio de serem adolescentes.

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou.

(Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas)

Sumário

RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
CAPÍTULO I.....	10
INTRODUÇÃO.....	10
Apresentação.....	10
Adolescência.....	10
Maternidade na adolescência.....	15
Prematuridade.....	21
Tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência.....	31
Justificativa e Objetivo.....	42
CAPÍTULO II.....	45
MÉTODO.....	45
Participantes.....	45
Delineamento e procedimentos.....	46
Instrumentos.....	48
Considerações éticas.....	50
CAPÍTULO III.....	52
RESULTADOS.....	52
Estrutura e organização dos hospitais/ UTI Neo.....	52
Contato com outros casos.....	54
Análise dos dados.....	55
Caso 1: Tatiana e Luís.....	57
A adolescente que não podia ser mãe.....	57
Caso 2: Diana e Laura.....	70
Onde está Diana? Brincando de esconde-esconde.....	70
Caso 3: Elisa e Gabriel.....	86
O “mini-bebê”.....	86
Caso 4: Nádia e Bruno.....	106
Nádia: o segundo bebê da casa.....	106
CAPÍTULO IV.....	122
DISCUSSÃO.....	122

CAPÍTULO V	143
CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	147
ANEXOS	158
ANEXO A.....	159
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado	159
ANEXO B.....	161
Entrevista de Dados Demográficos da Família	161
ANEXO C.....	163
Ficha de Dados Clínicos Gestacionais	163
ANEXO D.....	164
Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/Pós-parto	164
ANEXO E.....	165
Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/Pré-alta	165
ANEXO F	166
Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pós-parto.....	166
ANEXO G.....	169
Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade.....	169
ANEXO H.....	171
Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pré-alta	171

RESUMO

O presente estudo buscou investigar a experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência, em particular, a relação que a mãe adolescente estabelece com o bebê prematuro, durante a internação hospitalar do bebê. Participaram quatro mães adolescentes entre 17 e 18 anos de idade, que tiveram seus bebês prematuros em dois hospitais públicos de Porto Alegre, as quais foram entrevistadas em três momentos da internação do bebê na UTI Neonatal (aproximadamente no 15º dia de vida do bebê, uma semana após este contato e no momento de pré-alta hospitalar do bebê). Os resultados apontaram para um somatório de crises concomitantes como a adolescência, a maternidade e a prematuridade, o que representou um impacto importante neste momento de transição para as adolescentes. Para algumas mães foi possível recuperar-se do choque inicial causado pelo nascimento prematuro de seu bebê, fato relacionado à variação no grau de desenvolvimento individual e nos modos de funcionamento psíquico de cada uma. Além disso, aspectos típicos do funcionamento adolescente mostraram-se evidenciados, mesmo com a exigência de que as mães interrompessem seu processo de adolecer para cuidar do bebê na UTI Neo. Assim também, notou-se que há diferentes tempos que marcaram esta transição para a maternidade: o tempo da UTI, o tempo do bebê e o tempo da adolescente, muito distintos e com características próprias. Outros estudos devem ser realizados nesta temática específica, uma vez que não se conhece os efeitos a médio e longo prazo deste tipo de transição para a maternidade para a mãe e para o bebê. Espera-se que este estudo possa contribuir para se considerar as especificidades do momento da adolescência no contexto da UTI Neo.

Palavras-chave: mãe adolescente; bebê prematuro; imaturidade.

ABSTRACT

The present study investigates the experience of giving birth to a premature baby in adolescence, specifically examining the relationship the adolescent mother establishes with the premature baby during its hospital internment. Four adolescent mothers between 17 and 18 years old took part in the research. They gave birth to their premature babies in two different public hospitals of Porto Alegre and were interviewed at three moments of the babies' internment in the NICU (about 15 days after the babies were born, a week after this first contact and right before the babies' hospital discharge). The results pointed to a sum of simultaneous crisis, such as adolescence, motherhood and prematurity, which represented a major impact at this time of transition for adolescents. For some mothers it was easy to recover from the initial shock caused by the premature birth of their babies, and this fact is related to variations in the degree of individual development as well as to the different modes of psychic functioning of each one of them. Furthermore, some typical aspects of adolescence were shown, even though the adolescents were demanded to interrupt their process of being adolescents to take care of a premature baby in NICU. Thus, it was possible to notice that there were different times that marked the transition to motherhood: the time of NICU, the babies' and the adolescents' time, which were very distinct from each other, showing specific characteristics. Other studies should be conducted in this specific area, since the medium and long term effects of this kind of transition to motherhood, regarding the adolescent mother and the baby, are not known. It is expected that this study contributes to better understanding the specificities of adolescent mothers in the NICU.

Keywords: adolescent mother; premature baby; immaturity.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

A gravidez na adolescência tem sido extensivamente discutida na literatura, entretanto, sem ampliar, muitas vezes, a compreensão para o momento após o parto. Assim, os estudos que compreendem a maternidade neste momento da vida têm atentado de forma insuficiente para as possíveis repercussões emocionais que tanto a mãe quanto o bebê podem sofrer, especialmente as causadas pelo nascimento prematuro deste último. Dessa maneira, o presente estudo buscará investigar a experiência da maternidade da adolescente que dá à luz a um bebê prematuro, considerando a relação entre a mãe e o bebê e as questões emocionais da mãe inerentes a esta situação.

Uma vez que são conhecidas as possíveis e complicadas repercussões para a mãe adolescente cujo bebê nasce no tempo esperado, é possível que a mãe adolescente que tem um bebê prematuro, estando em uma situação mais vulnerável, possa vivenciar maiores dificuldades nesta entrada específica para a maternidade. Propõe-se, assim, que mãe adolescente e bebê prematuro estariam em uma condição de “dupla imaturidade”. Esta condição foi assim nomeada, pois se entende que a díade mãe-bebê é imatura: a mãe adolescente, imatura de acordo com sua fase de desenvolvimento, torna-se mãe de um bebê também imaturo.

Desta maneira, o presente estudo inicia com uma revisão de literatura a respeito de quatro eixos que compõem a temática de estudo: adolescência, maternidade na adolescência, prematuridade e tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência. A relevância em discutir cada um destes pontos deve-se ao entendimento de que é necessário compreender primeiramente como ocorre o processo de desenvolvimento da adolescente, para então, adentrar as questões da maternidade nesta fase de vida e as possíveis complicações deste acontecimento, como pode ser o nascimento prematuro de um bebê para a mãe adolescente.

Adolescência

A adolescência como período do desenvolvimento humano tem sido definida de diversas formas. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) define como adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade. Já a Organização Mundial de Saúde (1986) define que os jovens entre 10 e 19 anos são adolescentes. Scholl, Hediger,

Schall, Khoo & Fischer (1994) afirmam que, no mundo em desenvolvimento, juntamente com fatores como a desnutrição infantil, por exemplo, o amadurecimento tem sido atrasado e o período da adolescência, conseqüentemente, prolongado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1986), a adolescência caracteriza-se por ser o período de passagem da infância para a vida adulta. Este momento requer duas tarefas principais, a saber, os esforços para atingir as metas esperadas pela cultura na qual o adolescente está inserido e pelo desenvolvimento intenso dos aspectos físicos, mentais, emocionais e sociais. O início da adolescência é, para alguns, atribuído ao início da puberdade, com o aparecimento das características sexuais secundárias. Entretanto, o fim da adolescência é um período cuja definição é menos exata, sendo que há variações de cultura para cultura. Mesmo assim, há elementos que convencionalmente marcam a entrada para a vida adulta, como o desenvolvimento biológico que leva à completa maturidade sexual e reprodutiva, juntamente com o desenvolvimento psicológico, que modificará os elementos cognitivos e emocionais para que estejam de acordo com o funcionamento adulto. Ainda, a relativa independência socioeconômica é outro aspecto considerado fundamental pela Organização Mundial de Saúde para a entrada definitiva na vida adulta.

Em relação aos estudos psicanalíticos sobre este momento de transição para a vida adulta, Sigmund Freud foi quem primeiramente tratou o tema da puberdade, de forma breve. Na obra *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*, publicada em 1905, ele afirma que a puberdade é o momento em que a configuração da vida sexual se modifica para atender aos objetivos da vida sexual adulta. Assim, a pulsão sexual que era, na infância, autoerótica, passa a ser orientada para um alvo sexual externo. Este alvo sexual, na puberdade, é fantasiado, possuindo em si vestígios do relacionamento com os pais na infância. É dizer que a escolha de objeto na puberdade vem entremeada por uma reedição da afeição que se tinha aos pais na infância. Desta feita, é possível observar que o *status* da puberdade sofreu importantes modificações a partir de Freud. Se antes era considerada como início das manifestações sexuais do indivíduo, passou a ser contemplada como momento em que as últimas transformações sexuais ocorriam, período de transição entre a desorganização infantil e a sexualidade adulta, centralizada na organização genital (A. Freud, 1958/1995). De qualquer forma, alguns autores da Psicanálise (Blos, 1996; Winnicott, 1969) concordam que as vivências da infância têm repercussão na adolescência de maneira modificada, ideia inaugurada por Ernest Jones na década de 1920 (A. Freud, 1958/1995). Anna Freud foi uma das primeiras psicanalistas a tratar do fenômeno da adolescência, a partir de sua curiosidade em relação aos grandes esforços do ego para dominar as pulsões, causadoras de muita tensão e pressão no adolescente. Quando esta luta do ego ocorre de forma normal, então o resultado é

a formação do caráter; entretanto, caso a mesma encontre uma saída patológica, ocorre a formação dos sintomas neuróticos. Esta guerra entre o ego e o id ocorre durante a infância, sendo que no período de latência a mesma sofre uma interrupção breve, para então ressurgir novamente quando se aproxima a puberdade. Uma vez que as pulsões que pressionam o ego na puberdade são ameaçadoras, este precisa lutar por sua sobrevivência com máxima força, cujo resultado será as modificações na personalidade do indivíduo.

Assim, A. Freud (1958/1995) se refere à adolescência como o período em que impulsos genitais se apresentam, juntamente com uma reorganização do ego e superego, no sentido de ajustar as novas configurações da sexualidade, mais madura. Isto pode não ocorrer, dependendo do tipo de embate empreendido pelo ego. Esta autora ainda destaca que neste momento da vida o indivíduo se utiliza de diversos tipos de defesas, uma vez que ele vivencia forte instabilidade psíquica. Estas defesas ocorrem em detrimento de dois elementos que se modificam fundamentalmente na adolescência: os laços objetivos infantis e os impulsos. Um dos maiores embates do adolescente é desejar ser um adulto, porém diferente do modelo parental; é a ambivalência de ser e não ser como seus pais. Ainda, as transformações corporais, definidas pelo crescimento físico, com incremento da força e o surgimento abrupto dos hormônios sexuais, complementam este cenário (Souza, 2009).

Ademais, o adolescente encontra-se em meio a uma luta emocional, com o investimento libidinal sendo transferido de seus pais para outros objetos. Ele se relaciona com outros adolescentes e adultos, ao mesmo tempo em que se enluta pelo passado. Mesmo assim, as preocupações com o momento presente estão em primeiro plano: a intolerância à frustração, a urgência de seus desejos e a maneira de considerar os relacionamentos como objeto de satisfação. Mesmo com a sensação de que alcançou um equilíbrio interior, em relação aos embates entre o ego e o id, é importante notar que este é preliminar e incerto; os ajustamentos internos continuam acontecendo. É preciso que o adolescente abandone esta estabilidade para permitir que ocorra a integração da sexualidade adulta, e que a mesma seja alocada em sua personalidade (A. Freud, 1958/1995).

Assim como há embates entre o ego e o id, o ego também conflita com o superego, que é reprimido parcialmente pelo adolescente (A. Freud, 1983). O problema decorrido deste “divórcio” refere-se ao incremento do perigo oriundo dos instintos, ameaçador para o adolescente. Assim, este acúmulo de batalhas com o ego faz com que ele acabe sendo “(...) mais violentamente projetado de volta ao nível de pura ansiedade instintiva e aos mecanismos primitivos de proteção característicos deste nível.” (A. Freud, 1983, p.141). O perigo ao ego é a quantidade de instinto que poderá vir a submergi-lo.

Um aspecto importante discutido por Anna Freud quanto à adolescência refere-se à potencialidade de que esta seja um momento patológico na vida do indivíduo, ou, pelo menos, que seja difícil de diferenciar o que é normal e o que é patológico nesta fase. Ela se apoia nas manifestações do adolescente, que são parecidas com sintomas neuróticos, psicóticos ou antissociais. Ela explica que estes sintomas “(...) se fundem, quase que imperceptivelmente, nos estados borderline, em formas iniciais, frustradas ou plenas de quase todas as doenças mentais. Consequentemente, o diagnóstico diferencial entre os transtornos da adolescência e a patologia verdadeira se torna um difícil trabalho.” (A. Freud, 1958/1995, p. 74). Mesmo com estas batalhas complexas empreendidas todo o tempo em que o adolescente está se desenvolvendo, a solução proposta por alguns autores (A. Freud, 1958/1995; Souza, 2009; Winnicott, 1968/1971; Winnicott, 1969) é a passagem do tempo, que propiciará a ele trabalhar e superar sua situação, com aquisição de maturidade.

A principal característica do adolescente, segundo Winnicott (1969), é a sua imaturidade, que se configura como um elemento essencial de sua saúde e parte valiosa do contexto adolescente. Este autor comenta ainda a questão dos adolescentes que se tornam adultos prematuramente através de um falso processo, o qual leva os mesmos a serem falsamente maduros e terem que lidar com uma responsabilidade que não pertence a eles. Inclusive, a falta de responsabilidade seria o elemento sagrado da adolescência, de acordo com Winnicott (1969), e que vai se diluindo à medida que a maturidade aparece. O ponto principal da adolescência, então, é que ela é mais que a puberdade; implica crescimento, o qual leva tempo para ocorrer. Assim, enquanto este crescimento ocorre, a responsabilidade deve ser dos pais. Se eles abdicam desta tarefa, o adolescente pode passar a uma falsa maturidade e perder sua grande qualidade, que se traduz pela liberdade das ideias e pelo agir impulsivamente. Além disso, é importante destacar que a adolescência ocorre em meninos e meninas em tempos diferentes (Winnicott, 1969).

Assim, crescer não se relaciona apenas com as tendências biológicas do ser humano, mas também com as relações com um ambiente facilitador, que é condição *sine qua non* para o crescimento e desenvolvimento do indivíduo (Winnicott, 1968/1971). “Crescer significa tomar o lugar dos pais” (Winnicott, 1969, p.752); representa, na fantasia inconsciente, um ato de agressão. É dizer que, na fantasia inconsciente do adolescente, para que ele surja, é necessário que alguém morra. Isto é parte da aquisição do status de adulto e do processo de amadurecimento, referida por Souza (2009) como dupla separação adolescentes-pais, processo que gera dor, mas é necessário para a autonomia e independência do adolescente. Winnicott (1969) e outros autores (Aberastury, 1990a; Blos, 1996) destacam a importância de que os pais do adolescente não sucumbam às fantasias deste, sobrevivendo intactos a elas,

uma vez que esta atitude auxiliará o adolescente a suportar as mudanças desta fase. Este autor destaca que é com a passagem do tempo e a experiência vivenciada que o adolescente vai aceitando a responsabilidade pelo que ocorre em suas fantasias. Desta feita, o indivíduo passa por um movimento em relação ao ambiente partindo da dependência individual para a dependência relativa no sentido da independência, que de fato não ocorre totalmente, mas que lhe dá o sentimento de possuir uma identidade pessoal na maturidade (Winnicott, 1968/1971).

Diferentemente dos outros autores mencionados, Blos (1996) propõe que a adolescência seja caracterizada como o segundo processo de individuação, uma vez que este período do desenvolvimento, sendo composto por modificações na estrutura psíquica e na organização da personalidade, assemelha-se àquele processo iniciado na infância, descrito por Mahler (1974/1982). Entretanto, as tarefas que o adolescente precisa empreender são obviamente diferentes das realizadas na infância, e tratam de movimentos já discutidos anteriormente, como tornar-se emocionalmente independente da família e de aspectos infantis para ser um membro adulto da sociedade.

Assim, Blos (1996) concorda que as mudanças da adolescência são realizadas através da regressão do ego e dos impulsos, componente obrigatório para que a passagem pela adolescência seja bem sucedida. Entretanto, a regressão aqui deve ser vista como normativa do adolescente, que atuará em conformidade com seu desenvolvimento. A regressão como mecanismo de defesa auxiliará nesta tarefa, operando paralelamente à regressão normativa. Em síntese, “o grau de inadequação do ego, frequentemente, não é aparente até a adolescência, quando a regressão então serve ao desenvolvimento progressivo, prevê a segunda individuação e fecha as portas para o amadurecimento do impulso e do ego” (Blos, 1996, p.107).

Entretanto, diante de tantos conflitos e dramas, Aberastury (1990a) atenta para os aspectos positivos da adolescência, como a criatividade e a felicidade plenas que o adolescente sente. Estes elementos muitas vezes não são reconhecidos pela sociedade e pelos pais, que se veem resistentes e ambivalentes em aceitar o processo de crescimento do adolescente. Esta autora destaca as mudanças no corpo do adolescente como prelúdio do luto que ele deverá realizar pelo corpo infantil e encarar o aparecimento do corpo adulto, que conferirão a capacidade de reprodução. Assim, a menstruação na menina e a formação de esperma no menino são o princípio de que o amadurecimento sexual e a entrada na adolescência estão acontecendo. As modificações psicológicas ocorrem em consonância com as corporais, e podem representar uma invasão para o adolescente. Como bem assinala Souza (2009), toda a mudança pela qual passa o adolescente causa ansiedade, desencadeando nele

fuga do mundo externo e a busca de refúgio em seu mundo interno, lugar de fantasia, tendo aumentada sua onipotência narcisista (Aberastury, 1990b).

Importante destacar o que Winnicott (1969) afirma sobre a iniciação sexual do adolescente. O fato de ele ter iniciado a vida sexual ou então engravidado, dá a ideia de que ele alcançou maturidade sexual. Mas os adolescentes sabem que não estão maduros sexualmente. Para atingirem essa maturidade, é preciso que a escolha de objeto esteja em consonância com as necessidades do indivíduo, satisfação sexual e entrelaçamento sexual, e que as fantasias inconscientes de sexo estejam presentes. Além disso, juntamente com estas fantasias, o senso de culpa deve existir.

Souza (2009) destaca que a atividade sexual na adolescência pode ser apenas descarga de tensão, começando por brincadeiras sexuais com cunho sentimental. Assim, a identidade sexual do adolescente ainda não está estabelecida, pois identificar-se sexualmente com a figura parental é visto como ameaça à perda de sua identidade. O resultado disso, considerado “efeito colateral” da atividade sexual do adolescente, são as gestações não planejadas (Magalhães, 2009). Uma vez que o adolescente está envolvido nas modificações próprias da adolescência, afirma a autora que ele não seria capaz de ponderar e assumir o resultado desta vida sexualmente ativa.

Por fim, é importante demarcar os aspectos que marcam a passagem para o mundo adulto. É necessário que haja maturidade biológica, afetiva e intelectual concomitantes, básicas para a entrada do indivíduo no mundo adulto. Além disso, neste momento ele é capaz de reconciliar-se com seus pais, reconhecendo neles o que é bom e o que é mau, além de criticá-los e sentir-se agradecido, tudo isto de maneira a tomar distância deles (Aberastury, 1990b).

Após discutir alguns aspectos da adolescência como fase de importantes transformações corporais e psíquicas, e a relevância de que este processo vital no desenvolvimento possa ocorrer e concluir-se de maneira saudável para o início da vida adulta, é possível pensar em um acontecimento inesperado para esta fase: a maternidade na adolescência. Tomando por base a discussão sobre as especificidades deste momento do desenvolvimento, que repercussões podem ser esperadas para a adolescente que se encontra envolvida na transição para a maternidade?

Maternidade na adolescência

A Organização Mundial de Saúde (2008) afirma que aproximadamente 16 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos de idade dão à luz a cada ano, as quais correspondem a 11% de todos os nascimentos no mundo. Metade de todos os nascimentos de mães adolescentes no

mundo acontece em apenas sete países, dentre os quais o Brasil. Além disso, na América Latina, o risco de morte materna é quatro vezes maior entre as adolescentes abaixo dos 16 anos de idade do que entre as mulheres na faixa etária dos 20 anos. A Organização Mundial de Saúde ainda destaca que diversos problemas de saúde estão relacionados com os resultados negativos da gravidez na adolescência, como anemia, doenças sexualmente transmissíveis, hemorragia pós-parto e depressão, dentre outros.

Também para os bebês das adolescentes as consequências são severas: a chance de que o bebê nasça morto ou faleça na primeira semana de vida é de 50% para as mães menores de 20 anos de idade, em comparação com mães entre 20 e 29 anos. Além disso, problemas como nascimentos prematuros, bebês com baixo peso e que sofrem asfixia são maiores de serem encontrados entre os filhos de adolescentes. Mesmo com estes dados alarmantes, as intervenções que vêm sendo aplicadas com as mães adolescentes no sentido de minimizar as complicações obstétricas parecem obter sucesso em seu objetivo (Field, Widmayer, Stringer & Ignatoff, 1980).

No Brasil, de acordo com as estatísticas do IBGE (Crespo, 2009), baseado em consulta no SINASC (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos), dentre os bebês nascidos vivos em 2006, 51,4% eram filhos de mães com idade até 24 anos, sendo que deste total, 0,9% das mães pertenciam ao grupo etário entre 10 e 14 anos; 20,6% das mães tinham entre 15 e 19 anos; e 29,9% das mães pertenciam à faixa etária dos 20 aos 24 anos. No ano 2000, os grupos etários mencionados correspondiam a 0,9% (10 a 14 anos); 22,5% (entre 15 e 19 anos); e 31,1% (entre 20 e 24 anos). Mesmo sendo possível observar uma redução, nota-se que ela é relativamente pequena. Além disso, o IBGE chama a atenção para uma peculiaridade dos nascimentos na faixa etária entre 15 e 19 anos: 60% dos nascimentos, aproximadamente, são de mães que têm entre 18 e 19 anos.

O contexto social dos países em desenvolvimento, caracterizado por condições precárias de saúde e de vida de grande parte da população, deve ser considerado quando se analisa a gestação e a maternidade adolescente, além das altas taxas de mortalidade perinatal e infantil (Costa et al., 2002). A literatura tem apontado alguns fatores associados à gravidez na adolescência. A escolaridade é um destes aspectos importantes de serem mencionados. Algumas adolescentes acabam deixando a escola devido à gravidez, o que pode acarretar a elas implicações a longo prazo nos planos individual, familiar e social (Olausson, Cnattingius & Haglund, 2001; WHO, 2008). Além disso, foi encontrado que a escolaridade é um diferencial em relação ao acompanhamento pré-natal (Crespo, 2009), sendo que melhorar o nível educacional das adolescentes poderia ser uma estratégia para o adiamento e,

consequentemente, redução da gravidez nesta faixa etária (Chen et al., 2010; Heilborn, Aquino, Bozon & Knauth, 2009).

Outras situações associadas à gravidez na adolescência, consideradas de risco por Eisenstein, Rossi, Marcondelli & Williams (2009), referem-se à pouca renda associada à pobreza; falta de apoio nos diversos âmbitos, como econômico, social e familiar; presença/histórico de violência na família ou comunidade; falta de expectativas quanto ao futuro, além de dificuldades de acesso a serviços de saúde. Além disso, uma implicação de grande relevância refere-se às novas demandas que a adolescente precisa assumir quando tem um filho, de maneira que a sociedade exige que ela assuma seu papel de mãe e não continue em seu processo de adolecer. Ainda, junto com a gestação, a adolescente pode correr um maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (Budib, Cruz & Martins, 2009). Assim, a gravidez na adolescência, especialmente aquela não planejada e de difícil aceitação, pode ser vivenciada como violência pela adolescente (Andalaft Neto & Andalaft, 2009).

De fato, tem-se discutido que a gravidez na adolescência favorece a reprodução da pobreza e coloca em risco a vida da mãe e do bebê, em comunidades sem acesso a sistemas de saúde e com poucos recursos econômicos (Ortiz, Borré, Carrillo & Gutiérrez, 2006). Mais ainda, a gravidez na adolescência é um fenômeno que acarreta outras situações além das já comentadas, como maior dependência dos pais, adiamento ou abandono dos estudos e instabilidade no relacionamento com o pai do bebê. Além disso, a adolescente que engravida poderá ter dificuldades na elaboração das fases de sua sexualidade, fato que interfere na vivência da maternidade (Dadoorian, 2003). É claramente perceptível que a gravidez na adolescência aparece como fenômeno interveniente em grande parte das modificações vivenciadas pelo adolescente, as quais já foram discutidas anteriormente e também observadas por Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) em uma revisão de literatura. Diante disso, o cenário complexo da gestação na adolescência pode ser melhor compreendido.

Na revisão de literatura sobre gravidez na adolescência, Levandowski et al. (2008) encontraram predomínio de estudos que referem a gestação como uma experiência negativa para a adolescente, mas que, com o nascimento do bebê, ocorreria uma adaptação das jovens mães à maternidade. Essa mesma revisão de literatura também aponta pesquisas que focalizam os aspectos positivos da gravidez na adolescência. A referência à gestação na adolescência como vivência que resulta em prejuízos para a adolescente e sua família têm sido feita por diversas outras pesquisas (Eisenstein et al., 2009; Lee, Yen, Wu, & Lee, 2007; Magalhães, 2009; Pereira, 2003), que serão cuidadosamente observados no presente estudo, uma vez que o referencial teórico no qual este se baseará considera que a gravidez neste momento da vida não é esperada (Viçosa, 1997).

O problema central em relação à adolescente que engravida refere-se ao seu envolvimento em dois processos complexos, ou seja, ocorre um somatório das mudanças intensas, tanto biológicas quanto psicológicas, que ela vivencia por ser adolescente, às modificações que uma gravidez implica. Isto acaba por sobrecarregar o ego da jovem, de forma que movimentos importantes, como o processo de separação/ individuação, que estariam ocorrendo nesta fase, acabam acontecendo de maneira diferente. Devido a isso, a mãe adolescente poderá assumir um perfil de desamparo emocional, causado por fatores como possíveis conflitos familiares e abandono do parceiro, o que influenciaria em sua interação com o bebê (Viçosa, 1997). Uma possibilidade de evitar a gestação nesta fase da vida refere-se ao que Poli (2009) denomina como maternidade/ paternidade responsáveis na adolescência, que envolve a prevenção da gravidez através de intervenções que se utilizem de diálogo em relação à sexualidade e que respeitem e incentivem a convivência entre os gêneros.

Alguns aspectos, no entanto, podem servir como fatores de proteção às possíveis repercussões negativas decorrentes da gestação na adolescência. A importância da rede de apoio, especialmente a família, que possa ser continente, assim como a presença do pai do bebê, que auxilia, com sua solidariedade, a evolução e vinculação com o bebê, tem sido reportada por diversos autores. Quando o pai está ausente, a família ocupa este espaço e tenta suprir a ausência do companheiro (Lartigue & Rocabert, 2004; Santos & Schor, 2003). Além disso, incentivar a mãe adolescente a desenvolver disponibilidade afetiva ao filho logo cedo, através da atenção dispensada por uma equipe integrada, poderá aumentar a sua autoestima e auxiliá-la, junto com a família, na adaptação ao nascimento do bebê (Viçosa, 1997).

Outra forma de compreender a gravidez na adolescência leva em consideração os processos sociais, atentando para o fenômeno como dependente das diferenças de gênero e de classe social, além da cultura (Heilborn et al., 2009). Ainda, avalia que a vivência da adolescência como fase de passagem à vida adulta depende do que é esperado socialmente para as jovens, sendo que, nas classes mais baixas, a gravidez parece ser algo almejado pelas adolescentes. A gestação, para estas moças, pode representar a aceitação em sua comunidade, a consolidação do relacionamento com o parceiro, além de uma saída para a falta de perspectivas sociais para o futuro e aquisição do status do papel social de mãe (Eisenstein et al., 2009). Um estudo realizado por Santos e Schor (2003) com adolescentes de baixa renda encontrou, por exemplo, que entre as adolescentes participantes foram observadas diferentes formas de vivenciar a maternidade na adolescência. Para um grupo dessas mães a maternidade constituiu-se como experiência repleta de significados positivos, ao contrário do que tem sido veiculado sobre os prejuízos acarretados pela maternidade nesta etapa precoce da vida.

Lartigue e Rocabert (2004) destacam que há implicações psicológicas frequentes para a mãe adolescente, como bloqueio do desenvolvimento, tendência defensiva à regressão, aumento expressivo dos transtornos habituais em qualquer momento crítico, além de comportamentos ultrapassados que vão interferir na organização da libido, do ego e superego. Estes comportamentos referem-se à organização narcísica, que impediria o investimento de libido em objetos externos; uma tendência de retornar a etapas anteriores do desenvolvimento, com aumento da dependência; manifestações do superego consideradas primitivas e regressivas, além de outros. Também, destaca-se a possibilidade de que ocorra uma organização patológica da personalidade. Por outro lado, a gravidez na adolescência como projeto de vida que leve a adolescente a se desenvolver e alcançar uma organização do comportamento do tipo adulto, pode favorecer a adolescente, principalmente quando o contexto no qual ela se insere privilegia a maternidade.

Levandowski (2005) afirma em seu estudo que a transição para a parentalidade em casais de adolescentes foi avaliada pelos mesmos de forma positiva, embora tenham passado por percalços no início deste movimento. Mesmo tendo algumas tarefas da adolescência dificultadas pela instalação da parentalidade, estes adolescentes pareceram ter amadurecido durante o tempo da pesquisa, tendo mostrado que este processo de entrada na maternidade/paternidade pode ter contribuído também para seu desenvolvimento emocional.

De fato, a literatura afirma que a transição da adolescente para a maternidade exige entre quatro e seis semanas para ocorrer, sendo caracterizada também como um período crítico para a entrada dessa mãe adolescente na vida adulta (DeVito, 2010). Questiona-se o quanto a entrada na vida adulta pode ocorrer plenamente neste momento em que a adolescente encontra-se em meio ao somatório das questões adolescentes e das demandas do bebê. De qualquer forma, na tarefa de se tornar mãe, ela precisará de auxílio e liberdade para cuidar de seu bebê, sem intromissões ou tentativa de ter seu papel de mãe substituído por outra pessoa. Com o bebê tendo se tornado o centro de importância, a mãe adolescente pode sentir-se incapaz ou despreparada para cuidar do filho (DeVito, 2010), de maneira que pode vir a sofrer perda da autoestima e até depressão (Eisenstein et al., 2009). Por exemplo, o estudo de (Flanagan, McGrath, Meyer & Coll, 1995) encontrou que o exercício do papel materno pela mãe adolescente relaciona-se com seu desenvolvimento cognitivo e psicossocial, de forma que a complexidade do desenvolvimento de questões relativas ao *self* está associada às questões a respeito da maternidade. Assim, alguns processos pelos quais a adolescente passa neste período, como a definição de sua identidade e a progressiva independência em relação aos pais, podem entrar em conflito com o desenvolvimento do papel de mãe. Outro aspecto que pode dificultar à adolescente o exercício da maternidade e a vinculação ao bebê refere-se

aos conflitos não resolvidos entre ela e sua mãe (Fraiberg, 1987). A autora afirma que uma vez que a adolescente ainda necessita de uma figura materna que cuide dela e a acompanhe em seu desenvolvimento, ela não estaria pronta para assumir o papel materno. Isto pode estar relacionado a uma característica observada por Fraiberg (1987) em seu estudo: as mães adolescentes não conseguiam sentir que seu bebê era real, assim como a si próprias como mães. Era preciso que se realizasse um resgate da autoridade materna, para que estas jovens mães pudessem retomar seu prestígio e confiança como mães de seu bebê.

Para ilustrar as possíveis dificuldades observadas em mães adolescentes nos primeiros meses de adaptação com seu bebê, é interessante discutir um estudo da década de 1980 (Field et al., 1980), realizado nos Estados Unidos. Trata-se de um estudo comparativo entre mães adolescentes, de média de 16 anos de idade, e mães adultas, entre 20 e 29 anos de idade, que incluiu intervenções semanais com as mães e avaliações dos efeitos destas intervenções. Foram ensinadas habilidades em relação ao bebê (estimulação específica para favorecer o desenvolvimento cognitivo e sensório-motor, facilitar as interações mãe-bebê e lições sobre desenvolvimento e práticas de cuidado) e avaliações dos bebês e das mães aos quatro e aos oito meses após as intervenções, através de algumas escalas, como a Brazelton e a Denver. No momento das avaliações, a comparação realizada entre mães adultas e adolescentes mostrou que, mesmo após a intervenção, as adolescentes prosseguiram demonstrando expectativas de desenvolvimento de seu bebê menos realistas e as práticas de cuidado ainda pouco desejáveis. Além disso, nos dois momentos de avaliação elas relataram o temperamento de seu bebê como mais difícil, provavelmente pela falta de familiaridade com ele devido à pouca idade e ao fato de serem mães pela primeira vez.

Entretanto, os autores relativizaram estes achados, afirmando, por exemplo, que as diferenças comportamentais pontuadas na escala Brazelton pelos bebês das mães adolescentes e adultas não foram significativas, mesmo que os bebês pequenos para a idade tenham obtido escores menores nesta escala. Uma possível justificativa se refere à possibilidade de que todos os bebês da amostra estudada estivessem em um padrão de desenvolvimento inferior devido à condição socioeconômica precária em que viviam. Além disso, mesmo que a percepção das mães adolescentes a respeito de seus bebês não fosse a esperada, estes não mostraram diferenças em relação aos bebês das mães adultas quanto às avaliações no desenvolvimento. É provável que as poucas diferenças neste aspecto decorressem do efeito do apoio familiar, da disponibilidade de cuidado do bebê por outras pessoas, como a avó materna, além do convívio do bebê com outras crianças, fatores que incrementavam a estimulação do mesmo (Field et al., 1980).

Em síntese, buscou-se observar a heterogeneidade da literatura a respeito das considerações sobre a maternidade na adolescência. Se por um lado pode ser um processo complicador e que poderá acarretar prejuízos ao desenvolvimento da mãe e do bebê e na relação entre eles, por outro pode ser uma oportunidade de amadurecimento e crescimento da adolescente, especialmente quando ela pode contar com apoio e auxílio de diversas pessoas (família, equipe de saúde, pai do bebê, dentre outros). Em seguida, passar-se-á à discussão a respeito da prematuridade e suas principais repercussões para a mãe, o bebê e a família.

Prematuridade

A prematuridade tem sido um problema de estudo abordado por diversos profissionais da área da saúde, em vista do incremento de casos e das implicações que traz para a mãe, para a família e para o próprio bebê que nasce antes do tempo. O termo prematuro não designa um grupo homogêneo de crianças. Pelo contrário, são diversos os parâmetros na definição de problemas de desenvolvimento em bebês prematuros, como a idade gestacional, o peso no nascimento e os problemas de saúde no período neonatal, como distúrbios respiratórios e neurológicos (Pinto, Graham, Igert & Solis-Ponton, 2004). Todas as implicações e especificidades deste acontecimento serão discutidas a seguir.

A classificação do bebê ao nascimento pode ser feita através da idade gestacional e do peso do bebê (American Academy of Pediatrics, 1967). Assim, o recém nascido pode ser classificado em três categorias, em relação à sua idade gestacional: pré-termo, a termo e pós-termo. O primeiro refere-se ao bebê nascido com menos de 37 semanas de gestação; a segunda denominação descreve os bebês que nascem entre 37 e 42 semanas de gravidez; e por fim, a última categoria alude aos bebês nascidos com mais de 42 semanas de gestação. Ainda, dentro da classificação de prematuros, há a divisão em bebês extremamente prematuros, nascidos com menos de 32 semanas, e bebês moderadamente prematuros, nascidos entre 33 e 36 semanas (Menacker, Martin, MacDorman & Ventura, 2004; Olausson et al., 2001). Em relação à variável peso, os bebês que nascem com 2500 gramas ou menos são considerados de baixo peso. Dentro desta denominação, há o grupo de bebês de muito baixo peso, com peso menor que 1500 gramas, e extremamente baixo peso, apresentando peso inferior a 1000 gramas, os quais se apresentam em extrema vulnerabilidade (Linhares et al., 2004)¹.

¹ Para melhor compreensão, os bebês podem ser classificados de acordo com seu peso ao nascimento relacionado à idade gestacional (IG): pequenos para idade gestacional (PIG), adequados para idade gestacional (AIG) e grandes para idade gestacional (GIG) (Battaglia & Lubchenco, 1967). Os bebês PIG são aqueles que nascem menores do que o esperado para sua IG, por terem sofrido algum tipo de privação de nutrientes durante a gestação. De fato, não há uma definição corrente sobre o que seria “pequeno para a idade gestacional”, mas concorda-se que este termo descreve imaturidade e pobre crescimento fetal (Sanjose & Roman, 1991). Já os

Logo, este estudo terá como ênfase os bebês nascidos com menos de 37 semanas gestacionais e peso inferior a 2000 gramas. Optou-se por chamá-los, neste estudo, de “bebês prematuros”, uma vez que a denominação “bebê pré-termo” tem sido utilizada em trabalhos com foco nas questões clínicas do bebê. Desta forma, este pretende discutir os aspectos emocionais que se encontram relacionados ao nascimento prematuro.

De acordo com Crespo (2009), em consulta aos dados do SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), a variável mais relacionada ao baixo peso ao nascer, no Brasil, é o tempo de duração gestacional. A prematuridade, desta forma, está associada ao baixo peso, sendo que, em bebês nascidos com 22 semanas ou menos, o peso ao nascer mostrou-se extremamente baixo. Segundo este estudo, à medida que a idade gestacional aumenta, também aumenta o peso ao nascimento. Ainda, a maior frequência dos nascimentos de baixo peso foram observadas em mães adolescentes ou com idades entre 40 e 49 anos, mesmo com o aumento de casos de baixo peso no nascimento em todas as faixas etárias estudadas. No Brasil, a prematuridade tem sido observada como sendo a causa principal de morbidade e mortalidade perinatal (Rocha, Guazzelli, Souza & Chambô Filho, 2009).

O estudo de Silveira, Santos, Matijasevich, Malta e Duarte (2009), realizado no Brasil, discute estes achados, acrescentando que o aumento dos nascimentos prematuros também tem sido observado em outros países, como os Estados Unidos. As causas deste tipo de nascimento foram diversas, como baixo peso materno antes da gestação, idades maternas localizadas nos extremos da vida reprodutiva, tabagismo na gravidez, infecção do trato genital e urinário, dentre outras. Estes autores realizaram uma revisão de literatura e encontraram que o aumento na prematuridade foi muito mais expressivo que o encontrado na base de dados do SINASC. Considerando-se as idades gestacionais, o grupo de bebês com idades entre 28 e 36 semanas, em 1994, correspondeu a 85,5% dos casos de prematuros; em 2005, por outro lado, este mesmo grupo etário compreendeu 94,6% dos bebês nascidos prematuramente. Quanto à região Sul, especificamente, os nascimentos prematuros aumentaram de 5,4% em 1994 para 7,3% em 2005. A cidade de Porto Alegre registrou aumento de 7,5% para 10,3% nesses nascimentos.

Já foram mencionados os aspectos de peso e idade gestacional na caracterização do bebê prematuro, entretanto, este bebê, nascido antes do tempo esperado, possui outras particularidades. Quanto ao seu desenvolvimento físico, Andrade (2004) refere que um bebê nascido com idade entre 23 e 25 semanas, por exemplo, possui potencial para interagir

bebês GIG são aqueles que nascem com maior peso que o esperado para sua IG, o que pode ter ocorrido devido a fatores da saúde materna (p.ex., sobrepeso e diabetes) (Steer, 2004). Os bebês GIG também podem nascer prematuros.

significativamente limitado, uma vez que permanecerá adormecido grande parte do tempo. Zornig, Morsch e Braga (2004) referem que é apenas após a 28ª semana de vida que o bebê estará apto para interagir com o ambiente. À medida que ele vai crescendo, então será possível a ele aos poucos abrir os olhos, mesmo que por momentos bastante breves, passando a um estado de consciência mais alerta, o que pode favorecer a interação com os pais. Importante mencionar que os bebês prematuros nascidos com menos de 32 semanas acabam passando o tempo correspondente ao terceiro trimestre gestacional na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), período em que o seu cérebro está se desenvolvendo rapidamente (Linhares et al., 2004).

Dependendo de sua idade gestacional ao nascimento, o bebê poderá ou não ter desenvolvido algumas competências, coerentes com as funções fisiológicas que ele tem formadas até aquele momento, as quais poderão representar vantagens importantes em suas relações com o meio. Andrade (2004) explica que o bebê prematuro possui capacidade de sentir, tanto a dor e o desconforto da UTI Neo, quanto o carinho e afeto dispensados pelos pais. Dele será exigido que aprenda a regular sua temperatura corporal, com auxílio da incubadora, além da perda da contenção garantida pelo útero, a qual seria compensada pelo calor do colo materno. Acrescentados a estas perdas, o calor e a familiaridade do contato com a mãe, com seu ritmo e o funcionamento de seu corpo, deverão ser substituídos para o bebê permanecer na incubadora, como questão de sobrevivência (Linhares et al., 2004).

De todo modo, as funções fisiológicas no bebê prematuro ainda não estão totalmente formadas, o que por si só, já representa grande desvantagem para a vida no ambiente externo, bem diverso da vida intra-uterina. Assim, ele acaba por depender dos cuidados artificiais para sobreviver, como a UTI Neo e sua aparelhagem (Linhares et al., 2004).

Quanto às causas para o nascimento prematuro, elas são diversas. Gill (2007) afirma que 50% dos partos entre 28 e 35 semanas estiveram relacionados com hipertensão e pré-eclampsia como as duas patologias principais, em países desenvolvidos. Ainda, têm sido possíveis intervenientes na permanência da gravidez a pouca idade materna (Olausson et al., 2001) e paterna (Chen et al., 2008), estresse pré-natal (Schetter, 2009), depressão materna (Bansil et al., 2010) e uso de medicação para depressão, especificamente inibidores seletivos de recaptção de serotonina (Wisner et al., 2009). Além destes fatores, infecções no trato genital (See et al., 2010), consanguinidade entre a gestante e o pai do bebê (Obeidat, Khader, Amarin, Kassawneh & Al Omari, 2010) e violência cometida pelo parceiro durante a gestação (Sharps, Laughon & Giangrande, 2007) são outras causas relevantes para o desencadeamento de parto prematuro.

Em relação às diversas consequências acarretadas pelo nascimento prematuro, para o bebê, aqui serão mencionadas algumas, de longo prazo, visto que a literatura tem reportado inúmeras delas. Desta maneira, pode haver distúrbios respiratórios do sono (Montgomery-Downs et al., 2010), transtornos psiquiátricos, especificamente os transtornos de ansiedade (Johnson et al., 2010), podendo levar a hospitalizações em outras fases da vida, como a adolescência ou a idade adulta (Gustafsson, Josefsson, Selling & Sydsjö, 2009). Outros estudos afirmam que pode haver uma relação entre escores baixos de QI e problemas de comportamento na infância (Bayless, Cate & Stevenson, 2008), com repercussões na vida escolar da criança nascida prematura. A literatura não é conclusiva em relação às consequências negativas do nascimento prematuro, sendo relatados em outros estudos resultados relativamente favoráveis, tanto para a mãe quanto para a criança, à medida que o bebê se desenvolve (Field et al., 1980). Assim, seria natural que mãe e bebê fossem se adaptando, somado às aquisições próprias do desenvolvimento deste último, que adviriam também da estimulação materna e do ambiente. Além disso, benefícios poderiam ser observados na relação entre a díade, após intervenções e cuidados específicos ao longo do desenvolvimento do bebê (Linhares et al., 2004). Compreender as limitações causadas pela idade gestacional do bebê ao nascimento é uma variável que poderá influenciar sobremaneira o impacto da prematuridade para o seu desenvolvimento.

Linhares et al. (2004) propõem alguns fatores complicadores do desenvolvimento do bebê prematuro existentes no ambiente familiar, como depressão e ansiedade materna, pouca responsividade, excesso de controle e intrusividade da mãe, condição de pobreza, baixo nível de QI e de alerta da mãe, além de estresse familiar. Como fatores positivos e benéficos do ambiente estão a sensibilidade aos sinais do bebê quanto à comunicação, responsividade parental, responsividade verbal da mãe, dentre outros. A ênfase destes autores é na figura materna, por ser geralmente a cuidadora primária do bebê.

Quando se realizou comparações entre bebês prematuros e bebês nascidos a termo aos quatro meses de vida, em um estudo norteamericano, observou-se que, além das medidas de peso, comprimento e pressão sanguínea estarem abaixo do esperado no grupo dos prematuros, os escores de desenvolvimento da escala Denver também estavam. Além disso, as mães destes bebês referiram seu temperamento como mais difícil e as interações face a face foram poucas. Quando as comparações foram realizadas aos oito meses dos bebês, nenhuma diferença significativa foi encontrada (Field et al., 1980). Outros autores (Ganseforth et al., 2002; Linhares et al., 2004) também sugerem o acompanhamento longitudinal da criança nascida prematura, uma vez que há possibilidade de sequelas em seu desenvolvimento que a

acompanharão por toda a vida e terão influências significativas nas relações e em sua integração com o ambiente.

Outro aspecto relevante apontado como possível desencadeador de dificuldades a médio e longo prazo refere-se à percepção distorcida que a mãe pode ter de seu filho prematuro, criando expectativas em relação a um desenvolvimento com sequelas e à fragilidade do filho. Isto pode acabar influenciando nas práticas educativas de ambos os pais, uma vez que estes passam a atuar no sentido de compensar as dificuldades vivenciadas pela criança através de situações interativas excessivas. Assim, este movimento pode ser exagerado e produzir efeitos contrários aos desejados, como forte intrusividade materna (Linhares, Martins & Klein, 2004).

Além das repercussões para o bebê, a prematuridade exige que a mãe e a família se reorganizem para receber o bebê antes do tempo aguardado. Este acontecimento crítico causa nas mães e na família grande sofrimento (Davis, Edwards, Mohay & Wollin, 2003), medo da morte do bebê e culpa (Rossel, Carreño & Maldonado, 2002) e alteração na dinâmica familiar (Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006; Chagas & Monteiro, 2007), uma vez que a internação do bebê separa-o de seus pais, que, para vê-lo e estar com ele, precisam se organizar para ir à UTI Neonatal. Ainda, estudos referem outras consequências, como maior predisposição das mães para desenvolverem depressão pós-parto (Ellestad et al., 2007) e sintomas de estresse pós-traumático dois a três anos após o parto (Åhlund, Clarke, Hill & Thalange, 2009; Olde, van der Hart, Kleber & van Son, 2006).

A pesquisa de Rossel et al. (2002), que mediu afetividade em mães de bebês prematuros hospitalizados, atentou para as mudanças que foram observadas ao longo do tempo de internação dos bebês (entre a primeira semana após o parto até momentos posteriores à terceira semana após o parto) em aspectos afetivos das mães. Os autores observaram que, na primeira semana, os sentimentos das mães apresentaram-se como mais pessimistas, com grande parte delas lembrando a gravidez com raiva, culpa, temor e angústia, assim como tendo impressões de que o filho era pequeno, feio e malformado, o que causou sentimentos de impotência, temor e angústia em relação ao bebê. Já na segunda e terceira semanas após o parto, as mães responderam de forma diferente às mesmas perguntas. Elas prosseguiram referindo a gestação como uma experiência dolorosa e traumática, entretanto, em menor porcentagem, assim como as impressões sobre o filho e sobre os sentimentos de não poderem estar com ele. Entretanto, algumas mães começaram a sentir-se alegres, com esperanças e úteis, estando menos assustadas e angustiadas. O medo da morte do bebê reduziu drasticamente e as mães referiram passar por momentos de muita alegria e sentirem-se agradecidas.

Assim, a percepção sobre o filho se modificou na medida em que elas modificaram seus sentimentos, passando a perceber o bebê como tranquilos e felizes. No período compreendido após a terceira semana do parto, as lembranças em relação à gravidez e ao parto continuaram fortemente associadas com medo, tristeza, angústia e raiva. Neste momento, apesar de ainda estarem referindo sentimentos de tristeza, incerteza e culpa 80% das mães se mostraram agradecidas e contentes por poderem cuidar, atender e alimentar o filho, principalmente quando o amamentavam ao seio. Assim, passaram a olhar para o filho de maneira mais otimista e consideraram-no mais feliz e tranquilo por estar perto da mãe (Rossel et al., 2002).

Desta feita, o nascimento prematuro produzirá um bebê prematuro e pais também prematuros, uma vez que ocorre interrupção da gestação psíquica dos pais, o que pode se constituir em uma condição traumatizante. Portanto, a instalação da parentalidade pode encontrar diversos problemas, como a ameaça causada ao bebê pela imaturidade biológica e o efeito traumático aos pais, ligado à reativação de culpa e a uma ferida narcísica. Esta ferida encontra-se intimamente relacionada à ruptura repentina da organização em que se encontravam mãe e feto durante a gravidez, de forma fusional e narcísica, e que conferia uma espécie de complementaridade psíquica entre os dois (Pinto et al., 2004). É esta interrupção dolorosa da gravidez e suas repercussões emocionais que podem fazer com que o nascimento prematuro seja traumático.

Um importante estudo (Latva, Korja, Salmelin, Lehtonen & Tamminen, 2008) salientou a importância de investigar como a mãe experiencia o nascimento de seu bebê, uma vez que isto poderá ter efeitos a longo prazo no bem estar da mãe, no desenvolvimento da relação pais-criança e no desenvolvimento emocional e comportamental da criança. Foi encontrado que as mães que tiveram bebês prematuros referiram recordações mais negativas do nascimento do filho, quando comparadas àquelas mães que tiveram bebês a termo, no período entre 5 e 6 anos após o parto. Ainda, as mães que tiveram filhos prematuros apontaram ter sofrido com sentimentos como desamparo, medo, ansiedade e pânico, e descreveram sua experiência de parto como terrível e caótica. Também este grupo referiu menos recordações positivas do primeiro contato com o bebê após o parto, quando comparadas às mães que tiveram bebês a termo.

Os autores (Latva et al., 2008) apontaram, ainda, que as mães de prematuros demonstraram recordações desorganizadas, incoerentes, além de pensamento inacabado e desorganizado. Algumas dessas mães ainda evocaram essas recordações de forma muito intensa emocionalmente, mesmo depois de 5 ou 6 anos após a sua ocorrência. As conclusões deste estudo enfatizam o fato de as lembranças negativas do parto estarem associadas aos

problemas enfrentados pelos bebês prematuros nos âmbitos comportamental e emocional anos mais tarde, fato não ocorrido com os bebês nascidos a termo. Mesmo que a literatura sobre a memória em relação ao parto seja inconclusiva, este estudo mostrou que as preocupações maternas sobre a saúde e desenvolvimento da criança podem persistir por algum tempo, além das mães estarem confrontadas com a realidade traumatizante do filho nos cuidados do dia-a-dia. Isto pode afetar a parentalidade e o desenvolvimento da criança, fato que poderia explicar a associação entre os sintomas da criança e as lembranças negativas da mãe.

Mesmo todas estas intercorrências sendo consideradas relevantes para o desenvolvimento posterior dos bebês prematuros, há autores que afirmam que o desenrolar negativo da prematuridade está mais relacionado à forma com que o ambiente funciona em relação à criança do que ao nascimento precoce em si (Linhares et al., 2004; Miceli et al., 2000; Pinto et al., 2004). De qualquer maneira, diante de todas estas dificuldades mencionadas, é indiscutível a fragilidade e vulnerabilidade que caracteriza o bebê que ainda está no ventre materno. É mister lembrar que ele ainda está se desenvolvendo para alcançar um nível mínimo de maturidade que garanta sua sobrevivência no mundo externo ao corpo da mãe.

Em um estudo realizado no Brasil por Correia, Carvalho e Linhares (2008) foram analisados conteúdos verbais de mães cujos bebês prematuros estavam internados em uma UTI Neo, a partir de suas falas no grupo de apoio psicológico. As participantes foram divididas em dois grupos de 10 mães, sendo um com as mães que possuíam indicadores clínicos emocionais e outro grupo com aquelas sem estes indicadores. Estes parâmetros foram observados através de escores do Inventário Beck de Depressão e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado. O estudo encontrou que em ambos os grupos as verbalizações sobre reações negativas mais recorrentes referiram-se ao medo de se aproximarem, de prejudicarem ou estabelecer contato com o bebê. Interessante notar que as mães com os indicadores clínicos, em relação às mães sem estes indicadores, referiram mais frequentemente a vontade de ter alta hospitalar e de cuidar do bebê após a alta. As autoras destacaram que, na amostra de mães estudada, foram observados tanto sentimentos positivos quanto negativos, tendo predominado a expressão de sentimentos e reações de caráter negativo, mesmo que as mães não apresentassem os indicadores clínicos emocionais. Estes resultados sugerem que a prematuridade pode ser vivenciada de maneira semelhante pelas mães, mesmo por aquelas que não possuem qualquer dificuldade psicológica anterior à situação de prematuridade, o que vem sendo discutido até o momento. Assim, pode ser afirmado que a prematuridade é por si só, um momento de crise e de reajuste que exige muito das mães (e da família) a nível emocional.

Além das consequências do nascimento prematuro em si, outras dificuldades que a família e especialmente mãe e bebê enfrentam estão relacionadas às vivências na UTI Neo. As relações iniciais entre a mãe e o bebê prematuro são mediadas pela equipe, uma vez que o contato entre ambos é restrito, devido às condições de saúde do bebê. Dessa maneira, não podendo exercer a função de cuidadora primária do bebê, a mãe se sente frustrada e inapta em relação ao filho (Linhares et al, 2004).

Com o desenvolvimento de técnicas modernas em relação aos cuidados obstétricos e neonatais, os bebês prematuros têm experimentado considerável melhora em sua média de sobrevivência e qualidade de vida. Dentre estas tecnologias, destaca-se o uso de exames de ultrassom e de pesquisas relativas à neonatologia e à vida intra-uterina, por exemplo (Brum & Schermann, 2004; Zornig et al., 2004). Além disso, juntamente com este avanço na tecnologia, o desenvolvimento da ciência merece destaque, com a implementação de um olhar e cuidado mais atentos e sensíveis ao bebê prematuro e à família, de maneira que progressos também foram promovidos pela Psicologia.

Rabello (2004) faz uma observação importante quanto ao uso de tecnologia no sentido de auxiliar e aperfeiçoar a vida humana. As máquinas e o homem têm uma relação de dependência não apenas na produção do trabalho, como também na produção de vida e construção da subjetividade. Assim, tem-se a UTI Neo como tecnologia que possibilita ao bebê continuar sobrevivendo; e as ultrassonografias, que proporcionam aos pais, desde antes do nascimento do bebê, redesenhar a relação com ele e influenciar em sua constituição subjetiva. Portanto, nem sempre a tecnologia se contrapõe à existência humana, ao contrário, também a constitui. A UTI Neo pode ser transformada em um cenário potencializador das relações entre a mãe e o bebê, onde o encontro de ambos possa ocorrer, além da superação posterior destes momentos iniciais. Portanto, a UTI não necessita ser considerada apenas o local produtor de dramas, invasões e descontinuidades (Zornig et al., 2004).

Mesmo com a possibilidade de transformação do espaço da UTI Neo, o bebê que nasce prematuramente sofre uma "descontinuidade temporal dupla" (Zornig et al., 2004, p. 171), sendo que, por um lado, é dificultada a oferta de cuidados dos pais que facilitem ao bebê a entrada na vida extra-uterina; por outro lado, exige uma prontidão do bebê para se adaptar à nova realidade imposta a ele, de forma que ele precisa ultrapassar a fragilidade e imaturidade para viver fora do útero. O parto prematuro interrompe a construção do bebê imaginário nos pais e os afronta com o bebê real, internado na UTI Neo, com sua urgência. A temporalidade neste espaço é, assim, relacionada mais à sobrevivência do bebê que à qualidade dos cuidados dispensados a ele. Todo o funcionamento da UTI Neo contribui para que a dimensão subjetiva

do bebê se esvaia, uma vez que ele se torna objeto de cuidados da equipe, ao invés de ser cuidado pela mãe e permitir que ela se reconheça mãe daquele bebê (Zornig et al., 2004).

É possível afirmar que, além da imaturidade fisiológica, o bebê prematuro, assim como sua mãe, ainda não estariam prontos para assumirem seus papéis, complementares, cujo resultado Winnicott (1966/1987) nomeia de integração. Este autor postula que o ego da mãe é um facilitador na organização do ego do bebê, uma vez que o bebê não pode existir sem a mãe, assim como a mãe não existe sem o bebê. Para que a mãe possa se sintonizar com seu bebê e obter sucesso na tarefa da maternidade, é preciso que haja um equilíbrio entre as identificações projetivas em relação ao bebê e à percepção objetiva do mesmo. Assim, as fantasias a respeito do bebê que estava sendo gerado devem dar espaço para que o bebê real possa se estabelecer, processo normal que causa nos pais decepção e exige que eles façam o luto daquele bebê imaginário. Se o bebê que nasce é prematuro, então as diferenças entre o bebê imaginário e o bebê real se ampliam e os pais vivenciam um colapso traumático de sua autoestima (Brazelton & Cramer, 1992). Ainda, de acordo com Soulé (1987), o *holding* que seria realizado pela mãe é substituído pela máquina e pelo segurar mecânico, que se interpõe no lugar da mãe e marca sua insuficiência.

Andreani et al. (2006) apontam que pode haver uma falha na instalação da preocupação materna primária² winnicottiana em mães de bebês prematuros, de forma que o *holding* oferecido pela mãe mostra-se afetado e refletido na relação afetiva entre eles. Isto ocorreria devido à antecipação do parto no último trimestre de gestação, momento em que a mãe estaria adaptando-se à ideia do parto e entrando nesse estado sensível. Esteves (2009), entretanto, refere em seu estudo que, apesar do nascimento prematuro ter acrescentado inseguranças e angústia às mães, outros indicadores mostraram que a instalação da preocupação materna primária, mesmo inicialmente afetada, pôde ocorrer e contribuir para o desenvolvimento do filho e sua relação com a mãe.

De qualquer modo, diante do exposto, a mãe do bebê que nasce prematuro não consegue sentir-se mãe, por não ter assumido a maternidade e todas as condições que a caracterizam, como os cuidados ao filho e a escolha sobre o que é melhor para ele. Isto se mantém até que o bebê saia da incubadora. Sua avaliação em relação ao filho é atravessada por outras opiniões e resultados de boletins. Além disso, a sobrevivência frágil do bebê é uma ameaça à sua maternidade (Brito & Pessoa, 2006). Assim, Gaíva e Scochi (2005) sugerem que a inserção da mãe no cuidado ao bebê na UTI Neo deve ser gradual, iniciando no momento de

² Estado de sensibilidade aumentada da mãe, que perdura do final da gestação até algumas semanas após o parto. É um estado no qual a mulher se recolhe, voltando-se para e identificando-se com o bebê e proporcionando que seu desenvolvimento possa ocorrer. É este estado que possibilitará à mãe realizar uma maternagem suficientemente boa, no sentido de oferecer ao bebê o necessário para seu amadurecimento.

alto risco e se intensificando até a alta hospitalar. Ela começaria conhecendo e interagindo com o bebê, para depois passar a executar alguns cuidados sob supervisão e em parceria com a equipe. Nesse sentido, Rossel et al. (2002) propõem duas posturas para a melhora do mundo afetivo dos pais de bebês prematuros, a saber, enriquecer o diálogo e desenvolver formas de linguagem específicas à etapa afetiva que os pais estão enfrentando, de maneira a escutar estes pais e responder às suas necessidades; e oferecer à mãe maiores oportunidades de contato físico com o bebê, de forma que os vínculos afetivos se fortaleçam e a mãe passe a se sentir mais otimista, valorizada e agradecida.

Como tentativa de atenuar os efeitos negativos da prematuridade, foram desenvolvidos programas como o Método Mãe Canguru, instituído em diversos países, cujos resultados têm mostrado maior envolvimento da mãe com o bebê e a instauração de relação de apego entre a díade (Ortiz et al., 2006; Sachdev, 2003). Sabe-se que o Método Canguru foi criado na Colômbia na década de 1970, e validado internacionalmente com foco nos aspectos médicos que beneficiava, como a sobrevivência e a alta hospitalar do bebê. De acordo com revisão de literatura realizada por Venancio e Almeida (2004) o Método Mãe Canguru proporciona impacto positivo sobre o aleitamento materno, reduz risco de infecção hospitalar, de doenças graves, infecções do sistema respiratório, além de contribuir no ganho ponderal diário dos bebês que dele participam. Mesmo com evidências insuficientes em alguns aspectos, como o impacto sobre a mortalidade infantil, sabe-se que não existem efeitos negativos na aplicação deste método. Atualmente é conhecido que também as variáveis psicológicas podem ser afetadas, mesmo com poucos estudos a respeito das mesmas. Por exemplo, é indiscutível que a inserção da família no contato com o bebê prematuro, ainda na UTI Neo, vai garantir que, além de se recuperar fisicamente, ele poderá construir vínculos que se manterão após a alta hospitalar (Brasil, 2011).

Outros tipos de intervenções têm sido feitas, como aquelas preventivas à mãe, quanto ao trauma sofrido pelo nascimento prematuro (Jotzo & Poets, 2005), e às interações mãe-bebê (Feijó, 1998; Widmayer & Field, 1980). Quanto a esta última modalidade comentada, Feijó (1998) buscou investigar como atuavam dois tipos de intervenções, cada uma com 12 díades mães-bebês prematuros, tanto na evolução fisiológica do bebê, quanto na qualidade da interação deste com sua mãe. Uma intervenção envolveu estimulação tátil do bebê pela mãe e outra utilizou a fala afetiva da mãe com o bebê. Estes bebês foram comparados com outro grupo que não recebeu nenhuma intervenção. Os resultados deste estudo mostraram que a estimulação tátil proporcionou um aumento na atividade do bebê prematuro, podendo ser desorganizadora para outros bebês. Em relação à intervenção que envolvia fala afetiva, esta pôde facilitar as trocas entre as mães e os bebês, uma vez que, posicionadas de frente para os

mesmos, as mães puderam ficar mais motivadas a conversarem com o filho, ao observarem as respostas emitidas por ele. Mesmo as intervenções tendo efeito positivo nas análises qualitativas deste estudo, o mesmo não ocorreu com as análises sobre a evolução fisiológica dos bebês participantes. Aqueles bebês submetidos às intervenções não mostraram diferenças significativas quando comparados aos bebês do grupo controle, o que poderia ser explicado pelo número reduzido de participantes deste estudo. Mesmo com esta diferença observada entre as análises, os efeitos positivos encontrados neste estudo devem ser valorizados.

Em síntese, o nascimento prematuro de um filho pode representar um fardo para a mãe, que acaba impedida de realizar os cuidados básicos ao bebê e é obrigada a manter certo afastamento pela condição clínica do mesmo. De maneira geral, o nascimento prematuro de um filho representa a interrupção da gestação e do amadurecimento do filho imaginário no plano fantasmático, além de malograr as gratificações e a valorização social comumente esperadas pelo nascimento de um bebê. Ademais, a mãe prossegue na fantasia de continuidade da gestação e sente, no aspecto narcísico, a perda da possibilidade de reparação que o nascimento do bebê traria consigo (Soulé, 1987). Este autor pondera que isto se relaciona a diversos elementos, como a aparência do bebê, que parece estranha e bizarra à mãe, e que pode dificultar a projeção identificatória para com ele, além de aspectos do funcionamento psíquico da mãe, como o uso de mecanismos de defesa como meio de aplacar o somatório de sentimentos ligados à separação e à ameaça de morte do bebê. Importante considerar o que propõem Zornig et al. (2004): “(...) Poderíamos dizer que a situação de prematuridade dificulta a criação de um espaço de ilusão entre a mãe e o bebê, espaço potencial que permita à mãe se identificar ao bebê e responder às suas necessidades” (p.172-173).

Para finalizar, foi possível discutir algumas questões pertinentes à prematuridade, que indicam tratar-se de uma situação de risco que merece ser considerada com cuidado. Além disso, nota-se como é importante prosseguir desenvolvendo conhecimentos a respeito desta condição, para melhor auxiliar os bebês e as famílias que por ela passam. A seguir, será explorado o tema de interesse deste estudo, o processo de tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência, considerando todos os elementos já discutidos até o momento.

Tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência

De acordo com Neu e Robinson (2008) em muitas culturas a maternidade adolescente e o nascimento prematuro representam, por si sós, grandes desafios na transição para a parentalidade. Quando estes dois aspectos aparecem combinados, esta transição pode assumir um aspecto opressor para a adolescente. Os resultados adversos do nascimento relacionados à

gravidez adolescente, como é a prematuridade, afetam a saúde das mães e das crianças, além de influenciarem questões da família e da sociedade (Chen et al., 2010). Assim, para esta jovem mãe que experiencia o nascimento prematuro do filho, o apoio da família e dos profissionais de saúde é fundamental. Diante da constatação de que deu à luz a um bebê aparentemente frágil, nascido antes do tempo esperado e dependente de cuidados mecânicos para sobreviver, como a adolescente vivencia este momento e como se expressa emocionalmente? Esta é a principal questão deste trabalho, a qual se buscará discutir adiante.

Diversos estudos referem que ter um filho na adolescência contribui para intercorrências na saúde da mãe e do bebê (Costa et al., 2002; Menacker et al., 2004; Viçosa, 1997), sendo um fator relevante para a ocorrência de partos prematuros, em comparação com as mulheres adultas (Bortman, 1998; Chen et al., 2010; Al-Ramahi & Saleh, 2006). Tem-se discutido as causas do nascimento prematuro entre adolescentes; entretanto, não há consenso. Alguns autores afirmam que é preciso observar não apenas a idade da gestante, mas também as condições de risco socioeconômico que vivencia (Rocha et al., 2009). Assim, alguns dos fatores que podem contribuir para o nascimento prematuro entre mães adolescentes estão aspectos como primiparidade jovem, com parto antes dos 16 anos de idade; condições socioeconômicas precárias; conflitos emocionais que uma possível ilegitimidade da gravidez pode causar; temor da gravidez; uso de álcool, cigarro e drogas pela gestante (Akinbami, Schoendorf & Kiely, 2000); inadequado estado nutricional da gestante; acompanhamento pré-natal ausente ou inadequado; hipertensão e infecção dos tratos urinário e vaginal. Também têm sido reportados aspectos como gestações subsequentes, com intervalos entre os partos menores que seis meses (Akinbami et al., 2000).

Quando o bebê nasce prematuro e precisa permanecer hospitalizado, as mães adolescentes acabam precisando ir ao hospital e lá ficam durante o dia (Neu & Robinson, 2008). Sua permanência muitas vezes é silenciosa, ao lado da incubadora, de maneira que elas podem tocar pouco em seu bebê, no início pouco responsivo aos estímulos. Geralmente, a equipe estimula a mãe adolescente a retirar seu leite para que o mesmo seja oferecido ao bebê aos poucos, pela sonda ou através de um pequeno copo, uma vez que o bebê ainda não desenvolveu a sucção. É somente a partir do momento em que o bebê vai crescendo e ganhando peso que a mãe adolescente poderá assumir alguns cuidados, como amamentá-lo ao seio e trocar suas fraldas, sob supervisão e auxílio da equipe. É relevante lembrar que as condições em que o bebê prematuro nasceu predizem a maneira como ele irá se relacionar com a mãe e outras pessoas. Se ele nasce muito prematuro, por exemplo, necessitará de cuidados intensivos diferentes daqueles que necessitaria um bebê nascido quase a termo. De fato existem muitas semelhanças entre as responsabilidades e cuidados assumidos pelas mães

adolescentes e adultas com seus bebês prematuros. O que pode mostrar-se diferente refere-se à forma como cada uma vivencia as particularidades deste momento, inegavelmente delicado para qualquer mãe em qualquer época de sua vida.

Alguns estudos realizados com mães adolescentes no Brasil e nos Estados Unidos (Chagas & Monteiro, 2007; Neu & Robinson, 2008) têm observado nessas mães que têm um bebê prematuro sensibilidade para estar com o filho e atendê-lo em suas necessidades. Estes mesmos estudos afirmam que as mães adolescentes, defrontadas com a condição de nascimento prematuro do filho, desenvolvem forte dedicação ao mesmo, refletida na permanência e nos cuidados dispensados a eles, na medida do que é possível dentro do contexto da UTI Neonatal. Além disso, gradualmente se adaptam às novas responsabilidades, tendo que contar com o auxílio da família, a qual acaba contribuindo para as experiências iniciais que ocorrem entre a díade mãe-bebê. Há, ainda, ações empregadas para auxiliar no envolvimento da mãe adolescente com o bebê prematuro, como a inserção dos mesmos no Método Mãe Canguru, o qual tem se mostrado importante ferramenta no desenvolvimento da sensibilidade materna e, conseqüentemente, na construção do apego entre eles (Ortiz et al., 2006).

Complementando as discussões realizadas até aqui, é necessário discutir a respeito do papel parental da mãe adolescente em relação a seu bebê prematuro. Sabe-se que a idade materna está relacionada fortemente com as percepções que a mãe tem a respeito do bebê, além de influenciar nos componentes comportamentais da parentalidade (Ragozin, Basham, Crnic, Greenberg & Robinson, 1982). Além disso, é possível que a imaturidade emocional das mães adolescentes, somada ao trauma gerado pelo nascimento prematuro, venha dificultar a assunção de sentimentos de satisfação com seu papel parental.

Em uma pesquisa (Ragozin et al., 1982) que buscou compreender os efeitos da idade em mães de bebês prematuros e a termo em relação à assunção do papel parental, 105 díades mãe-bebê foram estudadas. As mães tinham idades entre 16 e 38 anos, e os bebês eram recém-nascidos, de forma que os contatos foram feitos após um mês de sua chegada em casa. Os autores utilizaram uma entrevista estruturada e observação da interação mãe-bebê aos quatro meses de idade corrigida³ dos bebês. Além disso, outros instrumentos foram utilizados para acessar a satisfação com a parentalidade, assim como o comportamento e afeto materno. Os resultados indicaram que, no grupo de bebês prematuros, a idade esteve relacionada fortemente com as percepções maternas, mas não com o comportamento das mães em relação

³ Idade corrigida é calculada tomando-se a idade cronológica menos o número de semanas com que o bebê nasceu. Pode ser expressada em semanas ou meses, e é um termo usado apenas para crianças com menos de três anos de idade que nasceram prematuras (Blackmon et al., 2004).

ao bebê. As mães mais jovens e com menor escolaridade foram as que se mostraram menos satisfeitas com o bebê. Mesmo com estes resultados, os efeitos da idade materna dentro do grupo dos bebês prematuros não foram significativos e nem mostraram relação com nenhuma das diversas variáveis incluídas nas análises, como paridade, educação ou renda.

Intimamente relacionado com a parentalidade adolescente está o desenvolvimento do bebê prematuro cuja mãe é adolescente. Assim como discutido anteriormente, as intervenções realizadas com o intuito de minimizar as consequências negativas do nascimento prematuro, tanto para a mãe quanto para o bebê, têm sido pensadas também para as adolescentes (Field et al., 1980; Ortiz et al., 2006). Grande parte dos programas de intervenção desenvolvidos ocorre no momento pré ou perinatal. Ademais, uma vez que o somatório destas duas situações pode colocar a criança em risco muito maior, também aumenta a necessidade de intervenções (Field et al., 1980) que busquem diminuir a probabilidade de problemas posteriores no curso do desenvolvimento, tanto da mãe adolescente quanto do bebê prematuro.

Em seu estudo longitudinal, Field et al. (1980) buscaram acessar em que grau a associação entre a parentalidade adolescente e o nascimento prematuro poderiam contribuir para atrasos no desenvolvimento do bebê, além de estudar as vantagens de uma intervenção precoce sobre estes atrasos. Para tanto, contaram com a participação de 150 díades mãe-bebê divididas em quatro grupos, além das díades participantes do grupo controle. Os quatro grupos constituíram-se por 60 bebês prematuros e suas mães adolescentes (menores de 19 anos); 30 bebês a termo e suas mães adolescentes; 30 bebês prematuros e suas mães adultas (entre 20 e 29 anos de idade); e 30 bebês a termo e suas mães adultas. Todas as mães eram negras, de classe socioeconômica baixa e com média de 10 a 11 anos de estudo. A intervenção, realizada na residência das participantes, consistiu em transmitir às mães lições de desenvolvimento e de práticas de cuidado, ensiná-las exercícios de estimulação de acordo com a idade do bebê, de forma a facilitar o desenvolvimento cognitivo e sensório-motor do mesmo, além de facilitar as interações entre a mãe e o bebê, com o intuito de desenvolver a comunicação e a relação de forma harmoniosa. Após este período de intervenções, dois momentos de *follow up* foram realizados (aos quatro e aos oito meses) nos quais foram aplicados instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil, como o Denver e o Bayley, além de observações da interação mãe-bebê.

Em relação aos grupos controle de mães adolescentes com bebês prematuros, elas expressaram expectativas irreais sobre o desenvolvimento do filho e atitudes de cuidado indesejáveis aos quatro meses de *follow up*. Mesmo assim, neste momento os bebês nascidos prematuros apresentaram alta pontuação no Denver. Aos oito meses de *follow up*, os bebês prematuros de mães adolescentes receberam escores baixos no fator mental da escala Bayley.

Entretanto, quando se comparou os grupos de mães adolescentes com bebês prematuros em relação à intervenção recebida, foi possível observar que a mesma ocasionou diferenças significativas para os bebês e para as mães. Para as mães adolescentes, as diferenças ocorreram no sentido de que elas expressaram expectativas de desenvolvimento do bebê adequadas para o esperado, práticas de cuidado desejáveis e percepção do temperamento do filho como menos difícil. Outro ganho referiu-se à avaliação das interações face a face, mais expressivas neste grupo. Aos oito meses de *follow up*, os bebês prematuros que passaram pela intervenção expressaram altas pontuações no fator mental do Bayley. Os resultados para as mães adolescentes também foram importantes, como a percepção do temperamento do filho mais fácil, de maneira que características como adaptabilidade, limite e persistência foram expressivas, além de responsividade verbal e emocional ao bebê.

Stevens-Simon, Beach e McGregor (2002) defendem que é o somatório de diversos fatores de risco que tornarão as pacientes adolescentes mais propensas a problemas como o parto prematuro. Curiosamente, as adolescentes sofrem de menos doenças, possuem melhor condição física e se envolvem em menores situações de risco quando comparadas às mulheres adultas, mas acabam dando à luz a um número maior de bebês prematuros. Estes autores dividiram, assim, em quatro tipos os fatores de risco para partos prematuros em adolescentes: fisiológicos; complicações médicas e obstétricas; características sociodemográficas; e variáveis comportamentais e psicológicas. Nos aspectos fisiológicos, estão a idade da menarca, idade ginecológica, o tamanho da mãe, a extensão do colo do útero e a paridade. Quanto aos aspectos médicos, estes se referem ao ganho de peso na gestação, histórico de parto prematuro, sangramento vaginal, infecções do trato genital e urinário, hipertensão gestacional e trauma físico. As características sociodemográficas dizem respeito à raça e ao *status* socioeconômico. Por fim, nos aspectos psicológicos e comportamentais estão incluídos cuidado pré-natal inadequado, uso de substâncias como álcool, drogas e cigarro, histórico de abuso sexual, envolvimento em atividades escolares, depressão e *stress*, além de apoio social recebido.

Para amenizar o risco de nascimento prematuro, Stevens-Simon et al. (2002) sugerem que há modificações que podem ser feitas na/para a adolescente, especialmente naqueles aspectos com potencial de mudança já/ainda na gestação. Assim, o crescimento e desenvolvimento físico da adolescente são dois dos principais pontos que podem ser aperfeiçoados, especialmente no começo da gravidez, uma vez que conferem maior risco à ocorrência de parto prematuro nesta faixa etária. De fato, os autores discutem que há dúvidas de como fazer com que a gestante adolescente possa ter nutrientes para oferecer ao feto sem que isto gere problemas para ela, como o ganho excessivo de peso, e sugerem que estudos

específicos sejam realizados para a organização destas diretrizes. Além disso, os autores recomendam algumas outras estratégias, como ganho de peso gestacional adequado, no sentido de mitigar os efeitos adversos observados em bebês de baixo peso; a circlagem do útero; a atenção às infecções dos tratos genital e urinário; apoio psicológico, com o intuito de suavizar efeitos negativos da depressão e *stress*; e por fim, observação de possível ocorrência de abuso sexual.

Como discutido na seção sobre prematuridade, a assistência pré-natal tem sido considerada uma forte aliada na prevenção destas intercorrências (Adhikari, 2003; Einsenstein et al., 2009; Santos & Schor, 2003), sendo que é através deste cuidado, iniciado logo no começo da gravidez, que aumenta a possibilidade de nascer um bebê saudável e com potencial de se desenvolver física e psicossocialmente, juntamente com uma mãe que se mantenha saudável e não se traumatize pelo nascimento inesperado do filho (Rocha et al., 2009). Partindo deste princípio, então, pode-se inferir que a qualidade do acompanhamento da adolescente grávida pode representar um cuidado que compreenda não apenas o momento específico da gestação, mas que pode se estender a médio e longo prazos, tanto para a mãe quanto para o bebê.

Desta maneira, diversos autores (Rocha et al., 2009; Stevens-Simon et al., 2002) defendem a prioridade na assistência pré-natal da adolescente, com foco no atendimento às necessidades e especificidades biopsicossociais da mesma. É importante incluir, além destes aspectos, as questões emocionais pertinentes ao momento, tendo em vista toda a discussão a respeito do processo contínuo de desenvolvimento pelo qual ela passa enquanto gesta o bebê. De qualquer maneira, a sugestão de uma atenção especializada à adolescente grávida é interessante: implementar horários diferenciados ao atendimento das adolescentes, como forma de criar um espaço específico que contemple as especificidades desta faixa etária, com a inclusão de equipe multiprofissional que esteja atenta a estas particularidades. Além disso, esta equipe seria incumbida de estabelecer vínculo com a adolescente e, conseqüentemente, desta com o serviço, de forma a oferecer apoio, juntamente com a redução dos fatores de risco para o parto prematuro, especialmente naquelas gestantes com menos de 16 anos de idade.

Caso não seja possível postergar o parto prematuro, procede-se com utilização de medicamentos e intervenções visando ao melhor resultado para a mãe e para o bebê. Assim, deve-se considerar a condição do bebê e da mãe, além de aspectos como a idade gestacional e a predisposição a asfíxia fetal e perinatal, além de traumatismos (Rocha et al., 2009).

Existe outra hipótese para o desencadeamento do parto prematuro, relacionada com o desenvolvimento físico da adolescente, compartilhada por diversos autores (Akinbami et al., 2000; Menacker et al., 2004; Stevens-Simon et al., 2002). Uma vez que ela ainda está

crescendo e se desenvolvendo, é possível que seja necessário a ela ganhar peso para que seu bebê nasça com peso adequado, ou seja, que atenda a duas demandas concomitantes: da gravidez e de seu próprio desenvolvimento (Buschmann, Foster & Vickers, 2001; Chen et al., 2010). Em um estudo que testou esta hipótese, Scholl et al. (1994) encontraram que, mesmo as gestantes adolescentes em desenvolvimento tendo ganhado bastante peso no período gestacional, tiveram bebês que pesaram menos ao nascimento, quando comparados aos bebês de mulheres adultas ou adolescentes cujo desenvolvimento físico encontrava-se encerrado. A explicação oferecida para isto é que, quando a mãe ainda está se desenvolvendo, ela retém uma grande proporção do ganho de peso gestacional total, e isto perdura até quatro a seis semanas pós-parto, quando a mãe ainda continua a reter grande parte do peso adquirido na gestação – provavelmente porque seu corpo necessita deste ganho para continuar o processo de crescimento. Importante notar que inicialmente a hipótese da competição de nutrientes foi observada em mulheres adultas mal nutridas, que não ofereciam ao feto os nutrientes necessários para seu desenvolvimento, ao contrário das gestantes adultas bem nutridas, que não encontram dificuldades em nutrir o bebê em crescimento. Assim, este raciocínio foi coerentemente aplicado à realidade das mães adolescentes.

Outro aspecto abordado por Scholl et al. (1994) refere-se ao cuidado em observar se esta competição de nutrientes está intimamente relacionada com as modificações também nos hormônios da adolescente, como a insulina, responsável pela regulação de açúcar no corpo. Além disso, como destacam Hediger, Scholl, Schall e Krueger (1997), é importante considerar a idade ginecológica da adolescente, referente à subtração da idade cronológica pela idade em que ocorreu a primeira menstruação. Estes autores encontraram forte associação entre pouca idade ginecológica (dois anos ou menos) e parto prematuro com trabalho de parto, sendo que a pouca idade ginecológica é sinal de imaturidade biológica.

Buschmann et al. (2001) estudaram 318 gestantes adolescentes e as compararam a 276 gestantes adultas quanto ao ganho de peso durante a gestação estar diretamente relacionado ao peso dos bebês no nascimento. Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere ao ganho de peso durante a gestação. Entretanto, as adolescentes deram à luz a bebês com menos peso, mesmo com a idade gestacional e o ganho de peso idêntico ao das mulheres adultas. No entanto, o estudo de Hediger et al. (1997) afirma que o ganho de peso maior entre as adolescentes pode representar maior crescimento fetal e, conseqüentemente, uma diminuição no risco de nascimento prematuro entre mães nesta faixa etária. Estes autores lembram que o fato de as mães possuírem menor tamanho, principalmente aquelas que ainda não completaram o crescimento, não pode ser assumido como risco único para nascimento prematuro, exigindo que outras

variáveis sejam consideradas. Nesse sentido, o estudo de Kassar, Gurgel, Albuquerque, Barbieri & Lima (2005) pondera que a idade cronológica não deve ser considerada isolada na predição do peso ao nascer, mas sim somada com variáveis como fatores socioeconômicos, os quais tiveram significância em seu estudo. Dentre os fatores socioeconômicos que tiveram maior influência, destacaram o estado nutricional da mãe e o acompanhamento pré-natal insatisfatórios.

Outro estudo, realizado por Olausson et al. (2001), partiu da hipótese de que, uma vez que o risco de dar à luz a bebês prematuros deve-se à imaturidade biológica das mães adolescentes, este risco poderia diminuir ou desaparecer em outros nascimentos ocorridos após a adolescência. Para isso, eles examinaram todos os nascimentos de mães entre 13 e 24 anos de idade, de 1973 a 1993, na Suécia. Eles encontraram que, para qualquer idade, o risco de parto prematuro diminuiu do primeiro para o segundo nascimento. Assim, a estimativa de risco de nascimento de bebês extremamente e moderadamente prematuros encontrou-se reduzida quando a mãe teve seu primeiro filho na adolescência precoce, ou seja, quanto mais jovem era a mãe no nascimento do primeiro filho, maior era a redução no risco do segundo nascimento ser prematuro. Mesmo com fortes indícios de que estes achados devem-se à hipótese da imaturidade biológica materna, os autores afirmam que é necessário identificar fatores intrínsecos para que as conclusões sejam mais exatas, sendo preciso outros estudos. É possível pensar nos fatores apontados por outros estudiosos, e discutidos anteriormente, como a idade ginecológica (Hediger et al., 1997) e a hipótese da competição por nutrientes (Scholl et al., 1994), para investigar estes fatores que permanecem obscuros. Também, uma possibilidade seria explorar melhor os aspectos emocionais destas mães, o que poderia oferecer novos elementos para a compreensão deste fato.

Outra limitação apontada por Chen et al. (2010) se refere ao cuidado de estudar mães adolescentes separando-as por grupos de idades específicas, devido às especificidades que se apresentam em cada momento da adolescência. Em sua pesquisa realizada em Taiwan, eles procuraram analisar as especificidades etárias na determinação de nascimentos de bebês prematuros. Concluíram que, quando comparadas com as mães adultas jovens, as adolescentes, principalmente aquelas com 16 anos ou menos, apresentaram aumento no risco de terem bebês prematuros e com prematuridade extrema. Os autores também se utilizaram da hipótese da imaturidade do corpo adolescente, além de outros fatores de risco não considerados em seu estudo, como aspectos clínicos relativos aos nascimentos e condições do ambiente em que as mães encontravam-se inseridas.

Quanto aos estudos brasileiros sobre a maternidade adolescente de um bebê prematuro, eles são escassos e, em geral, qualitativos. Um deles é o de Chagas e Monteiro

(2007), que acompanhou 20 mães adolescentes (entre 15 e 19 anos) de bebês prematuros em três maternidades do estado do Ceará. A partir de entrevista semi-estruturada e observação da mãe e do bebê na UTI Neo, as pesquisadoras encontraram que a maternidade pode representar a entrada na vida adulta para as adolescentes, uma vez que adquirem mais responsabilidades com o nascimento do filho. Assim como ocorre com as mães adultas, apreensão, ansiedade e preocupação pela sobrevivência do filho foram aspectos observados nas mães adolescentes, juntamente com o deslumbramento e a felicidade por serem mães. Além disso, destacaram que ocorrem duas separações entre as mães adolescentes e seus bebês: quando eles nascem e necessitam ir para a UTI Neo, e quando as mães voltam para casa e precisam deixar o bebê no hospital.

Os resultados do estudo de Chagas e Monteiro indicam que a vivência do nascimento prematuro em mães adolescentes se aproxima da vivência de mães adultas. No entanto, Delgado (2002) apresenta uma posição distinta. A autora alerta que as dificuldades observadas em mães de bebês prematuros, como a ruptura da relação mãe-bebê, os sentimentos de ambivalência e a não-concretização do filho imaginário e perfeito, podem ser mais intensos se a mãe é adolescente. Questiona-se os motivos para que estas dificuldades com o filho prematuro, em mães adolescentes, sejam maiores. Que aspectos específicos estariam implicados, para tornar esta vivência mais complicada para a adolescente? A autora (Delgado, 2002) apenas utiliza como justificativa a ideia de que uma maternidade precoce mal gerida, como pode ser o caso das mães adolescentes com bebês prematuros, causa muito transtorno e risco para ambos, sem aprofundar a discussão acerca de possíveis explicações para estes resultados. Em outro estudo (Neu & Robinson, 2008), entretanto, foi observado que as mães adolescentes, diante do nascimento prematuro do filho, não sentiram culpa ou ambivalência, como geralmente é constatado entre as mães adultas de bebês prematuros. A explicação oferecida pelas autoras se apoia na influência da cultura sobre o comportamento das mães adolescentes. Assim, as relações intrafamiliares próximas e participativas, típicas da cultura latina, foram consideradas de extrema importância pelas jovens mães deste estudo, e podem ter servido como fator de proteção para as relações das adolescentes com seus bebês.

Em relação aos estudos internacionais, eles também são escassos e foram produzidos em diferentes momentos: nos anos 1980 e na década de 2000, em países como Estados Unidos e Colômbia. Foi encontrado apenas um estudo qualitativo, o de Neu e Robinson (2008), que trataram o fenômeno da maternidade adolescente de um bebê prematuro a partir de um pressuposto teórico baseado nas diferenças culturais, além de estarem atentas aos aspectos emocionais das participantes. Estudaram 12 adolescentes de origem mexicana, vivendo nos Estados Unidos, que se adaptaram aos desafios impostos pelo nascimento

premature de seus bebês. Elas tinham entre 16 e 19 anos de idade e possuíam diferentes configurações familiares. Os bebês tinham entre 32 e 35 semanas de idade gestacional e permaneceram internados no hospital entre duas e quatro semanas. A primeira visita das pesquisadoras ocorreu quando os mesmos estavam hospitalizados entre o período de duas e três semanas, sendo que, no total, ocorreram de oito a dez encontros, com duração de 45 a 60 minutos. O delineamento deste estudo também contou com o uso de anotações de campo, com o intuito de prover mais informações na descrição da parentalidade das adolescentes participantes. Como resultados, as autoras destacaram três temas que emergiram das visitas feitas às mães adolescentes, a saber, dedicação ao bebê, responsabilidades da família e relacionamentos.

Em relação ao primeiro tema, observou-se aspectos de cuidado dispensados pelas mães, como por exemplo, o interesse em saber quando o bebê acordou para poderem pegá-lo no colo ou amamentá-lo. Além disso, para as mães entrevistadas era importante reconhecer no bebê a necessidade de permanecer próximo a elas, geralmente no colo, além de observar quando era preciso colocá-lo para dormir ou alimentá-lo. Outro aspecto relevante referiu-se à proteção do bebê pelas mães. Isto foi observado durante a hospitalização, quando as mães se preocupavam se o bebê estava sendo bem alimentado ou quando o hospital se encontrava excessivamente barulhento, atrapalhando o bebê. Ainda, estas mães adolescentes demonstraram ambivalência quanto a desejar o melhor para seu bebê, uma vez que estavam relutantes em pedir ajuda à equipe do hospital quando necessário.

Quanto ao segundo tema deste estudo, responsabilidades familiares, este se caracterizou pela percepção da adolescente sobre a família e/ ou companheiro. Elas pertenciam a famílias cujos membros trabalhavam o dia todo, de maneira que as tarefas de casa, como mantê-la limpa e cuidar das crianças menores, eram realizadas pelas próprias participantes. Assim, quando o bebê nasceu, as adolescentes precisaram somar as tarefas de casa com as idas ao hospital e o cuidado ao bebê prematuro. Elas referiram aceitar as responsabilidades com o bebê, mesmo estando profundamente cansadas. Além disso, o retorno à escola não foi considerado por diversas mães, especialmente as mais jovens.

Por fim, o terceiro tema, relacionamentos, tratou de dois aspectos, como o apoio da família e o afastamento dos amigos. A família representava para as adolescentes sua principal fonte de apoio e estava sempre próxima das mesmas. Quanto aos amigos, o afastamento dos mesmos pelas adolescentes foi comum. Na medida em que as jovens mães contavam com o apoio da família, afirmavam de forma ambivalente não precisar de amigos, ao mesmo tempo em que referiam sentir falta dos mesmos. Interessante notar que este movimento de afastar-se dos pares acaba indo contra aquela atitude empreendida na adolescência, de busca e encontro

com semelhantes (Aberastury, 1990a; Freud, 1905/2009). Importante observar que as adolescentes, neste estudo, acabaram voltando-se para a família, o companheiro e o bebê, como forma de aplacar esta solidão causada pela ausência de amigos ou colegas. Em síntese, o estudo demonstrou que, utilizando-se do apoio recebido pela família, as adolescentes puderam construir com seu bebê um relacionamento positivo, superando as adversidades que apareceram.

Outro estudo, realizado na Colômbia com mães de bebês a termo e prematuros, examinou o efeito da idade da mãe e do Método Mãe Canguru para o estabelecimento da relação de apego (Ortiz et al., 2006). Para tanto, estes autores estudaram 40 díades mãe-bebê de nível socioeconômico baixo, divididas em dois grupos: aquelas que participaram do Método Mãe Canguru e aquelas que não participaram desta intervenção. Cada um destes dois grupos foi ainda dividido por idades: mães entre 13 e 18 anos e mães de 23 a 28 anos de idade. Os bebês tinham idades entre 10 e 30 meses. Para a coleta dos dados, utilizaram Q-Sort de Apego e Q-Sort de Sensibilidade Materna, além de entrevistas e observações das díades em três momentos. Encontrou-se, entre todas as participantes com Método Mãe Canguru, tanto adultas quanto adolescentes, maior sensibilidade, de forma que as mães tenderam a responder às demandas de atenção e cuidado de seus bebês com precisão e prontidão. Entende-se, neste estudo, que sensibilidade materna refere-se ao ajuste do comportamento da mãe em consonância com as necessidades do bebê, de forma que as respostas desta sejam precisas e que haja equilíbrio de seus sentimentos nos momentos em que ocorrem interações entre a díade. Além disso, o efeito positivo do Método Mãe Canguru pôde ser estendido para as redes de apoio das mães, as quais foram fortalecidas durante o tempo de participação nesta intervenção.

Importante destacar que o Método Mãe Canguru, neste estudo, mostrou haver um efeito significativo sobre variáveis de risco para a instauração de uma relação de apego seguro, como a prematuridade, a hospitalização e a pobreza das mães, de forma que pôde atenuar também os efeitos negativos da maternidade adolescente. Uma vez que as mães adolescentes puderam estabelecer uma relação de troca, equilíbrio e sensibilidade com seus bebês prematuros, os benefícios foram experimentados por ambos, especialmente quando comparadas à amostra de mães adolescentes cujos bebês nasceram a termo. Estas últimas mostraram-se menos tolerantes com o bebê, estabelecendo poucas interações e contato físico com os mesmos, pouca estimulação do bebê em suas iniciativas, intrusividade e pouca compreensão em relação às necessidades dos mesmos. Desta maneira, é possível observar que os benefícios experimentados pelas mães adolescentes de bebês prematuros foram mais expressivos, pelo menos neste estudo (Ortiz et al., 2006).

Quanto aos bebês participantes do Método Mãe Canguru, não foi observado aumento nem diminuição nos níveis de apego seguro dos mesmos. Constatou-se que as pontuações destes bebês apresentaram-se com menor dispersão quando comparadas às pontuações dos outros grupos, o que provavelmente se deve ao efeito do Método. É possível que os comportamentos infantis de apego possam ser observados somente em momentos posteriores do desenvolvimento, quando a criança passará a conviver com estranhos e experimentará outros tipos de habilidades e interações mais complexas (Ortiz et al., 2006).

Concluindo, observa-se que a literatura não é unânime em relação às repercussões do nascimento de um bebê prematuro para a mãe adolescente. Conhece-se a importância de intervenções precoces para a melhora no desenvolvimento do bebê e em sua relação com a mãe adolescente, mas, com as atenções voltadas apenas para ele, a mãe adolescente nesta circunstância permanece sem atenção. O presente estudo pretende voltar-se, então, para esta mãe adolescente cuja transição para a maternidade ocorre sob o somatório de dois momentos especiais: a adolescência e a incerteza e sofrimento que revestem o cenário do nascimento prematuro.

Justificativa e Objetivo

O estudo da maternidade é relevante por todas as modificações e reestruturações que este acontecimento exige que a mulher faça, sendo reconhecido seu impacto sobre a vida desta, do bebê e da família. Assim, olhar a maternidade também em outros contextos, como a vivenciada pela adolescente e a que ocorre em situações atípicas, como a caracterizada pelo nascimento prematuro do filho, são indubitavelmente importantes, uma vez que o impacto nestes casos pode ser diferente daquele observado na maternidade em mulheres adultas. Diversos estudos têm se dedicado à gravidez na adolescência, entretanto raros são aqueles que se propõem a discutir o processo de tornar-se mãe neste momento, e especificamente no contexto da prematuridade. Assim, a proposta de focar a maternidade no caso de mães adolescentes que se veem com um bebê prematuro nos braços é um grande desafio, uma vez que é necessário observar vários aspectos presentes nesta situação peculiar.

A partir da revisão de literatura realizada, é importante destacar a imaturidade da adolescente, tanto física quanto psicológica. Também, avaliar possíveis consequências causadas pelo nascimento de um bebê prematuro gerado por este corpo imaturo, acontecimento que poderia ser considerado como a vivência de uma “dupla imaturidade” por esta mãe adolescente. Além disso, a mudança de papéis que esta mãe adolescente necessita realizar, tendo que assumir as consequências do nascimento prematuro do filho com toda a problemática que ele contém: a dor da interrupção precoce da gestação, o sofrimento, a dura

rotina na UTI Neo, a incerteza de sobrevivência do filho. Por toda a ideia de que a adolescência é um momento da vida que necessita ser bem elaborado como pressuposto para a organização psíquica e física posterior, este estudo pretende atentar cuidadosamente para os aspectos emocionais que fazem com que ter um bebê prematuro na adolescência seja um acontecimento de extrema importância, merecendo ser abordado.

Em relação à literatura encontrada, constatou-se que a maioria dos estudos que referem maior possibilidade de partos prematuros em mães adolescentes são epidemiológicos (Bortman, 1998; Costa et al., 2002), e não adentram na discussão dos aspectos emocionais presentes no processo de tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência. Além disso, estes estudos são comparativos entre mães adolescentes e adultas e se atêm na descrição das implicações biológicas/ fisiológicas do nascimento prematuro (Costa et al., 2002; Kassar et al., 2005) e das possíveis consequências a longo prazo da prematuridade. Em síntese, observa-se uma lacuna nesta área de estudo, referente à escassez de pesquisas que explorem as especificidades emocionais das adolescentes que se tornam mães na situação de prematuridade do filho.

Quanto às pesquisas brasileiras sobre tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência, o material é escasso, produzido por profissionais de outras áreas da saúde, como enfermeiros e fonoaudiólogos (Chagas & Monteiro, 2007; Delgado, 2002). Trata-se de trabalhos que não aprofundam a temática e oferecem algumas lacunas que poderiam ser abordadas através de estudos qualitativos e longitudinais, como este. Ainda, estes mesmos estudos não possuem embasamento teórico consistente, de maneira que se utilizam de diversas teorias na tentativa de explicar a relação da mãe adolescente com o bebê prematuro, o que os torna confusos e inconclusivos.

Alguns estudos realizados fora do Brasil se utilizaram de intervenções com mães adolescentes, como discutido na revisão de literatura. Entretanto, focaram mais no desenvolvimento do bebê e no comportamento da mãe em relação ao filho, deixando uma lacuna importante a ser preenchida: a atenção aos aspectos emocionais da mãe adolescente que se vê com um bebê prematuro nos braços.

Diante de todo o exposto, o presente estudo buscará acrescentar novas perspectivas aos conhecimentos que têm sido produzidos na temática da prematuridade, especialmente no que concerne à dimensão emocional do processo de tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência. Entende-se o fenômeno vivido pela mãe adolescente que tem um bebê prematuro como uma possível condição de “dupla imaturidade”, uma vez que o somatório da imaturidade emocional da adolescente soma-se à imaturidade do bebê prematuro. Dessa forma, o objetivo central deste estudo foi investigar a experiência de tornar-se mãe de um

bebê prematuro, na adolescência, em particular, a relação que a mãe adolescente estabelece com o seu bebê prematuro, durante a internação hospitalar do bebê.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Participantes

Participaram desse estudo quatro mães adolescentes, com idades entre 17 e 18 anos, que tiveram bebês nascidos prematuramente (vide Tabela 1), selecionados nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI Neo) de dois hospitais públicos de Porto Alegre, que serão caracterizados adiante. Para que as mães pudessem participar da pesquisa foi necessário observar inicialmente o quadro clínico dos bebês, de forma que eles deveriam apresentar-se relativamente estáveis⁴ e não possuir qualquer tipo de má-formação congênita, impedimentos significativos do sensorio, meningites e *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) positivo. Além disso, as mães participantes não deveriam apresentar teste positivo para drogas e infecção pelo HIV/AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), além de quaisquer comprometimentos mentais ou cognitivos importantes. Importante mencionar que as mães participantes do presente estudo deram à luz a seus bebês no mesmo hospital em que eles ficaram internados. No geral, elas eram de nível socioeconômico baixo e possuíam escolaridade em nível de ensino médio incompleto.

As participantes deste estudo fazem parte de um estudo longitudinal maior denominado *Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê pré-termo e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização - PREPAR* (Piccinini, Lopes, Esteves, Anton, & Oliveira, 2009), que se encontra em andamento no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O projeto maior, coordenado pelo Prof. Cesar Augusto Piccinini, possui como objetivo central investigar aspectos biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro, desde o parto até o terceiro mês após a alta hospitalar do bebê. Ainda, se propõe a investigar a maternidade, paternidade, rede de apoio social e familiar, assim como a interação mãe-bebê e desenvolvimento socioemocional no contexto da prematuridade. Além das mães adolescentes, o estudo tem investigado também as experiências em relação à transição para a parentalidade de mães e pais adultos, no contexto da prematuridade, além dos irmãos primogênitos dos bebês prematuros.

⁴ Com risco de morte diminuído ou praticamente descartado pela equipe.

Tabela 1: Dados demográficos das participantes

Caso	Mãe (nomes fictícios)	Idade	Estado civil	Bebê	Idade gestacional	Peso ao nascimento	Tempo de internação do bebê na UTI Neo*	Hospital onde estavam mãe e bebê
1	Tatiana	17	Mora com pai do bebê (foi preso antes do nascimento do bebê)	Luís	30 semanas*	1770 gramas*	20 dias	H1
2	Diana	17	Mora com pai do bebê	Laura	32 semanas	1250 gramas	49 dias	H1
3	Elisa	18	Separada do pai do bebê desde 3 meses de gestação	Gabriel	32 semanas + 3 dias	1400 gramas	Aproximadamente 30 dias	H2
4	Nádia	17	Namora o pai do bebê	Bruno	35 semanas	1750 gramas	56 dias	H2

*Dados fornecidos pela mãe.

Cabe ressaltar que não se pretende a saturação dos dados a partir destes quatro casos, mas sim conhecer as experiências de algumas mães, de modo a auxiliar, em parte, a compreensão do fenômeno tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência, além de propiciar suscitar novas hipóteses para outros estudos com esta temática.

Delineamento e procedimentos

Este estudo utilizou um delineamento de estudos de caso coletivo (Stake, 1994), de caráter longitudinal, o qual buscou investigar a experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência, em particular, a relação que a mãe adolescente estabelece com o bebê prematuro, do nascimento ao momento de pré-alta hospitalar do bebê. As mães dos bebês prematuros foram contatadas nas UTIs Neo de dois hospitais participantes e convidadas a participarem da pesquisa. Elas foram indicadas pela psicóloga responsável pela UTI Neo (quando possível) ou por uma pesquisadora responsável pela triagem dos casos nos hospitais participantes, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão descritos na seção *Participantes*. A triagem era feita através da leitura atenta dos prontuários dos bebês, disponíveis nas UTIs Neo de cada hospital. Importante mencionar que a autora do presente

estudo ficou responsável pela triagem nesses dois hospitais durante aproximadamente dez meses (entre agosto de 2010 e junho de 2011), o que a aproximou especialmente do contexto da prematuridade e das vivências das famílias que tinham seus bebês sendo cuidados naquele espaço.

Assim que a pesquisadora tinha conhecimento de algum caso de mãe adolescente que havia dado à luz a um bebê prematuro, ela entrava em contato com a possível participante inicialmente por telefone. Eram explicados brevemente alguns aspectos da pesquisa, como o tempo de participação da mãe no estudo, a disponibilidade da pesquisadora em ir ao seu encontro no hospital onde o bebê estava internado, além de valorizar o interesse da mãe adolescente em fazer parte da pesquisa. Quando possível, a pesquisadora conversava nesse momento também com algum responsável pelas adolescentes menores de 18 anos, explicando como seria a participação delas no estudo e pedindo autorização para tal. Era marcado, então, um encontro com as mães adolescentes em data e horário de acordo com a disponibilidade das mesmas para que a pesquisadora as encontrasse pessoalmente. Neste primeiro encontro a pesquisadora retomava com as mães adolescentes os principais aspectos da participação delas no estudo, e fazia o convite para iniciarem as entrevistas naquele momento. As mães que concordavam em participar do estudo eram então convidadas a ir com a pesquisadora a um lugar do hospital externo à UTI Neo, sempre considerando os aspectos institucionais do mesmo e respeitando o sigilo e a privacidade das adolescentes. O início da coleta dos dados contava com a compreensão da mãe adolescente dos termos da pesquisa, e após solução de possíveis dúvidas, a participante assinava, juntamente com seu responsável, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), permanecendo uma das vias com a mãe adolescente e outra via com a pesquisadora.

Em relação ao tempo de execução, este estudo considerou duas fases, adotadas em consonância com o projeto longitudinal maior: Fase 1 e Fase 2. A Fase 1, que durou pelo menos dois encontros com cada mãe adolescente, ocorreu aproximadamente entre o 11º dia após o parto e o 26º dia após o parto (tempo que variou devido à condição clínica do bebê e à disponibilidade de encontro com as mães adolescentes). No primeiro encontro desta fase, as mães adolescentes responderam à *Entrevista de Dados Demográficos da Família* e à *Ficha de Dados Clínicos Gestacionais*. Após as coletas destes primeiros dados, era feita a *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pós-parto* e após era preenchida a *Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/Pós-parto*. Este instrumento era completado primordialmente com informações do prontuário do bebê prematuro, localizado na sala da UTI Neo onde o bebê estava internado, e, quando o prontuário não possuía outros dados importantes, como a situação clínica da mãe, eles eram preenchidos com informações

fornecidas pela mesma. No segundo encontro desta fase, que não ultrapassou uma semana em relação ao primeiro, as mães adolescentes responderam à *Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade*⁵.

Na Fase 2, período que compreendeu o momento da pré-alta hospitalar do bebê, as mães foram novamente contatadas (entre 18 e 33 dias após o parto) e foram obtidas informações sobre o bebê e a mãe através da *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pré-alta* e realizada a *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pré-alta*. Após cada entrevista, tanto da Fase 1 quanto da Fase 2, era feito um relato imediato e breve a respeito das impressões da pesquisadora sobre a entrevista, da maneira mais livre possível. Todas as entrevistas e impressões pós-entrevistas foram gravadas e depois transcritas para análise.

Além dos encontros com as participantes foram feitas anotações das experiências e vivências da pesquisadora a respeito da condição de prematuridade, em qualquer momento em que estivesse em contato com a temática, no sentido de enriquecer e aprimorar as análises deste estudo. As anotações eram feitas sempre que a pesquisadora fazia triagens no hospital, conversava com as mães, pais ou a equipe das UTIs Neo dos hospitais, além das impressões que tinha em relação às UTIs Neo que tinha contato. Também as impressões sobre as entrevistas realizadas com as mães e os pais foram incluídas nestas anotações.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados deste estudo são os mesmos do estudo maior, PREPAR. Eles estão em anexo, e são apresentados brevemente a seguir:

- *Entrevista de Dados Demográficos da Família* (NUDIF/GIDEP, 2009a): essa entrevista tem como objetivo obter informações sociodemográficas da mãe e da família, tratando de itens como condições gerais de moradia, religião, situação profissional/educacional e etnia. Este instrumento foi aplicado a cada participante na primeira fase da coleta de dados, como instrumento inicial. (Anexo B).

- *Ficha de Dados Clínicos Gestacionais* (NUDIF/GIDEP, 2009b): essa ficha foi preenchida com base nas informações disponíveis no prontuário de cada bebê e, quando possível, nos das mães, bem como nas informações fornecidas por elas. Nesta ficha foram registradas as informações clínicas sobre o acompanhamento pré-natal, exames realizados, dados sobre a saúde das gestantes e seu histórico ginecológico e obstétrico. (Anexo C).

⁵ Outros instrumentos foram aplicados com as mães nesta etapa (SRQ-20 – *Self Reporting Questionnaire* e Escala Edinburgh de Depressão), mas não serão utilizados nas análises de dados deste estudo.

- *Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/ Pós-parto* (NUDIF/GIDEP, 2009c): trata-se de uma ficha que foi utilizada para o registro de informações clínicas sobre os bebês (ex. APGAR, idade gestacional, peso ao nascer, comprimento), bem como sobre sua evolução fisiológica diária (ex. peso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura). Estas informações foram obtidas junto aos prontuários e através das enfermeiras e/ou médicos da UTI Neo, além de terem sido complementadas com informações fornecidas pelas participantes. (Anexo D).

- *Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/ Pré-alta* (NUDIF/GIDEP, 2009d): esta ficha é uma versão abreviada da *Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/ Pós-parto*, que contempla informações clínicas tanto dos bebês (ex. peso, estatura, idade corrigida, situação clínica no decorrer da internação, procedimentos realizados e provável data da alta) quanto das mães (ex. situação clínica no decorrer da internação, medicações utilizadas). Sua aplicação ocorreu no momento em que se antecipava a alta dos bebês. (Anexo E).

- *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/ pós-parto* (NUDIF/GIDEP, 2009e): esta entrevista, aplicada no momento inicial da coleta de dados, foi utilizada para investigar a experiência da maternidade, o desempenho do papel materno, as mudanças percebidas em si mesma, no companheiro, no casal e na rotina. Preocupações e conhecimento sobre o bebê prematuro, envolvimento nos cuidados do(a) filho(a), atividades realizadas com o bebê e percepções sobre seu temperamento também foram investigados. É uma entrevista estruturada, realizada de forma semi-dirigida, na qual a mãe era solicitada a falar sobre diversos temas relacionados à sua experiência com o bebê nascido prematuro, como por exemplo, os primeiros contatos com o filho(a) (ex. “O que você sentiu quando viu seu bebê na incubadora?”; “E a equipe? O que acha?”). Nesta entrevista a pesquisadora explorou as relações da mãe adolescente com a família, especialmente com seus próprios genitores, no momento em que foram perguntados aspectos dos cuidadores primários da adolescente (ex. “Quem te cuidou quando você era bebê? O que você se lembra em relação a este cuidado?”). (Anexo F).

- *Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade* (NUDIF/GIDEP, 2009f): essa entrevista visa investigar a experiência da gestação e do parto em situação de nascimento prematuro, buscando identificar as percepções das mães frente à gestação, o nascimento e os primeiros contatos com o bebê. Trata-se de uma entrevista estruturada, que é realizada de forma semi-dirigida e é composta por seis blocos de questões que investigam a experiência do parto, incluindo a percepção de apoio recebido nesse momento; o primeiro contato da mãe com o bebê e mais especificamente, os sentimentos

frente à primeira impressão sobre o bebê e os primeiros dias no hospital; a experiência da gestação; as percepções maternas sobre o bebê na gestação; a percepção materna sobre o pai do bebê e os demais familiares e a vida antes da gravidez (Anexo G).

- *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/ pré-alta* (NUDIF/ GIDEP, 2009g): esta entrevista é idêntica à *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/ pós-parto*, com inclusão de perguntas sobre a Unidade Canguru (caso a mãe estivesse inserida no programa com o bebê), questões sobre a opinião da mãe sobre o desenvolvimento do bebê (ex. “Como você está vendo o desenvolvimento do bebê?”) e perguntas sobre a alta hospitalar do bebê (ex. “Como estão os preparativos para a alta do bebê?”; “Como você se sente frente à alta?”; “Quais as suas preocupações frente à alta?”). Sua aplicação ocorreu no momento da pré-alta hospitalar do bebê. (Anexo H).

- Anotações da pesquisadora: trata-se de anotações que foram feitas após cada atividade relacionada ao estudo (visitas aos hospitais participantes; entrevistas realizadas; impressões sobre o ambiente das UTIs Neo; reflexões a respeito da temática estudada), com impressões da pesquisadora a respeito de elementos não abordados nas entrevistas e/ou aspectos não-verbais observados nas mães.

Considerações éticas

O projeto longitudinal maior *Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização* (Piccinini, Lopes, Esteves, Anton, & Oliveira, 2009), do qual este estudo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS (Processo nº 22009015) e pelos comitês de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV (Processo nº 07/09) e do Hospital Femina e Conceição, pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (Processo no 063/09). Dessa forma, este estudo procurou seguir rigorosamente as questões éticas propostas no projeto maior.

As participantes do presente estudo foram informadas a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e puderam decidir livremente sobre sua participação no estudo. Com isso, foi assegurada a autonomia das mães que decidiram participar, sendo que elas poderiam desistir da pesquisa em qualquer etapa da mesma. Além disso, cuidou-se para que as mesmas compreendessem claramente os objetivos da pesquisa e se sentissem confortáveis na dissolução de possíveis dúvidas que pudessem permanecer. Importante comentar que se considerou em primeiro lugar a disponibilidade e interesse da mãe adolescente em participar da pesquisa, para que então se contatasse a pessoa responsável para consentir a participação da jovem. Isto foi feito para que as adolescentes decidissem livremente falar sobre suas

experiências com o bebê e sobre a maternidade, sem a interferência inicial de algum adulto. De qualquer forma, nenhum dos adultos responsáveis pelas adolescentes se opôs a que elas participassem deste estudo.

Em qualquer momento da pesquisa, caso fosse constatada a necessidade adicional de acompanhamento psicoterápico de alguma participante, esta seria encaminhada ao Serviço de Psicologia do hospital onde seu bebê estivesse internado, o que não foi necessário para nenhuma das participantes deste estudo. A privacidade e a confidencialidade estão asseguradas, sendo que o material obtido por meio de entrevistas e questionários foi identificado por um código e devidamente arquivado no Instituto de Psicologia da UFRGS. Além disso, todos os nomes que aparecem neste estudo foram trocados para preservar a identidade das pessoas que dele participaram.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão organizados em três partes. Inicialmente, foi feita uma caracterização dos hospitais nos quais estiveram internadas as participantes e seus bebês prematuros. Entende-se que é necessário fazê-la, uma vez que o ambiente (equipe, espaço físico hospitalar e funcionamento do hospital, considerando Centro Obstétrico e UTI Neo) exerceu importante influência nas relações mãe adolescente-bebê prematuro, as quais são foco deste estudo. Após a caracterização do ambiente, encontra-se apresentada uma breve descrição de outros casos que a pesquisadora teve contato, mas que não prosseguiram devido à desistência das adolescentes. Trata-se de uma necessária discussão, uma vez que se considera que estes casos podem sugerir aspectos para reflexão neste contexto de maternidade adolescente em situação de prematuridade, de maneira a fornecer outros elementos para análise.

Estrutura e organização dos hospitais/ UTI Neo

Quanto à caracterização dos dois hospitais participantes, um dos hospitais será denominado Hospital 1 (H1) e o outro será denominado Hospital 2 (H2), de maneira a preservar a identificação das instituições. As participantes Tatiana e Diana, juntamente com seus bebês, estiveram internadas no H1 e Elisa e Nádia, também com seus bebês prematuros, no H2.

O H1 é um hospital público de Porto Alegre voltado especificamente para a saúde materno-infantil. A UTI Neo ocupa um dos andares deste prédio, e é dividida em quatro salas. Cada sala agrupa bebês com um nível de gravidade específico, de forma que à medida que eles vão melhorando o estado clínico, vão mudando de sala até chegarem à alta hospitalar. O acesso dos pais a esta UTI Neo é livre, apenas limitado pelos horários definidos pelo hospital de acordo com as trocas de equipe. Durante as trocas de plantão, como são denominados os períodos de tempo em que há esta troca de equipe mencionada, os pais devem retirar-se da UTI. Esta troca ocorre em dois horários: entre as 12 e 14 horas, e entre as 18h20min e 19 horas. Os treinos de amamentação são feitos em uma sala reservada para as mães e familiares, que a utilizam tanto para as visitas aos bebês, quanto para os grupos de pais coordenados pela equipe ou para o descanso das mães. Esta sala fica afastada das salas da UTI Neo, e ao lado da

sala utilizada por profissionais da equipe, que garante um pouco mais de sigilo e discrição. Era nesta última que as participantes Tatiana e Diana foram entrevistadas em todos os momentos do estudo.

O H2 é um hospital público de grande porte de Porto Alegre, o qual possui uma UTI Neo dividida em dois andares: o quinto e o sexto andares. No quinto andar estão os bebês com maior gravidade, que precisam de medicação e intervenções constantes da equipe. Este andar é dividido em quatro salas diferentes, e em cada uma destas salas há bebês com estados clínicos variados, dos mais graves até os mais estáveis. Há muitas incubadoras nestas salas, e alguns berços aquecidos, reservados para aqueles bebês cujas complicações clínicas não exigem auxílio da incubadora. Todos os procedimentos realizados com os bebês ocorrem nestas salas, de exames a cirurgias. Dependendo do tipo de intervenção, é pedido aos pais ou acompanhantes dos bebês que se retirem da sala temporariamente, até que a equipe acabe o procedimento.

Quando os bebês já estão perto de receberem alta hospitalar, eles são transferidos para o sexto andar, onde a equipe passa a assumir o mínimo de cuidados possível, passando esta tarefa para as mães, sempre assessorando-as. Geralmente os bebês não ficam muito tempo neste andar, em torno de no máximo uma semana, e já não dependem tanto de aparelhos e medicações como acontecia antes. Além disso, é um espaço onde as mães são encorajadas a amamentar seus bebês e insistir nessa tarefa, sempre auxiliadas por enfermeiras, fonoaudiólogas e fisioterapeutas. Para os bebês prematuros receberem alta definitiva, é preciso que eles estejam com dois quilos ou mais e mamando no seio materno com sucesso. O acesso dos pais nesta UTI Neo é livre, e para visitas de outros familiares, há horários específicos, não sendo permitida a entrada dos mesmos dentro das salas da UTI. Assim, os familiares podem ver o bebê apenas pelo vidro que existe nas portas, do lado de fora das salas. Este hospital disponibilizou, durante um tempo, uma sala específica para que as entrevistas com as mães pudessem ser feitas. Entretanto, devido a questões institucionais do hospital, esta sala ficou indisponível e as entrevistas passaram a ser realizadas em locais do hospital como o pátio, ou outros espaços que garantissem o mínimo de desconforto para as participantes e o máximo possível de sigilo para as mesmas. Com a participante Elisa foi feita uma entrevista na sala e as outras entrevistas ocorreram no pátio central do hospital. Com Nádia, todas as entrevistas foram realizadas em diferentes espaços do hospital, tendo variado de acordo com a possibilidade de maior sigilo possível.

Importante mencionar que nas UTIs Neo dos dois hospitais havia bebês com diversas intercorrências: prematuros, nascidos com baixo peso, nascidos com malformações, que necessitavam cirurgia com urgência, dentre outros. Além disso, os bebês prematuros

internados na UTI Neo que melhoravam sua condição clínica geralmente passavam da incubadora para o berço aquecido.

Contato com outros casos

Além das quatro adolescentes que participaram deste estudo, a pesquisadora teve contato com outras jovens mães e pais nas UTIs Neo. Ao todo foram três mães e um pai adolescente⁶ que se propuseram a iniciar a participação na pesquisa, e que não permaneceram. O outro pai adolescente, namorado de Nádia (participante deste estudo), permaneceu na pesquisa junto com ela.

Quanto às mães, o aspecto comum em relação a elas referiu-se a uma série de enganos, descritos a seguir. Giovana, Larissa e Joana foram adolescentes que mostraram conflitos típicos de seu momento de vida, e que não puderam continuar conversando sobre sua entrada na maternidade e a situação de nascimento prematuro de seus bebês por diversos motivos. Quanto a Giovana, de 16 anos, os enganos ocorreram em relação ao papel e à função da pesquisadora ali no hospital, de maneira que a mesma foi confundida com uma pessoa do Conselho Tutelar, o que gerou fantasias persecutórias na adolescente. Este mal entendido fez com que ela temesse que a pesquisadora levasse o bebê consigo, fantasia compartilhada por membros de sua família. Após a garantia de que este roubo não ocorreria, e que a pesquisadora não tinha relação nenhuma com o Conselho Tutelar, combinou-se o desligamento da adolescente da pesquisa e a exclusão dos dados que a pesquisadora possuía.

Em relação a Larissa, que também tinha 16 anos, a adolescente mostrou sérios comprometimentos cognitivos no primeiro contato com a pesquisadora, de forma que não soube expressar informações como seu nome completo e sua data de nascimento. Interessante mencionar que esta informação não constava no prontuário disponível na UTI Neo onde o bebê dela se encontrava, o que denotou uma falta de cuidado e atenção da equipe com os recursos e possibilidades daquela mãe. O pai adolescente mencionado era o companheiro de Larissa, e mostrou-se participativo e interessado em continuar conversando com a pesquisadora. Entretanto, não foi possível entrar em contato com ele, pois passou a não atender às chamadas telefônicas após o primeiro contato.

Por último, Joana, de 15 anos, desistiu de sua participação de forma a não atender aos telefonemas da pesquisadora. Era uma adolescente extremamente frágil, e em meio a muitos conflitos dentro da família devido a sua gravidez em idade precoce. A pesquisadora, inclusive, presenciou uma discussão séria entre Joana e sua avó, que a acompanhava à UTI

⁶ Os nomes com que serão referidos os adolescentes são fictícios.

Neo. Foi preciso que a pesquisadora fizesse um esclarecimento para ambas sobre a pesquisa, uma vez que a avó entendeu que o que seria feito com a neta tratava-se de uma psicoterapia. Acreditando nisso, a avó enfatizou a necessidade da menina em tratar-se, o que acirrou ainda mais o conflito.

Finalizando, acredita-se que estes breves elementos dos casos que foram perdidos servem, como enfatizado anteriormente, para refletir sobre outros aspectos que podem não ter aparecido nos casos que seguem em sua forma mais completa. Assim, estes elementos serão discutidos posteriormente, junto aos quatro casos, como forma de complementar a reflexão a respeito do fenômeno de tornar-se mãe na adolescência de um bebê prematuro.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas literalmente e estudadas diversas vezes, considerando os objetivos deste estudo, a saber, investigar a experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência, em particular, a relação que a mãe adolescente estabelece com o seu bebê prematuro, durante a internação hospitalar do bebê.

Para isso, os casos foram apresentados separadamente, seguindo o modelo de relato, comumente utilizado na clínica psicanalítica, mas aplicável em outros campos (Epstein, 2011), como a ciência. O relato possibilita que a escrita dos casos seja feita de forma mais livre, contemplando detalhes que não puderam aparecer verbalmente nas entrevistas, mas que são capturados pelo entrevistador através de aspectos não-verbais do contato com o entrevistado. De acordo com Epstein (2011) o relato é uma forma de comunicação privilegiada, de maneira que relatar é um ato de leitura, de interpretação e de tradução. Assim, o que é verbalizado pela pessoa entrevistada é passível de produzir efeitos, tanto em quem diz, quanto em quem escuta. Como refere Mordcovich (2011), o narrador e o ouvinte formam uma dupla, o que, certamente, influenciará na construção do relato. Portanto, dependerá, sobretudo, do entrevistador e de seus elementos próprios, como expectativas e fantasias, para tornar determinado relato único, diferente dos demais. De todo modo, uma vez que se pode explorar outros conteúdos não manifestos contidos na entrevista, assim também é possível que as análises feitas a partir destes registros possam ser aprofundadas.

A seguir, a estrutura da organização dos dados. Iniciou-se cada caso com dois tópicos, que serviram para caracterizar as participantes e oferecer um panorama geral sobre cada uma, sendo um a respeito das impressões da pesquisadora e outro oferecendo uma descrição breve da história de vida da mãe, cujo título é o seu nome fictício. Após isso, os dados foram organizados através de três grandes eixos: 1) Experiência da gestação e parto; 2) Experiência da internação do bebê; e 3) Pré-alta hospitalar do bebê. Após a apresentação dos dados nos

eixos propostos, foi feita uma síntese longitudinal de cada caso. A tabela a seguir mostra a estrutura final adotada para os resultados:

Impressões da pesquisadora
Descrição breve da história de vida da mãe adolescente
Experiência da gestação e parto
Experiência da internação do bebê
Pré-alta hospitalar do bebê
Síntese do caso

Cada um dos casos foi descrito primeiramente de forma individual e longitudinal, a partir dos eixos temáticos propostos e seguindo o objetivo do estudo. Após isso, a discussão foi feita por meio do cruzamento dos casos, observando-se as principais semelhanças e particularidades dos mesmos.

Cabe ressaltar que as informações presentes na *Ficha de Dados Demográficos da Família*, *Ficha de dados clínicos gestacionais*, na *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe (pós-parto e pré-alta)* e as impressões após cada entrevista foram consideradas em parte da análise dos dados, sendo utilizadas na caracterização e contextualização das participantes e de seus bebês. Além disso, as anotações feitas pela pesquisadora ao longo dos contatos com as participantes foram outra fonte de informações e complementação dos dados. Estas anotações possuem conteúdo relevante, uma vez que as impressões da pesquisadora em pesquisa qualitativa podem ser exploradas e assumir importante papel no entendimento dos dados. Como mencionado anteriormente, as anotações referem-se às observações de aspectos não verbais das participantes, não contemplados nas entrevistas.

Caso 1: Tatiana e Luís

A adolescente que não podia ser mãe

Impressões da pesquisadora

Tatiana tinha 17 anos à época dos contatos com a pesquisadora, tendo sido a primeira adolescente entrevistada dentre as participantes deste estudo. Era uma menina muito espontânea e observadora, que contou suas vivências em pormenores, sempre com muita ironia e crítica. Vestia-se e tinha o desprendimento típico dos adolescentes, além de viver situações emocionais intensas e fantasiosas, principalmente aquelas relacionadas ao companheiro: *“Triste, a minha vida era uma desgraça... Porque daí aconteceu tudo aquilo! [prisão do companheiro] Aí na minha cabeça eu podia ter uma vida com ele de princesa, assim. Como ali quando a gente foi no cinema, no shopping, a gente se divertia um monte. Aí no que eu sentava no ônibus pra ir embora, parecia que tinha uma bomba na minha cabeça”*.

Parecia não ter medo de viver, de forma que acabava por submeter-se a muito sofrimento: *“Muita coisa aconteceu na minha vida, muita, muita coisa. Coisa que às vezes eu pego me deito e choro e choro. (...) Às vezes assim eu tinha vontade de chorar e conversar com alguém e acabava chorando sozinha. Era uma maneira que eu tinha de desabafar o que eu tinha de stress”*. Outra característica importante desta jovem mãe referiu-se à lealdade que tinha para com alguns valores que elegera como importantes para si, especialmente observados no momento após o nascimento de seu bebê. Um exemplo expressivo referiu-se ao tipo de educação que pretendia dar a ele, prezando o respeito pelos demais: *“Só que o respeito é uma coisa que eu vou ter que ensinar pra ele desde sempre. Ele tem que, ele vai ter que saber os limites dele, o que ele pode e o que ele não pode”*.

Os contatos da pesquisadora com a adolescente deixaram a forte impressão de ambivalência característica da fase: por vezes muito segura de si e de suas escolhas, como quando visitava o companheiro na prisão; às vezes muito menina, precisando de um colo ou de uma palavra de conforto, em momentos em que pensava e se entristecia com sua realidade. Parecia carregar nas costas problemas em excesso e muito sérios para sua pouca idade, como o companheiro preso, o filho prematuro e o desapontamento de que o companheiro não havia participado muito de sua gestação e nem conhecia o filho pessoalmente. Chegou três horas atrasada ao primeiro encontro, e desculpou-se contando que estava resolvendo a transferência do companheiro, preso no interior do estado, para Porto Alegre. Estava cansada e ansiosa, pois amamentaria seu bebê, Luís, pela primeira vez naquele dia, e não queria perder a hora,

olhando em seu celular frequentemente durante a entrevista. Assim que chegou o momento tão esperado, saiu correndo, tendo mal se despedido da pesquisadora.

Amamentar o filho, no começo, pareceu assumir uma dimensão importante para Tatiana, como uma oportunidade de assumir algo do papel materno. A adolescente queixava-se de não conseguir se sentir mãe, e a amamentação tornou-se uma experiência como que sagrada para ela. Foi em um destes momentos que a pesquisadora conheceu seu bebê, Luís, no colo da mãe, todo enrolado em cobertores, apenas com uma parte da cabecinha para fora, mostrando parte dela que fora raspada para inserção de cateteres. Luís tinha os cabelos em “corte moicano” (raspado dos lados da cabeça e com cabelo apenas no topo), assim como todos os bebês daquela UTI Neo, no H1, o que incomodava fortemente Tatiana. Era bem pequeno, e estava com os olhos abertos, miúdos, que se mexiam vagarosamente. Este contato com o bebê foi breve, pois a pesquisadora percebia por contratransferência que a mãe nunca permitiu mais abertamente uma aproximação daquela junto a Luís, o que foi sempre respeitado. Assim, a pesquisadora se aproximou do bebê apenas uma vez dentro da UTI Neo, para que não criasse qualquer conflito com a adolescente. Este afastamento acabou impedindo o acesso da pesquisadora ao prontuário do bebê, que ficava dentro da UTI, de modo que teve que contar com as informações contidas no relato da mãe.

O último contato da pesquisadora com Tatiana ocorreu antes da alta hospitalar de Luís, quando ele estava com 18 dias. Ele desenvolveu-se bem durante sua estada na UTI, tendo ganhado peso rapidamente e melhorado seu estado clínico geral, tornando-se independente dos aparelhos em poucos dias. A adolescente estava bastante cansada e angustiada neste momento, e pareceu difícil discernir o que mais a preocupava: se o companheiro preso em uma cidade distante, ou se o filho internado na UTI Neo, prestes a ir para casa. Estava organizando as coisas de Luís, mas ao mesmo tempo ia visitar o companheiro semanalmente na prisão, tendo que viajar para isso.

Tatiana

Tatiana tinha 17 anos quando nasceu Luís, seu bebê prematuro de aproximadamente 30 semanas e 1770 gramas, de acordo com o relato da própria adolescente. O primeiro contato com a pesquisadora ocorreu quando o bebê tinha 11 dias de vida.

Tatiana morava com a mãe e o avô⁷, em uma casa na periferia de Porto Alegre. Mostrou-se reticente para descrever as memórias de sua infância em relação à sua mãe, contando que se recordava pouco desta época, por ser muito pequena. Contou que seus pais se

⁷ Não se sabe ao certo se a avó materna da adolescente morava na casa com ela, sua mãe e seu avô materno. Em alguns momentos o relato da adolescente é contraditório a respeito desta informação.

separaram quando ela tinha aproximadamente um ano e meio de idade, e que após isso perdeu bastante o contato com o pai. Mostrou-se bastante ressentida com ele, pelo pouco contato, pela distância e pela quebra das expectativas que ela tinha em relação a ele: *“E eu tenho muito pouco contato com meu pai, de ir na casa dele. (...) [falando para o pai de Luís] ‘Tu acha que eu não me sentia mal também, sendo dia dos pais, eu dar presente pro meu avô?’*, eu disse pra ele [pai de Luís]. *O meu pai nunca fez questão de estar na minha vida, e eu não vou atrás dele. Ele é pai, eu acho que ele tem que me procurar... por que que eu vou ficar procurando ele a vida toda? Não vou. Eu tenho que pensar em mim, não ficar sempre ‘ah, meu pai’... teve uma época que eu procurava ele. Ele não sabe que eu tinha procurado. E não tinha retorno. E ele ‘Oh, Tatiana, como ti ta bonita, como a minha filha ta bonita’, ele falava pra mim. Sabe, eu não gostava disso. Eu não queria que o meu pai me falasse que eu era bonita, eu queria um pai legal, queria sair com o pai aos domingos. Sabe? Pelo menos uma vez. Eu queria isso, mas eu não tive isso”*.

A adolescente namorava Leonardo, pai de Luís, há quatro anos. O companheiro foi viver na casa de Tatiana quando eles tinham um mês de namoro, porque, de acordo com ela, *“a minha mãe preferia no caso o meu namorado em casa do que eu na casa dele”*. Leonardo tinha 23 anos à época do nascimento do filho, e estava preso em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, por assalto a uma lotérica. Ele fora transferido de Porto Alegre para esta cidade do interior após descumprir uma ordem referente à sua reclusão em regime semi-aberto: chegou atrasado ao trabalho, e como castigo, mandaram-no para a outra prisão. Ele foi preso em Porto Alegre quatro meses antes de Tatiana engravidar, em regime semi-aberto. O casal passou por uma crise que levou a um término temporário do namoro, e logo após voltarem a ficar juntos, Leonardo foi preso.

Antes de engravidar, Tatiana estudava e passou por duas experiências de trabalho, as quais considerou muito marcantes. Estagiou por duas semanas em uma delegacia e acabou sendo demitida porque estava com notas baixas em três disciplinas na escola: *“Trabalhei ali 14 dias, não recebi nada por causa que meu currículo não tava bom. Que deu problema no... que deu problema no contrato. Trabalhei lá, daí...”*. Após este estágio, arrumou um emprego em um *shopping*, no qual permaneceu 18 dias, mas foi demitida após um mal entendido com a gerente da loja em que trabalhava.

Tatiana contou que se preocupava muito com Leonardo, pois sabia que o companheiro estava usando drogas: *“Tava vivendo muito uma vida que não era a minha. Tava vivendo mais a vida do Leonardo. Preocupada com o Leonardo. De 24 horas, 23 horas e meia eu pensava no que eu podia fazer pra ajudar o meu marido a melhorar. No sentido assim de*

drogas, no sentido da cabeça dele que não era ... porque ele tinha uma cabeça de criança, uma cabeça que se tu não chamar e conversar... ele é uma criança". Importante notar que a adolescente percebia o companheiro como muito frágil e emocionalmente instável, sendo que ele recorria à namorada nos momentos mais críticos: *"Não tinha problema pra ele, apagava os problemas pra ele [usar drogas]. Aí ele chegava em casa e eu sabia que ele tinha usado droga, aí ele chorava, chorava, chorava, chorava e chorava muito"*.

Experiência da gestação e parto

Tatiana descobriu que estava grávida com aproximadamente um mês de gestação: *"Aí eu peguei e falei [para Leonardo, por telefone], 'acho que eu to grávida'... (...) Daí eu tava falando com ele que eu tava meio estressada também, 'Ai, acho que to grávida'. E ele 'Ai, será?'. Aí eu 'Não sei, vou ver, né?'. Aí, ta, falei isso pra ele. Ele veio dois dias depois de serviço, ele pediu folga e veio pra casa, daí a gente conversou, tudo. Aí no outro dia eu saí, comprei um teste de gravidez, fui lá pra casa da tia dele, fui lá, abri o teste, e deu aquelas coisas, blá, blá, blá, deu positivo. Fiquei sem perna, né"*. Contou que não planejou a gestação, mas que já esperava por isso, pois havia parado de tomar o anticoncepcional pelo desconforto que sentia com o medicamento: *"Foi, porque assim, eu já sabia que a qualquer momento eu podia engravidar. Eu tomava remédio, só que tava tomando injeção, o comprimido não dava. É, na bunda, assim, e aquilo lá me dava uma dor nas costas, assim! A minha médica disse que é uma injeção dolorida porque ela é muito oleosa, que podia me dar dor nas costas. Aí eu não tomei mais. Parei de tomar (risos). Parei de me cuidar. Quando eu pensei em me cuidar, ele [Luís] veio..."*. Importante lembrar que neste momento Leonardo já estava preso há quatro meses em um presídio em Porto Alegre, mas saía para trabalhar e ir para casa ocasionalmente.

Quando Tatiana contou a notícia à família, durante as festas de final de ano, disse que cada pessoa de sua família reagiu de uma maneira, mas enfatizou a reação de sua mãe, que teve *"um choque"*: *"Acho que ela pensou que eu tivesse com coisa na cabeça... ela achou que eu tava com coisa na cabeça"*. A adolescente acreditava que a reação de sua mãe estava relacionada ao fato de a menina ser filha única e ter apenas 16 anos quando engravidou. Disse que a reação da família de Leonardo foi bem mais tranquila e natural, de forma que todos gostaram de saber que Tatiana estava grávida. Além disso, a adolescente referiu que estar grávida *"não mudou em nada [a minha vida], continuou a mesma coisa"*. Falou que seu medo principal era em relação às mudanças em seu corpo: *"Fiquei com medo de ficar com*

estria, fiquei com medo de chegar a 500 quilos, (risos) fiquei com medo de qualquer doença, alguma coisa. Doença eu digo... problema no bebê assim”.

Logo no começo da gestação, Tatiana pensou que perderia o bebê, pois sentia fortes dores. Essas dores se prolongaram durante a gestação, mas a barriga de grávida pode ter neutralizado em alguma medida esses efeitos adversos sentidos pela adolescente: *“Achei [que ia perder o bebê]. Logo quando tava com um mês. (...) [Por causa] da dor, sabe, porque eu tipo assim, de um caso assim, dava umas dor na barriga forte. Aí eu ficava com medo. Aí eu botei barriga com quatro meses e meio, cinco. Foi quando eu botei barriga. Cresceu, aí tudo tranquilizou. Ter uma barriga assim”.*

Quando Tatiana estava com três meses de gestação, Leonardo foi punido por um atraso no emprego, discutido anteriormente, e acabou sendo transferido para um presídio do interior do estado. A adolescente expressou sua tristeza pelo fato de ter ficado quatro meses sem ver o companheiro, de forma que ele não acompanhou o restante da gestação nem o nascimento e a internação do filho. De acordo com a adolescente, a previsão de volta do companheiro para casa seria quando Luís estivesse com um ano e meio de idade.

Com o passar da gestação, Tatiana passou a sentir um estranhamento em relação ao corpo em transformação: *“Nem sei como eu senti. Eu olhava a minha barriga... É muito estranho tu ter um corpo e depois ter outro. Quando a barriga começou a crescer então... parece que eu achava meio estranho”.* Falou sinteticamente sobre os momentos mais marcantes de sua gestação, nos quais se observa que estava fazendo descobertas sobre o filho: *“É, um mês e meio eu descobri a gravidez. Na primeira vez que eu fiz o pré-natal eu tava com três meses. Eu lembro que a primeira eco eu fiz com três pra quatro. A minha segunda foi com cinco... cinco pra seis, e meu segundo com seis pra sete, assim. Foi lá no finalzinho do sexto, comecinho do sétimo, eu tava internada aqui [no hospital] já, daí”.* Contraditoriamente, disse que no geral *“foi uma gestação tranquila, não tive nada de muito ‘oh’.* Foi uma gestação boa. Só do meu marido estar preso, assim, que é meio estressante, ficar meio abalada, chora, tudo. Mas foi normal, (...) foi bem calma, tranquila”. Além disso, a adolescente referiu que se sentia *“cansada, com os pés inchados, o corpo. Dá uma canseira, uma dorzinha nas costas, bem na coluna. Só o cansaço que dá”.*

Fez pré-natal em dois hospitais diferentes, e falou sobre as variações de humor que experimentou na gestação, definindo-a como um momento *“bipolar”*: *“Bom, a gravidez ela é feita de fases. Tinha fase de chorar. Tinha fase que eu tava tranquila, tinha fase que eu tinha vontade de tapar a barriga, pôr a roupa mais bonita e ir pra festa. Tem horas que ah, eu passo a mão, acaricio a barriga. Bem bipolar assim foi a minha gravidez. No sentindo da*

gestação toda eu fui bipolar". Descobriu o sexo do filho na segunda ecografia e *"foi um baque. Porque todo mundo falava, 'Ai, vai ser uma menina, ta tão redondo, ta redonda'"*. Descobrir o sexo do filho foi um momento ambivalente para Tatiana, que se sentiu emocionada e um tanto frustrada por saber que teria um menino: *"É emocionante. Ai, eu não sei! (fala isso vibrante) É uma emoção que tu não sabe de que parte que vem do teu corpo, é uma emoção que tu sente que vai explodir, mas ao mesmo tempo ta triste que não vai ter gurria, e ta feliz que é um menino"*.

A adolescente falou sobre como sentiu os movimentos do filho em seu ventre, e que causaram o mesmo estranhamento que ela sentia em relação às mudanças ocasionadas pela gestação: *"Começou lá no quarto mês, três meses e meio. Achava que era a minha primeira vez, eu assustei! (dá um gritinho estridente) Eu acordei, daí eu 'Ai!' (suspira). Uma coisa assim, no que eu vi. Porque assim, oh, tu nunca teve filho. Aí tu ta parada e dá um chutão na tua barriga assim"*. A adolescente conversava com o filho, e sentia como se ele a entendesse: *"É emocionante. Dá vontade de chorar, eu conversava com ele, sabe, ele me responde. Aí ele chutava (risos). Ele chutava, eu falava 'Me responde', né"*.

Aproximadamente um mês antes de Luís nascer, Tatiana foi ao hospital sentindo contrações e tendo sangramento. Após ficar quatro dias internada e ser medicada, voltou para casa e teve que fazer repouso. Entretanto, voltou a sentir as contrações e muita dor, e retornou ao hospital. Havia chegado o momento do parto: *"Aí eu cheguei aqui [no hospital], eu tava com seis dedos de dilatação... porque eu não entendo, quando tu chega eles vão verificar os teus sinais... só que tu chega com tanta dor, assim, parece que eles tão brincando contigo! (...) Foi rápido [o parto]! Aí a minha vó tava aqui embaixo. Aí ela queria ver meu parto. No que chamaram pro meu parto... eu já tinha ganho já! É foi, foi uma coisa rápida assim. Sabe, a dor foi intensa, a dor parecia sair de mim... mas fora isso foi tudo bem!"*. Tatiana tinha medo de ter que se submeter a uma cesariana, pois teria que tomar anestesia: *"Eu tinha medo da cesárea, a única coisa que eu ficava feliz era que ele sempre tava de cabeça pra baixo. Tava, só que no dia que eu vim ganhar, aí ele ficou torto, daí, eu fiquei com medo. Ele tava encaixado, só que a minha barriga tava torta. E eu fiquei com medo, eu 'Não acredito que ele vai nascer de cesárea'"*.

No momento do parto, Tatiana disse ter sentido muito medo dos medicamentos que estavam sendo aplicados nela, principalmente pelo fato de ser alérgica a alguns deles: *"Eu me preocupei deles me dar alguma injeção que me desse alergia. Foi o que eu mais me preocupei. Em relação são... ah... vão sei lá... se fosse o caso assim, eu teria medo de tomar a raque, que é a anestesia que é aplicada na coluna, que eu tenho medo, porque eu tenho*

alergia a um monte, a muito remédio". Contou ter sentido dor, o que pareceu angustiá-la bastante: "(...) assim, não sei explicar assim, porque parece que tu tá num... num momento assim que tu quer abrir, tu mesma quer abrir a tua barriga com a mão e tirar a criança. Que a dor é uma dor chata... (...) É uma dor que não passa. E tu quer que saia e não sai nunca. É assim. O bebê saiu e deu". Além das sensações de não ter controle sobre seu corpo, sentiu-se abandonada pela equipe no momento anterior ao parto, explicando que *"eles demoram demais, eles querem muito o parto normal, só que tem mãe que não consegue no caso, normal. Só que daí não, daí eles te esquecem lá, te bota um sorinho, e tu fica lá, e eles esquecem que tu existe! (risos)"*.

Assim que Luís nasceu, Tatiana teve um breve contato com o filho no centro obstétrico: "(...) no dia que ele nasceu, eu vi ele de costas, só vi o cabelo dele, aí como ele não chorou, elas pegaram, levaram ele (...), aí depois uma pediatra trouxe ele pra mim ver". Além disso, percebeu o filho muito calmo neste primeiro contato, de forma que ele não chorou quando nasceu: *"Aí ele não chorou. Aí levaram ele também, eu só vi ele de costa, que ele tinha cabelo assim. Aí depois a pediatra pegou ele no colo. Né, ele tava calminho, e depois eu vim ver ele aqui na UTI"*.

Após o parto, a adolescente referiu ter se sentido *"muito cansada. Muita dor no meu estômago"*, e que a quantidade de pontos que havia levado com a episiotomia⁸ a incomodava: *"Só que eu não gostei foi do jeito que eu levei ponto! Foi muito ponto"*. Ficou três dias internada no hospital após o parto, e enfatizou as sensações corporais incômodas que sentiu: *"Eu vi que a minha barriga murchou, fez assim, puff, depois ela incha, eu acho, que dá gases, dá bastante gases"*. Disse que o filho nascera prematuro *"porque ele não aguentava mais tempo na minha barriga (risos)"*, e que desde o começo da gestação já imaginava que a gravidez não seguiria até os nove meses: *"Não, porque eu nunca achei que fosse chegar aos nove meses. Nunca achei"*. Além disso, sua maior preocupação após o parto, em relação a si mesma, era se conseguiria emagrecer.

Quando Tatiana recebeu alta do hospital, sentiu-se satisfeita por poder ir para casa, mas permaneceu na UTI com Luís durante quase todo o dia: *"Ótima, tava louca pra sair correndo. (risos) É, eu tive alta sete horas da manhã e fui embora quatro da tarde. Eu tava na UTI, aí eu vinha, ficava ali, eu ia lá no quarto, almoçava, vinha, ficava com ele, aí às quatro horas eu fui embora"*.

⁸ Incisão na região vaginal para ampliar o canal do parto.

Experiência da internação do bebê

Após ter tido alta do hospital, Tatiana voltava diariamente para ficar com o filho na UTI Neo. Contou sobre a primeira vez que viu Luís na UTI, o que a entristeceu: *“Fiquei triste. Quando eu vi ele com aparelho pela primeira vez, eu chorei. Foi por isso, assim, no caso que eu chorei”*. Para a adolescente, ver o filho com tantos aparelhos diferentes era sentido como uma invasão forte ao filho, e, é possível pensar, a si mesma: *“O que eu fiquei assustada foi quando eu vi ele com os olhos tampado... do banho de luz, aquela sonda na boca, parecendo que ele ia afogar e colocou um band-aid, pra colocar o acesso. Ah aquilo pra mim é um desespero! Bah, fica muito estranho! Uma criança desse tamanho com uma agulha na cabecinha!”*. Entretanto, mesmo em meio a tanta invasão, Tatiana referiu notar sempre uma melhora do estado clínico do filho, o que de fato ocorreu: *“Foi bem assim, não vi, eu vi sempre uma melhora, sempre bem ele. No primeiro dia, ele nasceu na quinta, com aparelho, ele já tava com aparelho. Na sexta ele já não tava... (...) Não é estranho ver ele na incubadora. O mais estranho é ver ele com aparelho de respirar. Mas como ele só ficou um dia eu não me assustei muito. Só”*.

Para a adolescente, a impossibilidade de ter o companheiro por perto continuava a incomodá-la. Neste momento da internação de Luís, já fazia aproximadamente 11 meses que Leonardo estava preso. Ela referiu tristeza quando falava sobre Luís a Leonardo, estando eles fisicamente distantes: *“Muito estranho. Porque ele [Leonardo] me ligava e perguntava como é que o Luís era, se era parecido com ele, se tava mamando. É o tipo de pergunta que me incomodava em responder, porque ele não tava ali. É estranho tu responder, aí eu ficava triste, porque ele [Luís] não tinha ido embora”*. Tatiana apenas conseguiu reencontrar o companheiro após o nascimento de Luís, quatro meses após a transferência para o presídio no interior. A adolescente mostrou-se bastante desconfortável com a distância do parceiro e com o fato de o casal não conviver com o filho: *“Não, eu não vou te dizer isso porque a gente não conviveu com o Luís. A gente não convive com o Luís pra ver como é que é (risos). Aí não tem como dizer, pra poder falar. Só que é estranho, ele [companheiro] em [cidade onde está preso], eu na minha casa, e o Luís aqui [na UTI Neo], cada um num lugar. Cada um tem um teto diferente”*.

Um dos aspectos principais referidos por Tatiana foi o fato de desconhecer algumas necessidades do bebê que nasce prematuro, de forma que a necessidade de deixar o filho na UTI Neo e as surpresas que ela tinha em relação às intervenções da equipe, eram inesperadas e assustadoras para a adolescente: *“É muito estranho [experiência na UTI Neo]. Eu me sinto... meio perdida, assim, porque não tem essa, eu achei que mesmo prematuro ele fosse*

pra casa. Não, eu não imaginei que iria ter um peso xis pra criança ir embora. (...) Eu não sabia disso. Porque isso te assusta. Porque dois dias ele com o mesmo peso, teve um dia que ele engordou 40 gramas, no outro dia cinco, no outro 15, no outro 40 de novo”. Além disso, a adolescente também referiu sobre sua vivência do parto prematuro como um luto sentido no próprio corpo, aludindo às mudanças na barriga: “Depois que eu ganhei eu vi assim, oh, que a minha barriga não era cabeluda, não tinha cabelo na barriga. Minha barriga tá com uma cor de morta, assim. Que não era assim quando eu tava grávida. Ela era grande e lustrosa, ela brilhava, a barriga. E ficou preto aqui”.

Quanto às interações de Tatiana com Luís na UTI Neo, ela falou sobre como o filho respondia ao contato dela, apontando certeza de que era reconhecida como mãe e reconhecia-o como seu filho: *“Não, porque eu pego, olho pra ele, eu dou a mão pra ele, ele já reconhece a minha voz, levanta a cabeça pra me procurar, quando eu dou a mão ele segura. Eu sei que ele é meu filho. (...) Eu falo, aí eu dou meu dedo e ele aperta. Eu acho que ele está entendendo, né, quando ele faz isso. (...) Eu olho pra ele e eu falo que ele é meu filho mesmo, aí eu tento pensar como ele seria, eu não sei como pensar, porque pra mim ele era daquele jeito”. Nos primeiros momentos de internação de Luís, Tatiana mostrou-se bastante desestimulada em permanecer na UTI com o bebê, uma vez que era limitada em relação aos cuidados, exclusivamente imputados à equipe: “Às vezes eu tô cansada, sabe, dá vontade de ‘ai, eu vou pra casa’. Mas eu não consigo, né. É cansativo. Tu ficar aqui todo dia sentada ali naquela cadeira. Se eu pudesse pelo menos tirar ele da cadeira, da, da incubadora. Trazer ele pra cá pra sala de reunião, tranquilo, o tempo passaria tranquilo. Mas não dá. (...) Eu me sinto uma inútil! Que que eu to fazendo aqui daí, né? Porque eu venho pra ficar com ele. Pra ver como ele é tratado, quais são os procedimentos que tã fazendo com ele. Por isso”.*

Importante mencionar como Tatiana percebia a postura da equipe em relação aos cuidados com Luís na UTI Neo. Contou que havia uma indisposição de alguns profissionais em explicar a ela o que estavam fazendo com o bebê, como exames e outras intervenções. Além disso, referiu descaso da equipe em relação aos bebês na UTI, de maneira que a adolescente se sentia insegura quando se afastava do filho, por temer que a equipe não o atendesse em suas necessidades: *“Quando eu to em casa [me sinto mais preocupada]. Eu não sei como é que eles tã cuidando dele. É. É provável de que... Teve um dia que ele... Nasceu, ficou com aparelho no nariz... Eu fiquei com medo se elas iam cuidar. Porque às vezes eu fico sozinha na sala e não fica ninguém ali. E isso que eu... Eu não sou enfermeira... eu não quero que ele fique sozinho dentro da sala”. Tatiana falou sobre uma situação que a afligia dentro da UTI, em relação a um aparelho que comunicava quando o bebê sofria alterações na*

respiração e nos batimentos cardíacos, e que causava bastante preocupação nela: *“Tem umas [técnicas de enfermagem] que ficam dormindo. Que dá uma raiva! (...) Bem assim, oh, na boa. Aí quando o aparelho dispara, dá um pi pi pi. Me dá um nervoso aquilo ali no aparelho! Um que fica no pezinho do bebê. Que é um sensorzinho que se ele se agitar muito, dispara. Aí eu perguntei pra uma técnica, a Paloma, ‘Por que que dispara?’. Daí ela falou ‘Tatiana, assim, oh, tu não tem que dar bola pro que diz o aparelho. Tem que dar bola pro bebê. Porque tu não vê que ele tá bem, e não dá bola pro aparelho?’. Só que se ele ficar roxo, se agitar demais e ficar nervoso, aí te preocupa”*. É importante mencionar que a adolescente estava sempre em conflito com os profissionais que cuidavam de Luís na UTI, de forma que sempre se referia a eles com agressividade.

Além de preocupar-se com o fato da equipe cuidar ou não de Luís quando ela não estava por perto, Tatiana mencionou outros aspectos que a inquietavam, referentes às separações diárias do filho, quando tinha que voltar sem ele para casa: *“É estranho [ir embora para casa sem o bebê]. Ter que ir embora é o mais complicado. Ele nunca vai embora comigo, né, não dá, tem que ficar aqui (riso). (...) É, bem assim. E tu que pariu aquela criança, passa o dia inteirinho com aquela criança, e tu não pode levar ela embora. É complicado”*. Contou sobre a saudade que sentia do filho, mesmo estando com ele, o que pareceu significar uma maior aproximação com o bebê e o reconhecimento crescente de si mesma como mãe: *“Foi bom, dá uma saudade, to com ele, mas dá uma saudade dele! Nem sei, sei que assim ó, que nem ontem eu não vim, mas eu liguei pro hospital, pedi informação, pedi tudo! Aí me falaram que ele tinha engordado 15 gramas, que tava com um quilo 925. Aí quando vê, eu olhei a foto no meu celular, dá uma saudade, aí eu chego aqui olho ele e dá saudade dele, mas eu to com ele! Deve ser vontade de levar ele pra casa, eu acho!”*. Mesmo que estivesse nesse processo de reconhecer-se, não se sentia mãe por não conviver com o filho em casa e não assumir os cuidados com ele: *“Eu não sei, eu não sei. Porque eu ainda não me senti mãe. Eu to sonhando com levar ele pra casa e ser mãe. Eu quero trocar, amamentar, isso não é ter uma vida de mãe assim. Aqui eu não sou mãe, aqui eu sou uma acompanhante. É bem como na foto dele, acompanhante do Luís. Se ele chorar, sou eu que vou pegar, (...) eu vou trocar, se ele tiver com fome... eu vou dar de mamar. Mas eu não me senti mãe dele”*.

Outro ponto enfatizado por Tatiana referiu-se à diferença que existia em sua relação com outras crianças e com seu próprio filho: pareceu diferenciar as habilidades de cuidado que tinha com outras crianças com as que ofereceria a Luís. Já havia cuidado de outros bebês, mas cuidar de seu próprio filho seria diferente, com atributos que poderiam ser

proporcionadas apenas pela figura materna: “*É, não, eu digo inexperiente porque assim eu falei, eu já convivi com primos, filhos dos primos, afilhados, filhos dos outros que não era meu e afilhado, e outras pessoas. Que eu não era mãe, mas eu trocava fralda, eu fazia, eu dava mamadeira, dava banho. Eu cuidava como se fosse meu. Então pra mim não tem nada de diferente. Trocar fralda, dar banho, nada diferente. É novo porque é meu filho, é eu que tenho que trocar, é diferente*”. Complementar a isso, Tatiana compreendia que cuidar do filho caberia somente a ela, tendo apontado que ter pegado Luís no colo pela primeira vez foi bastante significativo: “*Quando eu peguei ele no colo. É meu filho. Uma coisa é eu pegar minha afilhada, e agarrar. Uma coisa é eu pegar ela no colo. Uma coisa é eu ir no mercado com ela, eu dar mamar pra ela. Ta, mas se ela começa a incomodar, vai pra tua mãe. Mas com o meu filho, eu não vou atirar ele pra alguém*”. A adolescente acreditava que havia elementos em sua forma de cuidar parecidos com o de sua própria mãe, como “*transmitir carinho pro meu filho e segurança [quando o pegava no colo]*”. Tinha seu próprio modelo de mãe e rejeitava todos os outros dos quais discordava, pois tratava-se de mães que “*não cuidam, elas dão pros outros cuidar!*”.

Ao longo da internação, Tatiana pôde assumir algumas tarefas de cuidado com Luís, como amamentá-lo, o que ocorreu logo que a pesquisadora fez contato com a adolescente. Entretanto, esse entusiasmo inicial dela foi logo substituído pelo desânimo, uma vez que ela sentia-se ansiosa pela dificuldade e pelo estranhamento em relação à amamentação: “*Em questão dele mamar, que me incomoda. (...) Bem, não sinto nada. Amamentando ele*”.

Com a melhora progressiva de Luís e a independência dele em relação aos aparelhos da UTI, ele saiu da incubadora e passou a ficar no berço comum, o que possibilitava à adolescente permanecer com o filho no colo e fazer outras atividades além da amamentação: “*A única coisa que mudou foi que eu comecei a ficar aqui agora. Ta podendo, eu to podendo manter contato mais com ele. (...) É, ele fica no meu colo, eu tento forçar ele a mamar na minha teta, que nem hoje eu deixei ele com fome, não dei o mama das duas horas pra ver se ele pegava em mim...*”. Dessa forma, estando mais próxima do filho, Tatiana conseguia, além de se aproximar do filho, observar aquisições de desenvolvimento do bebê considerando o fato de ele ter nascido prematuro: “*Noto, ele abrindo melhor os olhos, porque agora com oito meses que ele ia, é... porque na metade do sétimo mês a criança abre e fecha os olhos... agora ele ta fazendo tudo que uma criança de oito meses faria*”.

Pré-alta hospitalar do bebê

O último contato entre Tatiana e a pesquisadora ocorreu quando Luís estava com 18 dias. Foi um momento em que a adolescente mostrou-se mais abatida e exausta, além de um tanto impaciente. Pode-se pensar nos efeitos que a proximidade da alta do bebê causavam na mãe, uma vez que já havia se passado quase um mês que o bebê nascera. Outro aspecto que não deve ser ignorado refere-se à prisão de Leonardo, que de fato muitas vezes preocupava a adolescente mais que a internação de Luís, especialmente nos primeiros dias após a visita que ela fazia semanalmente ao companheiro no presídio. Foi o que ocorreu neste dia em que a pesquisadora esteve com Tatiana: fazia apenas um dia que ela tinha visitado Leonardo.

As expectativas de que Luís saísse do hospital eram compartilhadas por toda a família de Tatiana, que estava ansiosa para ver o bebê. Além disso, com a saída de Luís do hospital, Tatiana planejava levar o filho para que Leonardo o conhecesse: *“Ta bem feliz, quer ver o guri né? Tem que ver o guri!”*. Além disso, a adolescente falou que acreditava que o filho ficaria melhor após a alta, faltando naquele momento apenas a presença de Leonardo: *“Acho que ele vai ta até melhor, acho. [Falta] O pai dele ta mais presente. Só”*. De fato, para Tatiana, a alta de Luís possibilitaria a proximidade dele com o pai, de maneira que a adolescente ansiava por levar o bebê ao presídio para conhecer Leonardo. A necessidade da adolescente de incluir o companheiro como pai aparecia também na dificuldade de registrar o filho, que dependia de documentação específica, uma vez que Leonardo estava preso: *“Não, (...) é porque ele ta preso, e se eu vou registrar no meu nome vou parecer mãe solteira. Mas eu não sou, ele tem pai. O pai dele é o pai dele. (...) Porque eu não quero registrar ele aqui... Quero registrar... com o pai dele”*.

Tatiana levaria Luís para sua casa, onde estava quase tudo organizado para a chegada do filho: *“Ta tudo bem, eu ainda não comprei foi só o talco e o xampusinho, foi o que eu não comprei pra ele ainda. Mas o resto tem tudo”*. Quanto aos cuidados, Tatiana contou que sua mãe a auxiliaria, mas que ela mesma seria a principal responsável por cuidar do filho: *“Minha mãe [vai me ajudar], mas eu quero mais que eu cuide”*. Ademais, acreditava que as impressões que tinha a respeito de Luís na UTI eram diferentes das que esperava ter em casa, no convívio mais próximo e sem as intervenções e a presença da equipe: *“Eu acho ele calmo aqui. Não vou dizer como é que eu me dou com o Luís. Eu me dou com o Luís só aqui. Gosto, brinco, beijo. Mas eu não to em casa com ele pra saber como é que tá o nosso convívio, né? Só vai ser eu, eu e ele. Não vai ter enfermeira, pra dar mama”*.

Síntese do caso

Tatiana era uma adolescente de 17 anos em meio às modificações e questionamentos típicos do momento de vida que estava vivendo. Começava a definir seus principais valores e manejava os conflitos inesperados da adolescência com algumas dificuldades, como a entrada na maternidade. A prematuridade de Luís, seu bebê, logo após o parto, parecia ser mais um elemento que incrementava o sofrimento de ter um companheiro preso e envolvido com atividades que ela repudiava como drogas e a criminalidade. Assim, se em um primeiro momento a prematuridade do filho era bastante preocupante, na medida em que ele melhorou seu estado clínico e pôde ter sua alta hospitalar mais próxima Tatiana passou a preocupar-se mais com o companheiro preso. Inclusive, as visitas semanais que ela fazia a ele pareciam causar mais perturbação que estar com o filho na UTI diariamente.

Além disso, as vivências que ela tinha com diferentes famílias – a sua própria, a do companheiro e outras conhecidas – colocavam-na em constante questionamento sobre que modelo de família e de mãe era o mais adequado para ela, que então encontrou como saída um modelo próprio, mas certamente permeado pelos diversos modelos maternos conhecidos.

Outro aspecto relevante referiu-se às vivências de Tatiana em relação às diferentes equipes do hospital: a que a atendeu no parto e a que cuidava de Luís na UTI Neo. A adolescente sentiu-se, no primeiro momento, invadida e abandonada, como estando impossibilitada de ter controle sobre seu corpo e de ser informada a respeito do que os profissionais faziam com ele durante o parto. No segundo momento, quando da internação de Luís, a relação com a equipe tornou-se tensa e hostil. Distanciar-se do filho deixava-a ansiosa e preocupada, uma vez que afirmava não confiar na equipe, já que esta não oferecia o retorno adequado às necessidades dos bebês internados ali. Portanto, apenas Tatiana sentia-se capaz como mãe de atender ao filho, da maneira como poderia fazê-lo, enquanto estivesse com ele na UTI Neo.

Caso 2: Diana e Laura

Onde está Diana? Brincando de esconde-esconde

Impressões da pesquisadora

Diana tinha 17 anos quando a pesquisadora a conheceu. O primeiro contato por telefone havia deixado a impressão de que ela era muito disponível e tranquila para conversar, e ficou combinado o primeiro encontro na UTI Neo do H1, hospital onde estava internada Laura, seu bebê prematuro. Como a adolescente demorou a chegar e algumas pessoas da equipe não sabiam informar se ela estava no hospital aquele dia, a pesquisadora ligou para Diana. A adolescente se desculpou, contando que não poderia ir ao hospital por não ter dinheiro para pagar as passagens da cidade onde ela morava, na região metropolitana, até Porto Alegre. Afirmou que no dia seguinte compareceria.

No outro dia combinado, novamente Diana não pôde comparecer pelo mesmo problema do dia anterior. Ela explicou por telefone que dependia do auxílio de outras pessoas para as viagens, e que estava com dificuldades para isso. Ficou combinado que a pesquisadora manteria contato para tentarem se encontrar em algum dia. Assim, no dia seguinte a pesquisadora contatou Diana novamente e a sogra da adolescente atendeu ao telefone. Elas conseguiram ir ao hospital naquele dia, e ficou combinado de encontrá-las em alguns minutos. Após algum tempo procurando-as, a pesquisadora solicitou a elas que subissem até a UTI Neo, para conversarem na sala reservada.

A adolescente parecia ser bastante extrovertida, sorridente e falava bastante. Era muito bonita, com o rosto angelical e um jeito bem característico de adolescente, passando a sensação do imediatismo característico deste momento da vida, observado através de sua agitação e pressa. Desculpou-se por ser assim, rápida e autêntica, pedindo que isso não inibisse a pesquisadora. Esta garantiu a ela que isso não era um problema, que ela poderia se expressar como quisesse. Após conversarem um pouco sobre a pesquisa e os encontros, a pesquisadora sugeriu que iniciassem naquele momento a entrevista, entretanto, as duas mulheres tinham muita pressa para ver Laura, tendo apenas 30 minutos para fazê-lo. Tinham que aproveitar uma carona que conseguiram para voltar para casa. No entanto, a adolescente garantiu que no dia seguinte estaria no hospital, e que então poderiam conversar com calma. Finalmente, a adolescente apareceu no outro dia e iniciou sua participação no estudo.

Como pôde ser observado, foi bastante difícil conseguir encontrar Diana. É possível pensar, além das dificuldades financeiras enfrentadas pela adolescente, em um subterfúgio por parte dela para não falar sobre a situação de prematuridade da filha. Por exemplo, a primeira

entrevista teve que ser interrompida para que ela fosse embora resolver o problema das passagens para Porto Alegre. Além disso, passou a mostrar-se ambivalente quanto a se encontrar com a pesquisadora: em alguns momentos a adolescente era encontrada dormindo na sala de pais, em outro protestou com a pesquisadora por seu atraso, e em outros se esquecia que combinara de encontrar a pesquisadora. Mesmo com esta necessidade inicial de que o contato se ajustasse entre ambas, passado este momento mais confuso, os encontros com Diana passaram a ser sempre bastante interessantes e ricos. Ela se expressava com muita autenticidade e detalhava seus relatos com exemplos, aspecto que foi se intensificando à medida que a menina percebia confiança na pesquisadora e no espaço oferecido. Além disso, parecia totalmente entregue à filha, mostrando-se muito satisfeita e contente com a maternidade.

O último contato com Diana ocorreu alguns dias antes de Laura receber alta do hospital. Percebeu-se que a adolescente estava cansada e desanimada, parecendo alheia ao que acontecia ao seu redor. Assim que viu a pesquisadora na UTI Neo pareceu ter-se lembrado naquele momento que havia combinado de encontrá-la. De fato, a adolescente parecia muito diferente, estava mais sucinta em sua fala e introspectiva, além de mostrar-se apática ao longo da entrevista. Interessante notar que, quando conversaram sobre questões a respeito de aspectos negativos ou incômodos da maternidade, Diana franzia o cenho e olhava para a pesquisadora com expressão de estranhamento, como se fosse insensato perguntar se havia aspectos ruins em ser mãe.

Foi neste dia que a pesquisadora conheceu Laura com mais atenção, que estava com 33 dias de nascimento. Já tinha visto o bebê antes, em uma passagem pela UTI Neo, mas neste dia Diana acompanhou a pesquisadora até a incubadora e mostrou a filha. Assim que entraram na UTI Neo, Diana pegou Laura no colo para amamentar e as enfermeiras que estavam na sala disseram que “*Laura ta dando trabalho hoje!*”. A menina havia chorado bastante, e acreditavam que o choro era de fome; o bebê parecia nunca se contentar com a quantidade de leite oferecida. Antes de a pesquisadora ir embora da UTI Neo, aproximou-se de Diana e a adolescente mostrou a filha, enquanto amamentava, virando-se para ser vista. Laura era um bebê gracioso, e maior que os outros bebês ali da UTI, um bebê comprido. Parecia confortável e acalentada no colo da mãe, e mamava concentrada, sem que nada a interrompesse. A pesquisadora elogiou o bebê para a adolescente, dizendo que era muito bonita e amável, e retirou-se da UTI.

Diana

Diana tinha 17 anos quando deu à luz a Laura, nascida prematuramente de 32 semanas e pesando 1250 gramas. Laura foi o único bebê deste estudo que nasceu por cesariana, sem trabalho de parto iniciado, e o primeiro contato foi feito quando ela estava com 20 dias.

Diana era a filha caçula do primeiro casamento de sua mãe, de maneira que tinha duas irmãs mais velhas. Após o recasamento de sua mãe, o casal adotou uma menina, que era prima de Diana, e teve uma filha, que tinha dois anos de idade na época das entrevistas. A adolescente falou das dificuldades de sua mãe em cuidá-la quando pequena, tendo mandado-a aos dois anos para ser criada por um casal de tios no Rio de Janeiro: *“Assim oh... quando eu, quando eu tinha dois aninhos, a minha mãe não tinha condições. Ela tinha que trabalhar pra fora e ela não tinha com quem me deixar. Aí eu fui morar no Rio de Janeiro, com um tio e uma tia minha. Só que eu ia ficar só um tempo. Só que eles não me trouxeram de volta. E a minha mãe não tinha condições de me buscar. Aí eu fiquei dois anos no Rio de Janeiro. E aí quando a minha mãe foi buscar eu não reconheci ela”*. Após o reencontro com a mãe, Diana passou a ficar muito apegada a ela, de forma que sofria quando era preciso que a mãe saísse: *“Aí... eu vim embora, aí depois daí sim, eu lembro. Ela sempre foi dedicada. Até nos deslizos dela! Sabe. (...) Ela queria sair pras festa, eu era pequeninha, eu era apegada nela. Eu dormia com a blusa dela, cheirando quando ela saía. Eu era muito apegada nela. (fala isso rindo)”*. Além disso, a adolescente teve que se acostumar à nova vida com as irmãs e o padrasto, bem diferente da que teve no Rio: *“Aí eu fui morar com a minha mãe, eu tive que dividir todas as minhas coisas. Então foi bem difícil quando eu voltei. Bem difícil”*.

Quanto a seu pai, contou que ele abandonou sua mãe logo que Diana nasceu: *“Eu, eu, o meu pai ele é alcoólatra, eu... quando eu nasci ele não, ele abandonou a minha mãe”*. Disse que o conheceu quando era menor, mas não se lembrava muito: *“Eu já ti... tinha conhecido antes, menor, mas eu não lembro quando. A última vez que eu vi ele eu tinha 12 anos. (...) E... ela cheg... ele foi com 12 anos na minha casa bêbado. Eu vi ele, eu acordei de manhã e olhei na janela e eu reconheci ele, e chamei minha mãe. E ele che... ele chegou bêbado mais eu era, eu não vi que ele tava bêbado. (...) Desde então, desde hoje eu nunca mais vi ele, eu nunca mais tive... notícia!”*. No momento dos contatos com a pesquisadora, Diana disse que o pai morava em Santa Catarina e estava fazendo tratamento para alcoolismo.

Sobre sua vida antes de Laura nascer, Diana contou que sempre gostou muito de jogar handball, e chegou a dar aulas para os alunos na escola onde estudou: *“É que assim, ó, lá no colégio onde eu estudava, eu tinha, todo ano tinha campeonato. E eu jogo handball. Entendeu, aí a gente tinha uma equipe de handball, aí então a gente saía, jogava pra fora, e*

era muito bom, eu sou viciada em jogar handball”. Além disso, gostava de sair, estar com amigos e ir ao colégio, atividades que ela designava de *“coisa de adolescente”*: *“Muito eu saía, entendeu, ir no colégio, eu sempre gostei de ir no colégio. Sabe, eu gosto de amizades... e, deixa eu ver, ah, sabe, coisas assim, eu tive que deixar de andar de moto, porque eu andava de moto, aí eu tive que deixar de andar de moto, aí... deixa eu ver, caprichos, assim, coisa de adolescente, sabe?”*.

Quando a adolescente tinha 15 anos, sua mãe resolveu mudar-se da cidade onde moravam, na região metropolitana de Porto Alegre, para a capital, e Diana resolveu não ir com ela: *“Aí ela se mudou pra Porto Alegre e eu não quis vim, vim pra cá. Que eu fiz amizades, eu... conheci pessoas, a minha vó mora em [cidade], a minha família toda mora em [cidade]. Menos a minha mãe”*. A menina morou um tempo sozinha e depois foi viver com um namorado, que marcou sua vida, com o qual viveu suas primeiras experiências amorosas: *“Na época eu morava sozinha, aí depois eu conheci, eu me apaixonei por um outro parceiro meu. Foi o meu primeiro, primeiro amor, tudo. (...) Aí depois a gente se separou, eu voltei pra casa da minha mãe em Porto Alegre...”*. Diana contou que o casal se desentendeu após um ano e oito meses de relacionamento, pois o rapaz usava drogas (*crack*). Romperam parcialmente, pois continuavam se encontrando e ficando juntos. Ela contou que sofria bastante, de maneira que o desfecho desta história deu-se com a morte do ex-companheiro: *“(...) só que ele se envolveu com drogas. (...) Só que ele já era envolvido antes de me conhecer, mas ele já tinha sido internado, parou e eu não sabia quando conheci ele. Aí ele começou a se envolver mais com o vício foi durante os anos, os meses, os anos, não, os meses, e foi passando, só que eu amava ele, então eu não conseguia largar ele. Ele me fazia falta, eu tinha preocupação com ele, entende? Não era só por homem-mulher, sabe, ele era, ele foi meu amigo, entendeu, primeiro foi amizade, depois... Como ele se envolveu com drogas, os únicos meios da droga é cadeia ou morte, então acabaram matando ele”*. Após isso, a adolescente ficou bastante deprimida e com o sofrimento, resolveu voltar a morar com sua mãe em Porto Alegre, buscando conforto: *“Então é bem difícil. Então eu entrei em depressão, eu chorava, chorava, não conseguia ficar sozinha, assim, sabe, que... eu ouvia os cachorros latir, latir, latir e quando eu chamava minha mãe os cachorros paravam de latir. Então a minha mãe ali foi fundamental. Então eu não comia, eu emagreci, eu não tinha ânimo de nada, nada, nada”*. Interessante destacar que Laura nasceu no mesmo dia em que esse ex-companheiro foi assassinado, exatamente um ano após o ocorrido.

Após um tempo na casa da mãe, Diana voltou à cidade natal e foi morar com sua avó materna. Conheceu o atual companheiro, de 24 anos, e foram morar juntos: *“Os meus 16 anos*

que a minha mãe me ajudou muito. Aí, eu fiquei com ela. Aí depois eu conheci esse meu parceiro... a gente deu certo, ele foi muito bom pra mim, é muito bom pra mim, e a gente foi morar junto". Após aproximadamente oito meses juntos, ele pediu a Diana para terem um filho. Depois de relutar em aceitar, a adolescente resolver ceder ao desejo do companheiro: *"É, ele me pediu, entendeu, e no início eu... como eu era muito festeira, eu saía, né, eu estudava, entendeu, eu tinha, eu tava, volta e meia eu tava trabalhando, era nova e quase ninguém pegava, aí eu não queria muito, né. Mas aí depois eu fui, e aí ele, eu concordei e a gente começou a tentar"*.

Experiência da gestação e parto

Após decidirem por engravidar, Diana e o companheiro passaram três meses tentando. Após este tempo, ela desistiu e voltou a tomar anticoncepcional. Entretanto, com a menstruação atrasada, foi ao médico e descobriu que estava grávida, aos três meses⁹. Resolveu, então, parar de ir à escola, atitude que fez com que ela se sentisse arrependida depois: *"Pois é, eu descobri que tava grávida, eu fui, mas aí eu, né, 'ah, to grávida, vou ficar com um barrigão...'", aí eu não quis mais ir"*. Entretanto, Diana já tinha feito planos de voltar a estudar quando Laura estivesse com quatro ou cinco meses, tendo se organizado com o companheiro na divisão de cuidados com a filha: *"Ele chega às sete do serviço, aí eu vou pro colégio de noite e ele fica com ela"*.

Descobrir a gravidez foi algo que mexeu bastante com Diana, principalmente pelas privações que teria que assumir: *"Aí eu pensei, né, que eu ia me privar de muitas coisas, que eu tinha que tá bem, enfrentar uma gravidez, né, que eu corria o risco de perder ela. Mas eu me senti bem..."*. É possível pensar também na indisponibilidade inicial dela em ter um filho naquele momento de sua vida: gostaria de adotar e ter filhos biológicos apenas aos 30 anos, quando tivesse terminado os estudos, estivesse mais estável profissionalmente: *"Olha, eu sempre quis adotar. Eu sempre quis adotar, um casal, assim. Mas... Filho meu assim eu queria ter lá pelos trinta. Depois que eu já tivesse concluído tudo, entendeu... eu queria, eu ia fazer faculdade, eu até vou ainda, mas a gente não sabe, né, porque agora eu tenho uma filha, eu tenho que trabalhar, pra dar as coisas dela, então... agora é ela, né"*. O nascimento de Laura mudou definitivamente estes planos, e pareceu deixar mais contente o companheiro que a própria Diana: *"Ah, ele gostou [de saber que eu estava grávida], né, eu acho. Ficou feliz da vida, porque ele me pediu, sabe, ele que quis [ser pai]. Que ele disse 'ai, eu já tenho*

⁹ Diana não foi clara se já engravidara logo em seguida às primeiras tentativas e não havia descoberto, ou se demorou mais três meses para conceber. De acordo com o relato dela, entendeu-se que ela já estaria grávida, mas não percebeu.

24, 23 anos, to ficando velho' (risos)... 'É, mas eu tenho 17, eu to ficando nova!' (risos). Foi mais por isso que eu me... Não, foi mais pela minha idade que eu tentei segurar, entendeu? Porque eu sou nova (...)"

Diana contou que a gravidez "foi muito tranquila, muito tranquila" e que estava se "sentindo uma grávida bonita". Teve infecção urinária durante toda a gestação e teve que fazer tratamento para isso. Disse que o pré-natal, realizado em um posto de sua cidade, foi de baixa qualidade, uma vez que o médico que a atendia não dispensava a atenção necessária, em consultas muito breves, e não percebeu que Laura corria risco. Emocionalmente, a adolescente descreveu como se sentiu durante estes oito meses: "Mais [bem-humorada], mas eu não posso dizer, porque eu tava bem misturada. Eu não sou bipolar, sabe, mas era bipolar [durante a gravidez] (risos)". Além disso, contou que "ia na minha vó, entende, então sexta feira a gente ia fazer compras no mercado, então sexta feira eu tava arrumada pra sair, né, então tava sempre feliz, eu ia na minha mãe em Porto Alegre, aqui, então, normal". A adolescente também contava com o companheiro, que tornou-se mais próximo e carinhoso dela. Mesmo visitando a mãe em Porto Alegre, sentia falta desse contato mais frequente e constante com ela: "Apoiar ela apoiou, psicologicamente. Ela me apoiava num telefonema, assim. Mas não [na presença]..."

Diana descobriu que gestava uma menina aos seis meses de gravidez. Ela e o companheiro esperavam por um menino, então se sentiram surpreendidos com a notícia de que seria uma menina: "A gente esperava um menino, a gente sempre achou que era um menino, mas a gente esperava que fosse menino ou menina ia ser bem vindo, mas na nossa expectativa era um menino, então... foi bem surpresa". Sentia-se muito bem quando começou a perceber os movimentos de Laura, aos quatro meses de gestação, contando que era possível sentir algumas partes do corpo da filha: "(...) aí depois já dava pra sentir o pezinho dela passando, a mãozinha dela ali, ela se dando cambalhota, então, já dava pra sentir". Imaginava Laura mais parecida consigo que com o companheiro, devido aos movimentos que a menina fazia no ventre. Ademais, foi preparando os pertences da filha aos poucos, de maneira que os mesmos já estavam organizados "há meses já, né. Então eu só ia tirar o pó. Tava há meses, assim, organizado".

Ao final da gestação, ela passou a suspeitar que pudesse acontecer algo, relatando seu estranhamento em relação à barriga estar menor do que deveria: "Eu tinha preocupações assim que, eu vou te falar, que no fundo, eu sabia que ia dar alguma coisa errado, porque uns dias antes eu notei, eu olhei pra minha barriga e eu disse, tem alguma coisa errada, porque eu tava com oito meses e a minha barriga ela era assim, ó, aqui, a minha barriga [mostra

para pesquisadora o tamanho de sua barriga de grávida reduzida]”. A adolescente percebia que Laura se movimentava bastante em seu ventre, dando a impressão de que estava avisando que havia algo de errado ali: *“Ela já tava mais ativa na minha barriga, ela tinha, tava com aqueles problemas de respiração e a minha pressão, mas ela era muito ativa na minha barriga”*. Diana contou que não conseguia dormir no final da gravidez, tamanha a frequência com que Laura se mexia. Importante mencionar que a adolescente estava se preparando para o parto neste momento final da gravidez, de maneira que se assustou bastante quando soube que Laura teria que nascer antes do esperado: *“Eu não tinha dor, eu não tinha nada, não sentia nada, mas foi... eu tava aguardando a hora, né, eu não sabia que ela ia vim agora, não passava pela minha cabeça, tanto que quando o médico disse que a gente, que eu ia ter que tirar ela, eu ‘bah!’”*.

Então, após uma ecografia, a adolescente teve que se submeter a uma cesariana de emergência, pois Laura não estava recebendo os nutrientes adequados para seu desenvolvimento. Assim, aos oito meses de gestação, ela estava do tamanho de um bebê de sete meses: *“Na ecografia a moça viu. Que ela não tava bem, que ela tava com pouco peso pra oito meses, eu ia ganhar ela no dia 20, ela tava com muito pouco peso. Tava com, não tava nem com um quilo e meio (fala bocejando)”*. O parto teve que ser feito às pressas, pois *“os batimentos dela começaram a descer e a subir, aí foi a 85, aí demorou um pouco pra voltar e ela já tava muito mal dentro da minha barriga, aí...”*. O parto de Laura foi *“muito rápido”*, tendo durado em torno de meia hora, de acordo com Diana. Ela contou sobre o medo que sentiu quando compreendeu que a filha corria risco de morte: *“Com medo, né, na hora, assim, eu me senti com medo, porque eu tava deitada na cama e eles tavam observando os batimentos dela e aí passou um médico e viu os batimentos e já começaram a preparar tudo [para o parto]. Então foi bem assustador assim, sabe, porque eu pensei que eu ia perder ela”*. Diana acreditava que o parto de Laura fora desencadeado por uma infecção urinária que ela teve durante toda a gestação, no entanto, suspeitava de que o fato de ter fumado no início da gravidez pode ter contribuído para isso.

Diana ficou sozinha todo o tempo na sala de parto, uma vez que a equipe não permitiu a entrada do pai durante o parto. A adolescente contou que o companheiro foi autorizado a entrar apenas quando Laura nasceu, *“aí ele viu ela, e tudo, mas aí eles não deixaram ver [o parto]. Pra eles [médicos e equipe] mesmo não se atrapalharem, né”*. Assim que Laura nasceu, foi mostrada à Diana e colocada em contato com ela, o que despertou emoções contraditórias na adolescente: *“Me mostraram ela... E aí ela chorou, eles botaram ela do meu lado assim, foi o primeiro contato com ela... Foi bom, muito bom. Ah, senti amor, tudo junto,*

tudo de bom junto. Mas ao mesmo tempo muito medo, entendeu? De sofrer, dela não resistir". Mesmo com o temor de que Laura não sobrevivesse e com o que os médicos haviam comunicado a ela da gravidade do estado de saúde da filha, Diana percebeu que o bebê não parecia tão mal quanto esperava: *"Ela tava bem, ela nasceu chorando. Com uma goela assim, ela tava bem. Eles, pelo que eles me diziam, sabe, era humm, um horror assim! Mas aí eu não achei tanto, e eu vi que ela ia conseguir. (...) [Achei que ela ia nascer] Menor, sabe? Com menos peso ainda, ahn, com algum problema, sabe... (...)".* A adolescente relatou que com a experiência de nascimento prematuro da filha, aprendeu que *"os prematuros são fortes"*.

Experiência da internação do bebê

Logo que nasceu, Laura foi levada para a UTI Neo. Diana contou que os primeiros dias de sua recuperação do parto foram bem difíceis, de maneira que teve que permanecer internada no hospital por uma semana, devido a uma dor de cabeça intermitente, que a impedia de ver a filha: *"Foi difícil um pouco, porque eu tava com a dor de cabeça, eu não podia subir aqui [na UTI Neo] pra ver ela, porque eu não conseguia ficar em pé, e a dor de cabeça durou muito..."*. Assim, quem trazia fotos e falava de Laura era o companheiro de Diana, que ia à UTI Neo ver o bebê. As informações trazidas por ele eram insuficientes para Diana, e pode-se pensar que a única forma de conseguir saber mais sobre Laura seria indo vê-la, impossibilidade que frustrava a adolescente: *"Ah, eu tava bem, bem triste, assim, porque eu não sabia bem como que ela tava, eu não tinha visto ela, então... Ahn, meu marido vinha e perguntava, mas ele não perguntava o que eu queria que ele perguntasse, assim, sabe, então foi bem, bem difícil, sabe, bem difícil"*.

Diana tentou ver a filha no dia seguinte ao parto, mas descreveu as sensações muito incômodas que sentiu em relação ao ambiente da UTI Neo: *"Eu vim quando eu saí eu vim uma vez, e não aguentei ficar aqui. E o cheiro da Neo tava piorando a dor, assim, e eu tava tonta, e aí não..."*. Além disso, é possível notar a solidão e o desamparo da adolescente, que se encontrava dependente de cuidados que ninguém pôde oferecer naquele momento: *"Nem sentada, tinha que ficar deitada, deitadinha, reta, nem com travesseiro, era reta e com as pernas um pouco pra cima assim. Não conseguia comer, sentada, então foi bem difícil, às vezes não tinha ninguém, meu marido não tava aí, não tinha ninguém, aí eu acabava não comendo pra não ter que ficar com aquela dor"*. Assim, referiu alívio quando teve alta do hospital, pois se sentia deprimida e triste, além de deparar-se constantemente com outras mães que saíam com seus bebês do hospital, diferentemente dela.

Os primeiros dias em casa fizeram-na sentir-se *“bem, normal, mas... que faltava alguma coisa né, pra mim ser mãe, mãe, mãe, né. Eu tinha sido mãe, dei à luz, daí ela veio, mas não tava sendo completo, entende?”*. Conseguia ir diariamente à UTI, com auxílio de uma ambulância da prefeitura de sua cidade, entretanto, após um tempo, perdeu o benefício e teve que pagar ônibus para vir a Porto Alegre. Com o dinheiro limitado, não estava mais conseguindo ir diariamente ver Laura, e foi neste momento de dificuldade financeira que iniciou os contatos com a pesquisadora. Aos finais de semana conseguia ir com o companheiro à UTI, e seguiam a rotina da semana: chegavam cedo e ficavam até o começo da tarde com a filha. Diana resumiu o que sentia por ter que estar separada de Laura: *“Tá sendo muito boa [a experiência na UTI Neo], mas ao mesmo tempo muito cansativo, sabe. Muito... pesa um pouco às vezes assim sabe psicologicamente, sabe, a gente fica meio triste, porque... (suspira) às vezes a gente, de noite eu to em casa lá e ela tá aqui, entendeu? E... bate o desespero assim... é ruim! Mas tá, tá indo”*.

Interessante observar que Diana possuía uma afeição especial pela equipe que cuidava de Laura, o que parece um complemento à ideia de desamparo da adolescente: a equipe cuida da filha, mas isso pode significar que o cuidado se estendia à mãe também. Outro aspecto que merece destaque refere-se à situação de separação, que para a adolescente é bastante ameaçadora. Além da ameaça real vivenciada diariamente com Laura internada na UTI Neo e as incertezas que rondavam o ambiente, Diana contou sobre uma espécie de ameaça que o companheiro fazia a ela, caso ela falhasse, o que a deixava extremamente amedrontada: *“Olha, só que ele... diz assim que... ela é dele. Só dele. Isso me incomoda muito (risos). Fala, isso em mim, isso me irrita. Sério, eu me irrita, sabe, eu digo pra ele: não pode falar assim! ‘Por que não pode?’, e ele ‘Não, ela é minha’. Entendeu? Ele diz que se um dia a gente se separar, e eu não tiver com os pés no chão, entendeu, com condições, ele me tira ela. Então, isso eu não gosto de ouvir, sabe. Ele é um... então, né”*.

Quanto à Laura, ela desenvolveu-se bem na UTI, tendo ganhado peso e evoluído clinicamente. Em poucos dias Diana pôde passar a assumir cuidados, como a troca de fraldas, além de poder pegar a filha no colo. Também, ela interagiu com a filha na UTI em outras situações, fazendo com que a menina estivesse desperta para olhar para a mãe: *“Ah, eu toco nela, incomoda ela, deixo ela acordar, pra me olhar (risos)”*. Com estes momentos de troca, a adolescente percebia a filha muito calma e tranquila: *“É... tem sido legal lidar com ela. É minha filha, né, ela tem, ela não é estressada, é quietinha e calma”*. Todos estes momentos reforçam a ideia de que Laura estava reconhecendo os pais, o que era percebido com satisfação pela adolescente: *“É... ela entende, ela sente quando a gente tá perto dela, eu e o*

pai dela aqui, né. Ah, ela sente, né. Ela, ela acorda assim já se antena, dá risada. Quando eu ponho ela no peito assim, ela vem puxando. Procurando a teta né? (risos)". Outros aspectos enfatizados por Diana em relação à filha, e que a agradavam, referiam-se aos "olhares assim, quando a gente fala assim, ela... aí ela assim, a gente brinca com ela, ela dá risada, dá aquela gargalhada, né. Faz aquelas risadinha de bebê recém nascido". Interessante notar que a adolescente mencionou que Laura reagia de maneira diferente à presença do pai e da mãe: mais agitada e alerta com o pai, e mais calma e relaxada com a mãe: "É, mais relaxada, mais calminha [quando está com Diana]. O pai dela, quando ela acorda, ela, fica alerta, ela para assim (suspiro profundo). Fica alerta, assim, ela para".

Durante a internação de Laura, Diana referiu sentir a falta da filha, afirmando que a interrupção da gravidez fora uma dor única para ela: "Sentir ela [é o que mais agrada]. É. Sentir ela perto de mim assim. Que depois que eu ganhei ela eu fiquei mal. Eu sentia a falta dela dentro de mim ainda, entendeu? Eu senti uma dor assim, que eu nunca senti antes". Ela revelou que chorava escondido, quando a filha dormia: "Ah, faço [algo quando Laura está quietinha]. Dou uma choradinha". Questionada sobre isso, ela explicou que se tratava de um choro de alívio e alegria, por a menina estar bem. Também contou sobre seu sofrimento a respeito das separações que tinha que fazer sempre que voltava para casa, e que foi melhorando à medida que Laura progredia: "Agora não tem sido tão assim (ênfase no tão), chato pra mim, mais... é. Eu ir embora assim e olhar e eu tava na porta e olhava assim... é estranho assim a sensação. Aí eu chegava em casa e chorava, chorava, olhava as roupa dela, as coisa dela. Eu chorava... entendeu? Mais agora não, agora eu já me acostumei, ela tá melhor". A ansiedade por levar Laura para casa parecia tão grande, que quando Diana chegava à UTI Neo, checava se as condições para que Laura tivesse alta estavam progredindo, como o aumento de peso e a situação clínica dela: "Eu chego e vou direto nela. Eu olho... a primeira coisa que eu olho é ela e o peso dela. Depois eu falo com as enfermeira (risos)".

Importante notar que o reconhecimento que Diana tinha de si mesma como mãe neste momento de internação, ainda parecia um pouco confuso, estava tomando forma aos poucos: "Muito boa [a rotina como mãe]. Por enquanto não tá sendo como mãe, mãe, mãe. Mas tá sendo muito boa. (...) Ah, porque a gente não dá banho, a gente não troca, né. Não tá em casa, não tá nem com a gente. Pra mim, por exemplo, não tá sendo como mãe! Mais é m... mãe, eu sou mãe dela... né?". Além disso, a adolescente acreditava que a experiência de ter a filha na UTI Neo havia dado a ela mais responsabilidade, amadurecimento e aprendizagem: "Tá sendo uma experiência nova, uma aprendizagem nova, entendeu? Foi uma coisa que me ajudou a... a amadurecer mais, entendeu? A ficar mais responsável, sabe. Não ter medo,

acreditar...”. A adolescente, enquanto falava dessa responsabilidade e amadurecimento, afirmou que a filha era um motivo para ela na vida, como se não houvesse mais nada a fazer: “(...) eu assumi a responsabilidade dela, acordar cedo, eu venho aqui ver ela... Ahn... me preocupar, ter, entendeu? Ter um motivo na vida, entendeu? Que é ela agora”.

Quanto à experiência de ser mãe, Diana esperava por uma situação diferente da que vivenciou: *“Não! Nunca pensei! [que Laura fosse nascer prematura] (exclama). A gente nunca acha que vai acontecer com a gente, né, então... foi isso... nunca achei que, achei que ia ser tudo normal: nove meses, ganhar, ir pra casa, sabe, amamentar. Tipo aí ela nasceu, e eu vi ela nos aparelhinho... com piquezinho, é ruim pra gente. Chorando de fome que ela não podia comer”.* Naquele momento de internação, marcado pela incerteza e pela importância dos menores detalhes para a recuperação da filha, para Diana bastava Laura estar bem: *“[es]tando bem, tá bom”.* Além disso, pareceu ir se conformando com a situação em que se encontrava, tendo que se submeter à rotina da UTI e sem ter a filha em casa: *“É, como tem que ser feito, entendeu? Se não é desse jeito, né, não é de outro jeito, tem que ser desse jeito”.* De fato, Diana afirmou que a única coisa que a atrapalhava a se aproximar do bebê era a incubadora, possivelmente pela impossibilidade de realizar movimentos e de estar mais perto de Laura: *“A incubadora me atrapalha muito (risos)”.*

Cabe mencionar um comentário da mãe de Diana sobre sua forma de cuidar de Laura, o qual pareceu ter causado algum efeito sobre a adolescente: *“É, me chamou de mãezona, só”.* Talvez esse comentário tivesse sido muito importante devido à adolescente ter afirmado que o modelo de mãe que seguia era o de sua própria mãe, o qual afirmou admirar: *“Então ela foi mãe e pai. Entendeu? Ela educou, ela nunca faltou nada, entendeu? Ela deu educação, incentivou a estudar, foi uma mãe presente, entendeu? Ela é guerreira, entendeu?”.* Além disso, a própria adolescente se valorizava no papel de mãe que podia assumir, afirmando que o fato de ser adolescente não reduzia seu amor nem sua disposição para estar com Laura: *“Porque... eu tenho um amor assim por ela assim que... quase sem... muit... muitas pessoas pode parar e olhar, ‘adolescente não isso’, sabe. Mais eles não sabem assim, sabe. Eu tenho um amor por ela porque eu já passei, que me disseram que eu podia perder ela. E como eu planejei ela, que era uma coisa que eu e o meu marido a gente queria, foi muito mais doloroso, entendeu? Porque mesmo que eu tivesse outro não ia ser ela. Entendeu?”.*

Quanto ao apoio, Diana referiu que contava com diversas pessoas próximas, mas a atenção e compreensão, principalmente, vinham do companheiro: *“É... e... quando eu choro ele me acolhe, ele vê que eu, sabe? Nos primeiros dias, eu sentia uma dor assim no peito assim, sabe? Sentia um vazio assim, mu... porque a gente sente falta! É muito recente. Assim*

como, ela nasceu, todos os bebês prematuros eles sentem falta da mãe, da barriga, por isso que eles choram, choram, choram. Entendeu? Aí, mas ele tem me visto assim, mais madura, não sei, mais...”. Ela falou sobre a união do casal, aspecto que permaneceu inalterado desde a gestação de Laura: “Sempre fomos unidos, porque desde que eu... que eu, que a gente tentou, tentava engravidar, e tal. Fazer ela assim, sabe, ter ela, desde o dia que eu descobri que eu tava grávida foi assim até agora. E não mudou ainda, espero que não mude”. Entretanto, é importante observar a ambivalência característica da relação de Diana com o companheiro: ele a apoiava e a confortava, mas ao mesmo tempo, instigava-a com comentários ameaçadores. Um exemplo claro refere-se à questão de Laura ter nascido parecida com o pai, que pareceu não ter agradado muito Diana: “Achei que ela ia ter uma coisinha... Mas ela é bem... é, eu sempre quis assim que ela fosse parecidinha com um pouco com ele, mas não tanto assim, sabe?”.

Importante mencionar o aspecto de proteção que a adolescente referia em relação à filha: ela permitia que a filha fosse cuidada pela equipe, mas antes de qualquer intervenção, questionava para saber exatamente o que aconteceria com Laura, possivelmente para evitar qualquer intrusão na menina (e em si mesma, como extensão da filha): “Todos que vão fazer [alguma intervenção]. O médico, o pedia, o pediatra dela fala: ‘Oh, eu vou aumentar a dietinha dela’, ‘Por que?’... ‘Porque ela tá reagindo bem’. ‘Eu vou fazer uma eco nela’, ‘Por que?’... tarará, tarará”. Outra atitude interessante de Diana com o intuito de proteger Laura referiu-se às visitas das pessoas à UTI Neo, especialmente o companheiro da adolescente: “(...) a gente passa muita coisa boa pra ela. Eu sempre digo pra ele [companheiro]: quando tu botar o pé na Neo, deixa tudo de ruim pra fora. Só passa coisa boa ali pra ela entendeu? Porque se a gente chega estressado aqui e vai estressado ali, vai passar pra ela, entendeu?”. De fato, percebeu-se que Diana esteve ao lado da filha durante a internação, assumindo o que era possível para que Laura se recuperasse e estivesse melhor para ir para casa.

Pré-alta hospitalar do bebê

A pesquisadora reencontrou Diana quando Laura estava com 33 dias de nascimento. Como discutido anteriormente, a adolescente parecia abatida e impaciente, mostrando-se muito ansiosa pela alta de Laura da UTI Neo. A adolescente contou que a vivência na UTI “não mudou, mesma coisa...”, e que naquele momento, Laura estava fazendo manha, querendo ficar apenas no colo da mãe: “Muita manha. Vou pegar na incubadora e só quer ficar no colo”. Também, ainda passando por dificuldades financeiras para estar com a filha na UTI, tentava não ficar mais de dois dias sem ir, uma vez que queria amamentar Laura.

Outro aspecto importante refere-se ao fato de que Diana parecia não se preocupar mais tanto com o estado de saúde da filha, uma vez que ela estava melhor clinicamente e com ganho de peso, aspectos que indicavam a aproximação da alta, além de ter saído da situação de maior risco: *“É, que ela tá pegando peso. Quando eu não venho eu ligo, então eu não to preocupada”*. Mesmo assim, os momentos passados com a filha eram sempre agradáveis para a adolescente, especialmente quando Laura era colocada em posição canguru com a mãe: *“Poder sentir ela sabe? Ver ela quietinha, que ela gosta também, então... é o que mais me agrada [ficar com Laura em posição canguru]”*. Isto dá a ideia de que neste momento havia uma segurança maior de Diana em relação à filha, e também ao contato entre ambas, de maneira que passou a prezar mais a qualidade dos encontros, que a quantidade, comprometida pela falta de dinheiro. Além disso, a adolescente afirmou algo importante relacionado à aproximação entre ela e Laura, a saber, o reconhecimento maior entre elas como mãe e filha: *“Ah, é que ela já me reconhece mais assim... quando eu boto ela aqui ela já... Ela fica quietinha assim... fica olhando pra mim”*.

Além disso, a adolescente passou a perceber que se sentia *“mais mãe do que antes”*, de forma que reconhecia que se tratava de um processo que tinha um tempo diferente, talvez mais lento do que ela esperava: *“Eu me sinto uma mãe... Mais mãe do que antes... É... agora, tá quase completo, né? Bem aos pouquinhos-inhos (riso nervoso)”*. Definiu-se como *“uma mãe presente... uma mãe normal. Como todas deveriam ser, uma mãe, né?”*. Isso poderia estar relacionado com uma maior autonomia para cuidar de Laura na UTI, sem muita interferência da equipe: *“Bem [se sentia podendo amamentar]! Porque como quando ela chora ela tá com fome, entende? Eu não preciso esperar alguém dar o mamá pra ela. Eu posso pegar ela e dar, entendeu? Então isso é melhor pra mim. (...) Me faz bem, entendeu? Porque antes ela tinha... não, agora não tá na hora do mamá dela, então ela chorava de fome e eu não podia fazer nada... Agora eu já posso, então...”*.

Outro aspecto que se modificou foi em relação à separação da filha: já não sentia com a mesma força de antes o impacto de ter que se afastar dela, mas de qualquer forma, cuidava para retirar-se apenas quando Laura estivesse dormindo: *“Olha, não tem sido mais tão difícil que nem era assim. Agora é... porque eu sei que ela tá bem, então... Só que eu sempre procuro ir depois que ela dorme assim, que ela não tá agitando, que ela não tá com fome”*. Mesmo podendo participar mais dos cuidados, a adolescente referiu que estar no hospital ainda a atrapalhava a ficar mais perto de Laura, de forma que apenas precisaria estar em casa para melhorar esta situação: *“Ah, (suspira) não poder... não ter ela em casa, não... trocar ela,*

não dar banho nela, não pôr uma roupinha nela, entende? Não ficar com ela em casa, sem hospital. Entende?”.

Quanto ao companheiro e à participação dele nos cuidados e nas visitas à Laura, Diana pareceu sentir-se ameaçada com a presença e as menções que ele continuava fazendo sobre separar mãe e filha. A adolescente justificou o distanciamento que ela impunha ao companheiro em relação aos cuidados com a filha na UTI Neo, referindo que cuidar do bebê era uma tarefa que cabia apenas à mãe: *“Não. Acho que isso é coisa da mãe [cuidados ao bebê]. Fica mais, então... Ele [companheiro] me ajuda a educar. Ele me ajudando a educar tá melhor, que trocar fralda. Quando eu tiver no colégio e isso... Aí ele vai dar o mamá, vai trocar, vai naná, vai fazer tudo. Então... Só quando eu não [es]tiver”.* Ela pontuou os aspectos que acreditava serem excessivos em relação ao companheiro como pai, com Laura: *“Quer ser pai e mãe algumas vezes, entende? Então isso... tem algumas coisas que me desagrada assim, algumas coisas que ele me fala assim... que a gente vê assim que no presente assim, vai ser difícil assim, caso ocorra uma separação... Entende? Não que eu queira me separar mas, ninguém sabe o dia de amanhã, né? Então, vai ser bem difícil...”.* Além disso, tornou-se muito claro o temor de que a presença do pai de Laura ameaçasse a relação da adolescente com a filha, que ainda estava sendo construída, e que, por isso, ainda era frágil: *“Tipo... que ele quis ela, entende? Então pra ele ela é... tudo. Agora assim, entende? Então um dia eu nunca vou poder separar os dois, entende? Então...”.*

Neste momento em que se antecipava a alta do bebê, Diana passou a observar os progressos no desenvolvimento de Laura, notando-a mais ativa e mais crescida, dando a impressão de que estava inclusive mais viva: *“É, ela tá engordando, cresceu. Tá mais ativa... sabe? Que antes... O choro dela tá mais forte do que antes (ênfase no ‘forte’). Então tá...”.* Além disso, mostrou-se surpreendida pelo fato da filha ter aprendido algumas estratégias, como atrair atenção e colo fazendo manha: *“É! Porque eu penso... um bebezinho, prematuro, ela é muito manhosa, sabe? Quando tu tira ela da incubadora, chorando e pega no colo e faz: ‘ai, ai’, ela para de chorar. Então eu vejo... e para assim... é impressionante, pra mim é!”.* Outro aspecto que merece ser comentado refere-se à ligação de Laura à mãe, de maneira que ela não se desconcentrava quando estava com Diana, aspecto observado pela pesquisadora quando conheceu Laura.

Ao definir a filha, contraditoriamente, a adolescente a considerava agradável em um momento, mas em outro afirmava que a menina era difícil: *“Ela não é muito fácil não. Ela é bem, bem difícil, bem teimosa. Então... ela é bem difícilzinha... Não é fácil, aquelas que qualquer coisinha assim... é bem difícil aquela pequena lá...”.* A adolescente tentou definir o

jeito da filha, valorizando o fato dela mostrar que era determinada desde cedo: *“É um jeito diferente... ela tem um jeitinho só dela assim. É minha filha, né? O que é que eu vou te falar? Então ela tem o jeito que... ela devia ter, que eu sempre quis que ela tivesse. (...) É, que ela não, ela não vai ser com uma personalidade... vai ser determinado. Então isso já me agrada”*. De fato, este aspecto de determinação na forma de agir era bastante valorizado pela adolescente, que muitas vezes se mostrava desta maneira nas entrevistas: dona de si mesma e incólume às opiniões externas sobre ela. Importante notar este aspecto como característico da adolescência, de maneira que Diana muitas vezes mostrava outra faceta, mais frágil e resignada.

Uma vez que se aproximava a alta de Laura, Diana contou que ainda faltavam algumas coisas da filha para serem organizadas em sua casa, mas que estavam sendo providenciadas: *“Sim, primeiro o carrinho eu vou comprar. Então o que... o que ainda falta é o berço e o carrinho... Todo o resto tá tudo à espera”*. A adolescente estava sentindo-se ansiosa, tendo afirmado que *“eu não vejo a hora de chegar [a alta de Laura]...”*. Além disso, é importante discutir o fato de que Diana dispensou a ajuda em casa das avós, referindo que os cuidadores seriam ela e o companheiro, apenas, fazendo o que acreditavam ser o melhor para a filha: *“Eu e o meu marido! A mãe e o pai dela, né? Vó não... ajuda, mas não... quando... tipo, toda vó quando começa a cuidar ela quer optar entendeu... então, não sei. (...) Minha mãe já quis que eu fosse pra casa dela, então... Antes da Laura nascer... Então... não, ela é minha filha. Não. Eu vou educar. Eu e o pai dela...”*. Também, como parte do cuidado à filha, a adolescente instituiu as regras para que as pessoas convivessem com a menina, especialmente aquelas relacionadas à higiene: *“Ah, vão ser bem cuidado. Bem em cima, porque ela vai sair daqui ainda bebê prematuro. Então tudo... aqui todo mundo vai botar a mão nela, lava a mão, sabe? Tem toda uma higienização. Lá vai continuar a mesma coisa. Porque senão? Um mês, uma semana, eu to aqui de volta. Então eu já avisei: pode me chamar de chata, de pataca, mas não! Não é vocês que vão ficar lá”*. Finalmente, Diana acreditava que Laura iria gostar bastante de ir para casa, principalmente pelo fato de haver muitas pessoas que ajudariam a adolescente, especialmente oferecendo colos: *“Ah, ela vai adorar né? E colos, e colos, e colos, né? Ninguém vai deixar ela meia-boca pra chorar, né? Então tá ótimo. Ela vai adorar”*.

Síntese do caso

O caso descrito, de Diana e Laura, deixou muito claros aspectos característicos da adolescência materna. Diana era uma jovem ativa, que não podia/conseguia manter-se parada

ou restrita a uma atividade apenas: não ficava no hospital com a filha, não permanecia com a pesquisadora toda a entrevista, tendo que interromper e sair apressadamente. Sempre estava com a hora marcada, limitada. Se não estava no hospital, estava em outros lugares, tentando conseguir auxílio para as passagens, por exemplo. Pode-se afirmar, também, que com isto mostrou a ambivalência típica da adolescência, além de ser parte do teste de confiar/desconfiar da pesquisadora. Parecia arredia por um lado e “despreocupada” por outro. Além disso, é importante notar o movimento de Diana para sair definitivamente de casa e concretizar a separação da mãe, de maneira que sai diversas vezes e retorna logo depois. De fato, nota-se que separar-se é um movimento complicado para ela, observado em toda sua história de vida, e sempre de maneira sofrida. Ademais, acaba sentindo-se sobrecarregada com as insinuações feitas pelo companheiro de retirar Laura de seus cuidados, e aí se somam mais duas possibilidades intoleráveis de separar-se: do companheiro e da filha.

Outro elemento bastante relevante deste caso refere-se à aproximação gradativa de Diana à Laura, respeitando o processo da e se entregando à maternidade, deixando-se surpreender e aprender sobre a filha. Valorizava os movimentos e progressos da menina, e considerava suas limitações como mãe, sem, é claro, reconhecer que estas advinham de sua condição de adolescente. Permitia que os encontros com Laura, dificultados por diversos aspectos, como a falta de dinheiro, fossem de qualidade quando ocorriam. Entretanto, experimentou uma quebra nesse movimento à medida que a alta de Laura se aproximava, de maneira que sua ansiedade e impaciência tornaram a espera quase insuportável. Isto fez com que a adolescente perdesse o aspecto extrovertido do início dos contatos com a pesquisadora, e se entregasse ao desânimo e à apatia.

Caso 3: Elisa e Gabriel

O “mini-bebê”

Impressões da pesquisadora

Elisa, de 18 anos, era uma adolescente bastante acessível, com muita facilidade de fazer amizades e se comunicar com as pessoas. Apesar disso, durante os contatos com a pesquisadora, ela mostrou-se tímida, de maneira que não olhava diretamente para a mesma durante as entrevistas. Mesmo assim, nunca se distraía, falando bastante de suas vivências, mesmo quando as entrevistas tiveram que ser feitas no pátio central do H2, hospital onde Gabriel, seu bebê nascido prematuro, estava internado.

Nas primeiras vezes em que se encontraram, a pesquisadora sempre deparava com Elisa apreensiva e preocupada, às vezes fora da sala da UTI Neo onde Gabriel estava. Isto acontecia quando a equipe precisava fazer algum procedimento com ele, e era pedido à mãe que se retirasse por um breve instante da UTI. Como a pesquisadora estava frequentemente na UTI Neo para realizar triagem de casos ou entrevistas com outras mães, foi possível ter contato com Elisa outras vezes além dos encontros reservados para as entrevistas.

É importante mencionar, ainda, a melhora no humor da adolescente, percebida pela pesquisadora ao longo da internação de Gabriel: de deprimida e impactada pelo nascimento repentino do filho e pela notícia de que ele estava entre a vida e a morte, a bem humorada e otimista em relação à recuperação de Gabriel. Estes aspectos também apareceram claros nas entrevistas, percebidos através do tom de voz de Elisa e pela disponibilidade crescente que ela apresentava em falar sobre diversos aspectos de suas vivências.

Em relação a Gabriel, a pesquisadora conheceu-o no momento em que Elisa pôde pegá-lo no colo pela primeira vez, quando tiveram que interromper temporariamente uma entrevista. Era um bebê bem pequeno e muito cabeludo, e parecia confortável no colo da mãe. A adolescente, por sua vez, parecia compenetrada em sua nova tarefa, que deveria ser feita cuidadosamente, devido à fragilidade do bebê. Assim que o aconchegou em seus braços, a pesquisadora se aproximou e Elisa repetiu, mostrando-se bastante satisfeita com o tão desejado contato com o filho: *“Olha como é pequeno! Olha como ele é pequeno!”*. Neste momento a pesquisadora recordou-se de Elisa dizendo que Gabriel era um “mini-bebê”, em uma das primeiras entrevistas realizadas, e concordou com ela: era um bebê pequeno, com aspecto de um “bebê pronto”, e não parecendo um feto, como parecem muitos bebês prematuros que permanecem na UTI Neo.

Um fato marcante ocorrido ao longo das primeiras entrevistas referiu-se à troca de nomes feita pela pesquisadora. Ao falar sobre Gabriel, ela trocou o nome por Joaquim, e depois por Pedro, e continuou cometendo este erro em outros momentos das entrevistas. A pesquisadora acreditou que a confusão estava acontecendo devido a outros bebês que ela estava conhecendo na UTI, e que estavam chamando sua atenção por diversos motivos. Entretanto, após o mal entendido, Elisa contou que Pedro era o nome de seu ex-namorado, com o qual se relacionou por um tempo, tendo sofrido bastante quando terminaram. Ele era considerado por ela seu *“primeiro amor de verdade”*.

O último contato da pesquisadora com Elisa ocorreu no momento que antecedeu a alta de Gabriel, que estava internado na UTI Neo há 30 dias. Neste contato ocorreu a última entrevista com Elisa, que foi longa e mostrou uma Elisa diferente daquela dos outros momentos. Ela perdeu o aspecto de deprimida e “anestesiada” que apresentava anteriormente, e fazia planos para si e para Gabriel, começando a organizar os últimos detalhes que faltavam para que ele chegasse em casa.

Elisa

Elisa era a adolescente mais velha dentre as participantes deste estudo. Tinha 18 anos à época do primeiro contato com a pesquisadora, 15 dias após o nascimento de seu primeiro filho, Gabriel. Ele nasceu com idade gestacional de 32 semanas e três dias e pesando 1400 gramas, de parto normal.

Elisa morava com a avó materna, que a criou desde que nasceu. Contou que sua mãe a entregou para a tia materna criar, mas a avó não concordou e acabou ela própria criando Elisa. A mãe de Elisa sempre esteve mais afastada da filha, tendo se aproximado mais após o nascimento de Gabriel e compartilhando algumas experiências suas à época do nascimento de Elisa: *“Não, ela ficou, ela até que ficou, ela disse que, conversou comigo, disse como é que, como é que foi o parto dela, falou que ia dar, ajudar a dar as coisa pro nenê, ela disse que... que quando ela ficou grávida de mim como é que eu era, que era parecida com o Gabriel... é, ficou mais próxima. (...) Ela conversou comigo, ela disse pra minha avó, disse pra todo mundo como é que foi o parto dela. Foi interessante, foi bem interessante...”*. Importante mencionar que a mãe de Elisa também foi mãe pela primeira vez aos 17 anos de idade, quando nasceu Elisa.

Quanto ao pai da adolescente, este também se manteve sempre mais afastado da filha. Ela o conheceu quando criança e teve outros poucos encontros com ele aos 15 anos de idade, uma semana antes do parto de Gabriel e no dia em que ela deu à luz ao filho. Contou que ele

queria ter ficado com sua mãe na época em que Elisa nasceu, mas que sua mãe não quis. Elisa tinha um irmão mais novo por parte de pai e mãe, que também morou com a avó materna. A adolescente contou que sua mãe se casou de novo e teve mais quatro filhos com o novo companheiro; sobre o pai ela não mencionou se ele se casou novamente. Elisa contou que sua maior proximidade sempre foi com a avó e com a tia materna, que ajudou a avó a criá-la.

A adolescente contou que antes de engravidar estudava, mas não levava tão a sério a escola, preferindo estar com as colegas: *“às vezes a gente [ela e colegas] ficava mais conversando, assim”*. Também, contou que estava sempre acompanhada pelas amigas e aproveitava sua *“vida de guria normal”*: *“andava com as minhas amigas, ih, fazia bastante coisa! E tava bem feliz (...)”*.

Teve o primeiro namorado, de 21 anos, referindo a respeito dele o intenso sentimento que tinha: *“acho que primeiro amor assim de verdade!”*. Isto foi aos 15 anos de idade, com quem iniciou sua vida sexual e se relacionou por quatro meses. Eles terminaram o relacionamento, o que deixou Elisa muito triste, e após um ano aproximadamente, ela conheceu o pai de Gabriel, de 24 anos, em uma *lan house* que ambos frequentavam. Com dois meses de namoro ele pediu a ela que fossem morar juntos na casa dele, como prova de que ela gostava dele: *“Mas aí, ele dizia que eu tinha que morar com ele, porque senão, se eu não morasse com ele era que eu não gostava dele...”*. Assim que foi morar com o pai de Gabriel, parou de estudar. Um tempo depois, tendo decidido voltar à escola e começar a trabalhar acabou engravidando e desistiu destes planos: *“Só que aí quando eu vi eu já engravidei, já não dá pra fazer nada, né. Que eles não pegam mulher grávida pra... pra... e grávida estudando, eu não queria estudar grávida. Eu ficava com vergonha (ri)”*.

Experiência da gestação e parto

Elisa contou que ficou com o pai de Gabriel por aproximadamente um ano e meio. Logo eles começaram as tentativas de engravidar, que demoraram mais ou menos um ano para dar certo. De acordo com ela, ambos queriam ter um bebê: *“Ele ficou feliz assim. Ele ficou bem feliz. Que eu tava grávida assim. Que a gente queria tanto, né. Engravidar, engravidar...”*.

Elisa disse que após as várias tentativas do casal, quando não acreditava mais que engravidaria, conseguiu conceber. Foi ao médico com queixa de gripe e sinusite, além de dores no corpo. Então, fez “exame de farmácia” e descobriu a gravidez, aproximadamente com quatro semanas. Contou que todos de sua família, assim como da família do pai de Gabriel, receberam bem a notícia, pois Gabriel seria o primeiro neto de todos os avós: *“Ele*

[pai de Elisa] ficou feliz, ele disse que ia ser avô, a minha mãe... (...) Ela disse que não queria ser avó. Mas brincando, né. (...) Mas ela gosta, ela... ela gostou da ideia de ser avó. (...) A mãe do Danilo, né, do meu ex-marido... também ela queria ter neto, porque... ela não tinha, né”.

Disse que iniciou o acompanhamento logo no primeiro mês gestacional, tendo feito sete consultas até o parto. Referiu gostar bastante de ir nas consultas, pois todos a conheciam no posto e a tratavam bem: *“Lá onde eu moro lá, é o posto todo mundo conhece por mim, né. Aham, e é bem melhor assim. Eu gostava e eu gostava das enfermeira, a enfermeira que conversava comigo a... a Rute. Ela é bem legal também. Conversava, falava, me explicava. (...) Mais foi bem bom. Quando eu, eu gostava bastante de fazer o pré-natal lá”.*

Ainda, Elisa referiu não ter conseguido saber o sexo do bebê durante a gestação. Contou que no começo da gravidez achava, assim como outras pessoas, que teria um menino. Mas depois mudou de ideia e passou a imaginar que teria uma menina, e organizou o enxoval todo em cor de rosa. Descobriu que teria um menino apenas no parto: *“Mas eu jurava que era uma menina. (...) Aí quando eu vi que era um guri assim, eu vi aquele, vi o... que era um guri... ah! Fazer o que, né. Um guri! Mas eu gostei igual. (...) Mas é... eu queria uma menina. Mais eu mesmo assim eu fiquei feliz igual... porque eu vi que ele era bonitinho...”.* Neste momento também percebeu a grande semelhança física de Gabriel com o pai: *“ele era a cara do pai dele também, né”.*

Quanto ao relacionamento com o pai de Gabriel, disse que no começo era bom estar com ele: *“Antes de engravidar, a gente tava bem. Ai, era bom assim, eu via... ai eu queria, a gente tava um ano junto assim, eu queria ter um nenê. (...), no começo foi bom, sabe, porque eu ajudava ele, ele tentava trabalhar e me dar as coisas”.* Entretanto, o ex-companheiro teve uma mudança de atitude quando ela engravidou, parecendo ter ficado mais agressivo com ela: *“Eu não conseguia engravidar e aí quando veio, ah, quando a mulher não consegue engravidar e engravida fica feliz, né. Aí ele pegou... aí ele começou a ficar ruim pra mim, sabe. Ahn, ele começou... sei lá, ele começou a me xingar, sei lá, ele começou a não ser bom pra mim. Aí eu peguei... aí ele me incomodava demais, dizia que eu... tava olhando os homem, tinha muito ciúme de mim né”.*

Então, aos três meses de gestação, após diversos problemas com o pai de Gabriel e com a família dele, principalmente com a ex-sogra, ela rompeu o relacionamento e resolveu voltar a morar com a avó. Contou que ao longo da gestação ele esteve ausente: *“eu fiquei sozinha lá, fiquei a gravidez inteira sozinha...”*, entretanto, ele pedia a Elisa para voltar a ficarem juntos, o que ela não quis. Estava sempre incomodada com a insistência do ex-

companheiro. Após o nascimento de Gabriel, ele ofereceu ajuda a ela, além de pedir novamente que voltassem: *“E ele também, a gente não conversava muito, sabe, só que uma vez só que a gente conversou. Que era de noite, ele perguntou, falou se eu ia voltar com ele, eu disse que não. Que eu não ia voltar com ele...”*. Mesmo tendo diversos problemas com o pai de Gabriel, Elisa não se arrependeu de engravidar: *“Não me arrependo de ter o Gabriel. Nenhum! E nós não tamos junto... eu não me arrependo, eu faria tudo de novo! Pra ter o Gabriel”*.

A adolescente contou que no começo da gestação não parecia estar grávida, pelo fato da barriga não aparecer: *“Nem aparecia a barriga, né. Porque demorou pra barriga aparecer. Foi aparecer só com... quatro, cinco meses assim e nem aparecia, quase nada. Parecia que eu nem tava grávida. Não tinha muita barriga, sabe, só depois... quando tava com... seis pra sete assim, que a barriga... desenvolveu bastante assim”*. Disse que o que mais gostou durante a gravidez foi começar a sentir os movimentos fetais, aos cinco meses de gestação: *“Aí também quando ele [Gabriel] me agradou assim, quando ele, sabe, quando ele... começou a se mexer. (...) Quando eu ficava calma assim... deitava assim na cama, ele chutava a barriga, chegava a pular, sabia?”*.

Ainda em relação às mudanças corporais, Elisa disse não ter gostado de ter engordado após ter ficado grávida, principalmente pela dificuldade em se arrumar: *“Ai, no corpo assim, eu, eu não gostava muito assim tipo. Assim, numa parte eu não gostava muito. Porque ai, eu fiquei muito gorda assim. Aí ficava com vergonha assim. (...) É que achei estranho né: como eu era muito magra, engordar de repente muito assim, é bem difícil assim. Aí eu via as outras guria se arrumando assim, se uma mulher tá grávida, é difícil se arrumar né?”*. É provável que a gravidez tenha atrapalhado o movimento de socialização que Elisa estava fazendo naquele momento com outros adolescentes da sua idade, o que possivelmente a isolou deste contato tão prazeroso e importante. Assim, sem o companheiro e com dificuldade de estar com os amigos, é possível que ela tenha vivenciado alguma solidão em um momento tão delicado, como é a gestação.

Quanto às preocupações em relação à gravidez, a Gabriel e ao futuro, a adolescente disse que *“tinha muitas preocupações. Ah, eu primeiro era porque eu tinha, eu tinha me separado do pai dele. (...) Ah e também por causa que... como é que ia ser o nenê sem o pai... é difícil também. Ah e outras preocupações: como é que ia ser o futuro do Gabriel, como é que... como é que ia ser o parto, né”*. Com o andamento da gestação, Elisa passou a preocupar-se em se preparar para o parto. Ela falou de suas vivências e expectativas em relação à aproximação deste momento: *“Emocionalmente, eu tava, é, a barriga tava*

grandona assim, tava bem grandinha assim. (...) porque eu queria... eu já sabia que já tava chegando a hora, já tava quase chegando a hora, que tinha... ainda tinha alguns meses, ainda pela frente né. Mais eu sabia que já tava perto, já tava ali preparando, sabe”.

No dia anterior ao parto Elisa teve um desentendimento com o pai de Gabriel, o que ela acredita ter sido uma possível causa para o parto prematuro: *“só um dia antes de eu ganhar o Gabriel... eu me incomodei com o pai dele, né. Eu briguei com o pai dele, acho que também... mais foi por causa que... (...) É, talvez por causa disso que eu também tive... (...) Talvez foi... ou por causa do sangramento”.* Na manhã anterior ao dia do parto ela acordou com sangramento, que acabou evoluindo para dores muito fortes. Resolveu ir para o hospital, levada por seu pai, e lá o exame médico constatou que ela estava com quatro dedos de dilatação e trabalho de parto iniciado. Colocaram-na no soro, como tentativa de impedir o parto, mas a dilatação continuou evoluindo, além da bolsa já ter rompido. Ela contou que começou a sentir o bebê empurrando, e que o sangramento aumentou significativamente junto com a dor, mesmo tendo sido medicada: *“Eu também pensava assim: ai que tava... tava doendo, na hora tu não pensa nada, tu só pensa naquela dor, que aquela dor não deixa tu pensar em nada! Que dói, dói e eu pensei: Ai, meu Deus, se é pra ter o nenê então vou ter duma ‘vez’, então, porque essa dor tá terrível. Ai, foi bem difícil!”.*

Além da dor, outra experiência corporal dramática descrita por Elisa foi relacionada ao sangramento excessivo no momento anterior ao parto: *“(...) no começo não saía tanto sangue, ela [médica] dizia que, que era normal. Mais aí depois começou a sair muito sangue, e a minha barriga já tava murcha já. Ahn... a bolsa... antes de fazer a ecografia que eles fazem, a bolsa já tinha estourado. E a doutora que me atendeu de madrugada, ela foi fazer o exame de toque... a luva dela saiu lavada de sangue assim... saiu sangue até na parede. De tanto sangue que tava saindo de mim”.* Outro fato marcante em relação ao parto referiu-se à solidão de Elisa, que não pôde contar com apoio de ninguém da família, após quase 24 horas de trabalho de parto: *“Igual minha tia disse: tem que ter uma pessoa pra te confortar, pelo menos, mais quando é a primeira vez ainda. Sentar do teu lado, segura na tua mão. Ai não sei, pelo menos te ajudando ali, conversando contigo. Claro eu queria que... tivesse alguém mais, não tem, eu tive que ficar sozinha mesmo”.* Ela disse que gostaria de ter contado com o apoio do pai do bebê neste momento, mas por estar separada dele, a situação se tornava inviável. Na falta do ex-companheiro, referiu o desejo de que sua avó estivesse com ela neste momento difícil, o que não foi possível, já que a avó foi impedida de entrar no hospital para ficar com a neta. Elisa disse que ao final uma pessoa da equipe segurou em sua mão durante o parto e a ajudou bastante.

Além de estar sozinha, ela se assustou com o fato de Gabriel ter nascido prematuro: *“Mais aí quando vê aconteceu, quando vê aconteceu de uma hora pra outra... aí quando vê... não pude nem me preparar, né! Ahn... ahn... emocionalmente, né, porque quando eu vi eu já ganhei o Gabriel”*. Ela pensava estar com mais tempo de gestação, de acordo com a medição feita pela equipe que a atendeu no posto de saúde durante seu acompanhamento pré-natal. Esta confusão certamente contribuiu para que a adolescente tivesse dificuldade de compreender a real situação do nascimento de Gabriel, de maneira que imediatamente teve que se separar do filho.

No momento em que Gabriel nasceu, Elisa contou que se sentiu emocionada: *“Eu fiquei... não chorei quando ele nasceu, assim de emoção, mais eu fiquei bem feliz, sabe”*. Logo colocaram o bebê sobre ela, mas não pôde tocá-lo: *“(...) aí elas enrolaram ele... demoraram um pouquinho... e trouxeram ele... enrolado assim e deram pra segurar um pouco. (...) Aí elas disseram que eu não podia mexer muito nele quando ele veio, porque elas não tinham cortado o... o cordão. Aí elas levaram ele... acho que limpavam ele, aí já levaram direto pro pediatra. Ahn. Ahn, como é que fala? Cuidar dele, examinar ele. Aí levaram ele pra Neonatal. Ali pra UTI”*. A adolescente não imaginava que fosse passar por um parto prematuro, pois achava que sua saúde sempre foi boa, além de ter cumprido as consultas do pré-natal: *“Que eu sempre tive... ai, porque eu tenho uma saúde boa, né. Aí geralmente é aquelas mulheres que tem pressão alta, aquelas coisa, né. Tem antes do tempo. Ou porque já... sei lá, tem alguma complicação, sei lá. E eu nunca imaginei, porque eu sempre, tive uma saúde boa e o meu pré-natal tava bom”*.

Além disso, ela falou sobre como foi saber que o filho era prematuro e exigia cuidados específicos: *“Aí eu fiquei, aí logo quando que eu já ganhei ele assim eu já sabia, elas já me explicaram que, como é que ia ser, que ele nasceu prematuro, que ele não era um bebê como os outros, que ele ia ter várias dificuldades, que o nenê prematuro ele demora mais, é mais lento o processo de, de ficar bem...”*. Acabou ficando internada junto com outras mães que tinham seus bebês por perto, o que deixou Elisa triste: *“eu peguei, ficava no quarto sozinha, era bem difícil, né, as outras com os bebê delas, era bem triste (risos)”*. Ela contou que no momento após o parto se recuperou rapidamente: conseguia caminhar e tomar banho sozinha e foi ver o filho pela primeira vez algumas horas após o parto. Além disso, desinchou e emagreceu rapidamente, sendo que em duas semanas já havia perdido cinco quilos, e fez parecer para outras pessoas que não tinha dado à luz, devido à sua forma física.

Experiência da internação do bebê

Gabriel foi imediatamente levado para a UTI Neo, assim que nasceu. Tinha anemia, insuficiência respiratória e secreção no nariz, e teve que submeter-se a uma transfusão de sangue. Após poucos dias internado contraiu uma infecção, mas curou-se. Aos poucos sua condição clínica foi se estabilizando, e ele foi ganhando peso e crescendo, sempre acompanhado por Elisa, que ficava na UTI com ele.

Elisa pôde visitar Gabriel pela primeira vez na UTI Neo algumas horas após o parto, tendo descrito o filho como um bebê pequeno e frágil, um “mini bebê”: “(...) primeira vez, ele foi ali pro, pra Neo ali, ele tava bem pequenininho. Bah, daí assim, um mini nenê. (riso) Bem magrinho, coitado. Com uma touquinha branca assim. (...) Ele tava com o respirador assim, tava no bercinho assim. Ele dormia só, dormia assim, ficava bem calmo... e usava aquele respirador... aí eu passava a mão assim nele... (...) Tava chupando o dedo, sabia?”. Ela disse que enquanto esteve internada após o parto ia todos os dias ficar com o filho na UTI Neo: “E vinha ver o Gabriel todo dia assim. Descia toda hora assim. Só quando às vezes me dava umas tontura... aí subia pro quarto pra descansar um pouco”.

Elisa fez amizades com as outras mães do quarto onde ela estava internada, com as quais pôde trocar experiências sobre a maternidade e sobre o parto prematuro, além de ter podido contar com o apoio de algumas pessoas da equipe. A adolescente sentiu medo de ter depressão pós-parto, por conhecer algumas pessoas que haviam passado por isso, principalmente nos primeiros dias após o parto. Ela falou sobre os motivos que a fizeram pensar que pudesse estar deprimida: “Por causa que o Gabriel ficou naquela coisa lá. Porque eu me separei. E por causa que eu ganhei o nenê sozinha, e ganhei nenê prematuro...”. Ela reconheceu estar bastante preocupada com o estado de saúde do filho nos primeiros dias após o parto, sentimento que melhorou com o passar dos dias e com a progressiva melhora do estado clínico de Gabriel: “Aham. Aí vai melhorando assim as coisa assim. Agora já não tô mais tão triste como antes, até porque eu sei! (...) E porque o Gabriel também tá se recuperando, aí eu me sinto bem melhor, sabe. E aí eu tenho mais ânimo pra vim no hospital, pra ver ele assim. Eu go... eu fico até mais tempo com ele, né. Porque quando ele tava mais assim, só no... não queria ficar muito assim por causa que... ele não tava muito bem, né”. Outro aspecto que contribuiu para a melhora da percepção de Elisa sobre Gabriel se referiu às possibilidades oferecidas pela tecnologia para os bebês prematuros, das quais ela tinha conhecimento: “Porque... agora os nenê prematuro se criam, né, porque antes não se criavam, né. Porque era mais difícil, não tinha tanto recurso. (...) E aí, e ali ele tá no meio do recurso: eles fazem tudo pra ajudar ele a se recuperar”.

Após três dias internada para recuperar-se do parto, Elisa teve alta. Ela falou sobre esse momento e a sofrida ausência de Gabriel em casa: *“Ai, foi horrível, né, porque parecia que eu não tinha ganhado nenê, porque eu fui sozinha pra casa... Ah, foi bem ruim. O primeiro dia foi bem difícil. Quando eu fui embora pra casa. Mais eu lá tinha a minha tia, tinha a minha vó, elas me ajudaram, conversaram comigo”*. Elisa contou que no primeiro dia após sua alta passou o dia inteiro na UTI Neo com o filho: *“Primeiro dia depois que eu tive alta, já vim ver o Gabriel. Eu fiquei o dia inteiro com ele: fiquei das 9 hora até às 9 e meia da noite. Bastante”*. Ela disse que sempre contou com a companhia da avó, que não podendo entrar na UTI Neo com ela, ficava esperando-a do lado de fora do hospital para voltarem juntas para casa.

O pai de Gabriel também esteve visitando o filho internado, mas em horários diferentes dos de Elisa. Ela preferia que as visitas fossem desta forma para não ter que encontrar o ex-companheiro, que continuava incomodando-a. A primeira visita do pai de Gabriel aconteceu no mesmo dia em que Elisa teve alta do hospital; ele ficou sabendo que o filho havia nascido por intermédio do pai da adolescente. Mesmo se mantendo afastada do ex-companheiro, Elisa contou que ele era bem carinhoso com o filho na UTI Neo: *“(...) porque a última vez que eu vim vê ele, ele é bem carinhoso com o nenê, sabe. (...) Cuida o nenê, passa a mão no nenê, faz carinho”*. Outras pessoas foram visitar Gabriel, como a mãe de Elisa, a tia e a avó da adolescente, além de algumas de suas amigas, de forma que Gabriel quase nunca ficava sozinho na UTI. A adolescente falou sobre a surpresa que teve com a presença de sua mãe na UTI: *“Mas ela, ela, ela até vem ver ele aí! Ver o Gabriel! Eu me admirei! (riso) Porque ela não é de vim, sabe, ver... Mas ela vem ver ele, e eu acho que agora ela tá mais... por causa que eu tive o meu nenê, né? Eu acho que ela tá mais próxima de mim, assim, um pouco...”*. Importante comentar que no momento em que Elisa falava sobre a aproximação de sua mãe durante a internação de Gabriel, ela se “distraiu” com uma mãe que conhecera na UTI e que estava indo embora com seu bebê, e mudou de assunto.

Um aspecto importante, presente em todas as fases de entrevistas, referiu-se às impressões de Elisa sobre seu corpo, principalmente as mudanças ocasionadas pela gestação, pelo parto prematuro e a recuperação após o parto. A comparação que Elisa fez de seu corpo de adolescente com o corpo das mães adultas apontou significativamente para as diferenças entre eles: *“(...) eu era muito magra assim. Eu... ahn... quando eu tinha uns... 15, antes de casar, 16, 17 anos... minha cintura era 38! (...) Aham, e não tinha nada de barriga, isso aqui... peito então... nunca tive nada. Era uma, e até hoje assim quando eu vejo as ‘mulé’ elas tem um peitão lá, quando tira o leite... (entrevistadora ri) bem grande assim, o meu é bem*

pequeno perto dos dela, mais antes eu não tinha muito peito. Era muito magra assim. Meu corpo assim... engordei 11 quilos, né. Mais... ai, fiquei bem mais gorda que eu achava que eu ia ficar”.

Quanto ao sentimento de Elisa como mãe no momento de internação do bebê, ela falou sobre suas dificuldades e demonstrou disposição em aprender a cuidar do filho: *“Ai, eu achava que ia ser... a melhor possível, eu tento ser a melhor [mãe] possível pra ele, né. Eu sei que eu sou bem nova que eu... que eu tenho que aprender muita coisa, né. Ahn... tipo dá banho no nenê, também tenho que aprender. Ai, é que é difícil no começo não sei fazer nada, né”.* Diferenciou o cuidado prestado a seus primos quando eles eram pequenos, dos cuidados que ela dedicaria a seu filho: *“Só que eu não cuidava assim, cuidar, cuidar, cuidar, não, eu só reparava assim quando eles eram nenezinho”.*

Outro aspecto marcante referiu-se aos ajustes feitos por Elisa para compreender a necessidade de que Gabriel permanecesse internado na UTI Neo, contando para isso com os conselhos e incentivo da avó: *“Como a minha vó disse que ele tá aqui, ele tá pro bem dele, né. E como é que eu posso levar ele pra casa doente? Não posso, né! E outra coisa ele nem, era pra tá nascido, ele era pra tá na minha barriga. (...) E é, eu acho que ele tá bem: os médico tão cuidando bem dele, ele tá se recuperando, e ele tem que sair daqui do hospital sadio. Bem, né”.* Ainda, mostrou-se desacostumada com o fato de não ter mais a barriga de grávida que perdeu repentinamente, aspecto que indicava que Gabriel não estava ali com ela, além de lembrá-la de sua solidão e desamparo: *“Porque... em casa é mais ruim ainda, porque eu vejo que eu to sozinha... .. e quando eu vejo as mulher na rua com nenê, também... é bem difícil... eu vejo as mulher grávida, eu lembro quando, eu sinto falta até da minha barriga! (risos) Aham! Que eu pensei que eu não ia sentir porque eu pensava assim ‘ah, que eu tinha engordado, que não sei o que’, mas um dia eu acho que eu to com a barriga, assim, acho que ele tá pertinho de mim”.*

No começo das idas à UTI Neo Elisa sentia-se muito incomodada por estar impossibilitada de assumir os cuidados com Gabriel: *“Dia desses que ele só dorme. E pior é que ele não mama no peito, né, ele mama só pela sonda. É bem estressante... e tem que vim também todo dia, cuidar ele... pior é não poder pegar ele, né, no colo (riso)”.* A melhora do filho só pôde ser percebida pela mãe a partir da terceira semana de vida dele, quando os contatos com a pesquisadora foram iniciados: *“Ai, antes foi, na primeira semana que não era tão estressante, né. Mais aí na segunda foi bem mais estressante. Ai, porque eu vi o Gabriel chorando, vi ele fazendo aquela aspiração. E saía bastante catarro e ele nunca se recuperava daquelas coisa, aí foi bem estressante. Mais agora ele tá... melhor assim, eu tô ficando*

melhor assim também”. Em síntese, na medida que Gabriel melhorava seu estado, também Elisa se sentia mais confiante e otimista quanto à evolução do filho e a proximidade de levá-lo para casa.

Ela ficava com o filho diariamente pela manhã, nas primeiras semanas. De tarde contou que descansava e ficava em casa com a tia e a avó, mas não conseguia parar de pensar em Gabriel. Ela deixava os turnos da tarde e da noite para o pai do bebê vê-lo na UTI. Importante mencionar que a decisão por se manter separada do pai de Gabriel mexeu muito com ela, de forma que sentia falta da ajuda do companheiro, sentindo-se sobrecarregada por ter que ir sozinha ao hospital: *“Aí... e sem ele [pai de Gabriel] também é difícil, né, a gente tá, tá separado, e aí eu tenho que vim todo dia ver o nenê, e eu não posso descansar, e pegar ônibus... é bem estressante, né... aí às vezes dá vontade de desistir de tudo, né, porque é bem estressante de vim ver! (risos) Mas eu tô louca que o Gabriel se recupere de uma vez pra ele ir pra casa né!”*. Mesmo sentindo essa ausência do apoio do ex-companheiro, Elisa falou que preferia que ele se mantivesse afastado dela, pelos problemas causados quando estavam juntos.

Um dos momentos que Elisa mais esperava era quando poderia pegar o bebê no colo pela primeira vez. Isto aconteceu em um dos encontros com a pesquisadora, e ela se mostrou muito satisfeita: *“Aí, foi bem emocionante! (...) Aí ela [enfermeira] perguntou se eu queria pegar ele no colo, eu disse que sim, né, claro. Aí ela me ajudou, pegou, enrolou ele e eu peguei ele no colo”*. Pegar o filho representava o primeiro contato mais próximo desde o parto, quando por poucos segundos ela pôde ficar com o bebê mais próximo de si. Com a possibilidade de pegar Gabriel no colo, a equipe sugeriu a Elisa fazer o método canguru com o filho, orientando-a em relação à roupa que ela deveria usar ao ir à UTI e aos benefícios do método para ela e Gabriel: *“Aham, foi, fiz só 3 dias de canguru. Ah, foi bem emocionante, eu nunca tinha pegado ele no colo. Aí eu peguei ele, a, a enfermeira perguntou se eu queria pegar eu disse que sim. Aí ela me ensinou... (...) Mas, ah... foi bem bom, porque tu sente o nenê perto de ti, ele te sente né? E também é, tranquiliza ele, porque lá na UTI é um clima bem assim tenso, né, aqueles aparelho tudo... (...) E outra coisa: ele se sente mais calmo. No meio de todo aqueles aparelho, de toda aquelas coisa, eu acho que fazendo canguru com ele ele se sentia mais calmo”*. Ela acreditava que graças ao Canguru o filho pôde recuperar-se mais rapidamente, além de ter aproximado os dois: *“Ahn, eu senti que eu tava mais próxima dele, e ele de mim. Mas às vezes a gente pensa que eles não entende, né, mas eles entende, né? Eu pegava ele no colo assim, aí ele se sentia, eu acho que ele se sentia melhor assim. (...) E aí foi bom, ele conseguiu se recuperar ligeiro”*.

Quanto aos contatos com o filho, Elisa contou que gostava dos momentos quando ele estava acordado e respondia aos seus toques e fala. Ela descreveu um desses momentos, em que conseguiu ajudar o filho a se acalmar após uma intervenção dolorosa da equipe: *“E quando ele fica, fica chorando, quando ele faz aquela aspiração, eu converso com ele, né, eu falo com ele... aí ontem ele pegou e chorou bastante quando ele fez aquilo, aí ele pegou, abriu os olhos, chorou, aí eu passei a mão na cabeça dele, conversei com ele e aí ele ficou calmo... aí depois ele mamou pela sonda, aí depois ele dormiu...”*. O limite imposto pela fragilidade de Gabriel impedia que no início Elisa pudesse ter um maior contato físico com ele: *“Ah, eu fico, eu só pego na mão dele, né, e às vezes quando ele tá com oxigênio na incubadora eu não posso nem colocar a mão nele...”*. Aos poucos a adolescente passou a entender algumas demandas de Gabriel, destacando aqueles pontos que mais a agradavam quando estava com ele: *“Ah, quando ele abre os olhos, quando ele segura a minha mão... ele segura bem forte. (...) eu acho que quando ele pega a minha mão, né, quando ele vê, quando eu chego... (...) Mesmo que ele esteja dormindo, assim, eu passo a mão na cabeça dele... ele fica melhor...”*.

A amamentação, aspecto significativo para a adolescente, estava ocorrendo por sonda, o que é esperado que ocorra em situações de prematuridade. Ela tirava o leite no banco de leite do hospital e o mesmo era oferecido a Gabriel misturado a outros componentes. Entretanto, com o passar do tempo Elisa passou a produzir menos leite, o que foi referido por ela com pesar, uma vez que se tratava de algo fundamental para a sobrevivência e melhora de Gabriel, e dependia dela: *“Por causa que o nenê não tá chupando e também por causa muito do estresse, né, que a enfermeira falou que acaba meio que diminuindo [a produção de leite]... (...) E é difícil, né, é bem difícil também não ter leite, muito né... (...) Porque agora ele tá precisando se alimentar e ganhar peso pra ir pra casa e não ter... é bem difícil, bem estressante...”*. Entretanto, mesmo em meio aos desafios em relação à amamentação, os sentimentos de Elisa pareciam positivos em relação a este momento com o filho: *“Ah eu, é, acho que é emocionante, né, tu ver o teu nenezinho mamando assim no peito né? (...) Eu tenho [gostado]! Esperei, oh, um mês pra isso acontecer! (riso) Esperei 29 dias, 28 dias pra acontecer isso... ah, é bem emocionante, todas as mulher assim já amamentaram, assim tu vê assim amamentando, é bem...”*.

Quanto às modificações na rotina de Elisa, ela falou sobre as limitações de assumir integralmente a maternidade de Gabriel nas condições de prematuridade, uma vez que a UTI Neo exigia dela que se dedicasse exclusivamente a essa rotina: *“Também eu, eu... tenho limites agora, porque agora eu não... agora eu não vou poder estudar... mesmo eu querendo assim, ahn, não vou poder estudar, tenho que ficar cuidando ele, tem que ficar aqui todo dia,*

mesmo eu não conseguindo segurar ele, ficar com ele no... ta sendo difícil, né? (...) Porque eu pensei que... ahn... eu ia ganhar ele e ia ser bem melhor...”. Neste momento, o apoio da avó da adolescente pareceu exercer importante estímulo para que Elisa não desistisse de ir ficar com Gabriel no hospital: “Sim, e é estressante também, e ela [avó] sempre fala que é pra mim vim aqui, ficar na sala, que eu não posso deixar de ver o Gabriel, e ela sempre me empurra assim mais assim, sabe?”. Também na UTI Neo, a equipe auxiliou Elisa a se aproximar gradativamente do filho, apontando para ela possibilidades de contato com ele: “Um dia eu sentei meio longe e elas mandaram eu sentar mais perto dele, ahn, me pediram pra mim trocar a ‘flalda’ dele... é, e conversam, falam que ele, elas torcem por ele, pra ele sair do, do aspira, do coisa do nariz... elas me ajudam, assim, conversam comigo, chama a... a médica pra conversar...”.

Um aspecto importante se referiu às comparações que Elisa fez de sua rotina de mãe com a rotina de suas amigas que também tinham bebês, assinalando que a maior dificuldade era estar longe de Gabriel: “E o [bebê] dela [amiga]... e ela, da rotina dela é bem melhor do que a minha, né, porque o nenê dela nasceu bem grande... (...) O mais difícil é de, de não ter o Gabriel do meu lado. Toda hora eu to se preocupando... Quando eu to lá em casa eu não consigo ficar bem calma, fico no meu coração como é que o Gabriel ta, eu fico parece meu coração ta aqui [UTI Neo], parece que mesmo eu tendo lá, mas parece que eu to aqui, sabe?”. Outro ponto dramático para Elisa eram os momentos em que tinha que se separar do filho, principalmente para voltar para casa após ficar com ele na UTI: “[Me sinto preocupada] nesses momentos quando, principalmente quando eu vou embora. Aí eu penso assim ‘ah, o que que deve ta acontecendo, como é que o Gabriel deve ta, será que ele ta dormindo?...’, eu penso assim”.

Mesmo vivenciando todas as dificuldades e incertezas que rondavam sua experiência de mãe com Gabriel, Elisa afirmou não ter nenhum aspecto que a incomodava nessa experiência, expressando seu amor incondicional pelo filho: “Eu não me arrependo de ter ele assim, mesmo ele tando lá na UTI, lá, eu amo meu bebê, mesmo ele sendo daquele jeito lá, ta prematuro, eu amo ele de qualquer jeito!”. Ao descrever-se como mãe de Gabriel, ela destacou sua força e perseverança para cuidar sozinha do filho: “(...) acho que eu não sei, deixa eu ver... acho que uma mãe que luta, né, pelo filho, que mesmo com as dificuldades vem ver ele... Mesmo sem experiência, tentando ter, né, pra dar o melhor pro be, pra ele, e que vai lutar por ele, não importando as dificuldades”. Ademais, Elisa falou sobre a superação que desejava alcançar em relação à sua própria mãe como mãe, especificamente quanto à presença e aos cuidados com o bebê: “E eu sempre pensei desde pequena, assim, que eu nunca ia ser

igual a minha mãe, que eu sempre ia ser diferente. Se eu tivesse um filho eu ia cuidar, ia ser a melhor mãe. Porque quando a gente cresce, sem mãe é bem difícil, né...”. Além disso, contou que seu modelo de mãe era a avó, que a criou, e que não queria seguir o modelo de sua mãe, que não cuidou dela: “Ai, não quero ser igual a minha mãe (ri). Porque a minha mãe não cuidou de mim, né! (...) Mesmo ela [avó] não tendo muitas vezes condições ela sempre dava o melhor, ficava sem às vezes pra dar pros filhos dela... acho o modelo melhor é da minha avó”.

Quanto ao pai de Gabriel, Elisa referiu ter acompanhado através do prontuário e dos poucos momentos em que o encontrou na UTI Neo, alguns aspectos da participação do ex-companheiro, como sua frequência na UTI Neo e os contatos que ele teve com o filho. Acreditava que *“ele não é um bom pai”*, por sua ausência durante a gravidez. Entretanto, é importante notar que essa ausência era provocada em parte por Elisa, que se recusava a deixá-lo participar daquele momento. Em todo o relato de Elisa é possível observar uma ambivalência entre incluir o ex-companheiro apenas como pai e excluí-lo completamente de sua vida e da vida de Gabriel. Como não era possível impedir que ele estivesse com o filho, ela permitia o contato entre eles desde que ela não estivesse por perto: *“Ahn... ah, não sei né, ele é o pai do nenê... eu não queria que ele tivesse ali, não, que ele me incomodou demais, mas ele fica lá, né, fazer o que, tem que ficar, né, eu não posso impedir, né...”*.

Próximo ao momento em que Gabriel teria alta, 30 dias após seu nascimento, a pesquisadora encontrou-se novamente com Elisa para mais uma entrevista. Clinicamente o bebê estava bem: havia saído da incubadora e ido para o berço, estava finalizando o medicamento para auxiliar no amadurecimento dos pulmões, parando aos poucos de depender de oxigênio para respirar e dependendo de aprender a mamar no seio para ir para casa. Os treinos de amamentação estavam acontecendo diariamente, e quando ele não conseguia mamar no seio, recorria-se à mamadeira ou à sonda para ser alimentado: *“Eles [pessoal da equipe] pedem pra primeiro mim dar o peito e depois eu dar a mamadeira se ele não quiser. É último ‘causo’, é a sonda, né?”*.

Uma vez que Gabriel havia sido transferido para outro espaço dentro da UTI Neo, onde os bebês permanecem por pouco tempo, Elisa passou a assumir quase que integralmente os cuidados com o filho. Neste espaço em que os bebês ficam apenas para treino de amamentação e para finalizar algum tratamento, as mães são encorajadas a cuidarem do filho com o mínimo de auxílio da enfermagem. Assim, a equipe assume os cuidados apenas na ausência das mães. Elisa expressou sua satisfação quando Gabriel foi transferido, o que apontou para uma maior aproximação entre mãe e filho: *“Ah, eu fiquei, ahnn, eu fiquei bem*

feliz assim quando eu logo que ele veio pra cá, eu achei que ia demorar um monte de tempo (ênfase no “monte”), mas aí quando viu ele foi bem ligeirinho. Ihh, ta, ta bem melhor nossa relação, sabe. Eu acho que, eu acho que agora ele sabe, eu sei que antes ele sabia que eu era a mãe dele, né, mas agora ele sabe mais, eu converso com ele e ele abre... e agora ele não tá só dormindo, ele tá bem esperto. Ele abre os olhos e fica me olhando, assim”. Além disso, a adolescente falou sobre a adaptação que precisou fazer quando Gabriel foi transferido para esta sala: “(...) sinto saudade ali da sala [em que Gabriel estava antes], agora que no começo eu tava acostumada ali já. Mas agora eu tô me acostumando ali no 6º, né? Mas fora isso foi bem difícil no começo, mas depois foi, foi normal assim”.

Elisa falou sobre suas experiências neste novo contexto: “*A primeira vez foi bem difícil. Eu troco ‘flalda’ dele. Ali eu que cuido, elas só orientam assim. Dão a medicação, elas que dão, mas eu que tenho que fazer o resto das coisa pra ele. Eu que cuido ele, pego ele no colo, faço tudo, elas só orientam”.* Além disso, ela falou sobre as possibilidades de aprendizado dos cuidados com o filho, que antes eram realizados quase que integralmente pela equipe: “*É, e outras, muitas coisa eu não sei fazer, né, como... várias coisa. Eu tenho que olhar o pessoal fazer, ou pedir pra elas me ajudar, pra mim poder fazer, porque eu não sei fazer né, eu nunca tive nenê. Mas eu procuro ficar do lado dele cuidando ele bem de olho”.* Assim, com a possibilidade de ver o bebê em bom estado e ser parte fundamental para sua recuperação, era possível que Elisa ficasse mais tempo com ele sem se abater como acontecia nos momentos iniciais da internação.

Quanto às impressões de Elisa sobre o jeito e humor de Gabriel, elas foram percebidas de maneira positiva, o que foi observado durante toda a internação do bebê: “*Só que ele é um bebê bem calmo, sabe, ele não chora muito como os outros bebê. Ele passa mais dormindo. É, ele é mais tranquilo, ele não é um bebê bem... chorão, assim”.* Ao considerá-lo um bebê mais calmo, acreditava que isto pudesse ter ajudado sua recuperação ser mais rápida. Ela explicou: “*E diz que é melhor, né, quando eles são mais, mais quieto, que eles ganha peso mais ligeiro, né, não... (...)É, e não perdem energia chorando assim! (...) Ele sempre foi [calmo]. Lá na na UTI lá, as fisioterapeuta queriam pegar só ele, por causa que ele era mais tranquilo pra fazer, porque era mais fácil de acalmar... ele é bem mais fácil de acalmar, assim, ele não é aquele bebê elétrico assim que chora, chora, chora, chora, chora. Ele é, a enfermeira disse que porque eu sou calma ele é calmo também né?”.* Mesmo sendo um bebê tranquilo, Elisa contou que algumas coisas incomodavam Gabriel e o deixavam mais irritado. Por exemplo, alguns sons: “*Ele se assusta, ele acorda assim de repente, tipo quando cai alguma coisa ali na sala, ou quando elas tã fazendo aspiração numa criança, ou quando*

uma criança chora, assim, ou acontece alguma coisa ele se assusta, ele se treme todo, assim". Assim como alguns sons, trocar a fralda e ser banhado eram cuidados que faziam o bebê chorar: *"Não, não, não é um choro, é mais assim acho que por causa que ele se assusta quando vai tomar banho... (...) Ou quando ele vai trocar 'fralda', por causa que... ele tá dormindo quando os outros vai trocar 'fralda', ele não esperava, eu acho que por isso que ele chora"*.

Ao descrever o filho, Elisa contou que ele reagia chorando quando algo o incomodava, além de ficar irritado. Ela resumiu em algumas palavras o jeito de ser do bebê: *"Acho ele tranquilo, ahn... preguiçoso, pra mamar, principalmente, pra mamar, e dorme bastante, ele é bem... ele é preguiçoso, tranquilo, calmo, bem calmo... deixa eu ver... e meio agitado assim, só quando ele vai fazer, quando faz alguma coisa diferente pra ele assim..."*. Quanto às características físicas do filho, Elisa contou sobre a semelhança de Gabriel com o pai: *"É, que ele é parecido, é a cara do pai dele! [Queria que ele tivesse saído] parecido comigo, né, mas como ele saiu parecido com o pai dele... Fazer o que, né! Só isso que é triste..."*. Emocionalmente, ela disse que Gabriel se parecia com ela: *"Mas ele é bem mais parecido porque eu sou mais calma, assim, mais tranquila, e ele é mais tranquilo também. A enfermeira, a Dani, assim lá no 6º, ela diz que é por causa que eu sou tranquila aí ele é tranquilo assim. Ele tem meu gênio"*.

Neste momento em que Gabriel melhorou e mudou de sala, ele não precisou mais se submeter a alguns procedimentos dolorosos. Isto também foi algo que fez Elisa se sentir mais tranquila e menos angustiada. Ela falou sobre a tensão que sentia todas as vezes em que Gabriel precisava se submeter às intervenções dolorosas da equipe: *"Eu não gostava de ver porque eu ficava tensa, ficava mais nervosa (riso). Aí quando eu parei de ver acho que eu fiquei mais tranquila"*. Como estratégia para diminuir sua ansiedade, a adolescente saía da sala na maioria das vezes em que a equipe avisava que faria qualquer procedimento com Gabriel.

A respeito do desenvolvimento de Gabriel, Elisa destacou alguns aspectos como o crescimento físico do bebê ao longo da internação, bastante perceptível para ela: *"Ele tá gordo, grande, bem pontudão assim! As... Eu mostrei uma foto pra minha tia e ela se apavorou porque ele é enorme, assim, oh! (...) Aham! Bahh e engordou, ele tá com uma carinha bem gordinha assim! Tá bem melhor, o desenvolvimento dele!"*. Ela apontou para aspectos da interação com Gabriel, que ela relacionava com o crescimento dele e o incremento na capacidade dele de interagir, considerando-o neste momento "um bebê grande": *"Aham! E ele segura a minha mão bem forte, eu dou a mão pra ele segurar, quer*

dizer, o dedo né? O dedo, ele segura bem forte... e, ele ta assim, bah, parece um bebê grande já, sabe assim, pelo jeito dele, assim, ele já vai fazer um mês também, né?”. Interessante diferenciar a forma como Elisa viu Gabriel pela primeira vez, como “um mini-bebê”, e depois passou a vê-lo como “um bebê grande”. Ainda, é importante observar que Elisa sempre tinha conhecimento do estado clínico de Gabriel, pois lia o prontuário do filho todos os dias. Então, é possível que suas expectativas e observações também fossem fortemente influenciadas pelo parecer diário da equipe.

Outro aspecto que Elisa destacou referiu-se ao fato de ela chamá-lo pelo nome e ele responder de alguma forma à mãe, como que reconhecendo sua voz: *“Ele olha pra mim, assim, eu converso com ele. A primeira vez quando eu vim pra cá, assim, eu conversei e disse assim ‘viu, Gabriel, eu te falei que a gente ia vim pra cá?!’ Eu falei assim com ele, pra ele que a gente ia vim pra cá, e ele ficou me olhando assim, chamava ele ‘Gabriel’. (...) Aí eu chamei ele de Gabriel, aí ele tava dormindo aí ele abriu os olhos assim. Quando eu chamei ele. Aí eu conversava com ele, toda vez que eu chamava ele de Gabriel ele abria os olhos. E olhava com uma cara assim de brabo!”*. Todas estas impressões de Elisa estavam relacionadas à sua concepção de que um bebê de um mês já seria capaz de responder a diversos estímulos, mesmo tendo nascido prematuro e pequeno: *“Quer dizer, não parece, pelo tamanhinho assim, (riso) mas vai fazer um mês... quando a criança ta com um mês acho que ela fica mais esperta, né? (...) Assim, começa a se desenvolver... eu acho que agora ele vê, já, né? Ou não vê... Tem umas enfermeira que diz que ele só via uns vulto, mas eu acho que agora ele já enxerga, né, direitinho. (...) Eu acho que agora ele vai fazer um mês amanhã, né, acho que um nenê de um mês já... já se desenvolveu, né?”*.

Além disso, Elisa discorreu sobre sua satisfação em ser mãe, de maneira que suas expectativas iniciais quanto ao bebê pareceram não influenciar neste sentimento: *“Eu achava que era uma menina, né, mas assim como veio um menino assim, eu acho pra mim ele é o bebê mais lindo do mundo! Claro, eu sou a mãe dele, né! Ele é bem lindinho, assim, bah! Ahn... Bem lindo, eu acho que bem calmo, assim, tudo que eu pedi, sabe, e mais um pouco. Com certeza! Aham! Eu to muito feliz com ele, que agora eu sou mãe né?”*. Ela pareceu estar ciente das responsabilidades e limitações que envolviam a maternidade, mas pareceu fantasiar a respeito de outras condições de assumir o papel materno na sua idade: *“Mesmo eu sendo novinha, assim, mais nova assim, tem gente que diz que... que é claro, é, agora vai ser difícil, né, porque eu não vou poder fazer algumas coisas que eu fazia. Assim, sair com as minhas amigas talvez, mas fora isso, assim, vai ser tudo normal, né... Porque acho que um filho é a melhor coisa pra uma mãe, né, depende da mãe também, né...”*.

Pré-alta hospitalar do bebê

Nos dias que antecederam a alta de Gabriel, Elisa estava começando a organizar as coisas que faltavam em sua casa, como montar alguns móveis, roupas e preparar o espaço dele no quarto dela: *“Eu vou comprar os parafuso pra arrumar a cômoda, ah, montar o berço. (...) Vou comprar, essa semana quando eu tiver alta, vou comprar o restinho da roupinha dele. Ta faltando... roupa pra sair ele tem, mas ta faltando cobertor, as outras coisas que assim eu não comprei porque não deu tempo... a bolsa, mas assim, quando ele for pra casa, ele vai pra minha casa, assim”*. Elisa explicou que havia organizado uma cama de casal em seu quarto, na qual pretendia colocar Gabriel dormindo com ela nos primeiros meses: *“Eu botei uma cama de casal, né, grande... (...) Mas ele vai dormir comigo, assim, no começo, né, mas depois é que vai dormir sozinho. Ele é muito pequeno acho pra dormir sozinho, né?”*. Mesmo com a orientação das enfermeiras da UTI sobre acostumar o bebê a dormir sozinho em seu berço, Elisa disse ter medo de deixá-lo dormir sozinho no berço.

Quanto às expectativas sobre a alta de Gabriel, a adolescente reconheceu que o filho precisaria estar bem para sair da UTI: *“(...) toda mãe tem ansiedade né? Um pouco pelo filho porque tem que esperar pra ir pra casa, assim... acho que... Mas eu falo que é pra ele ter calma, que não é pra ele se apurar! Que é pra ele ir com calma que, que é pra ele aprender a mamar direitinho pra gente poder ir pra casa! (...) Ah eu to louca pra que chegue duma vez o dia [da alta]!”*. Contou que a família e suas amigas estavam vendo o bebê através de fotos que ela tirava sempre do filho, e que estavam todos esperando pelo bebê em casa: *“Que, que... todo mundo ta esperando, também, né, vai fazer um mês, já, né, que ele ta aqui no hospital. Todo mundo quer ver ele de perto... Principalmente pra ele, pra eu tirar umas foto mais bonita dele! E eu to louca que ele chegue pra gente terminar de comprar os enxoval, e eu disse que com certeza ele vai ganhar mais presente porque disse que quando ele voltar pra casa, os nenê sempre ganham, né?”*. Quanto ao pai de Gabriel, Elisa disse que ia permitir que ele visitasse o filho, entretanto, ainda não tinham feito nenhuma combinação sobre a participação do pai. Disse que achava melhor que o ex-companheiro fosse ver Gabriel em sua casa, aos finais de semana: *“Eu acho que não... acho que ele vai ter que ir lá na minha casa pra ver o Gabriel! Mas eu não vou de, eu também não vou lá na casa dele! Porque a gente não ta junto, né... não tem como... Ele que vá lá ver o nenê lá na minha casa! Mas... vá tipo os final de semana, né, pode ser sábado e domingo, fique lá, vê e deu, e vai embora. Fora isso a gente não tem mais nada junto!”*.

Ainda, Elisa comentou sobre como acreditava que o filho ficaria após chegar em casa: *“Ele vai pra casa, e, ih, vai ser ótimo pra ele! Ótimo! Ele vai se desenvolver bem mais ligeiro! Lá ele vai tá cheio de pessoas que gostam dele né... E vai ser bem melhor”*. Ademais, ela destacou os pontos positivos da alta do filho, sobretudo para a maior proximidade entre mãe e filho: *“Principalmente de eu pegar ele no colo e não precisar vim todo dia aqui, porque... eu não tenho nenhum dia, né, com ele, assim, todo dia vim no hospital, no hospital, no hospital, no hospital, bem cansativo. Mas assim, eu tô louca que chegue o dia pra ele descansar mais e eu descanso junto com ele, ele tando do meu lado, né, bem melhor!”*.

Quanto aos cuidados em casa, Elisa contou que ela se responsabilizaria por cuidar de Gabriel, contando com a ajuda da tia: *“Como agora eu não vou estudar, né, porque minha vó não quer deixar... (riso) Não, e por causa que também eu tenho que cuidar dele, né, quem que vai dar mamã no peito pra ele? É, só ano que vem, ano que vem quando ele tiver um ano eu vou voltar a estudar, sim, com as minhas amiga. Mas, é, eu que vou cuidar ele, a minha vó. Mas assim, eu e a minha tia vai me auxiliar, porque ela já tem filho, ela vai me explicar as coisas, né?”*. Ela disse que ainda tinha dúvidas quanto a alguns dos cuidados, como amamentar, dar banho e colocar o bebê para arrotar, mas que sua avó a ajudaria nessas tarefas: *“Ah, um... um pouco [de dúvidas] eu tenho comigo, mas a minha avó vai me auxiliar, né, então nem tem muita dúvida! Assim, dúvida assim, oh, de dar o, teta, (riso) eu tô com medo, né, de dar peito... E... dar banho, eu só dei uma vez, e trocar ‘flalda’, eu sei, vestir eu também sei, mais é dar banho e dar o peito. Fora isso, é bem, eu acho que a gente... também segurar ele... ah, e também botar pra arrotar!”*.

Em relação às expectativas de Elisa para o futuro, ela mostrou-se ambivalente quanto a ter outro filho, colocando como condição a presença de um companheiro: *“(...) não sei né, se um dia eu vou ter outro filho, tomara que não, né! Mas talvez sim, né, ninguém sabe... Ah, não, dói muito [ter um filho]! Dói demais! Mas quem sabe, quando um dia eu me casar de novo, né, como agora eu tô solteira, que eu separei do pai dele...”*. Pode-se afirmar que a dor referida por ela poderia também ser entendida não apenas como a dor física do parto, mas como a dor emocional de não poder construir a família com que ela sonhava.

Síntese do caso

O caso de Elisa e Gabriel pode ser sintetizado em alguns pontos principais. A história de vida da adolescente, marcada por abandono dos genitores desde cedo, deve ser olhada com cuidado no momento em que ela se torna mãe, no contexto dramático e solitário da prematuridade. Ela podia contar apenas com ajuda da avó e da tia maternas, mas com o

nascimento de Gabriel foi possível que ela ampliasse sua rede de apoio, contando com a reaproximação de seus pais e a ajuda da equipe da UTI Neo onde Gabriel ficou internado.

Além disso, o relacionamento ambíguo que ela tinha com o pai de Gabriel, naquele momento seu ex-companheiro, marcava para ela a frustração de não poder ter formado sua “família ideal”, no modelo de família nuclear. Ter-se separado do companheiro foi para Elisa algo muito penoso de suportar, que também ajudou a assinalar sua solidão e a constatação de que ele não era o companheiro que ela esperava para compartilhar este sonho.

Quanto ao nascimento prematuro de Gabriel, a adolescente ficou bastante impactada em um primeiro momento, mas aos poucos foi se resignando e se adaptando à rotina da UTI e às limitações impostas pela situação em sua aproximação com Gabriel. Na medida que percebia a melhora clínica do filho, ela própria podia sentir-se melhor e se aproximar dele. Além disso, com a evolução clínica do filho, Elisa pôde passar a assumir paulatinamente alguns cuidados com o filho ainda na UTI, o que significou uma aproximação efetiva entre mãe e filho, impossibilitada anteriormente pela fragilidade de Gabriel e sua dependência da incubadora.

Além disso, as experiências de Elisa em relação ao nascimento prematuro de Gabriel só puderam ser vivenciadas no plano emocional depois de decorrido um tempo de internação do bebê na UTI, e depois de passado o momento de maior risco de morte do bebê. Antes deste momento, essas experiências eram geralmente referidas como corporais, sentidas pela adolescente como uma revolução em seu corpo, que estava fora de seu controle – como é o próprio processo de adolecer. O terror vivido por ela em relação ao parto, com o sangramento e as dores em excesso, pôde ser substituído pelas vivências na UTI Neo, com uma crescente disposição em participar da recuperação do filho e ser peça fundamental na melhora do mesmo, o que acarretaria sua própria melhora psíquica.

Caso 4: Nádía e Bruno

Nádía: o segundo bebê da casa

Impressões da pesquisadora

Nádía, de 17 anos, era uma adolescente bastante tímida e pueril. Tinha uma voz extremamente infantilizada e era uma menina fisicamente pequena, parecendo-se com uma criança. Emocionalmente, pareceu claramente estar na transição entre a infância e a adultez, aspecto que pouco se modificou no decorrer dos encontros com a pesquisadora. Em alguns momentos apresentava uma postura de responsabilidade e consciência da nova realidade como mãe, enquanto em outros mostrava a dificuldade de sair da posição de “bebê da casa”: “... lá em casa eu era o bebê assim”.

No primeiro contato da pesquisadora por telefone, foi possível conversar com o namorado e com a mãe da adolescente, os quais mostraram-se bastante simpáticos com a pesquisadora. Nádía também pareceu solícita ao telefone e ficou marcado para o dia seguinte o primeiro encontro na UTI Neo do H2, onde estava internado seu bebê, Bruno.

Na hora combinada, a pesquisadora foi ao encontro da adolescente na sala onde estava Bruno, e encontrou ambos os pais ao redor da incubadora, olhando o filho. À primeira vista pareceram dois jovens com expressão de desolamento no rosto, como se velassem o bebê à distância. Este semblante de fragilidade observado nos adolescentes foi uma constante durante o tempo em que a pesquisadora teve contato com os jovens na UTI Neo, o que em alguns momentos transformava-se em expressões de desespero por parte deles. Estes momentos ocorriam principalmente quando o bebê não respondia aos estímulos dos pais para acordar e mamar, e eram perceptíveis pelas expressões não verbais dos adolescentes. Poder-se-ia utilizar como guia deste caso a afirmação de Nádía de que “*a ficha não caiu*” (a respeito de ter se tornado mãe).

Os contatos da pesquisadora com a mãe e o pai (João) adolescentes ocorreram com bastante frequência, de maneira que ambos estavam bastante dedicados a ficarem juntos na UTI Neo com Bruno, tendo se organizado com o apoio de suas respectivas famílias para tal. O casal ia diariamente à UTI, e fazia um esforço perceptível para acompanhar o estado clínico de Bruno e os avanços que o bebê apresentava.¹⁰

¹⁰ É importante mencionar que o pai adolescente esteve integralmente presente com Nádía, não apenas na UTI Neo, mas também nas falas da jovem mãe e permeando suas relações com Bruno. Assim, em alguns momentos não será possível a exclusão do pai na discussão dos dados, apesar do foco do presente estudo ser na mãe adolescente e em suas vivências.

Bruno foi transferido para o outro andar da UTI Neo um dia após o primeiro encontro da pesquisadora com sua família, tamanha sua melhora clínica. Foi neste dia que a pesquisadora o conheceu, adormecido tranquilamente nos braços dos pais. Os pais adolescentes pareciam orgulhosos do filho, e a pesquisadora comentou que Bruno parecia estar bem. A qualidade dos laços que estes pais estabeleceram com o filho transparecia não apenas neles próprios, como também em Bruno, e a família parecia estar se ajustando aos poucos à nova rotina.

Entretanto, é importante mencionar que Nádia parecia bastante impactada pelo nascimento prematuro de Bruno. Pelas entrevistas um tanto confusas, pelo semblante deprimido e preocupado que a pesquisadora sempre percebia nela, estava sendo complicado passar pela experiência do nascimento prematuro do filho somada às incertezas do momento. Bruno se desenvolvia com progresso, entretanto permanecia adormecido grande parte do tempo, o que limitava os contatos dos pais (e da equipe) com ele. Assim, tentavam em vão acordá-lo para os treinos de amamentação, e continuavam tentando enquanto o banhavam ou trocavam suas fraldas, ou tocando Bruno nas pernas ou nas mãos, mas ele abria os olhos por alguns segundos e logo voltava a dormir seu sono tranquilo e profundo. Com essa limitação de Bruno, Nádia passou a vivenciar uma variação significativa em seu humor, de maneira que referiu estar extremamente cansada quando conversou com a pesquisadora no momento de pré-alta do filho. Mesmo se mostrando tão deprimida, Nádia fazia planos para a alta de Bruno e se manteve simpática na medida do possível para o momento.

Bruno acabou demorando um pouco mais para sair da UTI, uma vez que ainda não havia despertado para aprender a mamar no seio de Nádia. A pesquisadora encontrou os pais adolescentes outras vezes após a última entrevista, na UTI Neo, e eles não tinham previsão da alta de Bruno, o que aumentou sua tensão, cansaço e estresse.

Nádia

Nádia, de 17 anos, era a mãe mais jovem participante do estudo. Bruno, seu bebê, nasceu prematuro com 35 semanas e 1750 gramas, de maneira que era o maior bebê dentre os quatro participantes deste estudo. Quando a pesquisadora se encontrou pela primeira vez com Nádia, Bruno estava com 12 dias de vida e melhorava seu estado clínico rapidamente.

A adolescente estava namorando o pai de Bruno, João, de 18 anos, há três anos. Explicou que *“um ano foi, foi assim só de colégio assim, daí nos outros dois já foi uma coisa mais séria, assim, esse ano que, quando o Bruno nasceu daí ele... foi uma coisa mais séria, mais responsável assim, quando eu soube que eu tava grávida, daí eu tive que levar mais*

sério o namoro”. Eles se conheceram no colégio e continuavam namorando após o nascimento do filho, e Nádia referiu não pensar em se casar ou ir morar com o namorado por desejar realizar outras coisas antes disso: *“Eu acho que eu tenho que pensar mais no... no futuro do Bruno, assim, sabe, nessas coisas assim de trabalhar... essas coisas... (...) E... mas acho que morar junto acho que é muito cedo, eu acho*”. João estava sendo uma pessoa de grande importância para Nádia, por apoiá-la e acompanhá-la na UTI Neo diariamente.

Nádia morava com a mãe, dois irmãos e duas sobrinhas. Referia que a família a apoiava muito e que por ser a filha caçula, sempre fora tratada como o “bebê da casa”. Contou que o pai havia falecido quando ela tinha aproximadamente sete anos de idade, e que sua mãe não se casou novamente, explicando que ela e os irmãos não permitiam que a mãe encontrasse um novo companheiro: *“Não, não, nem a gente deixa também, né. (riso)”*. Além disso, os laços entre mãe e filha eram bastante estreitos, de maneira que, dentre outros aspectos que indicavam esta dependência, Nádia dormia na cama com a mãe.

A adolescente falou sobre sua vida antes da gravidez: estava estudando e fazendo planos de começar a trabalhar. Foi um momento em que o namoro com João passou a ficar sério, e eles começaram a namorar em casa. Passava bastante tempo com ele e então tiveram a primeira relação sexual. Nádia não tomava anticoncepcional, pois a mãe era “das antigas” e não aceitava que ela tomasse a pílula: *“(...) a gente, porque eu não tomava nenhum comprimido, não é que minha mãe não deixava, é que minha mãe é, ela... é igual a gente diz, a minha mãe é uma pessoa das antigas*”. A adolescente acabou engravidando de Bruno nesta primeira experiência sexual, o que aproximou mais o casal de namorados, que passou a dormir juntos ora na casa de Nádia, ora na casa de João. Ela contou que mesmo tendo usado camisinha e menstruado no dia seguinte à primeira relação, acabou engravidando: *“Daí eu não tomava nada, a gente... daí na primeira vez que eu fui tipo, fui ter a relação com o João, a gente fez com camisinha e daí no outro dia, ahn, a minha menstruação já veio e na outra, depois de duas semanas, eu já tive que ir no, na... Já tava grávida daí”*.

Experiência da gestação e parto

Nádia falou sobre como ficou sabendo que estava grávida, através da insistência de um farmacêutico que disse a ela para fazer o “teste de farmácia”: *“Eu fiquei... quando eu soube que eu tava grávida ahn... eu tava na casa do João e a gente tinha tipo assim saído, assim, sabe, daí a gente tinha ido na farmácia e o farma, o cara da farmácia falou que ahn, que eu tava grávida, não sei o que, que eu tava com, ti, eu tava menstruada mas eu tava, ele tinha falado que eu tava grávida, assim, que eu tinha feito...”*. Assim que

descobriu a gravidez, Nádia disse ter se sentido confusa, de forma que começou a sentir-se bem quando a barriga começou a crescer: *“Ai, na hora assim eu não sabia o que fazer, não sabia se eu chorava ou se eu pulava de alegria, mas quando eu comecei a ver que minha barriga tava crescendo assim eu me senti muito bem, muito bem”*. Com a gravidez, Nádia referiu sobre a sensação de ter amadurecido ao pensar nas futuras atribuições maternas: *“Tipo com... mais ou menos assim de, de cabeça, assim, sabe, de pensar as coisas, assim, eu acho que eu era, acho que eu era muito, muito infantil assim pra certas coisas, assim sabe? Mas depois que eu soube que eu tava grávida eu acho que, eu despertei assim, acho que mais um lado responsável, mais um lado de, de saber agir assim, sabe?”*.

Nádia contou que assim que descobriu que estava grávida através do “exame de farmácia”, contou para sua mãe. Ela orientou a filha e fazer o exame de sangue e assim que confirmou o resultado, iniciou seu pré-natal, com aproximadamente duas semanas de gestação. Disse que João a acompanhou em todas as consultas: *“É, mais ou menos umas duas ou três semanas, eu já tava assim. Daí o João foi em todas as consultas comigo, assim, sabe, em todas... por mais que seja de tarde assim ele ia, assim, ele ia comigo em todas as consultas, falava, entrava comigo na sala”*. Embora tenha passado pelo parto prematuro, no geral a gestação foi vivida de forma saudável: *“Minha gestação foi, foi muito boa, foi muito agradável, assim, sabe, foi bem saudável”*.

A notícia da gravidez então foi dada para todos da família, que apoiaram a adolescente. Entretanto, a notícia de que a filha caçula estava grávida teve que ser processada aos poucos, principalmente pela mãe da adolescente: *“Sim, todo mundo lá da minha família apoiou a minha gravidez. Sim, todo mundo. Não foi que foram contra, mas foram... ahn... como é que eu posso dizer... na hora assim de saber foi um grande susto assim, sabe, é, foi mais isso assim, mais revoltado, acho que a palavra certa... Mais isso foi assim, a minha mãe, porque eu era muito novinha, né, eu era a menor lá de casa... Assim, era o bebê, essas coisas assim... É, eu acho que foi mais isso assim. Mas logo que a minha mãe viu assim que eu tava, que eu tava gostando, né?... daí a minha mãe viu que, que ela tinha que, que tinha que aceitar, né (...)”*. Com a gravidez, ela passou a receber mais atenção da família, dizendo que tratavam-na até melhor que antes: *“E... ela... acho que me tratavam muito bem, muito bem. Daí logo que eu fiquei grávida, me trataram melhor ainda, né?”*. Inclusive, Nádia referiu ter sofrido preconceito de algumas pessoas de sua família extensa, em relação à sua pouca idade e às suas escolhas durante a gravidez, como manter-se namorando João: *“Algumas com um preconceito, assim, sabe, de eu ser... porque na época assim eu tava... como eu sou a menor, eu sou a... a menor assim lá de casa, assim, sabe, ahn... todo mundo*

‘ai, a Nádia ficou grávida’, essas coisas assim, sabe, e eu sofri bastante com preconceito assim sabe... (...) Mas foi mais isso, mais preconceito assim da minha idade, também, de eu e o João, assim, só ta namorando assim...”.

João sempre esteve muito próximo durante a gravidez de Nádia e começou a estabelecer alguma relação com Bruno ainda no ventre materno, assim como as outras pessoas da família de Nádia, que conversavam com o bebê: *“Aham, porque o João na minha gravidez ele conversava bastante com ele. Na barriga, assim. Conversava bastante, ele, a minha mãe, todo mundo, conversava bastante”.* Quanto aos movimentos fetais, estes começaram a ser sentidos por Nádia aos três ou quatro meses, os quais foram intensificados no final da gravidez. A adolescente falou que nos momentos em que Bruno se mexia excessivamente em seu ventre, sua mãe ou João conversavam com ele, o que parecia acalmá-lo: *“(...) às vezes o João conversava com ele, ele dava chute, essas coisa assim e às vezes a minha mãe também de noite, conversava com ele. Às vezes eu não dormia de noite por causa que ele mexia demais e daí às vezes quando eu pousava lá na casa do João, o João às vezes onze horas da noite falava com ele pra mim poder dormir, daí eu dormia”.*

Nádia contou que frequentou a escola até o momento em que teve que se internar pela primeira vez, um mês antes de Bruno nascer: *“Eu fui, eu ia.... ahn... eu ia todos os dias mas tinha um dia que eu não ia na semana. Daí eu parei, daí eu parei de estudar quando eu fiquei internada, daí eu não, desde que eu fiquei internada eu não fui mais na aula...”.* Após esta internação, foi orientada a fazer repouso absoluto em casa e ingerir bastante líquido, e contou com a ajuda de algumas pessoas para isso: *“Não, eu tava fazendo repouso. Tava... Quando eu saí daqui, quando eu fiquei internada, eu saí daqui, o médico tinha falado que era pra mim ficar em repouso absoluto, só com água e suco, só com água e suco e remédio, muito remédio... Aham, daí o João às vezes pousava lá no final de semana pra ficar comigo, a minha mãe ficou tempo sem trabalhar também... Aham... a namorada, a ex mulher do meu irmão ela ficava lá também pra me ajudar, pra mim não levantar nenhum esforço, nem nada...”.* Para a adolescente, parar de estudar foi a maior mudança pela qual passou na gestação. Além disso, comentou de forma contraditória que a gravidez foi vivida com “tranquilidade”: *“Ah, foi bem tranquila assim sabe, a minha gestação, porque, ahn, tipo... ahn... foi bem tranquila assim, não teve nada que me desapontasse assim sabe, que me deixasse com raiva assim que eu taria grávida, acho que foi mais isso, acho que não teve nada que me deixou mal assim. (...) É, às vezes me estressava por qualquer coisa, brigava por qualquer coisa, às vezes eu brigava com o João e nem sabia o porquê mas eu tava brigando com ele... eu acho que era por causa da gravidez, eu acho”.*

Nádia contou que no último mês antes do parto já estava se preparando para a possibilidade de que Bruno nascesse antes dos nove meses: *“Ah, eu tava bem, eu tava preparada que não... vou ta até os nove, né? No último mês... Não, não tava preocupada que ia durar mais um mês”*. Esta possibilidade já havia sido referida pelo médico que a estava acompanhando, devido ao seu tamanho corporal bastante pequeno, o que poderia dificultar que o bebê tivesse espaço suficiente para se desenvolver. Nádia contou que achava que não conseguiria ter o bebê, pois por ser fisicamente pequena, parecia não poder suportar um bebê dentro do corpo: *“Eu pensei que... Ai, eu não sei... Eu pensei que eu não ia conseguir, sabe? É, ter ele, porque falam que eu era muito pequeninha, não sei o que. É, eu pensei que daí eu não ia ter ele assim, eu pensei que eu não ia aguentar nem até os três, assim, eu pensei que eu não ia aguentar... Porque eu era muito pequeninha, eu tava com uma baita de uma barriga. Aham... E eu pensei que eu não ia conseguir ter ele assim, até os nove meses...”*.

Nádia falou a respeito de como imaginava algumas características de Bruno. Contou que descobriu o sexo dele logo na segunda ecografia que fez, e que achava que teria uma menina. Ela queria uma menina e João queria um menino, de forma que pareceu ter ficado surpresa quando descobriu o sexo do filho. Justificou sua aceitação com a condição de que o filho nascesse saudável: *“E eu, ‘aham, bah! Bah, um menino!’, fiquei assim sabe quando o doutor disse ‘ah, é um menino’. (...) Mesmo querendo uma menina mas pra mim não foi decepcionante, porque... vindo com saúde acho que é em primeiro lugar né, e acho que menino ele ta bem, acho que é o que importa, sendo uma menina, um menino, pra mim tanto faz”*. Achava que Bruno nasceria parecido com João, pois todos os seus sobrinhos haviam nascido parecidos com seus pais. Outro aspecto descrito por Nádia referiu-se a como se imaginava como mãe durante a gravidez, desejando proteger o filho das vivências que ela própria tinha experienciado, como a gravidez na adolescência: *“Ah, não sei assim te dizer mais ou menos... mas acho que eu ia ser uma, acho que eu vou ser uma mãe bem cuidadosa assim sabe. É. Ai, sei lá, que vai ta sempre perto, assim, sabe, sempre do lado quando ele precisar, assim, sabe, não deixar o que aconteceu comigo [engravidar na adolescência], deixar, não deixar acontecer com ele assim sabe”*.

A respeito de outros preparativos para a chegada de Bruno, Nádia falou sobre a escolha do nome do filho, que veio como sugestão de uma lista que alguns colegas fizeram na escola. Importante observar que a decisão pelo nome do bebê passou pela mãe da adolescente antes de passar pelo aceite do pai do bebê: *“(...) daí do Bruno, daí quando soube que era um menino, do colégio, quando eu tava estudando ainda, no colégio fizeram, ahn, uma lista de nomes assim, sabe, daí uma amiga me falou ‘ah, bota de Bruno’, daí eu fui pra casa ‘Bruno,*

Bruno’... daí eu falei pra mãe ‘ah, tem que botar um nome que todo mundo saiba falar’, daí eu ‘ai, mãe, as gurias falaram lá Bruno’, ‘ai, que nome bonito, bota Bruno!’. *Aí eu falei pro João: ‘Bruno, João’, aí o João ‘ah, Bruno é bonito’, daí ficou Bruno. Cada dia tinha um nome, né, mas ficou Bruno’.* Ela contou não ter conseguido organizar os pertences de Bruno ao longo da gestação, tendo referido que *“todo dia eu ganhava uma roupinha de alguém”*.

Chegado o momento do parto, Nádia relatou sobre as contrações que começou a sentir enquanto dormia, de madrugada: *“Eu acordei de madrugada era umas cinco horas, daí eu senti que eu tava sentindo umas dores aqui embaixo, daí eu fui no banheiro (...) Daí eu fui no banheiro fazer xixi e eu senti que eu tava ainda com vontade, assim, uma coisa assim, e eu sentei no vaso de novo, daí eu quando sentei no vaso ‘ai, que vontade de fazer xixi’, uma coisa empurrando assim (...) e daí, ahn, daí quando vê, eu acordei minha mãe ‘ai mãe, ta escorrendo uma água de mim assim’, e eu parecia que eu tava fazendo xixi assim normal. Daí quando vê a minha mãe falou assim ‘não é xixi Nádia, a bolsa estourou’”*. Logo ela começou a sentir umas *“dores estranhas”* e já foi levada pelo irmão para o hospital. Disse que imaginava que o parto seria mais rápido e quase indolor: *“Ai, que... Eu pensei que... que a gente, sei lá, a gente espera assim ai, ahn... vai dar, a gente vai chegar lá e já vai, já vai vim, já vai ganhar, mas não, a gente tem que passar por algumas dores”*.

Nádia contou que o parto não foi uma experiência tão difícil, mas que sentiu muita dor: *“Não, não foi um parto difícil, mas senti muita dor assim, sabe, essas coisas assim, e... mas foi sorte que só a dor, foi muito rápido também, porque eu pensei que ia demorar mais”*. Mesmo acreditando que o parto seria mais rápido, contraditoriamente ela achou que o filho nasceu logo, de maneira que ela chegou ao hospital às cinco e meia da manhã e Bruno nasceu à uma e doze da tarde. Além disso, Nádia referiu não se lembrar de muitas coisas deste momento, apenas dos profissionais da equipe pedirem a ela que fizesse força para Bruno nascer: *“Mas ela [médica] disse ‘vamo lá, que senão tu não vai ter esse bebê, vamo lá, vamo fazer força’ ela disse pra mim... Foi a única coisa que eu lembro assim das enf, dos médicos, das enfermeiras, foi.. É mais isso assim sabe”*. A adolescente acreditava que a dor bloqueara sua memória, de maneira que durante o parto ela permaneceu de olhos fechados e só ouviu as ordens de fazer força e as palavras de incentivo de João.

Durante o parto o apoio de João e da mãe de Nádia foi fundamental para a adolescente, que se sentiu mais tranquila. Ela gostaria que sua mãe tivesse entrado, mas achou importante que o pai estivesse ali presente: *“Aham, ele entrou com medo porque na hora assim que ele foi lá me ver, eu tava muita, tava com muita dor assim e ele ‘não, eu vou entrar contigo’... ia entrar minha mãe, mas no momento que, desde o início que ele ia entrar*

comigo, na hora de ver o Bruno nascer... Eu já me tranquilizei assim um pouco, sabe, mas só foi ele que entrou e ele, ele falava 'vamo Nádia, vamo, tem que fazer força!'. Aham, ele segurou tipo assim no meu braço, assim, na minha mão, assim, e começava a falar 'vamo, vamo', fazia assim no meu braço, mas foi bem importante ele entrar assim pra ele ver sabe? (riso) Eu acho". Nádia referiu que a presença de João vendo o nascimento do filho seria como apresentar a ele a nova realidade, com novas responsabilidades e a concretização do novo papel de pai: "Sim, porque acho meio que pra mostrar pra ele assim sabe que, que o Bruno tava vindo assim... Mostrar a realidade pra ele né... Eu acho que é, acho que tinha que ser ele mesmo. Ah sei lá, falar pra ele que... sei lá, que o filho dele ta vindo, sei lá, alguma coisa assim sabe? É, que... É, fazer ele participar um pouco mais assim, ver que... que filho dele ta vindo, que, mostrar pra ele... Acho que tinha que ser ele mesmo".

Assim, Nádia contou sobre o nascimento de Bruno e sua emoção no momento do primeiro encontro com o bebê: "Na hora que o médico me botou ele assim no meu colo, eu comecei a chorar, eu me lembro que o doutor falou bem assim pra mim 'não é tu que tem que chorar mãe, deixa ele chorar um pouco também', o médico falou assim pra mim. Acho que ele ficou uns... uns cinco segundos, ou uns dez segundos assim no meu colo assim e eu já comecei a chorar. Daí a... o médico falou 'deixa ele chorar mãe, um pouco também', daí logo tiraram ele, daí depois eu vim ver ele aqui só". O primeiro contato com o filho sobre seu corpo, mesmo que breve, emocionou-a: "Ai, foi... foi bem bonito assim, que ele começou a chorar assim e ele... e a única coisa que assim que eu lembro foi que ele começou a chorar assim e logo que eu fui passar a mão nele os doutor já tiraram ele, mas só naquele choro assim, que, que eu, que eu lembro assim que ele caiu assim nos meus braços, foi bem bonito assim, sabe...".

Nádia falou das primeiras impressões que ela teve de Bruno naquele momento do parto, contando que estava difícil acreditar que tinha um filho: "Ah, não acreditei na hora assim... que... não acreditei que na hora assim que, bah, eu tinha feito um filho, tudo, que era uma coisa bem pequenininha assim, não acreditei na hora. Acho que ainda não dá ainda pra acreditar assim...". Surpreendeu-se quando o viu pela primeira vez, contando que "(...) quando eu vi ele assim na primeira vez, eu 'nossa como é que uma coisa dessa pode caber em mim assim sabe'...". Para ela, o fato de Bruno ter nascido prematuro "acelerou mais um pouco as coisas".

Experiência da internação do bebê

Assim que Bruno nasceu foi levado rapidamente para a UTI Neo. Precisou ir para a incubadora e colocar sonda para se alimentar, mas em poucos dias melhorou o estado clínico geral. Contraindo uma infecção nos primeiros dias, mas logo se recuperou, precisando apenas ganhar peso para ir para casa. A adolescente pensou que Bruno nasceria com algum problema de saúde mais grave, por ser prematuro: *“Eu pensei que tipo, ele ia nascer com alguma coisa, assim, alguma doença, alguma coisa assim, ou sei lá, usar algum aparelho, alguma coisa assim... Porque de sete meses a gente fica apavorada né, a gente não sabe como é que vai vim essas coisas, eu pensei que ele ia vim com alguma doença. É, porque sete meses a gente pensa ah, ainda tá recém se formando assim né. E eu pensei ah, ahn, ele vai vim com alguma coisa assim...”*.

Nádia foi ver o filho na UTI Neo pela primeira vez algumas horas após o parto: *“No dia do parto mesmo, mais tarde, eu vim por umas nove horas, dez horas, que daí já me mandaram direto pro quarto”*. Enquanto esteve internada durante dois dias para recuperar-se do parto, ela ia todos os dias de manhã ficar com o filho na UTI: *“Foi... Quando eu fiquei aqui, quando eu ganhei o Bruno, eu vim todos os dias, tomava o remédio de manhã que era o que não dava dor e vinha, vinha todos os dias ficar. (...) Daí eu já vim direto pra ele, mas nas horas que dava pra mim vim, eu já tomava o banho de manhã e já elas me examinavam assim, tudo, daí eu já vinha ver ele, sabe”*. Nádia contou que não conseguia ficar com Bruno muito tempo, pois estava com dor nos pontos do parto. Com o passar dos dias e com sua progressiva melhora física, pôde ficar mais tempo no hospital: *“É, daí não dava pra mim ficar sentada... daí nos... até porque ele, porque eu dei alta no sábado, no domingo eu já comecei a vim ver de noite, eu comecei a ficar até mais tarde, daí na segunda-feira minha mãe já começou a pagar alguém pra vim me buscar e me levar, porque eu não conseguia sentar direito”*. Sua recuperação após o parto foi boa e mais rápida do que ela imaginava.

Após ter alta do hospital e ir para casa, Nádia falou sobre o temor de receber uma notícia do hospital de algo pior ter acontecido com Bruno: *“Ai, não sei... que sei lá, que ele já pudesse tá em casa e me ligassem... nos primeiros dias eu fiquei com muito medo, porque... às vezes eu podia tá em casa, eu ficava pensando, ah às vezes eu podia tá em casa, bah, me ligavam às vezes, podiam me ligar e eu tá em casa e falavam ‘ah, o Bruno não tá bem’, não sei o que, sabe?”*. Ela comentou que foi bastante ruim ter que voltar para casa sem o filho: *“Foi muito ruim, porque tinha outras meninas no mesmo quarto do que eu que elas tipo, elas tavam dando alta e já tavam levando os bebê delas, sabe, e saber que o Bruno ia ficar aqui foi muito ruim...”*. A adolescente pareceu esconder a decepção de não poder levar Bruno para

casa, mostrando-se conformada com isso devido às conversas com sua mãe: “(...) *mas pra mim foi meio complicado assim, entender que o Bruno ia ficar aqui, sabe, não foi complicado, mas quando a mulher falou ‘ah...’, quando eu vi que estourou a bolsa, eu ‘ai, o Bruno vai ficar aqui’... porque minha mãe sempre conversava comigo assim se o Bruno viesse antes, quando a primeira, a primeira, quando eu fiquei internada, ela já tinha me falado que o Bruno ia ficar aqui no hospital, daí eu tive que entender né?*”.

Nádia acreditava que só teria certeza de que tinha um filho quando levasse Bruno para casa: “*É... é, acho que ainda não caiu ainda a ficha ainda... acho que só depois que eu levar acho que ele pra casa assim acho que vai cair mesmo a ficha, sabe?*”. Mesmo com a agitação e a confusão referidas por Nádia, notou-se a organização dos adolescentes para estarem com o filho na UTI Neo respeitando a si mesmos e ao bebê: “*Ah, a gente fica ali com ele, daí a gente desce um pouco, porque, assim... não é que cansa a gente ficar ali, é que a gente vê ele ali e não dá pra pegar, não dá pra fazer nada, daí a gente desce um pouco, a gente come, a gente traz de casa, assim, a gente come alguma coisa... Daí a gente traz pra gente comer, a gente fica escutando música... É, a gente dá um intervalo, assim, sabe. É, porque daí ele dorme um pouquinho, daí a gente deixa ele descansar também, um pouco, né*”.

Nos primeiros dias após o parto, Nádia falou contraditoriamente sobre sua felicidade e desconforto ao mesmo tempo sobre ser mãe: “*Ah, eu me senti feliz assim sabe, de poder ver que ele nasceu bem, que, que correu bem no, na medida do possível e... acho que foi mais isso, assim, me senti muito bem, sem contar a dor né, mas eu tava indo...*”. Nádia continuou dependendo das orientações de sua mãe, de maneira que ficou desnorteada quando Bruno pôde mudar de andar, significando sua melhora clínica e a possibilidade mais próxima do bebê ir para casa: “*qualquer quilinho que o Bruno pegue ela [mãe de Nádia] já quer saber assim... a mãe do João também... a gente sempre depois que fala com os médico a gente fala com as duas. Até ontem quando o Bruno veio pro sexto andar, eu já liguei pra minha mãe ‘ó mãe, vem pra cá que eu não sei o que eu vou, não sei o que eu vou fazer’ daí ela já veio correndo pra cá, toda feliz que ele tinha ido pro sexto andar*”. Nádia falou com ambivalência sobre os efeitos do nascimento de Bruno sobre alguns de seus problemas: alguns deles sumiram, outros não: “*Não. Acho que não... não é que não foi difícil, foi uma coisa, assim, maravilhosa, assim, ficar grávida... mas... ahn... É, daí de, parece que depois que ele nasceu os problemas sumiram, assim, sabe? Alguns sumiram, outros não*”.

Importante notar que as pessoas estavam auxiliando Nádia neste momento delicado de várias formas: João, acompanhando-a diariamente à UTI; os irmãos da adolescente ajudando-a a chegar ao hospital; e os avós de Bruno querendo notícias do neto e aconselhando os jovens

pais. O foco da atenção da família pareceu mudar, de maneira que se antes era Nádía quem recebia atenção, naquele momento era Bruno quem estava recebendo: *“Agora... o Bruno... é o centro das atenções, né? (riso)”*. A adolescente referiu que ela ainda continuava recebendo a mesma atenção de antes, mas que Bruno, por seu estado, merecia recebê-la: *“Não, eu acho que continua os dois assim, sabe! Mas... que seja ele, assim, sabe... que seja tudo de bom pra ele, assim, sabe... que ele tá precisando de tanta atenção...”*. Além disso, Nádía contou que ficou mais afastada dos amigos, e que às vezes eles ligavam para ela para conversar. A proximidade com uma sobrinha de sua idade estava substituindo o contato com seus pares. A equipe também foi fonte de apoio importante no momento da internação de Bruno.

Mesmo com o apoio, Nádía pareceu muito abalada e sensibilizada com a prematuridade do filho, de maneira que se assustava e angustiava quando chegava à UTI e via que o filho estava com novos aparelhos monitorando-o: *“É um momento, me corta o coração de ver ele ali, com aqueles negocinhos no nariz, essas coisas assim, sabe... é de cortar o coração... mas se é pra ele ter ele bem, assim, né, tem que... tem que deixar... mas às vezes, cada dia, como eu falei pra, pro João, cada dia a gente chega ali é uma surpresa de um aparelho novo... (...) é... tipo, cada dia tinha... teve uma vez que eu vim aqui ver ele e ele tava com uma luz, tava com o olho fechado e eu fiquei, assim, quando eu vi, eu fiquei bastante apavorada, mas o doutor disse que era normal, que era pra ele não pegar amarelão...”*. Ela contou que se sentia bem quando estava com o filho, contrastando as expectativas que existiam durante a gestação com a realidade de que Bruno estava bem: *“Ah, ver que ele tá bem, ver que eu... que ele sobreviveu, assim, sabe? Que... sei lá... que... tinha umas pessoas que falavam que eu não ia aguentar a dor, que eu não ia, que eu não ia ter ele, essas coisas assim... mas você vê que ele tá bem ali, sabe, que eu tô pegando ele, essas coisas assim...”*.

Durante a internação de Bruno, as primeiras interações de Nádía com o filho foram marcadas pela observação de que ele entendia o que os pais estavam demandando dele: *“Acho que sim. Porque às vezes ele fica olhando, assim, parece que ele quer conversar com a gente assim, sabe? É, às vezes ele dá risada, assim, de algumas coisas. Acho que sim”*. Ela complementou com mais aspectos da comunicação entre pais e bebê, como a troca de olhares: *“É, já entende que ele tá, o que ele quer, o que ele quer fazer, o que ele não quer... acho que só no olhar dele a gente já entende, mais ou menos...”*. Contou que quando não conseguiam entender o olhar de Bruno e ele chorava, eles tentavam outras estratégias até descobrirem o que funcionaria: *“Ah, a gente tenta acalmar ele, assim, conversando, passando a mão nele, porque é pra ele não chorar, que é pra ele... que é pra ele não, que é pra ele não chorar (...) Às vezes funciona, às vezes não (riso)”*.

Nádia acreditava que o fato de João ter conversado bastante com Bruno enquanto ele estava sendo gerado ajudou o bebê a reconhecer a voz do pai depois de nascido: *“Conversava bastante, ele, a minha mãe, todo mundo, conversava bastante. Mas eu acho que assim, o tempo que eu passei com o João ele acho que entende assim, sabe, que é o João. Às vezes o João fala ‘abre o olho’ ele tenta abrir, assim, sabe? E às vezes eu por causa que às vezes eu boto ele aqui, ele abre o olho, sabe? Eu acho que ele... Ele reconhece”*. Bruno também parecia reconhecer Nádia, respondendo ao toque e às palavras pelo toque nas mãos dos pais. Embora essa interação com os pais parecesse ocorrer na mesma proporção, Nádia acreditava que Bruno reconhecia mais o pai do que ela mesma, parecendo ressentida com isso: *“Às vezes o João, é como eu te falei, às vezes o João pede pra ele abrir o olho e ele abre, assim, sabe? Às vezes ele tá com o olho fechado, fechado e eu falo ‘Bruno, abre o olho! Bruno abre o olho!’ e ele não abre! Daí já pro pai ele abre, daí! Eu acho que ele reconhece sim!”*.

Um dos principais aspectos deste caso referiu-se às dificuldades na amamentação de Bruno. Nádia mostrou-se chateada por não conseguir amamentar o filho satisfatoriamente, de maneira que ele mamava um pouco e logo adormecia novamente. Importante notar o desejo da adolescente de amamentar o filho, mas sem desconsiderar que conseguir mamar no seio materno era um pressuposto para a alta de Bruno: *“Ah, às vezes eu fico bastante chateada por ele não pegar, mas ele, uma hora ele vai pegar e eu tenho certeza que ele vai conseguir... Sabe? Mas... Por enquanto a hora dele ainda não chegou, mas na hora que ele pegar... ele... Ele vai... vai saber o que que é pra fazer”*.

Nádia falou sobre o momento em que tinha que ir para casa, sempre o pior momento do dia: *“Ah às vezes é bem chato, assim, deixar ele aqui, sabe? Saber que... que... você vai embora, assim, sabe, que vai deixar ele ali... às vezes é bem chato, assim... mas eu já tinha, a minha mãe já tinha conversado comigo assim sabe, sobre isso, mas é bem complicado deixar ele aqui”*. Ela contou que sua estratégia para manter-se calma era sempre ir embora quando o filho estava dormindo: *“Sempre eu tento deixar ele dormindo, porque daí parece que dormindo me deixa melhor, me acalma, me deixa mais calma, assim, sabe?”*. Sobre sua rotina como mãe, Nádia falou sobre a falta de tempo, principalmente por permanecer no hospital grande parte do dia, em função de Bruno: *“No momento assim, dele tá aqui no hospital tá bastante agitada porque... eu não tenho tempo pra nada, assim, sabe, pra nada mesmo! (...) Então tava bastante agitado, assim. Tá ainda bastante agitado. Enquanto ele, acho que ele, enquanto ele não for pra casa, acho que... isso não vai terminar, assim, sabe?”*.

Ela sentia-se surpresa com o papel materno, contando que *“é uma coisa nova, assim, é bastante interessante, eu achei, sabe? Ah, de, de, de cuidar dele, assim, de ver que... ahn...”*

que... ah, de cuidar dele, assim, de po, de tocar nele, assim, ah, é... é bem, é gratificante ver...”. Cuidar do filho era o que mais agradava Nádia, de forma que a alegria de ser mãe para a adolescente era representada pelos contatos e pelos cuidados com Bruno: “Ah, foi muito bom, foi bom, foi bom que ai, meu filho ta ali, vou trocar fralda, vou ahn, dar banho, foi bom, foi muito bom, é muito bom”. Ao descrever-se como mãe disse ser uma “mãe coruja”: “Ai, não sei... não sei... uma mãe... Acho que uma mãe muito coruja, eu acho. Aham. Uma mãe acho que... que vai conservar bastante assim ele, assim, sabe, que vai cuidar bastante dele... acho que é mais isso...”. Para Nádia o modelo de mãe que tentava seguir era o de sua própria mãe, que sempre havia cuidado dela: “Eu acho que mais o meu espelho é a minha mãe”.

Algo importante refere-se ao conflito entre Nádia e João, principalmente nos cuidados na UTI com Bruno: se por um lado João era uma importante fonte de apoio, por outro lado muitas vezes ele invadia o espaço que deveria ser de mãe e filho e acabava estressando Nádia: “É, ele me deixa muito, muito estressada. Que às vezes eu tenho vontade de chorar, assim, de muito, muito estresse, muito estresse. (...) É que às vezes, como eu te falei, às vezes ele não sabe fazer ou... sei lá, alguma coisa assim, daí ele bota tudo em mim, assim, sabe?”. Além disso, havia uma tensão sempre presente entre a mãe de Nádia e João, o que deixava a adolescente mais confusa e entristecida.

Pré-alta hospitalar do bebê

Quando Bruno estava com 18 dias de vida e bem próximo de receber alta da UTI Neo, a pesquisadora conversou novamente com Nádia. Neste momento da internação em que Bruno se desenvolvia com grande progresso, o fato de ele ainda permanecer dormindo e por isso não fazer os treinos de amamentação estava preocupando bastante a mãe adolescente, muito abatida pelo cansaço e pelo desânimo. Ela continuava impactada pela UTI Neo, considerando a experiência na UTI “bastante grande”: “Não sei, eu não esperava ele ter vindo direto pra UTI, essas coisas assim, sabe? Acho que foi uma experiência bastante grande, assim”. Parece que a grandiosidade da experiência na UTI não deixou que Nádia usufruísse o Método Canguru para se aproximar do filho, de maneira que parecia não reconhecer a experiência no Canguru como grande auxiliar para se aproximar do bebê. Mesmo sentindo-se tão alheia, ela referiu que estava tudo bem naquele momento: “Tudo bem, eu acho. Agora ta tudo bem, assim. Ta bem”. Além disso, ela disse que Bruno não estava mais chorando, nem nos momentos em que antes costumava chorar. Contou que o bebê mamava dormindo, e que às vezes ele interagia com ela brevemente: “Aham, ele toma [o leite] dormindo. Mas ele

quase nem vê nada, assim, não chora nem nada... (...) Hum, ele pega a mão e bota, assim, e bate assim, às vezes ele bota a mão aqui [sobre o seio]... ”.

A percepção do desenvolvimento do filho, neste momento, estava mais relacionada aos aspectos físicos de Bruno: *“Ta... ele ta, ta bem, ta engordando bastante, o desenvolvimento dele ta bem, ta maior, assim, cada dia parece que ele ta maior... É. Hoje ele ta mais gordinho, assim”*. O fato de Bruno estar bem clinicamente proporcionava a Nádía cuidá-lo mais livremente do que antes: *“Aham, sim, porque lá no 5º [andar]... ahn... todo mundo ficava em cima assim, dele, dele toda hora assim. Aqui no 6º [andar] é, é diferente, assim, né”*. Entretanto, mesmo com uma maior liberdade de estar com o filho e cuidá-lo, ele não respondia tanto aos estímulos dos pais, de acordo com Nádía. Bruno acabava respondendo muito pouco aos estímulos, de forma que Nádía referiu poucas coisas que o tiravam do sono profundo, como um barulho forte: *“Tem vezes que ele toma um susto, assim, aí ele, ele se encolhe, assim todo e tal... Ai quando as mulher ta mexendo assim em alguma coisa e daí batem a porta, por exemplo”*. Questiona-se também se o cansaço e o desânimo da jovem mãe não estariam impedindo-a de perceber as reações do filho, além de diminuir suas tentativas de relacionar-se com ele. Mesmo assim, ela tinha algumas expectativas a respeito de Bruno, como o humor dele, acreditando que ele seria bravo: *“Eu acho que ele vai ser bastante brabo! É. Não sei, sempre que as enfermeira vão fazer alguma coisa nele, ele fica bastante sério. Acho que ele vai ser bastante brabo”*. Este aspecto particular de Bruno ficou bastante frequente nas descrições de Nádía também por outros motivos, inclusive na relação do filho com João. Em algumas demonstrações de proximidade e de carinho do pai para com o filho, ele reagia com a expressão de bravo. Ela contou que para Bruno ficar mais calmo, era preciso *“deixar ele quietinho, assim, no colo, tem hora que é muita gente... acho que é isso assim pra deixar ele mais calmo...”*. Neste momento, a mãe adolescente passou a considerar Bruno mais parecido com o pai fisicamente e emocionalmente parecido com ela.

Quanto à aproximação da alta de Bruno, a adolescente contou que a família esteve empenhada em organizar um quarto para Bruno em sua casa, de forma que cada membro da família contribuiu com algum objeto: *“Não, a gente não tinha começado nada, agora ahn... meu irmão me deu um guarda-roupa, meu outro irmão me deu o berço, ahn, a minha mãe ta reformando um quarto, botou lajota, botou porta, ta pint, hoje ia pintar hoje, hoje o montador ia lá montar...”*. Quanto às expectativas de João, ela disse que *“ah, também ta bastante ansioso também. Já... andavam brigando lá, [aparelho apita poucos segundos] que eu não ia lá na casa dele, que não sei o que. A criança nem saiu do hospital e vocês já tão até brigando!”*. Contou que continuava estressada com o namorado, e que não estava adiantando

conversarem para chegarem a um acordo: *“Sim, a gente conversa bastante mas... ahn... não adianta, assim, sabe, eu acho (riso)”*.

Quanto aos cuidados em casa com Bruno, Nádia explicou como ela e a mãe se organizariam para isso: *“Minha mãe vai tirar férias de, de 15 dias ou mais, até eu pegar o, o ritmo assim com ele. Daí eu vou ficar em casa esse tempo que minha mãe vai ficar, daí eu não vou ir pra aula. Daí depois que o Bruno tiver mais ou menos com uns 2 meses, assim, daí eu, eu, a minha mãe vai trabalhar, a minha mãe vai ficar em casa e vai começar a trabalhar de tarde, né, daí como eu estudo de manhã, daí eu chego do colégio e fico com ele”*. Mais uma vez fica clara a importância da mãe de Nádia nos cuidados de Bruno, de forma que pareceu que ela cuidaria do neto: *“Ah, vão ser todos... bons cuidados, mas bem cuidados, porque a minha mãe tá louca que ele vá duma vez, pra cuidar dele”*. Nádia acreditava que Bruno ia *“ficar baldoso”* devido a tantas pessoas desejarem cuidar dele. Se por um lado a alta permitiria que Nádia não ia *“ficar mais nessa correria”*, por outro lado ela se preocupava com uma possível recaída de Bruno e a necessidade de voltar para o hospital: *“Ai, que qualquer coisa pode acontecer alguma coisa com ele, assim, sabe? Aqui no hospital tem os médicos, a gente pode chamar...”*.

Síntese do caso

O caso de Nádia e Bruno destaca-se por ser o único dentre os quatro casos estudados que possui características diferenciadas. A adolescente não vivenciou abandono familiar nem falta de apoio, e contou com a participação integral do pai de Bruno desde a gestação até as idas diárias à UTI. Nádia foi uma mãe que se mostrou bastante impactada pelo nascimento prematuro do filho, e isto fez com que ela parecesse bastante confusa nos contatos com a pesquisadora. Além disso, a forte dependência de Nádia em relação a sua mãe é algo que atravessava as relações da adolescente com o namorado e também com Bruno, de maneira que parecia ter que haver uma aprovação de sua mãe para que a menina pudesse adentrar a maternidade.

Outro aspecto importante deste caso refere-se ao fato de que a adolescente não pôde ter um momento mais exclusivo com Bruno, pelas diversas invasões em sua relação com o filho: da equipe da UTI Neo, do pai de Bruno, de sua mãe, de sua família. Isto dificultou a aproximação dela com o filho, que já estava ameaçada pelo fato do bebê permanecer adormecido grande parte do tempo na UTI Neo. Mesmo tendo melhorado sua condição clínica, a impossibilidade de interação de Bruno com a mãe fazia com que ela se preocupasse demasiadamente e se deprimisse. Aos poucos foi possível que Nádia saísse do torpor inicial

causado pelo nascimento prematuro do filho e pudesse organizar algum espaço para ele em sua vida, com o aval de sua mãe. Entretanto, essa mudança vivenciada pela adolescente trouxe consigo a constatação de que, com a saída de Bruno da UTI e sua ida para casa, Nádia teria que assumir definitivamente um papel que não parecia caber a ela naquele momento: o de mãe.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar a experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência, em particular, a relação que a mãe adolescente estabelece com o bebê prematuro, durante a internação hospitalar do bebê. Tomando por base, então, os resultados sobre este processo particular de transição para a maternidade, serão discutidas a seguir, com base na literatura, as principais considerações a respeito do tornar-se mãe na adolescência de um bebê prematuro.

Esta discussão se baseará no pressuposto de que ter um bebê prematuro na adolescência é diferente de ter um bebê prematuro na vida adulta, o que foi confirmado em parte pelos resultados. Assim, não se nega que haja aspectos semelhantes neste tipo de transição para a maternidade entre adultas e adolescentes, entretanto, parte-se da ideia de que, a princípio, o processo seja mais complexo entre as últimas. Em outras palavras, seria afirmar que este fenômeno não ocorre na mesma medida, com a mesma intensidade, entre as adolescentes. Uma vez que elas encontram-se em meio ao embate da adolescência, é possível pensar que a transição para a maternidade neste contexto se dê de forma ainda mais complexa. Assim, como já exposto, a menina, que se encontra em meio a dois processos de mudança que exigem novos contornos, como a adolescência e a maternidade (Magalhães, 2009; Peña & Buchwald, 2011; Viçosa, 1997), vê-se sobrecarregada por mais uma dificuldade: um bebê prematuro com risco de morte e em situação frágil (Neu & Robinson, 2008). A partir desta verificação, é possível apresentar as especificidades das jovens mães nesta situação, ilustradas através dos casos de Tatiana, Diana, Elisa e Nádia. É necessário, mais uma vez, lembrar que se pretende, com os casos, investigar o processo de tornar-se mãe adolescente no contexto da prematuridade e auxiliar na construção do conhecimento sobre esta temática.

Torna-se necessário iniciar com algumas considerações sobre aspectos da vida das jovens mães anteriores à gravidez, para então, passar à discussão sobre suas vivências durante a gestação e, em seguida, discutir as experiências com o parto e o bebê internado na UTI Neo. A relevância em examinar estes momentos anteriores ao nascimento prematuro do bebê está em distinguir os principais aspectos do desenvolvimento das mães adolescentes, como forma de deixar mais claro o processo que vinha ocorrendo até que os outros acontecimentos – gravidez e nascimento prematuro – se somassem ao processo da adolescência e modificassem

o contexto da vida das adolescentes. Assim, esta discussão levará em conta a cronologia dos fatos, de modo a observar melhor características dos três processos que, ao final, caracterizarão o fenômeno que está sendo estudado.

Tatiana, Diana, Elisa e Nádia eram adolescentes com idades muito próximas, entre 17 e 18 anos, quando conheceram a pesquisadora, e que alguns meses antes deste encontro viviam experiências típicas da adolescência: primeiras relações amorosas, desenvolvimento da identidade, experiência de fazer parte de grupos de adolescentes, além das tentativas nem sempre bem sucedidas de se separarem das respectivas figuras maternas. Em meio a estas experiências, conheceram o pai de seus bebês e envolveram-se com eles, em média oito anos mais velhos. Apenas o namorado de Nádia tinha idade próxima à dela. Assim, três participantes (Tatiana, Diana e Elisa) foram viver com os companheiros logo nos primeiros meses de namoro, mostrando ser uma decisão impulsiva, levadas pela proposta dos companheiros (Diana e Elisa) e pelas determinações da família (Tatiana). Apenas Nádia permaneceu com sua família de origem, tendo demorado a assumir o namoro com João. Embora ela não tenha saído de casa, observa-se que o processo de assumir um compromisso mais sério com João exigiu que, de algum modo, ela se afastasse da mãe e da família, de maneira a estar com o namorado e formar uma nova dupla. Esta questão da separação-individação aparecerá permeando diversos momentos desta discussão e será abordada com maiores detalhes adiante.

Rapidamente a gravidez apareceu como próximo passo para os companheiros de Diana e Elisa, de maneira que entre elas pareceu haver uma motivação muito forte que as impeliu a engravidarem tão jovens, mesmo sem desejar conscientemente. Os companheiros delas desejavam ter um filho, e esse desejo pareceu exercer sobre as adolescentes algo muito definitivo; contar com o desejo dos companheiros pareceu suficiente para ter um filho. No caso de Tatiana e Nádia, que não planejaram a gravidez de forma consciente, pode-se especular o desejo de gravidez partindo do fato de que elas não se protegeram durante as relações sexuais, ou se protegeram de maneira insuficiente para evitar a concepção. Para Peña e Buchwald (2011), as adolescentes estão certas de que são adultas quando se sentem férteis. Por isso, prevenir-se é tão difícil; possuem o pensamento mágico, onipotente, de que não vão engravidar, mesmo correndo o risco constantemente. Pode-se observar que, em todos os casos, as adolescentes colocaram sua capacidade reprodutiva em teste, e quando perceberam que seu corpo produziu um bebê, se assustaram, inclusive aquelas que planejaram engravidar.

Assim, uma ideia interessante coloca o corpo como cenário do conflito adolescente: o corpo é uma saída para canalizar a angústia e os conflitos da adolescência (Peña & Buchwald, 2011), o que parece ir ao encontro do que vem sendo discutido. Desta forma, a gravidez

poderia ser um efeito colateral desta saída no corpo, mas que pode aparecer intensificando os conflitos mencionados. Uma consideração de Ruggiero (2008) caberia aqui quanto à relação do adolescente com seu próprio corpo. Quando se deparam com aspectos desagradáveis de si mesmos, através de processos de autoexploração, podem experimentar sentimentos de culpa e vergonha, que são dolorosos e fazem com que eles se utilizem de mecanismos de defesa para escondê-los ou negar sua intensidade. Assim, as descobertas a respeito do corpo sexualmente maduro que está associado a novas sensações, fantasias e desejos, que são excitantes e perturbadores, vão agregar mais tensão aos adolescentes, que poderão sentir-se confusos, estranhos e inclusive alheios de si. Complementar a isso, Dias (2000) afirma que este sentimento de estranheza em relação ao corpo será solucionado através de atos que ajudem os adolescentes a saírem dos embaraços e da confusão que sentem.

Outro aspecto relevante alude às mudanças no corpo durante a gestação, como engordar e aumentar a barriga, sentidos como estranhos por elas. Como exemplo, o crescimento da barriga era sentido como algo que causava vergonha (Tatiana, Diana e Elisa), de maneira que foi utilizado por Diana e Elisa como pretexto para se retirarem da escola. Por outro lado, perceber que a barriga crescia pareceu tranquilizá-las de que estava tudo bem com o bebê, além de ser algo que as fazia sentirem-se poderosas, uma prova de que o corpo adolescente é de fato capaz de produzir frutos. Mesmo assim, as experiências vivenciadas com o corpo foram, em sua maioria, referidas como intrusivas, que causavam susto e dúvida (por exemplo, primeiros movimentos fetais) e dificultavam, de alguma forma, que as adolescentes apreciassem sua aparência física. Deste modo, para Elisa, por exemplo, era muito difícil arrumar-se para sair com as amigas, uma vez que ela sentia que as roupas não ficavam adequadas para ela grávida. Assim, socializar-se com outros adolescentes acabou sendo uma tarefa que ficou complicada pelas transformações da gestação, além da relação com o próprio corpo ter sido dificultada com a presença do bebê se desenvolvendo e modificando o corpo da adolescente – corpo que já estava sob mudanças bastante significativas antes da presença do bebê.

Quanto às reações das mães das adolescentes diante da descoberta da gravidez das filhas, foi interessante notar que todas elas desaprovaram-nas, em um primeiro momento, passando a aceitar com o passar do tempo que seriam avós. Talvez isso se deva ao fato de que elas também experienciaram a entrada na maternidade durante a adolescência, e tinham conhecimento das dificuldades experimentadas naquela situação. Importante lembrar que três das quatro participantes (Diana, Elisa e Tatiana) experienciaram um afastamento da figura materna na infância, tendo sido criadas por outras pessoas da família, o que as marcou decisivamente em sua forma de ver a maternidade e de fazer escolhas em relação ao bebê.

Entretanto, aos poucos, as mães passaram a auxiliar as adolescentes através de orientações e cuidados, e aquelas que estavam mais afastadas da filha, se reaproximaram e retomaram suas experiências com as meninas quando elas nasceram, o que foi muito significativo para as adolescentes. Neste momento em que entravam na maternidade, passavam por movimentos ambivalentes como afastamento e negação da mãe como modelo (Tatiana e Elisa) e aproximação e desejo de ser como a mãe (Diana e Nádia), o que pode estar relacionado fortemente ao processo comum na adolescência de negar os pais, como parte do processo de separação-individuação. Este já foi discutido anteriormente, com base nos pressupostos de Blos (1996) sobre as mudanças que ocorrem durante a adolescência.

É possível argumentar que a gravidez, para as adolescentes, apareceu como maneira de reparar as falhas em relação às vivências dolorosas ao longo da vida, além de ser uma possibilidade de reviver as situações de fusão com pessoas que foram significativas para elas, como a mãe ou a avó (no caso de Elisa). Uma das principais elaborações que deve ser feita pela adolescente, dentro do processo de separação-individuação, se refere ao luto pela perda da mãe pré-edípica, o que exige um trabalho psíquico árduo que levará gradualmente a uma aceitação da adolescente de sua feminilidade (Peña & Buchwald, 2011).

As autoras (Peña & Buchwald, 2011) conjecturam que na adolescência, momento de reedição do processo de separação-individuação, permeado por conflitos e hostilidades com a mãe, a gravidez aparece como forma de impedir essa situação, de não atravessá-la. A ambivalência e a separação são tão angustiantes que o filho gestado vem para permitir que elas recuperem a unidade narcísica com a mãe. Com o bebê, revivem o conflito da união e a impossibilidade de se separarem ao mesmo tempo. Assim, não tendo tempo de consolidar a separação com a mãe, a adolescente poderá identificar-se com o feto ao invés de identificar-se com a própria mãe e suas características maternas. O que dificulta tanto esta transição é que elas ainda são muito filhas, e estão em meio a processos da adolescência.

Com a passagem do tempo gestacional, duas adolescentes (Tatiana e Nádia) necessitaram fazer repouso por orientação médica. Desta feita, o repouso apareceu como ameaça real de interrupção de algo que fazia as jovens sentirem-se bem: a gravidez. Como visto, elas apresentavam ameaça de parto prematuro, com contrações, perda de líquidos e fortes dores. Já Diana e Elisa, que até o momento do parto não sofreram nenhum problema com a gestação, referiram ter se assustado com a necessidade de que o bebê nascesse antes da hora, o que gerou sentimentos de que foram descuidadas pelos profissionais que as acompanharam no pré-natal. De qualquer modo, todas as participantes referiram ter se assustado com a necessidade de parto repentino, realidade urgente que rompeu as fantasias adolescentes de ter um bebê como sonhavam. Seria dizer que este bebê prematuro perderia

sua capacidade reparadora, inaugurando para a mãe adolescente uma realidade inesperada e dolorosa, assim como aponta Soulé (1987) na situação de nascimento prematuro quando a mãe é adulta. Ele afirma que a situação de prematuridade interrompe a gravidez e o amadurecimento fantasmático do filho imaginário, além de manter na mãe a fantasia de gestação com “ventre plano”. Além disso, ela vive uma falha no aspecto narcisista, pois este nascimento não cumpriu de fato sua função reparadora, tendo vindo um bebê de aspecto estranho, num momento não esperado, e que não permite a ela materná-lo. Chagas e Monteiro (2007) concordam com esta afirmação, acrescentando que a mãe adolescente vivencia um confronto entre a representação do bebê imaginário, idealizado e esperado desde a gravidez, baseado na ideia de um bebê saudável e bonito, e o bebê real que nasceu prematuro e com a possibilidade de estar doente.

Certamente a vivência do parto prematuro por Tatiana e Nádia foi diferente em relação às experiências de Diana e Elisa. As primeiras experimentaram a concretização do parto prematuro com expectativas antecipadas pela necessidade de repouso, o que era uma ameaça constante. Ao menor deslize nos cuidados durante o repouso, o parto poderia ser desencadeado, o que era aterrorizante para as adolescentes: não se sentiam preparadas para aquele momento tão definitivo do encontro com o bebê e nem sentiam que ele (e elas próprias) estivessem prontos para assumirem seus papéis.

Como comentado, os motivos que impossibilitaram a continuação da gravidez das adolescentes até o tempo esperado foram trabalho de parto espontâneo (Tatiana, Elisa, Nádia) e parto eletivo, quando há intercorrências com a mãe e/ou com o bebê e o parto é indicado (Diana). Entretanto, é relevante discutir os fatores emocionais referidos por elas que podem ter contribuído para este parto antecipado, principalmente, a impossibilidade de o bebê continuar no ventre, como algo insuportável para o próprio bebê e, pode-se inferir, para as adolescentes. Esta sensação de não poderem mais carregar o bebê no corpo, alegando falta de espaço no corpo, pode denotar um sentimento forte de intrusão corporal, que, de fato, foi abordado pelas participantes em vários momentos: na decisão por gestar o filho que, mesmo desejado, quando passou a se fazer notável com os movimentos, causou bastante ambivalência nas adolescentes; com as modificações demandadas no corpo pelo desenvolvimento do bebê, já discutidas; e no parto, momento em que, para salvar mãe e bebê, pouca importância se deu às emoções e necessidades psicológicas das parturientes. Esta invasão e descontrole sentidos no parto foram relatados por todas as participantes, que tiveram seu corpo submetido a cuidados médicos que não foram esclarecidos pela equipe nem compreendidos por elas. É importante retomar, assim, o que foi discutido anteriormente sobre

o significado do corpo na adolescência, como cenário dos conflitos (Peña & Buchwald, 2011), o que parece manter-se mesmo no contexto do nascimento prematuro.

Necessário lembrar que a única mãe que contou com apoio no momento do parto foi Nádia, que teve a presença do pai do bebê estimulando-a e acolhendo-a. As outras mães tiveram que enfrentar o nascimento do bebê solitárias, com o somatório de fatores como a falta de apoio de uma pessoa próxima e confiável; falta de informações exatas da situação clínica do bebê e de si mesmas; a impossibilidade de optar pelo tipo de parto que desejavam; a submissão às técnicas obstétricas e a urgência e estresse inerentes desse momento decisivo para a sobrevivência da mãe e do bebê.

Um estudo piloto realizado com 28 mães adolescentes entre 15 e 19 anos, procurou detectar, nove meses após o parto (a termo), o potencial traumático do parto através de sintomas de estresse pós-traumático ou depressão pós-parto. Os resultados indicaram que neste grupo um terço das adolescentes apresentou indicadores moderados e moderadamente severos de estresse pós-traumático, além de metade das participantes ter tido sintomas de depressão pós-parto que variaram entre moderado e severo. As adolescentes mais jovens e as mais velhas (18 e 19 anos), especialmente, tiveram alta prevalência de estresse pós-traumático (Anderson & McGuinness, 2008). As autoras propõem providências possíveis para proporcionar uma experiência de parto o mais positiva possível, e que diminua as sequelas psicológicas deste momento delicado, como o apoio do cuidador ou cuidadora principal da adolescente, o envolvimento do pai do bebê e uma postura de não-julgamento à adolescente das pessoas presentes no parto. Ademais, uma postura de interesse a respeito das reações da jovem mãe e permitir que ela possa tomar decisões no momento do parto podem contribuir para que este momento se torne menos desfavorável. A partir destas considerações sobre o parto a termo, é possível constatar que a vivência do parto prematuro pela adolescente pode ser tão ou mais traumática, ao observar todos os aspectos já discutidos sobre o impacto causado pelo nascimento no tempo não esperado.

Winnicott (1967/1999) afirma que trauma refere-se a um rompimento na continuidade de existir do indivíduo, ou seja, é no processo de existir continuamente que o sentido do *self*, de se sentir real e de ser pode se estabelecer como uma característica da personalidade do indivíduo. O trauma refere-se a um fracasso ou quebra na idealização de um objeto, ou seja, o objeto não pode desempenhar sua função (Winnicott, 1965/1994). Além disso, o trauma está relacionado à dependência e varia seu significado de acordo com o estágio de desenvolvimento emocional do indivíduo. O trauma é, em síntese, uma intrusão excessiva da realidade que destrói a experiência individual pura.

Além disso, deve-se lembrar que o primeiro contato com o bebê, em um momento imprevisto, representou a elas a apresentação forçada da nova realidade, inesperada para aquele momento: a maternidade. Um exemplo bastante ilustrativo ocorreu no parto de Nádia, quando o obstetra, vendo-a chorar com o nascimento de Bruno, disse “*não é tu que tem que chorar mãe, deixa ele chorar um pouco também*”. Mas ela também deveria chorar, como resposta aos diversos lutos sentidos pela violência da prematuridade e da entrada na maternidade, e pela interrupção do processo da adolescência. Inclusive, um exemplo interessante de luto sentido no próprio corpo foi referido por Tatiana, quando disse que sua barriga de grávida era “*lustrosa e grande*”, e após o parto escureceu, ficando com aspecto de morta. Além disso, quando ela mencionou sobre o desencaixe do bebê em seu ventre, momentos antes do parto, poderia estar mencionando o desencaixe da dupla mãe-bebê, como um indício de que não se sentia preparada para assumir a maternidade; seria afirmar que ela estava desencaixada em relação ao papel materno.

Uma afirmação de Peña e Buchwald (2011), que considera as mães adolescentes com bebês nascidos a termo, poderia ser observada entre aquelas que tiveram um bebê prematuro. Elas explicam que a crise aparecerá quando o bebê nasce, e a mãe tem que colocar à prova sua capacidade de maternar. A gravidez cria uma ficção de completude, e só após o parto é que surgirão novamente as necessidades adolescentes. É possível ponderar, então, que a crise da mãe adolescente diante do nascimento prematuro de seu bebê pode ser ainda mais intensa, pois sua capacidade de maternar fica limitada e a condição de vida do bebê prematuro dificulta para a mãe adolescente continuar em meio ao processo de adolecer, uma vez que a realidade se interpõe e exige que ela tenha que atender às demandas complexas do bebê e da UTI Neo.

De fato, todas as participantes do presente estudo referiram, mesmo que muitas vezes não verbalmente, o desejo de continuar adolescendo, de seguir realizando seus planos, que objetivamente não incluíam um bebê. Entretanto, tinham muito claro para si mesmas que o momento era de dedicar-se ao filho e priorizar seu cuidado e sua sobrevivência, ao invés de estarem mais preocupadas consigo mesmas. Sabendo que a adolescência é o momento em que os jovens estão muito voltados para seu mundo interno (Aberastury, 1990a; 1990b; Blos, 1996) é possível observar que acontecimentos do mundo externo, como o bebê prematuro que exige cuidados, tiram a adolescente com certa violência deste movimento progressivo de poder fazer parte deste mundo que aos poucos vai sendo incorporado à sua vida.

Assim, os planos mudaram para as jovens mães: se antes elas desejavam trabalhar para conquistar coisas para si, passaram a planejar a busca de emprego alguns meses depois do parto para proverem o sustento em primeiro lugar ao filho. Como bem assinalam Eisenstein et

al. (2009), à adolescente que se torna mãe não há permissão da sociedade para que continue adolescendo, mas sim exige que ela assuma suas responsabilidades como mãe, o que para ela pode ser inimaginável. Assim, ter que adentrar este mundo adulto um tanto desconhecido e inesperado com a maternidade, exigiu que elas tivessem que readaptar seu cotidiano adolescente, antes caracterizado pela adesão a grupos, incluindo o ambiente escolar, tentativa de separar-se do ambiente materno, primeiras experiências amorosas, entre outros aspectos, para ter que incluir o bebê, modificando os planos para atender a ele e não mais às suas vontades de adolescente.

Outros elementos típicos da adolescência observados pela pesquisadora devem ser apontados. O primeiro a ser mencionado se refere ao movimento de aparecer/desaparecer das mães adolescentes, observável quando os contatos da pesquisadora iniciaram com elas. Era como uma brincadeira de esconde-esconde, na qual as adolescentes testavam a confiabilidade da pesquisadora como alguém para compartilhar suas histórias: apareciam e não apareciam para a pesquisadora de acordo com sua vontade. Assim, muitas vezes não compareciam aos encontros marcados, não atendiam ao telefone, não compareciam à UTI, se recusavam a conversar no dia combinado, ou então escolhiam o que relatar em determinada entrevista.

Aberastury (1990a) explica que o adolescente varia sua conduta entre atitudes que lhe permitem explorar o mundo, como fugir ou fantasiar a fuga, e atitudes fóbicas, de isolamento do mundo externo, como fechar-se no quarto. Essa crise é solucionada temporariamente quando o adolescente se refugia em seu mundo interior, na fantasia, de forma que experimenta aumento da onipotência narcisista e a sensação de que não necessita do mundo externo. É a partir daí que o adolescente pode, então, desenvolver novas relações com elementos novos do mundo externo. Este movimento de fuga, assim, atua como uma defesa, reforçando a relação do adolescente com seus objetos internos ao mesmo tempo que evita os externos (Aberastury, 1990b). Winnicott (1963/1983), ao falar sobre comunicação, descreve uma faceta do adolescente como “isolado”. Ele explica que estar isolado faz parte do processo de procura de identidade do mesmo, além de ele desenvolver uma habilidade pessoal de comunicação que evite que o *self* seja violado. Assim, neste momento em que o adolescente ainda não está preparado para adentrar o mundo adulto, ocorre um fortalecimento das defesas em relação a ser descoberto. Seria dizer que o que o adolescente sente como real, e que é pessoal, deve ser defendido, uma vez que é muito precioso para ele.

Blos (1996) complementa que se o desligamento destes objetos internalizados não é bem sucedido, ocorre que a descoberta de novos objetos externos que serão investidos fica impedida, mais demorada ou se restringe à reprodução e substituição. Consequentemente, este desligamento acaba por amadurecer o ego do adolescente. Desta forma, é possível pensar que

as adolescentes deste estudo precisaram afrontar os novos objetos externos, como o bebê prematuro, mantendo-se, entretanto, imersas em si mesmas. Especula-se que a saída que tinham que realizar para o mundo externo, considerando a situação de prematuridade de seu bebê, era forçada e não um movimento de curiosidade e progressivo investimento afetivo em objetos externos como seria caso não tivessem um bebê tão frágil e com tantas exigências.

Outro aspecto que se destacou foi a onipotência das mães, as quais demonstravam otimismo exacerbado e exprimiam sua visão da realidade de forma distorcida, mesmo diante dos bebês em risco de morte iminente. Esta onipotência passou a ser ameaçada à medida que as mães foram se dando conta da realidade da UTI Neo e da condição clínica do bebê, processo que ocorreu paulatinamente. Blos (1996) explica que a libido objetal é retirada de objetos externos e internos e converte-se em libido narcisista, que será desviada para o *self*. O *self* inundado com libido narcisista atua engrandecendo o adolescente e supervalorizando os poderes do corpo e da mente, o que irá afetar o teste de realidade de maneira desfavorável. Assim, como anteriormente mencionado (Aberastury, 1990b), a onipotência tem relação estreita com o movimento de introspecção típico da adolescência.

Retomando os casos, depois que as mães deram à luz, o momento de reaproximação física delas com o bebê ocorreu apenas após algumas semanas, e este primeiro contato foi geralmente muito esperado por elas, o que certamente as relembraria dos bons momentos de fusão vivenciados na gestação. Todas elas apresentavam-se na UTI Neo sempre próximas ao bebê, no limite da condição clínica dele e da incubadora, de forma que nem sempre podiam tocar no bebê. É importante falar desta aproximação corporal, uma vez que as adolescentes verbalizaram este desejo de proximidade com o bebê que pudesse representar uma menor dependência dele em relação à incubadora e aos equipamentos da UTI, e permanecerem em seu colo. Assim, a postura das mães adolescentes variou quando puderam pegar o bebê nos braços pela primeira vez: enquanto Tatiana apresentava uma atitude com o filho de maneira que não existia espaço para mais ninguém, as outras mães mostraram-se próximas ao bebê e puderam apresentá-lo a outras pessoas, inclusive à pesquisadora, de modo a mostrarem confiança e serem apreciadas em seu esforço e determinação de estarem na UTI com o bebê.

É importante discutir um aspecto muito particular entre as participantes deste estudo: a dissonância entre seu tempo, de adolescente, o tempo da UTI Neo, que provocava um nível muito acentuado de intrusividade nelas e na relação que começavam a construir com o filho, e o tempo do bebê para recuperar-se. Precisaram de um tempo para compreender o que estava acontecendo, as demandas do bebê nascido prematuro e o funcionamento da UTI que garantisse a solução dos problemas clínicos imediatos da prematuridade.

Relativo a isso, Zornig et al. (2004) apontam que o tipo de temporalidade da UTI Neo, frenético, contribui para que a dimensão subjetiva do bebê se dissipe, uma vez que submetido aos cuidados técnicos da equipe o bebê se torna passivo e dificulta ser cuidado pela mãe e permitir que ela se reconheça mãe daquele bebê. Estas autoras complementam com a ideia de que o nascimento prematuro pode ser visto como descontinuidade temporal dupla para o bebê: por um lado, dificulta a oferta de cuidados dos pais que lhe facilitem a entrada na vida extrauterina; por outro lado, exige uma prontidão do bebê para se adaptar à nova realidade imposta a ele, de forma que ele precisa ultrapassar a fragilidade e imaturidade para viver fora do útero.

O exercício de tolerância ao tempo mais vagaroso do bebê muitas vezes se chocava com o tempo apressado e urgente da UTI, muitas vezes rápido como o adolescente, imediatista e impaciente, de forma que se notava claramente nas modificações de humor das adolescentes este malogro do que esperavam ocorrer magicamente: a recuperação do bebê. O fato de terem que esperar pelo menos 20 dias para que o bebê fosse para casa transformava aquelas adolescentes, esperançosas e otimistas no pós-parto imediato, em jovens mães esgotadas e deprimidas ao final da internação do filho (Tatiana, Diana e Nádia). Apenas Elisa mostrou-se mais animada e disposta, o que, especula-se, poderia ser um tipo de defesa utilizado por ela para proteger-se da ameaça crescente de ter que cuidar do filho sozinha, o que ela sempre referiu com desânimo e preocupação.

A respeito deste período seguinte ao nascimento prematuro, Soulé (1987) oferece uma explicação, referindo-se a um momento de confusão existencial da mãe. Trata-se de uma síndrome que pode acompanhar o nascimento prematuro e que se caracteriza por uma desorientação e um mal-estar, com dificuldade de pensar e sintomas depressivos, o que pode ter ocorrido com as adolescentes deste estudo em alguma medida. O autor refere-se às mães adultas, mas é possível que entre as mães adolescentes esta síndrome tenha estado presente, como notado nas reações delas, observadas pela pesquisadora dentro da UTI Neonatal.

Importante lembrar o que foi apontado por Lartigue e Rocabert (2004) sobre as implicações psicológicas frequentes para a adolescente que se torna mãe. Considerando que pode ocorrer bloqueio do desenvolvimento, tendência defensiva à regressão, aumento expressivo dos transtornos habituais em qualquer momento crítico, além de comportamentos ultrapassados que vão interferir na organização da libido, do ego e superego, é possível supor que a vulnerabilidade emocional da adolescente com o bebê prematuro aumente expressivamente. Mesmo que os autores avaliem que ter um bebê (a termo) na adolescência como um projeto de vida pode levar a adolescente a se desenvolver e alcançar uma organização do comportamento do tipo adulto, é preciso ponderar que acontecimentos

inesperados, como o nascimento do filho prematuro, possam ocorrer e causar um forte impacto neste cenário previamente planejado. Nos casos de Diana e Elisa, em que o bebê foi planejado, foi possível observar este impacto da prematuridade sobre seus planos de maternidade, e uma diferença na organização psíquica das adolescentes que adiante traria desfechos distintos no momento em que o bebê estava recebendo alta hospitalar.

Nos primeiros momentos da internação do bebê a maior preocupação das mães era sempre ver se o filho estava bem de saúde, comprovar que o bebê sobrevivia (Chagas & Monteiro, 2007). As outras possíveis necessidades eram lançadas para segundo plano ou esquecidas, como os interesses de cada uma (Diana, Elisa e Nádia). Neste momento imediatamente posterior ao parto, elas se encontravam muitas vezes confusas e desorganizadas (Elisa e Nádia), e poder falar sobre o filho prematuro e sobre os acontecimentos relativos à maternidade proporcionava que esta reorganização pudesse ser iniciada. As reações que tinham quando encontraram o bebê na UTI pela primeira vez, como tontura e mal estar, apareceu como contratransferência ao bebê, muito instável e vulnerável. O terror observado por elas no corpo dos bebês (secreções que eram sugadas, aspecto físico estranho, agulhas, sangue, sondas, etc.) significava reviver o terror do próprio corpo, das invasões acontecidas desde a gestação; era como identificar-se com a fragilidade extrema do bebê, e reconhecer a sua própria.

Ao refletir sobre esses aspectos de identificação com o bebê e as fragilidades e imaturidade da mãe adolescente, é possível pensar naquelas adolescentes que não continuaram na pesquisa. Pode-se pensar que falar sobre prematuridade e sobre as crises pelas quais estavam passando gerou nelas um conflito muito intenso, insuportável, que as levou a desistirem. Da mesma maneira que ter um espaço para falarem livremente sobre seus sentimentos e impressões auxiliou algumas mães a se reorganizarem e adentrarem a maternidade, por outro lado pode ter sido ainda mais desorganizador contar com este espaço onde era possível tomar contato com conteúdos muito intensos.

Observa-se, desta feita, que as reações das jovens mães são dramáticas, mas transparentes, o que denota a capacidade da adolescente de sentir com intensidade e expressar-se com menos defesas que talvez uma mãe adulta se expressaria neste contexto. Apenas a partir do momento em que o bebê melhorou elas puderam voltar-se aos poucos às tarefas do cotidiano e organizar os pertences do bebê, inclusive o espaço para ele dentro de casa, e a retomarem ou planejarem retomar as atividades que foram interrompidas pelo nascimento do filho.

Importante mencionar que as adolescentes eram as únicas acompanhantes dos bebês na UTI Neo, exceto por Nádia, que contava com a presença integral de seu namorado com ela.

A participação dos outros pais na UTI variou, de forma que um nunca compareceu, por estar preso (Tatiana), o outro ia aos finais de semana, junto com a adolescente (Diana) e o seguinte comparecia em momentos diferentes dos da mãe, por decisão dela (Elisa). Com o acesso restrito da família nas UTIs Neo, que colocavam horários breves e rígidos para visitas de outros parentes ao bebê, constatou-se que as mães adolescentes ficavam sozinhas na UTI, enfrentando as situações que porventura aparecessem como intercorrência, de forma a nem sempre poderem contar com alguma pessoa de apoio. Pensando que se trata de adolescentes, o sentimento de desamparo poderia ser mais intenso, pois elas poderiam precisar do apoio ou da presença de alguma pessoa da família ou de sua confiança para auxiliá-las e ampará-las em momentos de maior tensão, como acontecia quando elas tinham que retirar-se de perto do filho devido a alguma intervenção que seria feita com ele.

Diversos estudos apontam para a importância da presença das mães na UTI Neo, perto do bebê (Chagas & Monteiro, 2007; Cresti & Lapi, 1997; Soulé, 1987; Valansi & Morsch, 2004), porém com uma ressalva: é preciso respeitar aquelas que não se sentem confortáveis em estar neste ambiente e que não conseguem se aproximar do bebê. O que se observa, no entanto, é que a expectativa da equipe da UTI Neo e da sociedade é de que a mãe esteja integralmente ali, como uma obrigatoriedade (Gaíva & Scochi, 2005), assumindo o olhar sobre o filho, e quando ela falta, não comparece, a equipe lhe chama a atenção e lhe censura pela ausência.

Brum e Schermann (2004) explicam que a primeira necessidade da mãe que tem um bebê prematuro internado na UTI Neo é de escuta e acolhimento de seu luto. Só então é que a equipe, aos poucos, deve ir passando informações aos pais sobre o bebê e como eles podem ajudá-lo em sua recuperação. É através deste caminho que se torna possível amenizar o trauma em que a mãe e o bebê estão, além de a mãe poder ir se preparando e encontrar uma forma para interagir com seu bebê, e ir em busca da construção do apego com ele. Uma saída para auxiliar as mães a se aproximarem do bebê, principalmente as adolescentes, seria instrumentalizá-las com informações a respeito das potencialidades do bebê prematuro e informar a elas como podem fazer para cuidá-lo (Chagas & Monteiro, 2007), observando sua capacidade de compreensão. Ademais, os profissionais precisam ajudar a mãe adolescente a ressignificar o nascimento prematuro, auxiliando-as a reconstruir a história que foi repentinamente interrompida. Poder oferecer um espaço para que elas falem sobre suas vivências e expressem seus sentimentos pode ser uma intervenção que facilite às mães vincularem-se ao bebê (Delgado, 2002). Em síntese, a mãe do bebê prematuro precisa ser cuidada, possibilitando a ela o desempenho das funções maternas de forma adequada, afetiva e efetiva (Linhares et al., 2004).

Estando solitárias e desamparadas, as mães adolescentes podiam recorrer, quando possível, a profissionais da equipe, especialmente aqueles que cuidavam dos bebês na UTI. Entretanto, observou-se uma notável diferença quanto à percepção das mães deste estudo sobre a atitude da equipe: as que estiveram no H1 (Tatiana e Diana) relataram negligência dos profissionais, ao contrário das mães do H2 (Elisa e Nádia), que nunca mencionaram nenhuma falha por parte da equipe. As primeiras referiram que a equipe responsável por cuidar integralmente dos bebês na UTI não o fazia como esperado, de forma que muitas vezes, quando chegavam ali, observavam que os profissionais se ausentavam das salas, deixando os bebês sozinhos. Também, as adolescentes contaram que os profissionais faziam procedimentos incorretos nos bebês, de forma a feri-los, além de expressarem seu desconforto em relação a não consolar os bebês quando estes choravam intermitentemente.

Cresti e Lapi (1997) apontam que a angústia de morte mobiliza mecanismos de defesa na equipe, como a negação das necessidades do bebê de afetividade, e bloqueia a resposta do bebê, uma vez que a equipe se relaciona com ele de forma fragmentada e impessoal. É como trabalhar “sem pensar”, como um conjunto de peças que funcionam sem sentido. Assim, é possível que se a equipe pudesse usufruir de um espaço para trabalhar estas questões mobilizadoras da UTI Neo, os efeitos positivos poderiam ser sentidos pelas mães que vivenciam o contexto da prematuridade. Assim, valoriza-se a ideia de Zornig et al. (2004), de que a UTI Neo pode ser transformada em um cenário potencializador das relações entre a mãe e o bebê, onde o encontro de ambos possa ocorrer, além da superação posterior destes momentos iniciais. Deste modo, a UTI não necessita ser considerada apenas o local produtor de dramas, invasões e descontinuidades, pode ser um lugar onde a relação da dupla mãe-bebê seja favorecida.

Interessante notar que as mães do H1 se posicionaram de forma distinta frente às falhas da equipe: Diana sentia-se acolhida e com seu bebê cuidado; Tatiana, ao contrário, expressava-se como se estivesse sendo perseguida pela equipe, e muitas vezes envolvia-se em algum conflito dentro da UTI. Mostrava-se sempre revoltada e indignada com a atitude de alguns profissionais diante dos cuidados com seu bebê, de forma que era notável que estes atuavam em contratransferência em relação à adolescente, intensificando a tensão com ela. Talvez isto se devesse à diferença de postura das adolescentes em relação ao bebê: Diana assumia uma postura de proteção e interesse por Laura, permitindo uma aproximação maior da equipe ao mesmo tempo em que colocava o limite necessário para que a mesma não fosse intrusiva. Tatiana, de outra forma, atuava de forma impulsiva com a equipe, sempre reagindo de maneira mais explosiva e violenta, de forma a defender-se e defender Luís, o que parecia piorar ainda mais a sensação de que ele estaria sofrendo as falhas mencionadas. É possível

pensar que parte da agressividade desta adolescente se devesse, também, ao fato de ter o companheiro preso, o que aumentava sua tensão.

Druon (1997) afirma que na UTI Neonatal o que é vivenciado vem sempre com muita intensidade, uma vez que é um espaço que contém muitos elementos como a vida, a morte e o risco de deficiência dos bebês prematuros. Complementando esta ideia, Cresti e Lapi (1997) afirmam que o hospital com seu funcionamento e sua estrutura pode inserir-se como um terceiro na relação entre a mãe e o bebê, influenciando na qualidade da relação da dupla mãe-bebê no sentido de facilitar ou dificultar o desenvolvimento da capacidade dos dois de interagir. De um modo positivo, esta mesma estrutura pode favorecer a aproximação e os potenciais de relacionar-se da mãe e do bebê. Assim, o hospital pode funcionar como um “envelope que contém e protege” a dupla, que auxilia a mãe a se organizar e responde à necessidade de dependência dela e do bebê. Por outro lado, o hospital pode se tornar um depositário das projeções da agressividade da mãe, especialmente quando o bebê está em um estado mais grave e a exigência emocional é grande para a mãe e para a equipe. Em síntese, observa-se que o hospital assume uma característica de ambivalência: contém e ao mesmo tempo invade o bebê e sua relação com pais e família, o que pôde ser observado em medidas diferentes nos quatro casos.

É possível pensar, também, no quão sofridos eram os momentos em que as mães adolescentes não estavam na UTI, não podendo ver nem conferir se seus bebês estavam sendo realmente cuidados. Mesmo confiando na equipe e na estrutura do hospital, as fantasias de perda e negligência rondavam as adolescentes todo o tempo, as quais eram minimizadas quando as jovens chegavam à UTI e reencontravam o bebê.

Estes elementos podem sugerir aspectos essenciais que devem ser considerados no caso das mães adolescentes que têm seu bebê internado na UTI Neo: a preparação da equipe para lidar com algumas demandas da adolescência. Este despreparo e reação da equipe às jovens mães podem estar relacionados ao desconhecimento da adolescência como fase do desenvolvimento com aspectos singulares, e que os mesmos podem estar exacerbados neste momento de crise, que coloca muitos conteúdos da adolescente à prova: sua onipotência, seu imediatismo e sua imaturidade. Além disso, não se deve esquecer o somatório de crises do momento que já é suficiente para que a adolescente se fragilize ainda mais diante da realidade da UTI Neo: adolescência, maternidade e bebê prematuro.

Além disso, foi possível notar que a UTI Neo pareceu representar um espaço quase inviolável para as adolescentes. Assim, cuidavam para que os sentimentos negativos que possuíam não “contaminassem” a UTI, como o estresse causado pelos problemas que tinham naquele momento e a agitação delas causada pela própria realidade da UTI. Decidiram que

entrar na UTI significaria deixar os problemas do lado de fora e apenas ofereceriam o melhor de si mesmas quando estivessem com o bebê. Também exigiam isso de outras pessoas que iam visitar o bebê, como os pais. É possível que a UTI fosse um espaço que de certa forma as protegia das ameaças da vida lá fora. Mas, por outro lado, ameaçava-as com a instabilidade constante dos bebês e a tensão dos outros pais que ali se encontravam, também vivenciando as incertezas que rondavam a UTI.

Externamente ao hospital as adolescentes contavam com apoio de pessoas próximas, como o pai do bebê, a família e outras pessoas como amigos e vizinhos. De fato, é importante observar que a presença dos pais dos bebês, para as adolescentes, era extremamente importante neste período de internação. Todas valorizavam enormemente o fato de eles estarem presentes neste momento, mesmo que estivessem distantes das adolescentes como casal, como era o caso de Elisa. As adolescentes sempre mencionavam que achavam extremamente importante que o pai participasse dos momentos do filho, talvez devido ao distanciamento que elas próprias tinham com seus pais. Deve-se recordar que, com exceção de Nádia, que conviveu um tempo com o pai na infância, mas perdeu-o, as outras participantes referiram ter sido abandonadas por seus pais na infância, o que poderia ser algo que elas quisessem reparar neste momento de entrada na maternidade. Curiosamente, entretanto, algumas delas (Tatiana e Elisa) repetiam sua história de abandono do pai com o bebê, de maneira que estavam afastadas do pai do bebê pelos motivos anteriormente mencionados.

Poderia ser afirmado que esta reparação estivesse ligada ao processo comum na adolescência de desejarem ser como os pais, mas de forma diferente (Souza, 2009). Seria dizer que a superação do modelo dos pais é justamente incluir aquilo que faltou para elas, e que é sentido com pesar, como uma figura paterna presente e participativa na vida do filho. De acordo com Aberastury (1990a) a inserção do adolescente no mundo adulto exige do adolescente um desprendimento, de forma que terá que se desfazer da solução que ele usava na infância do “como se” dos jogos e do processo de aprendizagem, e passar a enfrentar os resultados irreversíveis da realidade. Nesse sentido, ele precisa aferrar-se a um conjunto de teorias, além de algo para descarregar o excesso de ansiedade e conflitos que advêm da ambivalência entre manter-se ligado e desligar-se. Assim a hostilidade aos pais está ligada à adoção de novas ideias, e o adolescente a expressa sentindo-se desconfiado e não compreendido. Isto faz parte do processo de independizar-se, que de fato ainda oscila quando ele sente necessidade de apoio e dependência.

Inclusive é notável o fato de as adolescentes acharem que os bebês reagem mais à presença do pai do que à sua própria presença, contando que quando ele chegava à UTI e

chamava pelo filho, o bebê acordava, ficava alerta e a interação com o pai parecia ser mais responsiva e ativa (Diana e Nádia). Por exemplo, as mães referiram que os bebês interagiam com o pai apertando seu dedo, prestando atenção ao pai presente e sorrindo em resposta ao seu sorriso. As mães também tinham seus momentos com o bebê, entretanto, ele parecia menos responsivo a elas. Esta situação trazia muita ambivalência às mães: por um lado, garantia a presença do companheiro e a legitimação do papel paterno, o que era muito confortador para elas e ia ao encontro de seu desejo de inclusão da figura paterna na relação com o filho e na construção da família com que elas sonhavam. Por outro lado, ameaçava a frágil ligação que estava sendo construída entre mãe e bebê, pois representava para elas uma desvalorização de sua presença e dedicação constantes na UTI, como se não existissem ali para o filho. Uma explicação oferecida por elas (Diana e Nádia) a essa reação do bebê à presença do pai, devia-se à proximidade dos pais dos bebês a elas durante a gestação, de maneira que dava às mesmas a ideia de que os bebês continuavam reconhecendo seus pais durante a internação, e reagiam à sua presença da mesma forma que reagiram durante a gestação. Além disso, é importante mencionar que todas as mães participantes achavam o bebê muito parecido com o pai fisicamente, o que pode ser um aspecto para refletir a respeito do que já foi dito sobre a relevância da figura paterna para estas adolescentes.

Entretanto, o que as adolescentes não puderam perceber referia-se à contribuição de sua presença para que o bebê se recuperasse rapidamente, como a tranquilidade e a calma proporcionadas a ele. Como dito, elas sentiam-se menosprezadas em relação ao pai do bebê, considerando as reações mais ativas deste na presença do pai. Sabe-se que na UTI Neo é preciso que o bebê mantenha um nível de atividade que não comprometa seu ganho de energia, ou seja, o grau de excitabilidade do bebê deve estar em um nível que não faça com que ele perca peso. Desta forma, é possível perceber que as mães adolescentes, podendo proporcionar este estado de tranquilidade para o filho, garantiram que seu repouso fosse um facilitador para seu desenvolvimento clínico. Provavelmente, se tivessem sido orientadas a respeito disso, as adolescentes poderiam ter se sentido mais calmas e confiantes em sua capacidade de cuidar e de prover ao filho condições favoráveis para seu desenvolvimento.

Com a discussão a respeito das interações das adolescentes e bebês, é possível observar como elas foram se aproximando do bebê e reconheceram-no como filho. Por exemplo, Nádia sempre incluía João ao falar de Bruno, de forma que o casal de adolescentes foi construindo junto suas impressões sobre o bebê. Um aspecto bastante claro disso referiu-se ao fato de que raramente nas entrevistas esta adolescente referia-se a uma opinião como sua, ou descrevia um movimento particular em relação a Bruno; ela sempre referia os fatos na primeira pessoa do plural, “nós fomos”, “nós fizemos”, “nós descobrimos”. Importante

observar que no geral os bebês deste estudo respondiam de maneiras diferentes aos estímulos das mães. Exceto por Bruno, que não estava se mantendo acordado como os outros bebês do estudo, o que acabava comprometendo suas interações com Nádia, os outros bebês, à medida que se desenvolviam e melhoravam seu estado clínico, passaram a ficar mais alertas e mais responsivos às mães. Assim, estando maiores, menos vulneráveis que quando nasceram e com a diminuição das intervenções da equipe (exames, punções, injeções, etc.), os bebês reagiam mais ao toque, ao contato e à presença das mães. Além disso, é importante notar que, com este desenvolvimento dos bebês, as mães passaram a ter a possibilidade de estarem mais próximas deles ao carregarem-nos no colo, fosse para a posição Canguru, para os treinos de amamentação ou apenas pela sensação prazerosa do contato.

Em estudo realizado no Brasil por Barros, Mitsuhiro, Chalem, Laranjeira e Guinsburg (2010) foram comparados bebês nascidos a termo com bebês prematuros tardios (entre 34 e 37 semanas de idade gestacional) e saudáveis, em relação às suas manifestações neurocomportamentais. Os bebês prematuros apresentaram menores escores de atenção, regulação, qualidade dos movimentos e altos escores para reflexos pobres e hipotonicidade. Isto indica que os bebês prematuros de mães adolescentes apresentaram-se mais desorganizados e suas habilidades foram consideradas imaturas para estabelecer o vínculo esperado com sua mãe e família, o que pode acarretar riscos para seu desenvolvimento futuro. Mesmo tratando-se de um estudo que *a priori* não focaliza os aspectos emocionais do bebê prematuro, torna-se de grande relevância entender as limitações destes bebês quanto à estrutura de seu sistema nervoso, como base para compreender sua forma e frequência de interação com a mãe e outros cuidadores. Assim, cabe lembrar que a idade gestacional dos bebês do presente estudo variou de 30 a 35 semanas, ou seja, houve bebês extremamente e moderadamente prematuros, o que poderia explicar parte da forma como eles interagem com as mães e os pais.

Observou-se que, com a diminuição da fragilidade do bebê, que permitia a ele ser tocado e retirado da incubadora, as mães puderam aos poucos assumir algumas tarefas de cuidado que, indubitavelmente, aproximaram-nas dos filhos e deram um senso maior de entrada na maternidade. Ademais, com a possibilidade de ter o filho nos braços, os momentos com ele puderam ser mais frequentes e reforçadores da capacidade da adolescente de conseguir atender a seu bebê. Desta maneira, este momento de melhora do filho e aproximação com ele reassegurou às jovens mães que elas produziram um filho forte e que sobreviveu às ameaças constantes de sua fragilidade, o que pode ter reparado o impacto sentido inicialmente em seu narcisismo.

De acordo com Zornig et al. (2004) quanto à transmissão psíquica que ocorre entre a mãe e o bebê, os cuidados relativos à maternagem referem-se mais do que simplesmente à interação; eles representam a retomada, pela mãe, de episódios de quando era bebê, além da própria maternagem recebida neste período anterior. Alizade (2011) complementa, afirmando que uma vez que a maternidade reativa os fantasmas edípicos, é possível afirmar que os fantasmas pré-edípicos também se fazem presentes, principalmente quando são reconhecidas a incapacidade ou debilidade maternal da adolescente, que irá requerer o apoio de sua própria mãe, de maneira que o bebê é ofertado a ela.

Percebe-se, por outro lado, que, embora o estado de saúde do bebê fosse algo extremamente importante para a mãe, como a certeza de recuperação do filho, este aspecto não era de todo suficiente para convencê-la. É possível exemplificar esta afirmativa com o caso de Bruno, bebê de Nádia que, mesmo bem de saúde, por não estabelecer contato com os pais, fazia com que eles se sentissem entristecidos e desanimados. Importante lembrar que ele foi o bebê que se desenvolveu mais rapidamente dentre os quatro deste estudo, e nasceu quase a termo, com 35 semanas. Assim, é possível afirmar que no contexto da prematuridade, para a adolescente, é preciso que todas as evidências de que o bebê está evoluindo satisfatoriamente estejam aparentes. No caso de Nádia, ainda, um aspecto que intensificou este sentimento de desilusão com Bruno foi o fato de que ela não conseguiu ter momentos a sós com o filho, pela constante presença de João e da equipe com as intervenções e exames para checar por que o bebê permanecia adormecido. Em síntese, as outras mães (Tatiana, Diana e Elisa) vivenciaram concomitantemente o desenvolvimento do bebê e a possibilidade maior de interagirem com ele, de modo que não expressaram o descontentamento como o de Nádia.

É importante observar o que Cramer (1987) pontua sobre o conceito de interação mãe-bebê: ele inclui não apenas os aspectos observáveis, como a mutualidade e a reciprocidade da dupla, mas também considera o lado fantasmático das trocas, que leva em conta o funcionamento psíquico da maternidade e as relações de objeto. O bebê não é um receptor apenas, mas ele também envia mensagens à mãe, e reage a ela, movimento que vai definindo o perfil da interação da dupla. Assim, é possível que observar as interações ofereça bases para entender como a relação entre a dupla se desenvolve, como os olhares, os gestos e os movimentos. De qualquer forma, é importante lembrar que alguns autores referem que a entrada da adolescente na maternidade leva em consideração aspectos como a idade da mãe, considerando o momento vital dela, os grupos a que pertence, o lugar que ocupa no meio social e os aspectos familiares (Peña & Buchwald, 2011), o desenvolvimento cognitivo e psicossocial normais e a fase de desenvolvimento em que ela se encontra (Flanagan et al.,

1995; Ragozin et al., 1982). Todos estes elementos poderão fornecer subsídios para que se compreenda também os meios pelos quais a mãe adolescente interage com o bebê prematuro.

É importante mencionar o estudo de Ragozin et al. (1982), que investigou o efeito da idade materna sobre a performance e a satisfação com o papel parental. Ficou claro que a idade materna influenciou significativamente os componentes do papel parental, uma vez que na idade estão implicados aspectos como o grau de desenvolvimento emocional ou de egocentrismo da mãe. Assim, os autores especulam que a crise causada pelo nascimento prematuro pode amplificar os elementos relacionados à idade, como maturidade emocional, sentimento de satisfação com a maternidade e habilidade de lidar com momentos de crise.

Um aspecto interessante comum às participantes deste estudo referiu-se ao fato das mães se retirarem da UTI Neo apenas quando seus bebês estavam dormindo, afirmando que não conseguiam afastar-se deles enquanto acordados. Elas mencionaram que este cuidado era tomado como forma de proteger o bebê, como se ele percebesse sua retirada e se sentisse desamparado. De qualquer modo, afastar-se do filho significava uma interrupção na relação entre a mãe adolescente e seu bebê prematuro, de forma que o dia seguinte significava novos desafios e possíveis surpresas para as mães, pelo menos enquanto os bebês ainda se apresentavam instáveis no ganho de peso e em sua recuperação clínica. Muitas vezes, ao regressarem no dia seguinte, se assustavam ao encontrar o bebê ligado a novos aparelhos e com outras complicações, como alguma nova infecção ou a necessidade de algum novo exame.

Quando se aproximava o momento de levar o bebê para casa, uma nova fase se inaugurou entre as mães adolescentes. Era um momento decisivo, quando elas poderiam assumir definitivamente as atribuições da maternidade, e estariam muito próximas do bebê, como nunca ocorrido. Assim, três delas (Tatiana, Diana e Nádia) mostraram-se mais introspectivas e verbalizaram menos na entrevista realizada neste momento, possivelmente como parte da preparação para assumir o papel materno definitivamente. A indicação para esta nova fase era a mudança do bebê de sala dentro da UTI Neo, que sinalizou para as mães que se aproximava o momento em que teriam que cuidar do filho sem a ajuda da equipe.

Broedsgaard & Wagner (2005) enfatizam a importância de restabelecer a família logo ao nascimento do bebê prematuro, e oferecer apoio para os pais no período de transição entre a internação do bebê e sua ida para casa. A ativação destes recursos dos pais não depende apenas de informação e assistência, mas também da competência dos profissionais de saúde. São eles que organizarão o serviço e farão a ponte entre a informação e a habilidade de cada família de lidar com a prematuridade. De fato, de acordo com Rossel et al. (2002) as mães consideram que o acompanhante e o médico são os pontos de apoio principais nas primeiras

etapas da hospitalização do bebê, sendo que posteriormente é a família e a avó materna que passam a representar os principais pontos de apoio afetivo à mãe. Mais uma vez é importante destacar que as desvantagens da prematuridade estão mais relacionadas às condições do meio em que a criança está do que à precocidade de seu nascimento. Assim, a prematuridade é uma situação de risco, e não uma patologia do ego, de maneira que o ambiente, a família e a intervenção da equipe são elementos fundamentais para o futuro do bebê (Pinto et al., 2004).

Quanto a levarem o bebê para casa, este fato sempre foi apontado por elas como muito significativo: se não estavam em casa com ele, ainda não eram mães. Era como se a chegada em casa marcasse a instituição definitiva da maternidade. Além disso, o espaço físico para o bebê só pôde ser concretamente organizado quando a alta se tornava próxima e certa, prenúncio para que o espaço para o bebê na vida da adolescente fosse aberto sem a forte ameaça de morte do bebê, antes muito presente. Mais uma vez observa-se a importância de que a UTI Neo seja um espaço potencial de desenvolvimento, também para auxiliar a incluir o bebê na vida da mãe e da família.

Os bebês de três adolescentes iriam para a casa da família da mãe (Elisa, Tatiana e Nádia), exceto no caso de Diana, que morava com o companheiro fora de sua casa de origem. Questiona-se se Diana, por estar mais afastada da família de origem e mais próxima ao companheiro, seria beneficiada no sentido de organizar um espaço para a filha na família. Ela parecia ser a mãe mais organizada dentre as outras, além de estar em um momento de maior definição de sua vida que as outras adolescentes. Mesmo que o relacionamento com o companheiro fosse marcado por controvérsias e dilemas, foi possível notar que o processo de separação com a mãe estava em pleno andamento, parecendo mais avançado quando comparado aos processos das outras participantes.

No geral as mães se aproximaram das filhas adolescentes no momento em que estas se tornaram mães, e passaram a querer auxiliá-las nos cuidados com o bebê. Como afirmado anteriormente, esta aproximação iniciou-se no momento após o parto prematuro, tendo sido gradual, de modo que elas ofereceram apoio material e afetivo às meninas, inclusive, propondo ajuda no cuidado ao bebê. Apenas Diana recusou essa aproximação, expressando sua vontade de cuidar da filha apenas com a ajuda do companheiro. Além disso, a impressão de que os bebês eram oferecidos às avós maternas fez-se presente, o que foi percebido claramente no caso de Nádia, que atribuiu à mãe as decisões sobre o bebê, os cuidados após a alta e a permissão para que a própria adolescente se tornasse mãe.

Percebeu-se, ao longo da discussão, a importância dos fatores advindos da família e das vivências das adolescentes no seio familiar neste momento de entrada na maternidade. Observou-se que a vivência da maternidade pelas adolescentes deste estudo foi sendo

construída e destacou-se por dois momentos distintos: choque, susto e sentimentos de invasão no primeiro momento da internação do bebê, sendo substituídos lentamente por uma progressiva adequação ao bebê prematuro e à situação de prematuridade, o que pareceu ir ao encontro dos resultados do estudo de Delgado (2002), que afirma que existem mães adolescentes que são capazes de transformar este momento de conflito em superação e aprendizagem.

Entretanto, é necessária atenção considerando o que afirma Soulé (1987), de que é possível que a mãe não consiga investir o bebê real e continue mantendo uma relação mais próxima com o bebê imaginário, o que a faz desviar seus interesses para outras atividades, como trabalho, estudos, família, dentre outros. Será necessário que ela viva num outro momento um segundo nascimento, que poderá fazer com que ela retome o bebê considerando que ele acabou de nascer. Se a mãe é adolescente, então, estas dificuldades podem ser maiores (Delgado, 2002).

Uma vez que as características individuais da mãe adolescente podem variar, de qualquer modo, oferecer o *holding* à mãe e à família, como discutido, é uma atitude que proporcionará a ela realizar contato e ser parte dos cuidados com o bebê; permitirá à família ser envolta por um ambiente que a inclua e facilite sua aproximação ao bebê (Valansi & Morsch, 2004). No caso da mãe adolescente, o *holding* poderia ser uma possibilidade de permitir que ela continue, de algum modo, o processo da adolescência e possa aos poucos adentrar a maternidade.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou compreender como ocorre a transição para a maternidade de mães adolescentes em contexto de nascimento prematuro de seu bebê. Pretendeu-se, assim, desenvolver conhecimentos sobre a temática e sugerir algumas hipóteses ou expectativas para novos estudos que devem ser realizados como continuação deste, uma vez que se constatou a escassez de literatura que abordasse o tema.

Alguns aspectos deste estudo contribuíram para que se chegasse a resultados mais abrangentes, como a aplicação de entrevistas de forma semi-dirigida, que possibilitou às participantes se expressarem com maior liberdade, além das anotações de experiências e vivências da pesquisadora no contexto da prematuridade, as quais foram fundamentais para que se tivesse contato maior com a dinâmica da UTI Neonatal e das mães ali inseridas. Além disso, o caráter qualitativo e longitudinal do estudo propiciou que se estudasse o fenômeno considerando momentos diferentes do puerpério, possibilitando acompanhar diversas facetas deste processo complexo de entrada na maternidade.

É necessário que os estudos sobre o tema continuem, uma vez que algumas questões não puderam ser abarcadas por este. Assim, partindo da conclusão de que ter um bebê prematuro na adolescência constitui-se em um somatório de crises e imaturidades importantes, questiona-se os efeitos deste momento inicial a longo prazo para as relações da dupla mãe-bebê e os ajustes que a mãe e a família precisam fazer em relação às limitações do bebê prematuro. Além disso, seria necessário investigar mais a fundo como funciona a dinâmica inconsciente das adolescentes após estes meses iniciais de crise intensa, observando se perduram aspectos do momento inicial da prematuridade como as fantasias de morte em relação ao bebê, os sentimentos de invasão sentidos como identificação com o bebê, em relação aos aparelhos e intervenções da equipe da UTI Neo no corpo dele, além das fantasias referentes ao papel materno e ao bebê. Ademais, a compreensão de como ocorre o desenvolvimento concomitante mãe adolescente-bebê prematuro também poderia ser incluída em algum estudo.

Outro aspecto que deve ser pensado refere-se às adolescentes que não conseguiram aderir ao estudo e ao espaço oferecido para falarem sobre suas experiências. É possível que isto seja um sinal importante para pensar sobre formas de acessar aquelas jovens mães que estão sentindo maiores dificuldades dentro do contexto da prematuridade, e que podem

aparecer também no cotidiano com a equipe e nas relações com o bebê. Dessa forma, este é mais um elemento a ser considerado quando se tem contato com estas adolescentes: muito além da pesquisa, é preciso observá-las nas situações dentro da UTI Neo e criar estratégias para que elas se sintam acolhidas em sua dificuldade.

Observou-se que é possível que algumas mães adolescentes se recuperem do choque inicial sentido com o nascimento prematuro de seu bebê, entretanto, é preciso considerar esta afirmação com cuidado, uma vez que há variação no nível de desenvolvimento individual e nos modos de funcionamento psíquico de cada adolescente. Foi possível notar, assim, que não bastava apenas que o bebê melhorasse seu quadro clínico para que a mãe adolescente também se sentisse melhor; mais que isso, a disponibilidade emocional da mãe para atender ao bebê e assumir as questões inerentes à maternidade foram fundamentais para compreender como estava ocorrendo este processo de transição. Isto ficou bastante claro ao longo dos encontros com as adolescentes, de modo que suas reações diante da prematuridade do filho foram distintas: algumas se mostraram mais desorganizadas e confusas em um primeiro momento para aos poucos compreenderem e se ajustarem à situação, enquanto outras pareceram não sentir o impacto da prematuridade tão intensamente. Desta maneira, com a possibilidade limitada de este estudo medir o impacto causado na adolescente pela especificidade da prematuridade, é preciso ponderar a respeito dos efeitos a médio e longo prazo. De qualquer forma, ficou claro que houve dificuldades neste primeiro momento e elas não devem ser desconsideradas. Assim, defende-se um espaço de escuta a estas mães assim que são encaminhadas para o parto prematuro, de modo que elas possam dar vazão às suas angústias, temores e inseguranças do momento.

Em relação ao processo da adolescência observado entre as participantes foi possível constatar algumas características comuns a elas: a ambivalência típica da fase, somada às ambivalências a respeito do bebê e da maternidade; as relações com o corpo adolescente, modificadas com a gestação e as vivências do parto precoce; as lutas para separar-se da figura materna, negando-a e aceitando-a como modelo de mãe para si, além do movimento de ter que sair forçosamente da posição mais introspectiva e lançar-se nas questões complexas do mundo externo marcadas pelo bebê prematuro e suas exigências. Percebeu-se, então, que o processo de tornar-se mãe neste momento da vida de um bebê prematuro aparece com aspectos intrincados do processo de adolecer. Mesmo que não tivesse sido possível abandonar o status adolescente para ingressar no papel adulto, exigiu-se destas mães que abdicassem de seu processo de adolecer para entrarem na UTI Neo e cuidarem do bebê, de forma abrupta e inesperada, o que não pode ser desconsiderado para refletir sobre o processo de transição para a maternidade das participantes. Assim também, é necessário considerar

uma diferença marcante entre os diferentes tempos que marcam esta transição para a maternidade: o tempo da UTI, o tempo do bebê e o tempo da adolescente, muito diversos e com suas exigências próprias, que muitas vezes se chocaram. Imprescindível, também, lembrar que todas as mães deste estudo eram primíparas, o que pode ter contribuído para as dificuldades anteriormente mencionadas.

Lembrando que o ambiente da UTI Neo é mobilizador de muitas angústias e fantasias, observou-se que a entrada das adolescentes neste contexto foi marcada por mal estar físico, com tonturas, dores e náusea. Não contaram com nenhum amparo para este primeiro contato com o bebê, colocado na incubadora e ligado a diversos aparelhos que garantiam sua sobrevivência, devido às limitações institucionais da UTI Neo. Ademais, observou-se uma grande dissonância entre as equipes que atuam dentro das UTIs Neo em relação ao atendimento a estas mães adolescentes. Percebeu-se que alguns profissionais atuaram em contratransferência em relação a algumas mães, o que denotou falta de preparo e de conhecimento a respeito das especificidades do momento da adolescência. Sabendo da relevância dos profissionais da UTI Neo para as primeiras relações entre a mãe e o bebê, é possível pensar nas conseqüências que estas atitudes podem ter para a aproximação da mãe adolescente ao bebê prematuro. Outra modificação que deve ser feita é que a equipe precisa ser mais empática com as possibilidades das mães: se estas não conseguem ficar na UTI, que este desejo possa ser acolhido e compreendido sem julgamentos que incitem sentimentos de culpa nas adolescentes. Concorda-se que transformar a UTI Neo em espaço potencial de desenvolvimento das relações entre mãe adolescente e bebê prematuro (Zornig et al., 2004), além da equipe poder compreender as demandas das mães ali presentes pode, então, tornar esta transição para a maternidade um pouco menos difícil.

É importante também mencionar algo sobre o apoio que as adolescentes tiveram externamente à UTI Neo. Elas mencionaram a importância de terem recebido do pai do bebê e da família alguma espécie de ajuda, tanto material quanto emocional, mas percebeu-se que nem sempre as adolescentes se sentiram acolhidas como gostariam. De fato, poderia ser discutido que talvez elas estivessem insatisfeitas de algum modo pela frustração de que o apoio não solucionou seus problemas. Acredita-se que a função do apoio foi oferecer suporte adequado para que a mãe pudesse vivenciar o momento delicado da prematuridade, sem sufocá-la ou impedi-la em sua relação com o bebê ou com outras pessoas. Entretanto, sabe-se que é impossível evitar o sofrimento relacionado à experiência da prematuridade; é possível, apenas, que a vivência da dor e dos lutos seja mais abreviada.

Espera-se que este estudo possa ter fornecido subsídios a respeito da temática tão específica das adolescentes que se tornam mães de um bebê prematuro e que novos estudos

possam ser realizados para compreender e aprofundar os conhecimentos aqui abordados. Além disso, espera-se que este estudo possa contribuir para ações específicas com estas jovens mães desde o cuidado pré-natal, e que, diante da impossibilidade de evitar o parto prematuro, se estendam para o contexto da UTI Neo, auxiliando estas adolescentes neste momento particular de transição.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1990a). Adolescência. In A. Aberastury (Ed.), *Adolescência* (pp. 15-32). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aberastury, A. (1990b). O mundo do adolescente. In A. Aberastury (Ed.), *Adolescência* (pp. 227-246). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Adhikari, R.K. (2003). Early marriage and childbearing: Risks and consequences. In World Health Organization (Ed.), *Towards adulthood : exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia*, (pp. 62-66). Mumbai, India.
- Åhlund, S., Clarke, P., Hill, J., & Thalange, N.K.S. (2009). Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. *Archives of Womens Mental Health*, 12(4), 261-264.
- Akinbami, L.J., Schoendorf, K.C., & Kiely, J.L. (2000). Risk of preterm birth in multiparous teenagers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 1101-1107.
- Alizade, M. (2011). Los frutos del cuerpo adolescente. In P. Alkolombre (comp.), *Travesías del cuerpo femenino: Un recorrido psicoanalítico em torno a temas de ginecología y obstetrícia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Al-Ramahi, M. & Saleh, S. (2006). Outcome of adolescent pregnancy at a university hospital in Jordan. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 273(4), 207-210.
- American Academy of Pediatrics (1967). Nomenclature for duration of gestation, birth weight and intra-uterine growth. *Pediatrics*, 39(6), 935-939.
- Andalaft Neto, J. & Andalaft, C.C.M. (2009). Gravidez na adolescência - fatores de risco. In D.L.M. Monteiro, A.J. Trajano, & A.C. Bastos (Eds.), *Gravidez e adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Anderson, C. & McGuinness, T. (2008). Do teenage mothers experience childbirth as traumatic? *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(4), 21-24.
- Andrade, M.A.G. (2004). Transnatalidade e primeiras relações pais/bebê pré-termo. In P.R. Margotto (Ed.), *Assistência ao recém nascido de risco*. Brasília: Pórfiro Editora.
- Andreani, G., Custódio, Z.A.O., & Crepaldi, M.A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, (24), 115-126.
- Bansil, P., Kuklina, E.V., Meikle, S.F., Posner, S.F., Kourtis, A.P., Ellington, S.R., & Jamieson, D.J. (2010). Maternal and fetal outcomes among women with depression. *Journal of Women's Health*, 19(2), 329-334.

- Barros, M.C.M., Mitsuhiro, S., Chalem, E., Laranjeira, R.R. & Guinsburg, R. (2010). Neurobehavior of late preterm infants of adolescent mothers. *Neonatology*, 99, 133-139.
- Battaglia, F.C. & Lubchenco, L.O. (1967). A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *The Journal of Pediatrics*, 71(2), 159-163.
- Bayless, S., Cate, I.M.P., & Stevenson, J. (2008). Behaviour difficulties and cognitive function in children born very prematurely. *International Journal of Behavioral Development*, 32(3), 199-206.
- Blackmon, L.R., Batton, D.G., Bell, E.F., Denson, S.E., Engle, W.A., Jr, W.P.K., Martin, G.I., & Stark, A. (2004). Age Terminology During the Perinatal Period. *Pediatrics*, 114(5), 1362-1364.
- Blos, P. (1996). *Transição adolescente: questões desenvolvimentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bortman, M. (1998). Factores de riesgo de bajo peso al nacer. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3(5), 314-321.
- Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. Lei Federal 8069/1990.
- Brasil. (2011). *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde* (vol. 4). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brito, M.H.A. & Pessoa, V.L.M.P. (2006). Um perfil da mãe prematura. In R.G. Melgaço (Ed.), *A Ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Broedsgaard, A. & Wagner, L. (2005). How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review*, 52, 196-203.
- Brum, E.H.M. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: Abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 457-467.
- Budib, M.A., Cruz, T.S., & Martins, E.H.O. (2009). Aspectos psicossociais da gravidez na adolescência. In D.L.M. Monteiro, A.J. Trajano, & A.C. Bastos (Eds.), *Gravidez e adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Buschman, N.A., Foster, G., & Vickers, P. (2001). Adolescent girls and their babies: Achieving optimal birthweight. Gestational weight gain and pregnancy outcome in terms of gestation at delivery and infant birth weight: A comparison between

- adolescents under 16 and adult women. *Child: Care, Health & Development*, 27(2), 163-171.
- Chagas, N.R. & Monteiro, A.R.M. (2007). A relação entre a mãe adolescente e o bebê pré-termo: Sentimentos desvelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(1), 35-44.
- Chen, C.W., Tsai, C.Y., Sung, F.C., Lee, Y.Y., Lu, T.H., Li, C.Y., & Ko, M.C. (2010). Adverse birth outcomes among pregnancies of teen mothers: Age-specific analysis of national data in Taiwan. *Child Care, Health & Development*, 36(2), 232-240.
- Chen, X.K., Wen, S.W., Krewski, D., Fleming, N., Yang, Q., & Walker, M.C. (2008). Paternal age and adverse birth outcomes: Teenager or 40+, who is at risk? *Human Reproduction*, 23(6), 1290-1296.
- Correia, L.L., Carvalho, A.E.V., & Linhares, M.B.M. (2008). Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 64-70.
- Costa, M.C.O., Santos, C.A.T., N. Sobrinho, C.L., Freitas, J.O., Ferreira, K.A.S.L., Silva, M.A., & Paula, P.L.B. (2002). Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3), 715-722.
- Cramer, B. (1987). A psiquiatria do bebê: uma introdução. In T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi & M. Soulé, *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crespo, C.D. (2009). Nascimentos no Brasil: o que dizem as informações? In Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Ed.), *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- Cresti, L. & Lapi, I. (1997). O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade? In M.B. Lacroix & M. Monmayrant, *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dadoorian, D. (2003). Gravidez na adolescência: Um novo olhar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(3), 84-91.
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73(1-2), 61-70.
- Delgado, S.E. (2002). A construção do caminho do vínculo mãe adolescente/ bebê pré-termo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 12(1), 27-35.
- DeVito, J. (2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. *The Journal of Perinatal Education*, 19(2), 25-34.
- Dias, S. (2000). A inquietante estranheza do corpo e o diagnóstico na adolescência. *Psicologia USP*, 11(1), 119-135.

- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo das crianças, em UTI Neonatal. In M.B. Lacroix & M. Monmayrant, *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eisenstein, E., Rossi, C.R.V., Marcondelli, J., & Williams, L. (2009). Binômio mãe-filho - prevenção e educação em saúde. In D.L.M. Monteiro, A.J. Trajano, & A.C. Bastos (Eds.), *Gravidez e adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Ellestad, S., Meyer, W., Sinclair, T., Swamy, G., Heine, P., & Murtha, A. (2007). Maternal psychological impact of very premature birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197(6, Supplement 1), 94-94.
- Epstein, R. (2011). El relato y la realidad. In Vorchheimer, M. (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: relatos de la clínica*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Esteves, C.M. (2009). *A preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Feijó, L. (1998). *O bebê pré-termo: intervenção precoce visando a melhoria da interação mãe-bebê*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Field, T.M., Widmayer, S.M., Stringer, S., & Ignatoff, E. (1980). Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants: An intervention and developmental follow-up. *Child Development*, 51, 426-436.
- Flanagan, P.J., McGrath, M.M., Meyer, E.C., & Coll, C.T.G. (1995). Adolescent development and transitions to motherhood. *Pediatrics*, 96(2), 273-277.
- Fraiberg, S. (1987). The adolescent mother and her infant. In L. Fraiberg (Ed.), *Selected writings of Selma Fraiberg*. Columbus, OH: Ohio State University Press.
- Freud, A. (1983). Ansiedade instintiva durante a puberdade (Tradução de Álvaro Cabral). In A. Freud (Ed.), *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Freud, A. (1995). Adolescência. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre* (11), 63-85. (Trabalho original publicado em 1958).
- Freud, S. (2009). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Tradução de J. Salomão, Vol. VII, pp. 119-217). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).

- Gaíva, M.A.M. & Scochi, C.G.S. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 444-448.
- Ganseforth, C., Kribs, A., von Gontard, A., Kleffner, G., Pillekamp, F., Roth, B., Sticker, E.J., & Schmidt-Denter, U. (2002). The effect of biological and psychosocial factors on maternal distress and coping in the first months after preterm delivery of an infant weighing less than 1500 g. *Zeitschrift Fur Geburtshilfe Und Neonatologie*, 206(6), 228-235.
- Gill, G. (2007). Premature Labor and the Premature Baby: Psychological and Social Consequences *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology* (pp. 121-130). London, UK: Springer London.
- Gustafsson, W.M., Josefsson, A., Selling, K.E., & Sydsjö, G. (2009). Preterm birth or foetal growth impairment and psychiatric hospitalization in adolescence and early adulthood in a Swedish population-based birth cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(1), 54-61.
- Hediger, M.L., Scholl, T.O., Schall, J.L., & Krueger, P.M. (1997). Young maternal age and preterm labor. *Annals of Epidemiology*, 7(6), 400-406.
- Heilborn, M.L., Aquino, E.M.L., Bozon, M., & Knauth, D. (2009). Gravidez e maternidade na adolescência - novas biografias reprodutivas. In D.L.M. Monteiro, A.J. Trajano, & A.C. Bastos (Eds.), *Gravidez e adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D., & Marlow, N. (2010). Psychiatric disorders in extremely preterm children: Longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 453-463.
- Jotzo, M. & Poets, C.F. (2005). Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. *Pediatrics*, 115(4), 915-919.
- Kassar, S.B., Gurgel, R.Q., Albuquerque, M.F.M., Barbieri, M.A., & Lima, M.C. (2005). Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 293-299.
- Lartigue, T. & Rocabert, J.V. (2004). A maternidade das adolescentes e os avatares do vínculo mãe-bebê. In L. Solis-Ponton (Ed.), *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Latva, R., Korja, R., Salmelin, R.K., Lehtonen, L., & Tamminen, T. (2008). How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? *Early Human Development*, 84(9), 587-594.

- Lee, S.H., Yen, C.H., Wu, W.Y., & Lee, M.C. (2007). A review on adolescent childbearing in Taiwan: Its characteristics, outcomes and risks. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 19(1), 40-42.
- Levandowski, D.C. (2005). *A transição para a parentalidade e a relação de casal de adolescentes*. Tese de Doutorado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Levandowski, D.C., Piccinini, C.A., & Lopes, R.C.S. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(2), 251-263.
- Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., Padovani, F.H.P., Bordin, M.B.M., Martins, I.M.B., & Martinez, F.E. (2004). A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In E.M. Marturano, M.B.M. Linhares, & S.R. Loureiro (Eds.), *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (pp. 11-38). São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP.
- Linhares, M.B.M., Martins, I.M.B., & Klein, V.C. (2004). Mediação materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In E.M. Marturano, M.B.M. Linhares, & S.R. Loureiro (Eds.), *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (pp. 39-74). São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP.
- Magalhães, M.L.C. (2009). A adolescência e a gravidez. In D.L.M. Monteiro, A.J. Trajano, & A.C. Bastos (Eds.), *Gravidez e adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Mahler, M. (1982). Simbiose e individuação: o nascimento psicológico do bebê. In M. Mahler, *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1974).
- Menacker, F., Martin, J.A., MacDorman, M.F., & Ventura, S.J. (2004). Births to 10–14 Year-Old Mothers, 1990–2002: Trends and Health Outcomes. *National Vital Statistics Reports*, 53(7).
- Miceli, P.J., Goeke-Morey, M.C., Whitman, T.L., Kolberg, K.S., Miller-Loncar, C., & White, R.D. (2000). Brief report: Birth status, medical complications, and social environment: Individual differences in development of preterm, very low birth weight infants. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(5), 353-358.
- Montgomery-Downs, H.E., Young, M.E., Ross, M.A., Polak, M.J., Ritchie, S.K., & Lynch, S.K. (2010). Sleep-disordered breathing symptoms frequency and growth among prematurely born infants. *Sleep Medicine*, 11(3), 263-267.

- Mordcovich, N. (2011). Una contribución a la idea de “relato”. In Vorchheimer, M. (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: relatos de la clínica*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Neu, M. & Robinson, J. (2008). Early weeks after premature birth as experienced by latina adolescent mothers. *MCN - The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, 33(3), 32-38.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009a). *Entrevista de Dados Demográficos da Família*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009b). *Ficha de Dados Clínicos Gestacionais*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009c). *Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/ Pós-parto*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009d). *Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/ Pré-alta*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009e). *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pós-parto*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009f). *Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo de Infância e Família/ Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - NUDIF/GIDEP. (2009g). *Entrevista sobre a maternidade no contexto da prematuridade/pré-alta*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Obeidat, B.R., Khader, Y.S., Amarin, Z.O., Kassawneh, M., & Al Omari, M. (2010). Consanguinity and adverse pregnancy outcomes: The north of Jordan experience. *Maternal and Child Health Journal*, 14(2), 283-289.

- Olausson, P.O., Cnattingius, S., & Haglund, B. (2001). Does the increased risk of preterm delivery in teenagers persist in pregnancies after the teenage period? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 721-725.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1-16.
- Ortiz, J.A., Borré, A., Carrillo, S., & Gutiérrez, G. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 71-86.
- Peña, M. & Buchwald, M. (2011). La maternidad en la adolescencia: su dimensión subjetiva. In P. Alkolombre (comp.), *Travesías del cuerpo femenino: Um recorrido psicoanalítico em torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Pereira, L.D.C. (2003). *Aspectos neonatais e maternos da gestação na adolescência*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Florianópolis, Florianópolis.
- Piccinini, C.A., Lopes, R.C.S., Esteves, C.M., Anton, M.C., & Oliveira, V.Z. (2009). *Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização*. Projeto de pesquisa, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pinto, E.B., Graham, S., Igert, B., & Solis-Ponton, L. (2004). A criança prematura: implicações da parentalidade. In L. Solis-Ponton (Ed.), *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Poli, M.E.H. (2009). Maternidade e paternidade responsáveis na adolescência. In D.L.M. Monteiro, A.J. Trajano, & A.C. Bastos (Eds.), *Gravidez e adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Rabello, A. (2004). A função simbólica da UTI Neonatal. In R.O. Aragão (Ed.), *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ragozin, A.S., Basham, R.B., Crnic, K.A., Greenberg, M.T., & Robinson, N.M. (1982). Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology*, 18(4), 627-634.
- Rocha, R.C.L., Guazzelli, C.A.F., Souza, E., & Chambô Filho, A. (2009). Parto pré-termo na adolescência. In D.L.M. Monteiro, A.J. Trajano, & A.C. Bastos (Eds.), *Gravidez e adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.

- Rossel, K., Carreño, T., & Maldonado, M.E. (2002). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados: Un mundo desconocido. *Revista Chilena de Pediatría*, 73(1), 15-21.
- Ruggiero, I. (2008). Consultas na adolescência: apressadas, termináveis e intermináveis. *Livro Anual de Psicanálise*, XXII, 109-123.
- Sachdev, H.P.S. (2003). "Kangaroo mother care" method to reduce morbidity and mortality in low-birth-weight infants: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*. Geneva: World Health Organization.
- Sanjose, S. & Roman, E. (1991). Low birthweight, preterm, and small for gestational age babies in Scotland, 1981-1984. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45, 207-210.
- Santos, S.R. & Schor, N. (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 15-23.
- Schetter, C.D. (2009). Stress processes in pregnancy and preterm birth. *Current Directions in Psychological Science*, 18(4), 205-209.
- Scholl, T.O., Hediger, M.L., Schall, J.I., Khoo, C.-S., & Fischer, R.L. (1994). Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 60, 183-188.
- See, H., Lachenaud, J., Alberti, C., Mariani-Kurkdjian, P., Aujard, Y., & Baud, O. (2010). Outcome of very preterm infants with *Mycoplasma/Ureaplasma* airway colonization treated with josamycine. *Acta Paediatrica*, 99(4), 625-626.
- Sharps, P.W., Laughon, K., & Giangrande, S.K. (2007). Intimate partner violence and the childbearing year: Maternal and infant health consequences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 105-116.
- Silveira, M.F., Santos, I.S., Matijasevich, A., Malta, D.C., & Duarte, E.C. (2009). Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1267-1275.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza, R.C. (2009) Tempo de enfrentamento. Vol. 5. *Coleção Memória da Psicanálise: Winnicott* (pp. 88-98). São Paulo: Duetto Editorial.
- Stake, R.E. (1994). Case studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. New York: Sage Publications.

- Steer, P. (2004). The management of large and small for gestational age fetuses. *Seminars in Perinatology*, 28(1), 59-66.
- Stevens-Simon, C., Beach, R.K., & McGregor, J.A. (2002). Does incomplete growth and development predispose teenagers to preterm delivery? A template for research. *Journal of Perinatology*, 22, 315-323.
- Valansi, L. & Morsch, D.S. (2004). O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(2), 112-119.
- Venancio, S.I. & Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: Aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 80(5 suplemento), 173-180.
- Viçosa, G.R. (1997). A interação mãe/bebê na maternidade precoce. In N. Fichtner (Ed.), *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Widmayer, S.M. & Field, T.M. (1980). Effects of Brazelton demonstrations on early interactions of preterm infants and their teenage mothers. *Infant Behavior and Development*, 3, 79-89.
- Winnicott, D.W. (1969). Adolescent process and the need for personal confrontation. *Pediatrics*, 44(5), 752-756.
- Winnicott, D.W. (1971). Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior. In D.W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1968).
- Winnicott, D.W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, D.W. (1987). A mãe dedicada comum In D.W. Winnicott (Ed.), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1966).
- Winnicott, D.W. (1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis, *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1965).
- Winnicott, D.W. (1999). O conceito de indivíduo saudável. In D.W. Winnicott, *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1967).
- Wisner, K.L., Sit, D.K.Y., Hanusa, B.H., Moses-Kolko, E.L., Bogen, D.L., Hunker, D.F., Perel, J.M., Jones-Ivy, S., Bodnar, L.M., & Singer, L.T. (2009). Major depression and

antidepressant treatment: Impact on pregnancy and neonatal outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 557-566.

World Health Organization (1986). *Young people's health - a challenge for society*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2008). *Adolescent pregnancy: fact sheet*. Geneva: World Health Organization.

Zornig, S.A.-J., Morsch, D.S., & Braga, N.A. (2004). Parto prematuro: antecipação e descontinuidade temporal? In R.O. Aragão, *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANEXOS

ANEXO A

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Mestrado e Doutorado em Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado

Estamos realizando o estudo “*Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua internação*” com a finalidade de melhor compreender a experiência de ser mãe e pai de um bebê nascido prematuro. Este projeto engloba dois estudos que serão realizados em momentos diferentes, sendo este termo de consentimento destinado somente ao primeiro momento, que visa à compreensão dos fatores biopsicossociais associados à prematuridade.

O estudo envolverá alguns encontros com as mães e pais durante a internação e no 3º mês após a alta do bebê. Durante o período de internação, estão programadas entrevistas, aplicação de questionários e observação da interação da mãe com o seu bebê, que será filmada, sempre respeitando a disponibilidade e o interesse das mães e pais. Esta participação no estudo não envolve riscos previsíveis para os participantes nem prejuízo financeiro. Para a aplicação dos instrumentos de cada uma das três fases estão previstos aproximadamente dois encontros com duração de 1 hora e meia cada um, respeitando a disponibilidade dos participantes.

Com este estudo, busca-se uma melhor compreensão da experiência de ser mãe e pai na situação de nascimento prematuro, o que permitirá que possamos ajudar a outras pessoas que também estiverem passando por esta mesma situação. Além destes benefícios, os participantes vinculados ao estudo terão a oportunidade de ter um espaço de escuta e reflexão, o que pode ajudá-los nesta situação de crise.

Ressalta-se que as mães e pais que não desejarem participar deste estudo ou que desistirem de participar durante o processo não sofrerão qualquer prejuízo no atendimento que recebem neste hospital.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada(o), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente estudo.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa. Minha participação é voluntária e terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e

deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento médico e psicológico dispensado nesta instituição.

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

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo a utilização dos dados das entrevistas, anotações e gravações realizadas comigo e meu bebê, para fins dessa pesquisa e publicações associadas a ela. Entendo que todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo no Instituto de Psicologia da UFRGS.

O pesquisador responsável por este estudo é o Professor Dr. Cesar Augusto Piccinini, do Instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600/sala 111, Porto Alegre – RS. Caso eu queira contatar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3308-5058.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

Eu, _____, concordo em participar desse estudo.

Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha _____

Eu, _____ autorizo a participação de minha filha _____, no estudo descrito acima.

Assim. pai: _____ ou

Assin. mãe: _____

ANEXO B

Entrevista de Dados Demográficos da Família

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009)¹

I. Eu gostaria de algumas informações sobre você e o teu marido:

Esposa (Cód. identificação):.....

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

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

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

- Número de filhos:

Filhos teus com atual companheiro (identificação e idade):

Vive junto:; Não vive junto:

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

Vive junto:; Não vive junto:

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

Vive junto:; Não vive junto:

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

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

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

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

- Salário: Grupo étnico:

- Qual a renda familiar (aprox.)?

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

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

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

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

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

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

- Salário:..... Grupo étnico:

Bebê (Cód. identificação):.....

- Data de nascimento:.....

Endereço para contato:

Cidade:..... CEP

Telefone:.....

Telefone do emprego/contato: Esposa Marido

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

II. Eu gostaria agora, de algumas informações sobre a tua moradia.²

Possui Televisores (em cores)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Rádio (qualquer um, menos de automóvel)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

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

Sim () Quantos? _____ Não ()

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

Sim () Quantos? _____ Não ()

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

Sim () Quantas? _____ Não ()

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

Sim () Quantas? _____ Não ()

Possui Videocassete e/ou DVD (qualquer tipo)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Geladeira e Freezer ?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Para fins de pontuação:

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

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

Hospital: _____

Data da Coleta: _____

Responsável: _____

¹NUDIF, 2009 adaptada de GIDEP - UFRGS – 1998

² Ítem derivado do Critério de Classificação Econômica Brasil, da ABEP, 2009.

ANEXO C

Ficha de Dados Clínicos Gestacionais

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009)¹

1. Identificação

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

2. História Gineco-Obstétrica

- Nº de gestações: Nº de partos a termo: Nº de partos pré-termos: Nº de abortos:
- Medicações utilizadas na presente gestação:
.....

3. Acompanhamento Pré-Natal:

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

4. Intercorrências na Gestação

Caracterizar

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

5. Exames Laboratoriais Realizados (alterados):

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

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

ANEXO D

Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/Pós-parto

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

Hospital:.....

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

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

Peso ao nascimento: Estatura: Peso atual: Estatura atual:

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

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

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

.....
Procedimentos realizados:

.....
Situação clínica primeiros 15 dias:

.....
Procedimentos realizados:

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

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

Idade: Tempo de internação antes do parto:

Motivo:.....

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

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

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

Febre/infecção

() Outra:

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

Situação clínica após o parto (1as horas):

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

Motivo:

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

Medicações utilizadas:

Quais/Motivo:

Comentários:

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

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

ANEXO E

Ficha de Dados Clínicos do Bebê Pré-termo e da Mãe/Pré-alta

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

Hospital:.....

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

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

Peso: Estatura:

Idade do bebê : ____ (m) ____ (d) Idade corrigida: _____

Situação clínica no decorrer da internação:

Procedimentos realizados:

Data da Alta/...../..... **Comentários:**

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

Idade:

Situação clínica no decorrer da internação:

Medicações utilizadas:

Quais/Motivo:

Comentários:

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

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

ANEXO F

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Tu tem recebido apoio de alguém neste momento?

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

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

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

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

ANEXO G

Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009)¹

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹Adaptada de GIDEP/NUDIF, 2003.

ANEXO H

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

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

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

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

Se a mãe estiver como acompanhante do bebê na Unidade Canguru:

- Como foi vir para o Canguru? Como te sentes?
- Como era na UTI e como esta agora?
- Como é a tua rotina aqui?
- O que te agrada e o que te incomoda no Canguru? Por quê?
- Tu percebeu algum diferença na tua relação com o *bebê*? O quê?

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

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

(*Se mama no peito*) Como é a amamentação? Como te sentes? Como o bebê reage?
(*Se não mama no peito*) Por que não mama no peito? Tu gostaria de amamentá-lo?
(*Se sim*) Como te sentes?
(*Se não*) Por que não gostaria?

16. Como está o sono do (*bebê*)? (tranquilo, agitado...)
17. E como tem sido quando tu tens que se afastar do (*bebê*)? Que momentos são esses? Como te sentes?
18. E tu percebe alguma reação do (*bebê*) quando tu se afasta dele/a? Como ele/a reage? Como te sentes?
19. E como tem sido quanto tu volta e se encontra com o (*bebê*)? Como ele/a reage? Como te sentes?

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

1. Como está a tua rotina como mãe do (*bebê*) neste momento?
2. E como tu estás te sentindo como mãe do (*bebê*)?
3. O que tem sido mais difícil para ti como mãe?
4. Quais as tuas principais preocupações como mãe?
5. Em que momentos te sentes mais preocupada? Por quê?
6. (*Se tiver filhos*) Como está sendo a tua rotina com os outros filhos desde a internação do (*bebê*)? Como eles estão se sentindo? O que eles tem dito? Como te sentes? Quem tem cuidado deles quando estás aqui no hospital? Como te sentes? (*se não souber*) Eles já visitaram o (*bebê*)? (*se souber*) Eles têm visitado o bebê?
(*Se sim*) Quando visitaram? Como foi a reação deles? Como te sentiste?
(*Se não*) Por que não vieram visitar o (*bebê*)? Tu pensa em trazê-los? (*Se sim*) Quando? Comparando com o(s) outro(s) filho(s), como está sendo para ti esta experiência com o (*bebê*)?
7. Há algo que te incomoda nesta experiência de ser mãe do (*bebê*)? Por quê?
8. E tem alguma coisa que te agrada? Por quê?
9. Nesse momento, como te descreverias como mãe?
10. Tem algo que gostaria de fazer diferente?
(*Se sim*) O quê? Por quê? Como te sentes?
11. E como achas que as pessoas tem te visto como mãe do (*bebê*)? Por quê?
12. E o teu marido? Como achas que ele te vê hoje como mãe do (*bebê*)? Por quê?

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

9. Tu acompanha os procedimentos médicos/enfermagem do (*bebê*)?
10. Como o (*bebê*) reage a esses cuidados?
11. E como é hoje para ti acompanhar estes procedimentos?
12. Alguém da equipe te explica sobre os procedimentos?
(*Se sim*) Quem explica? (*Se não*) O que fazes quando não compreendes?
13. Como te sentes em relação à equipe médica? E de enfermagem?
14. Algum deles tem te ajudado na tua relação com o (*bebê*)? O que ele/a tem feito?
15. E algum deles tem atrapalhado na tua relação com o (*bebê*)? O que ele/a tem feito?
16. Como tu achas que eles te vêem hoje como mãe? Como te sentes?

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

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

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

2. Tu tem recebido apoio de alguém neste momento?

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

VII. Eu gostaria de conversar contigo sobre o desenvolvimento do (bebê)...

-Como estás vendo o desenvolvimento dele?

-O que ele é capaz de fazer que te chama atenção?

(se não falar) Ele olha pra ti? Fixa o olhar?

Existe algum som que ele gosta? Algum som que ele não gosta? Se ele escuta um barulho isso atrapalha o que ele esta fazendo?

Ele busca tocar em alguma coisa? Segura o teu dedo?

(se não falar) Como é o comportamento do bebê:

- na alimentação?

- no sono?

-Com que frequência ele é trocado de fraldas? Quem troca? Tu ajuda? Como te sentes?

-O que ele costuma fazer durante a troca de fraldas?

-O bebê tem horários para fazer cocô? E para fazer xixi? Quantas vezes ao dia ele faz cocô? E xixi?

-Como é o banho do bebê? O que ele costuma fazer durante o banho? Quem dá o banho? Tu ajuda ou assiste aos banhos?

-Com que frequência ele toma banho?

-Como ele reage ao banho? Ex: aceita tranquilamente ou agita-se, evitando ser banhado.

-Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele durante o banho?

-Como é o humor do teu bebê? Ex: agradável, sociável, alegre, ou difícil de agradar, choroso.

-O que te faz perceber o humor do teu bebê desse jeito? Como te sentes com isso?

-Como ele fica quando alguma coisa o desagrada? O que é necessário para ele se agradar?

-Tu consideras o teu bebê uma criança com um jeito de ser fácil, difícil ou tímido? Por quê?

-Como tu descreverias o jeito do teu bebê?

- Era como tu imaginavas? (Se não era) O que está diferente?

- Com quem tu achas que ele(a) é parecido (física e emocionalmente)? Era como tu imaginavas? Como te sentes com isto?

VIII. Eu gostaria de conversar contigo sobre a alta do bebê...

1. Para onde o bebê vai após a alta? (cidade, residência...)

2. Como estão os preparativos para a alta do bebê? E para a chegada em casa (ou outra residência)?

3. Como achas que ele está para ir para casa? Por quê?

4. Como tu te sentes frente à alta do bebê?

5. Como o pai do bebê está frente à alta?

6. E como a família está frente à alta?

7. Quem irá cuidar do bebê? Alguém irá te ajudar?

8. Como achas que serão os cuidados com o bebê após a alta? Por quê? Como te sentes?

9. Tens dúvidas frente os cuidados com o bebê em casa? Quais?

10. Em termos emocionais, como achas que o bebê irá ficar após a alta? Por quê?

11. E em termos físicos (saúde)?

12. Quais as tuas preocupações frente à alta?

13. O que mais te agrada frente à alta do bebê?

14. E o que mais te incomoda?

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

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

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