

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Marina Peripolli Antoniazzi

**TORNAR-SE MÃE NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Santa Maria, RS, Brasil  
2018



**Marina Peripolli Antoniazzi**

**TORNAR-SE MÃE NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Ciências Humanas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Cardoso Siqueira  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Camila Peixoto Farias

Santa Maria, RS, Brasil  
2018



**Marina Peripolli Antoniazzi**

**TORNAR-SE MÃE NO CONTEXO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Ciências Humanas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**.

**Aprovado em 12 de março de 2018.**



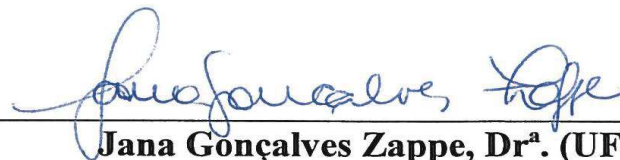
---

**Camila Peixoto Farias, Dr<sup>a</sup>.**  
(Coorientadora)



---

**Cristina Saling Kruehl, Dr<sup>a</sup>. (UNIFRA)**



---

**Jana Gonçalves Zappe, Dr<sup>a</sup>. (UFSM)**

Santa Maria, 2018



Às mães desse estudo, que compartilharam comigo suas histórias de vida, embaladas com  
muita emoção.





## AGRADECIMENTOS

Ao final desse estudo prazeroso e especial, gostaria de agradecer aqueles que contribuíram para que o Mestrado se tornasse possível:

A Deus, por sempre me fazer progredir e nunca desistir dos desafios propostos;

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline Cardoso Siqueira, por confiar e acreditar no meu potencial, por todos os ensinamentos e construções no percurso do Mestrado, incentivos e auxílios que me fizeram crescer pessoalmente e profissionalmente;

À minha coorientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Camila Peixoto Farias, por sua disponibilidade, seus apontamentos e reflexões cuidadosas, e por dividir todo seu conhecimento e se propor a construções conjuntas de forma grandiosa;

Às professoras componentes da banca de avaliação da dissertação, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Saling Krueel e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jana Gonçalves Zappe; pelos apontamentos e reflexões que auxiliaram na construção dessa dissertação;

À minha família, pai, mãe e irmão. Sem a força, o amor, o cuidado e a compreensão de vocês esse trabalho não se realizaria. Obrigada por todos os incentivos, pela confiança e por acreditarem no meu potencial. Amo vocês!

Aos meus amigos, que durante esse percurso se fizeram presente compartilhando momentos de lazer;

Aos amigos que o mestrado me deu, especialmente a minha colega Daniele Dalla Porta, por sua ajuda incansável, por compartilhar seus aprendizados comigo e conseguirmos estar juntas em permanente construção nessa vida acadêmica de dificuldades, de desafios, mas também de conquistas;

Ao Hospital que me permitiu adentrar na vivência da rotina da ala da maternidade, e colaborou para meu contato com as gestantes;

Às participantes desse estudo, que com suas vivências o tornaram tão singular. Imensamente obrigada pela coragem de conseguir dividir comigo as angústias desse processo de tornar-se mãe.



## Sumário

CAPÍTULO I.....	17
INTRODUÇÃO.....	17
Apresentação.....	17
Construção da maternidade.....	18
Primeira gestação.....	21
Relação mãe e bebê.....	25
Gravidez de alto risco.....	28
Justificativa e objetivos.....	35
CAPÍTULO II.....	37
MÉTODO.....	37
Delineamento e participantes.....	37
Instrumentos.....	38
Procedimentos e considerações éticas.....	39
Análise de dados.....	40
CAPÍTULO III.....	43
RESULTADOS.....	43
Caso 1: Daniela e Alberto.....	43
Ressignificando a má formação e a maternidade.....	43
Caso 2: Tais e Humberto.....	56
Quem cuidará de mim: a importância do auto cuidado para cuidar.....	56
Caso 3: Carolina e Rafael.....	66
Um intenso desejo de ser mãe e uma fantasia de controle.....	66
Caso 4: Raquel e Roberta.....	83
Os atravessamentos da adoção na construção da maternidade.....	83
CAPÍTULO IV.....	101
DISCUSSÃO.....	101
Primeira gestação.....	101
Gestação de alto risco.....	103
Construção da maternidade.....	107
Relação mãe e bebê.....	116
CAPÍTULO V.....	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICES.....	139
APÊNDICE A.....	140
Termo de consentimento livre e esclarecido.....	140
APÊNDICE B.....	142
Ficha de dados sociodemográficos.....	142
Roteiro para entrevista semi estruturada sobre dados clínicos da gestação e o acompanhamento pré-natal.....	143
APÊNDICE C.....	145
Roteiro para entrevista semi estruturada durante a gestação.....	145
APÊNDICE D.....	147
Roteiro para entrevista semi estruturada um mês após o parto.....	147
APÊNDICE E.....	149
Termo de confidencialidade.....	149
ANEXO.....	151
ANEXO A.....	152
Parecer substanciado do CEP.....	152



## RESUMO

### TORNAR-SE MÃE NO CONTEXTO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Autora: Marina Peripolli Antoniazzi  
Orientadora: Aline Cardoso Siqueira  
Coorientadora: Camila Peixoto Farias

A presente pesquisa teve como objetivo geral compreender a construção da maternidade para mulheres que estavam na sua primeira gestação com diagnóstico de gestação de alto risco. Foram abordadas questões referentes à constituição da maternidade em mulheres que estavam na sua primeira gestação, bem como a construção da vinculação mãe e bebê em gravidezes consideradas de alto risco. Foi realizado um estudo qualitativo, longitudinal, cujo delineamento foi estudo casos múltiplos. Participaram quatro mulheres que estavam na sua primeira gestação, internadas em um Hospital Público no interior do Rio Grande do Sul, devido ao diagnóstico de alto risco. As participantes foram entrevistadas em três momentos, duas entrevistas no último trimestre da gestação durante a internação e uma um mês após o nascimento bebê. A análise qualitativa dos dados foi por meio do relato clínico psicanalítico. Os resultados apontaram que a primeira gestação foi vivenciada com misto de sentimentos, como alegria, tristeza, desejo, medo, angústia e insegurança. O diagnóstico de alto risco potencializou os sentimentos das gestantes, principalmente pelo medo do parto prematuro e pela possibilidade de má formação no bebê, mas o diagnóstico não modificou a maneira como as participantes imaginavam os seus bebês. Os aspectos infantis das histórias de vida das participantes, assim como as identificações objetais primárias apareceram nesse estudo demonstrando o quanto estão intimamente ligadas com a construção da maternidade, e do espaço afetivo tanto para a gestação quanto para o bebê. Os cuidados que as participantes receberam de suas mães estavam relacionados com os cuidados que puderam disponibilizar aos seus bebês. No segundo momento, pode-se constatar que a relação com o bebê estava sendo construída de forma satisfatória para todas as mães, as quais perceberam que ela necessitava de construção diária, já demonstrando os desafios que a maternidade estabelece. Os resultados dessa pesquisa apontam para necessidade de atenção redobrada às mães por parte da equipe a fim de acompanhá-las nesse momento singular.

**Palavras-chave:** Maternidade; Gravidez de alto risco; Vínculo mãe e bebê; Psicanálise.



## ABSTRACT

### BECOMING A MOTHER IN A HIGH RISKY PREGNANCY SITUATION

Autor: Marina Peripolli Antoniazzi  
Advisor: Aline Cardoso Siqueira  
Co- advisor: Camila Peixoto Farias

The present research had as general objective to understand construction of motherhood was given to women who were in their first gestation with diagnosis of high risk pregnancy. Issues related to the constitution of motherhood in women who were in their first gestation were discussed, as well as the building of the mother-baby bonding in pregnancies which were considered high risk. It was carried out a qualitative longitudinal research, delineated by the study of multiple cases. Four women who were in their first pregnancy, hospitalized in a Public Hospital in the interior of Rio Grande do Sul, due to the diagnosis of high risk participated in the study. The participants were interviewed at three times, two of the interviews occurred in the last trimester of the gestation, during the hospitalization, and the other one month after the birth of the baby. The qualitative analysis of the data was through psychoanalytic clinical report. The results indicated that the first gestation was experienced with mixed feelings, such as joy, sadness, desire, fear, anguish and insecurity. The high-risk diagnosis potentiated the feelings of the pregnant women, mainly because of the fear of preterm birth and the possibility of malformation, but the diagnosis did not change the way the participants imagined their babies. The infant aspects of the participants' life histories, as well as the primary object identifications, appeared in this study demonstrating how intimately they are connected with the construction of motherhood and the affective space for both gestation and the baby. The care the participants received from their mothers was related to the care they could provide to their babies. In a second moment, it could be verified that the relationship with the baby was being constructed satisfactorily for all mothers, who realized that the relationship needed to be constructed daily, already demonstrating the challenges that motherhood establishes. The results of this research point to the need for increased attention to the mothers by the team in order to accompany them in this singular moment.

**Key-words: Maternity; High-risk pregnancy; Mother-baby bond; Psychoanalysis**









## CAPÍTULO I INTRODUÇÃO

### **Apresentação**

A gravidez é um acontecimento biologicamente natural na vida da mulher, comumente esperado, valorizado e desejado pelas mulheres, e que se desenvolve em um contexto social e cultural que influenciará e determinará a sua evolução e a sua ocorrência. Esse momento de transformação da vida da mulher traz muitas fantasias, planos, desejos e expectativas. Com a gestação, acontece uma mudança de papéis na sua vida, podendo surgir inseguranças e medos, mas também sentimentos de realização e alegria. Em mulheres que se encontram na sua primeira gestação, esses sentimentos podem ser preponderantes mais intensos (ALMEIDA et al., 2010).

Quando a mulher está fazendo a transição de tornar-se mãe, alguns fatores são importantes para essa construção. Entender a história da mãe como filha e a representação do bebê para ela, são aspectos importantes que permeiam os sentimentos de aceitação em tornar-se mãe e assim possibilitam a construção da maternidade. O processo de construir a maternidade acontece muito antes da gestação propriamente dita. Para eles, esse caminho inicia-se nas primeiras relações e identificações da mulher com a própria mãe, começando nas atividades lúdicas da infância, nas idealizações no período da adolescência, no desejo de ter um filho na vida adulta e na própria concepção da gestação (PICCININI et al., 2008). Além disso, tendo em vista a perspectiva psicanalítica, considera-se que os desejos e as fantasias inconscientes que são transmitidos através dos cuidados iniciais ao bebê também terão grande importância no processo de constituição da maternidade.

Na gestação, uma série de transformações físicas e emocionais acontece com a mãe, seus desejos, suas fantasias, seus medos, seus anseios e seus sonhos aparecerão. A gravidez é considerada um período de grande vulnerabilidade, no qual os sentimentos ambivalentes são características marcantes (MALDONADO, 2002). Durante a gestação, também é importante a mãe ir construindo o vínculo com o bebê. A relação da mãe com seu filho inicia antes da gestação, e esta será o suporte da relação mãe e bebê, a qual irá se constituir após o nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança (KLAUS; KENNEL, 1992). No momento do cuidado com seus filhos, a mãe vai reativar os cuidados que recebeu da sua mãe e os aspectos inconscientes que marcaram esse momento (OSHI, 2014).

Porém, quando a maternidade é vivenciada em uma gestação de alto risco, pode-se verificar um acréscimo de problemas emocionais e sociais para gestante e sua família (DIAS et al., 2008). A construção do vínculo mãe e bebê numa situação de risco pode ocorrer de uma forma distinta, tendo em vista que a mulher diagnosticada com gestação de alto risco se depara com dificuldades em relação ao seu emocional, e intensifica o sentimento de medo, em relação a si própria e ao seu filho (QUEVEDO; LOPES; LEFÈVRE, 2006).

Nesse momento, a disponibilidade de apoio de pessoas significativas poderá colaborar para a superação dessas dificuldades, tanto apoio familiar, quanto apoio de profissionais da área da saúde. A literatura tem indicado que a presença de pessoas apoiadoras pode mitigar os efeitos danosos de um evento estressor (BRITO; KOLLER, 1999), tal como a gestação de alto risco pode ser considerada. Diante disso, o presente projeto de pesquisa tem como problema analisar “Como se dá a construção da maternidade em mulheres que estão na sua primeira gestação com diagnóstico de gestação de alto risco?”.

### **Construção da maternidade**

Freud (1914), em "Introdução ao narcisismo", apresenta um entendimento a respeito da constituição do eu e do objeto. O autor destaca a importância do investimento do outro como base fundamental para a constituição do eu. Esse momento inicial em que o bebê recebe o investimento do outro é chamado de autoerotismo, é o momento que ele vai conhecendo as partes de seu corpo através do investimento vindo do outro. Através desse investimento, o outro transmite também seus desejos e fantasias inconscientes. No período do autoerotismo, não há um eu, o bebê percebe a si mesmo e a seu corpo de forma fragmentada e não se diferencia dos objetos do mundo externo. A partir dessa sustentação inicial do outro, uma nova ação psíquica será acrescida ao autoerotismo: a constituição do eu, a constituição narcísica.

Para a constituição do narcisismo, uma nova ação psíquica precisa estar associada aos investimentos vindos do outro, comumente vindo da mãe. Assim, o corpo autoerótico sendo objeto de investimentos amorosos vindo de outro corpo, conseguiria realizar a saída do autoerotismo na direção do narcisismo (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2006).

De alguma forma, pode-se pensar que a costura libidinal necessária para a saída do desmembramento auto-erótico acontece, justamente, porque esse bebê foi tomado como objeto de desejo para uma mãe, sendo investido libidinalmente a partir do seu próprio narcisismo (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2006, p. 272).

É a partir do investimento do outro que o bebê poderá investir em si mesmo, tomar seu próprio corpo e a si mesmo como objeto, constituindo o narcisismo, antes de direcionar seus investimentos para um objeto externo. Após a constituição do eu, o investimento poderá voltar-se também para outros objetos. Constituir-se-á a balança de investimento formada pelos investimentos dirigidos ao eu e os investimentos dirigidos ao objeto (ROUDINESCO, 1998).

Assim, Freud (1914) indica que o amor que os pais dirigem ao bebê nos momentos iniciais de investimento pode ser pensado como a revivescência de seu narcisismo primário perdido, revivescência de uma posição de onipotência na qual passam a situar o bebê. Isso pode ser evidenciado através do lugar que os pais situam o bebê denominado por Freud de “Sua Majestade, o Bebê”. Através da valorização afetiva da criança, os pais resgatam seu próprio narcisismo infantil perdido. Para o autor, o lugar que a criança ocupará, pelo menos inicialmente no psiquismo parental, tem uma função “reparadora”, ou seja, o filho já nasce investido de expectativas, a ele são concedidos todos os privilégios que os pais deixaram de desfrutar com o crescimento.

O que pode ser determinante para os cuidadores são as experiências passadas que os pais tiveram, pois as crianças usam os adultos como modelos de seu próprio comportamento, porque muito antes de uma mulher vir a ser mãe, ela já aprendeu comportamentos de cuidados maternos pela forma como foi cuidada por sua mãe (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). Portanto, refletir sobre a concepção de um filho põe em circulação aspectos do narcisismo de cada um dos pais, bem como suas fantasias inconscientes e lembranças sobre suas vinculações objetais primárias. Os modelos internos de paternidade e maternidade são transmitidos e tornam-se a diretriz que a criança utiliza quando se torna adulta, pois a história antes de a criança nascer se inicia na história individual de cada um dos pais (ZORNING, 2010).

Segundo Winnicott (1971/2012), o período de nove meses de gestação é extremamente importante para a mulher, por já ser um momento de preparação para a relação mãe e bebê e conseqüentemente transformação. A mãe também já foi um bebê e traz com ela às lembranças e as marcas inconscientes deixadas pelos cuidados que recebeu, isso pode ajudá-la ou atrapalhá-la em sua própria experiência como mãe. É a etapa gravídico-puerperal que reatualiza a vivência dos próprios genitores enquanto bebês (OISHI, 2014). Além disso, a história e as experiências passadas pela mulher durante a sua vida influenciarão a maneira em como ela irá desenvolver a maternidade do seu bebê, por que a relação com a sua mãe simboliza o alicerce afetivo de se tornar mãe (ZANATTA; PEREIRA, 2015). Ser mãe é uma experiência que convoca o saber inconsciente da mulher, a qual depende da transmissão

psíquica entre gerações, e da criação singular que implica subjetivamente cada mulher no exercício da maternidade (JERUSALINSKY, 2014).

Brazelton e Cramer (1992) mencionam que os desejos narcisistas dos pais serão importantes, pois graças a esses desejos se dará a construção do bebê imaginado. São esses desejos narcisistas que preparam a mãe para se vincular ao bebê. Segundo Klaus, Kennell e Klaus (2000), durante a gravidez, a mãe e o pai imaginam como deve ser o bebê, pensando sobre o sexo, a aparência e assim sucessivamente. Horstein (1994) acredita que imaginar a criança logo que inicia a gravidez é importante, pois isso fará com que o feto seja reconhecido como criança. Assim, esta poderá estar no mesmo mundo simbólico dos pais (AULAGNIER, 1990). Por isso que o nascimento do bebê proporciona um encontro entre a imagem do bebê que estava no imaginário da mãe e a imagem do bebê real, que agora faz parte da vida (CABRAL; LEVANDOWSKI, 2011). Porém, a tarefa inicial da parentalidade refere-se à desidealizar a imagem do bebê imaginário e aceitar o bebê real. Esse bebê real já nasce com a missão de conseguir dar espaço para a mãe se reconectar e elaborar a perda do bebê imaginário, para assim, criar o vínculo com o real (LEBOVICI, 1987; SOULÉ, 1987). Isto é facilitado, segundo Soulé (1987), graças à saúde do bebê e sua interação com a mãe.

A mulher que se torna mãe deixa de ser somente filha para agora ser filha e mãe. O nascimento de um bebê irá conduzir a mulher a reavaliar e reorganizar seus papéis enquanto mulher, mãe, esposa, profissional, filha e de seu papel na sociedade (CABRAL; LEVANDOWSKI, 2011). Ou seja, é através da vivência da maternidade que a mãe reorganiza sua identidade, sendo necessária para que a mulher modifique seus investimentos emocionais, a organização de energia e tempo em suas ocupações (LOPES; PROCHNOW; PICCININI, 2010). Assim, ocorre uma identificação dupla, tanto consciente quanto inconsciente, pois acontece uma revivência do modelo parental e modelo educacional que receberam, acrescentado a identificação com o bebê, com anseios e expectativas a características da criança e ao próprio papel de pais (MALDONADO, 1992).

Existem aspectos regressivos nessa dupla identificação e na relação que a mulher estabelece com seus relacionamentos. Quando a gestante possui uma figura feminina que possa se espelhar, fortalecer e comunicar os sentimentos maternos, esses aspectos regressivos podem ser positivos quando buscam proteção, carinho e cuidado e negativos quando possuem reações como angústias e ansiedades intensificadas (LOPES; PROCHNOW; PICCININI, 2010). Porém, para Melanie Klein (1996), a mulher que tem o registro da proteção, precisa, em algum momento ter sido protegida e cuidada, o que retorna a qualidade da relação que vivenciou na infância, ao bom objeto internalizado. Para a mesma autora, o bom objeto

internalizado é importante, porque o sujeito se desenvolve com aspectos positivos, como, segurança, capacidade de amar, de cuidar, confiança e proteção. Por isso que, a relação que a mãe constituiu com seus pais é de extrema importância, pois conseqüentemente vai refletir a maneira que ela irá cuidar, acolher e sustentar o seu filho.

Desta forma, pode-se perceber que o processo de construção da maternidade dá início anteriormente à gestação e dará continuidade após o nascimento do bebê. Nesta sequência, o diferencial não está no nascimento propriamente dito, mas na concepção, pois é nela que o bebê passa de fato a existir, sendo a gestação a concretização de um primeiro momento da relação dos pais com seu bebê (STERN, 1997; PICCININI et al., 2008). Assim, pode-se compreender que, a maternidade é uma constituição anterior a gestação, na gestação e posterior a ela, sendo assim, vivenciada por cada sujeito de forma diferente e em constante construção. Porém, como ficam todas essas questões em mães que estão na sua primeira gestação?

### **Primeira gestação**

A gravidez é um momento no qual acontecem mudanças em diversos âmbitos da vida da mulher, concebendo uma intensa vivência emocional (BRAZELTON; CRAMER, 1992; KLAUS; KENNEL, 1992). Mãe e feto estão em permanente interação, partilhando sensações e sentimentos através da descarga neuro-hormonal de elementos fisiológicos que as emoções produzem na mãe (CALDAS et al., 2013). A gestação ocorre por meio de alterações biológicas, somáticas, psicológicas e sociais, que irão alterar a dinâmica psíquica e relacional da gestante. Por isso que a maneira como a gestante irá vivenciar estas mudanças vai repercutir intensamente na construção da maternidade e na relação mãe e bebê (PICCININI et al., 2008). É uma experiência intensa, de sentimentos contraditórios, ansiedades e dúvidas. A gestação pode ter sido planejada ou não planejada. Mas, mesmo que a gestação seja planejada, é preciso um tempo para se habituar a nova etapa da vida, o que exigirá uma reorganização subjetiva da mulher (BRASIL, 2016).

No percurso desses nove meses, o corpo da mulher irá se transformar aos poucos se preparando para o parto e a maternidade. A cada trimestre, a gestante tem alterações corporais e também subjetivas. No primeiro trimestre, de 0 a 13 semanas, o corpo da gestante estará em adaptação, ocasionando sensações de prazer e de desconforto. Sentirá transformações como o aumento dos seios, mais fome, mais sono, enjôos e pode ficar mais cansada (BRASIL, 2016). No primeiro trimestre, as mudanças corporais são discretas, pois o bebê ainda não é sentido consistentemente (MALDONADO, 2002). Podem aparecer sentimentos de ambivalência,

como alegria, irrealidade, apreensão, bem como a dúvida de realmente estar gestando ou não (DARVILL; SKIRTON; FARRAND, 2010). No estudo de Leite et al. (2014), realizado com nove gestantes, foram verificados quais os sentimentos que as mães possuíam quando descobriam que estavam grávidas. Foram demonstrados a ambivalência e sentimento de negação, marcados, por exemplo, por felicidade e tristeza ou felicidade e angústia.

No segundo trimestre, de 14 a 26 semanas, o corpo e a emotividade aumentam. O corpo pode alterar rapidamente, com o crescimento da barriga e modificações nos seios e no quadril. As sensações iniciais de incômodo terminam, podendo ter sentimentos de completude e disposição, além de todos notarem o crescimento da barriga (BRASIL, 2016). Os sentimentos são mais expressos com mais intensidade e frequência, o que indica uma maior estabilidade emocional, e onde o feto começa a demonstrar a sua existência por meio de movimentos (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2007). Nesse segundo momento, as mães do estudo de Leite et al. (2014) relatam um processo de maior aceitação, demonstrando sentimentos de poder por ter um ser se desenvolvendo em seu ventre.

O último trimestre, de 27 a 40\41 semanas, é um período de preparação para uma grande mudança. O bebê possui menos espaço dentro da barriga e pode ocasionar numa impressão de peso e desconforto. O corpo está se preparando para o parto e o medo é natural (BRASIL, 2016). A ansiedade também tende a crescer, com a proximidade do parto (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008). Além das alterações na rotina que irão ocorrer com a chegada do bebê (MALDONADO, 2002).

Atualmente, pesquisas mostram que a dor e o sofrimento no momento do parto correlacionam-se aos cuidados. Para muitas mulheres, essa dor é vista como a consequência de ganhar um filho, pois com frequência, no seu imaginário, a boa mãe é a que sofre as dores do parto, exercendo seu papel. Compreende-se que o fenômeno da dor é sugestionado por muitos fatores, como culturais, aspectos biológicos, emocionais e socioeconômicos, assim algumas mulheres, antecipadamente, já aguardam que o seu parto seja uma vivência de dor (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008). Com a aproximação do parto, a expectativa da gestante aumenta, sendo um momento angustiante, de suposições e probabilidades, pois o desfecho da gestação está acontecendo. Nesse momento, a gestante tem sentimentos conflitivos, de tensão e vulnerabilidade apesar de esperar pelo que deseja, sente medo do inesperado (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011). No estudo de Oliveira et al. (2010), as 14 puérperas que vivenciaram o parto normal enfatizaram a sensação de dor na experiência do parto normal, vendo como uma percepção negativa, mas assimilada como necessária para o nascimento do filho. Também no estudo de Rodrigues e Siqueira (2008), as 20 gestantes



parturientes que realizaram parto por via vaginal relataram que a presença da dor foi recorrente no trabalho de parto, sendo um sofrimento significativo e acentuado. As falas das participantes demonstraram ser uma vivência de estresse agudo, com ansiedade, dor e medo. Já no estudo de Lamy e Moreno (2013), com primíparas e multíparas, foram encontrados sentidos diferentes entre as primíparas e as mulheres que já haviam dado a luz. Para as primíparas, o parto trouxe muito sofrimento e para as multíparas, o parto havia sido positivo, emocionante e especial. Em sintonia com as mulheres que tinham mais de um filho do estudo de Lamy e Moreno, o estudo de Velho, Santos e Collaço (2014) constatou que as participantes relataram que o parto normal foi compreendido como a ordem natural, por ser mais saudável, onde o bebê escolhe o momento para nascer. No parto normal, as participantes salientaram a postura ativa da mulher, já que é ela que irá dar a luz, e sentirá toda movimentação do corpo. Os profissionais estavam presentes para ajudar a mãe que participa, sente e vê o nascimento do filho. Além disso, descreveram os sentimentos como lindo, maravilhoso, gratificante, mágico, encantador, alegre e prazeroso. Ademais, a recuperação do parto normal é rápida, com independência para caminhar, realizar os cuidados de higiene pessoal e atividades domésticas, além do cuidado com o bebê. Ainda que algumas orientações sejam passadas para as gestantes sobre como lidar com a dor, através de técnicas de respiração, exercícios, relaxamentos, muitos lugares não é fornecido um espaço para que as gestantes falem sobre as expectativas, fantasias, medos, e crenças sobre esse momento. Esse momento favoreceria as mulheres a contarem sobre suas experiências, e assim conseguir desconstruir a ideia construída socialmente que o parto é somente um momento sofrido e doloroso. Esses aspectos colaboram para aumentar o nível de ansiedade e para que a experiência do parto torne-se desagradável (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Para que uma mulher tenha uma experiência mais positiva e satisfatória durante o trabalho de parto, é importante ela receber informações durante o pré-natal, e orientações nos procedimentos a serem realizados, além dos profissionais da área da saúde, garantir um amparo e assistência de qualidade (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014). O nascimento do filho é um momento de reviver toda a gestação. Com o parto reaparecem todas as ansiedades e medos latentes, e com a perda do estado gravídico, somem os sonhos e fantasias a respeito do bebê, bem como o medo de não conseguir amamentar, de não ser uma boa mãe, ou seja, mobiliza toda a subjetividade da mulher (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011).

Compreende-se o início e o final da gestação como fases de lentificação. O corpo conduz vários traços e carregam distintas modificações, como crescimento das medidas do corpo, alteração na rotina, alimentação, entre outros. Dessa forma, o narcisismo necessita ora

centralizar-se ora suspender-se. O refluxo libidinal desinveste o raciocínio, os demais objetos, o próprio ego, e centraliza-se em uma parte do corpo e nas infinitas mudanças no percurso (SILVA, 2009). Por consequência, pode haver uma fragilização narcísica nesse período, pois exige da mulher uma reorganização com relação sua vida e atividades e também uma reorganização subjetiva, o direcionamento de grande parte de seus investimentos libidinais para o bebê que está gerando.

Além das modificações corporais e sentimentos que vão sendo vivenciados no decorrer da gestação, a maternidade é mais uma função que necessita estar integrada a subjetividade da mulher. Alguns estudos exemplificam essa transição de tornar-se mãe, e o quanto é um processo singular de cada mulher. Em um estudo realizado com seis gestantes, sendo três primíparas e três multíparas, foram observadas divergências de sentimentos sobre a gestação. As primíparas evidenciaram maior nível de ansiedade, devido à inexperiência ocasionando insegurança, que pode se intensificar na hora do parto. As multíparas expressaram sentimento de ambivalência, por muitas vezes não terem planejado a gestação, demonstraram que a gravidez trouxe um impacto no núcleo familiar (SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013).

No estudo de Darvill, Skirton e Farrand (2010) com 13 mães primigestas, relatou que, para conseguir ocupar esse novo papel de mãe, elas precisaram sentir que recuperaram algum controle sobre seu ambiente interno e externo, ou seja, que conseguiu se reorganizar com relação a vida cotidiana e também com relação a sua vida subjetiva. Nessa transição, o que foi importante foi o contato com outras mulheres grávidas, ou novas mães, sendo uma fonte de apoio a essas mulheres, além das redes sociais que podem vir a facilitar essa troca de experiências. Assim, as mães buscaram referências identificatórias para constituir ou integrar esse aspecto na sua subjetividade.

Haga, Lynne, Slinning e Kraft (2012), em seu estudo, procuraram explorar como 12 primigestas vivenciaram a transição de se tornar mãe, e por qual motivo umas mães sentiam algum nível de humor mais deprimido do que outras. Muitas mulheres do estudo estavam habituadas a controlar a maioria dos aspectos de suas vidas, e demonstraram, ilusoriamente, dominar a maternidade da mesma maneira. Por isso, as mulheres com maior necessidade de controle vivenciaram, principalmente o momento pós parto com bastante desafios e imprevistos que não conseguiam ser contidos, demonstrando episódios de estresse e humor deprimido. O controle apareceu desde a gravidez, o nascimento e o pós parto. Cabe refletir que, essa necessidade de controle é uma maneira de lidar com a fragilidade narcísica, com a desorganização subjetiva que o processo de construção da maternidade produz inicialmente e

que exige um trabalho psíquico para que a construção de tal papel possa se dar de forma singular e possa ser integrada à subjetividade de uma mulher. Além disso, nessa construção da maternidade vivenciada a partir da primeira gestação será necessário a mulher construir uma relação com o seu bebê.

### **Relação mãe e bebê**

No percurso de tornar-se mãe, além das transformações ocorridas no físico e no emocional, também deverá ser construída uma relação da mãe com o bebê. Originariamente, a mãe é o primeiro objeto de amor do bebê e é ela quem irá adaptar-se às necessidades dele, fornecendo cuidados indispensáveis para a sua sobrevivência (SOLIS-PONTON, 2004). Uma das formas de construir a relação com o bebê se dá pela amamentação, um momento que se iniciará logo após o parto. O amamentar possibilita muitas experiências ao bebê, que inicia na excitação antes de mamar até a vivência gerada no processo de cada mamada, além de sensações de gratificação. A amamentação pode ser entendida como um momento produtor de ricas experiências, tanto para a mãe quanto para o bebê, e colabora na formação precoce da relação entre mãe e bebê (WINNICOTT, 1954). Assim, quando a amamentação acontece de forma satisfatória pode ser analisada como condição facilitadora da função materna de se conectar com o bebê, para assim, proporcionar o desenvolvimento da capacidade do bebê de se relacionar com outros objetos de afeto (COSTA; LOCATELLI, 2008). Mas Winnicott (1954) também afirmou que as mães que não conseguem amamentar por alguma razão ou outra, também conseguirão realizar essa vinculação, através da mamadeira que possibilita gratificação instintiva nos períodos de excitação alimentar, pois o que é de fundamental importância na vinculação com o bebê é a mãe estar inteiramente para o bebê.

O aleitamento materno é uma prática biologicamente natural, mas, mesmo assim, algumas mulheres constatarem limite nessa prática, demonstrando que a função de amamentar não é tão instintiva, natural e fácil (NAKANO, 2002). Por isso, a ausência da amamentação pode ocasionar frustração, medo de não conseguir amamentar de forma apropriada, e sensação de incapacidade de favorecer o desenvolvimento e crescimento do bebê (SILVA; SILVA, 2009). O entendimento materno de ser mãe está relacionada à prática da amamentação. Por a mãe ter essa responsabilidade de alimentar o filho, ela própria se cobra, desejando que o bebê sugue o seu peito. Quando isso não ocorre, à mãe pode sentir-se com ansiedade, angústia, tristeza e preocupação (VAZ et al., 2014). Entende-se que essa vivência de amamentar é um momento delicado para as mulheres, pois nem sempre as orientações dadas no processo da gestação estão em concordância com a prática experimentada pelas

gestantes, o que acarreta numa fase de dificuldades e dúvidas, podendo deixar a mulher mais insegura (NELAS et al., 2017). No estudo de Haga, Lynne, Slinning e Kraft (2012), as 12 participantes primigesta reiteraram sobre a importância da amamentação, e demonstraram que a sociedade e profissionais da saúde, praticam uma grande pressão sobre o aleitamento materno e que ser uma boa mãe exige que amamente. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) mostrou a ausência de habilidade de profissionais da área da saúde para orientar as puérperas na presença de adversidade na amamentação.

Nesse início de contato com o bebê, Winnicott (1956/2000) afirma que a mãe pode possuir uma sensibilidade aumentada durante a gravidez, principalmente no final dela e que se mantém por algumas semanas após o nascimento, em um estado intitulado “preocupação materna primária”, que será o alicerce para que a constituição subjetiva da criança comece a se dar, bem como para que a predisposição ao desenvolvimento se inicie, e para que o bebê vivencie movimentos espontâneos e se aproprie das sensações condizentes a essa etapa inicial da vida.

Para Winnicott (1971/2012), a história do desenvolvimento infantil é de dependência absoluta e vai migrando em direção a independência. Quando o bebê nasce, o relacionamento peculiar com a mãe é de dependência absoluta. A expressão cunhada pelo psicanalista “mãe suficientemente boa” refere-se à mãe que é capaz de identificar e cuidar a dependência do bebê, devido a sua identificação com ele. A mãe é suficientemente boa porque cuida do bebê de acordo com as necessidades do mesmo e de acordo com as suas próprias possibilidades. Um bebê necessita nada menos do que uma pessoa total, ou seja, entregue a ele, nem que seja por um pequeno período de tempo a cada dia. A adaptação da mãe às necessidades da criança não tem relação com a sua inteligência. Seu saber único a põe em condições de cuidar, pois o que a norteia é a sua habilidade de identificar-se com o bebê (DIAS, 2003). A mulher tem que construir um papel a mais, que é ser mãe, e integrar a sua subjetividade. Isso acontece através dos aspectos identificatórios da mulher com sua mãe e com outras mães, o que servirá de alicerce para sua identificação com o bebê. Assim, desde os primeiros dias de vida, o bebê necessita do outro para ter suas carências respondidas, pois o cuidado não é somente para a sua autoconservação, mas é a partir do cuidado, do investimento materno que o pulsional é despertado e que a constituição psíquica se inicia (MARCHETTI; MOREIRA, 2015).

Além disso, depois que o bebê nasce começa, a acontecer uma série de eventos hormonais, sensoriais, fisiológicos, comportamentais e imunológicos, os quais, gradualmente, contribuem para a ligação da mãe ao bebê, unindo-os e contribuindo para o desenvolvimento de seu relacionamento (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). Os mesmos autores definem a

expressão “formação de vínculo” que se refere ao investimento emocional dos pais em seu filho, que é um processo formado com repetidas experiências significativas e prazerosas. Ao mesmo tempo, o apego acontece nas crianças em relação aos seus pais e a outras pessoas que ajudam a cuidar delas. A partir destes elos emocionais, os bebês podem começar a desenvolver um sentido do que eles são. Assim, a mãe possui uma função de investir emocionalmente no bebê para que assim ocorra sua constituição psíquica, constituição enquanto sujeito.

As formas de investimento materno podem ocorrer nas comunicações silenciosas entre a mãe e o bebê, a qual, segundo Winnicott (1971/2012) relata que são muito sutis e somente o contato humano pode satisfazer. A respiração da mãe, o calor de seu hálito, o seu cheiro, as batidas do seu coração, ouvir sons que lhe transmitam a vivacidade e a vida que há no ambiente. O momento de embalar, o qual a mãe adapta os seus movimentos de acordo com os do bebê. Por meio de seus cuidados, a mãe desempenha a operação de significado através e no corpo do bebê. Sem sentido, todos os estímulos sensoriais, juntos e separados na vivência do bebê, vão construindo um manto de bem estar.

O cuidado com o corpo é um procedimento simbolizante, pois a mãe ampara o bebê com seu rosto, seu corpo, seu olhar constituindo uma imagem viva de uma relação verídica e viável (SILVA, 2009). O “manhês” é um meio de diálogo que se configura pelo investimento afetivo e junta os elos entre a mãe e o bebê, do mesmo modo em que vai se conduzindo no caminho de favorecer sua separação. Esse diálogo normalmente é empregado por quem exerce a função materna, sendo muito importante para o desenvolvimento e investimento na criança. Mas, o silêncio em volta do bebê, a inexistência de símbolos que dêem contorno ao que sentem, acarreta acentuada ansiedade e esvaziamento afetivo (PIEROTTI; LEVY; ZORNIG, 2010).

Da mesma forma, e tão importante quanto, conforme o tempo passa, o bebê atinge mais maturidade e a dependência se torna cada vez menor. A mãe vai proporcionar a dependência gradual, e ela o faz falhando gradualmente na dependência necessária, de modo a ajudá-lo a separar-se dela e a autorizar à independência (DIAS, 2003).

Com o tempo, o bebê começa a precisar da mãe para ser malsucedido em sua adaptação - e esta falha também é um processo gradual que não pode ser aprendido nos livros. Para uma criança seria muito aborrecido continuar vivenciado uma situação de onipotência quando ela já dispõe dos mecanismos que lhe permitem conviver com as frustrações e as dificuldades de seu meio ambiente. Viver um sentimento de raiva, que não se transforma em desespero, pode trazer muita satisfação (WINNICOTT, 1971/2012, p. 5).

Desta forma, outra tarefa importante no processo de construção da função materna é a separação do bebê, o que possibilita espaço para seu crescimento, seu desenvolvimento rumo a sua independência. Assim, a mãe e depois o pai, e ainda mais tarde a família, a escola e os grupos sociais cada vez mais amplos passam a prover os cuidados relativos às necessidades da nova fase que se inicia (DIAS, 2003). Logo, o cuidado da criança que gradualmente deve ser partilhado com diversos outros.

Portanto, fica clara a importância da mãe para a constituição subjetiva do bebê, visto que, o que a mãe faz, quando faz suficientemente bem, é auxiliar e facilitar os processos de desenvolvimento do bebê, tornando possível realizar o nascimento subjetivo e saudável do bebê. Além disso, esse processo exige também uma reorganização narcísica, subjetiva da mãe. Ela terá que integrar a sua subjetividade essa nova dimensão de seu narcisismo que é ser mãe. A possibilidade de contar com recursos identificatórios advindos de outras mães e também a possibilidade de identificação com o bebê são fundamentais para construção desse processo. Mas, quando a mãe está com diagnóstico de gestação de alto risco, essa construção se torna mais delicada pelos sentimentos de medo e de insegurança que estão presentes no momento, o que pode dificultar a reorganização narcísica necessária e conseqüentemente o investimento no bebê. Percebe-se que, para que a constituição aconteça à mãe precisa estar atenta, disponível narcisicamente e investir no bebê. Nesses casos de alto risco, como se dá esse processo? Além disso, quem pode ajudar a mãe nesse momento de alto risco e construção?

### **Gravidez de alto risco**

Sendo a maternidade uma condição humana em construção, a mulher precisa se reorganizar subjetivamente para conseguir constituir o papel de mãe e se vincular ao bebê. Sabe-se que a gestação é um fenômeno fisiológico, e por isso, na maioria dos casos, a sua evolução transcorre sem intercorrência. Mas, existem alguns fatores que podem interferir nesse processo. Algumas mulheres podem ser portadoras de um tipo de doença, sofrer algum agravo durante a gestação ou desenvolver alguma doença que pode prejudicar o desenvolvimento da gestação. Assim podem demonstrar maior probabilidade de uma evolução desfavorável, ocasionando problemas tanto para a mãe como para o feto. Quando alguma dessas interferências acontece, esses casos compõem um grupo de gestantes que pode ser considerado de alto risco (BRASIL, 2010; OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015). O termo “gestação de alto risco” é amplo e se refere a todas as situações que podem intervir na evolução normal da gestação, no que diz respeito tanto à saúde materna quanto à fetal

(REZENDE; SOUZA, 2012). No Brasil, por volta de 15% das gestações são assinaladas como de alto risco, sendo os diagnósticos de hipertensão e diabetes gestacional, os fatores mais freqüentes que apontam para essa condição (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde divide as doenças hipertensivas em: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia\ eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional (BRASIL, 2010). As mais comuns, são as síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) e ocorre quando a mulher tem crises de hipertensão durante a gravidez (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008). A causa etiológica da hipertensão na gestação é desconhecida, porém acontece entre 10 a 20% das gestantes, sendo identificada pelo aumento da pressão arterial (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015). No estudo de Kerber e Melece (2017) foram avaliados 459 prontuários, e 51 gestantes foram diagnosticadas com SHG, identificando uma predominância de 11,1%. Esses dados corroboram outro estudo que teve uma prevalência de 10, 26% de SHG (OLIVEIRA et al., 2006). No estudo de Rezende e Sousa (2012) com 110 gestantes, 29% da amostra sofria de hipertensão arterial. A principal causa de morte materna é a hipertensão arterial, por vezes, conseqüente de uma inadequada assistência ao pré-natal.

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) acontece quando há algum nível de intolerância a carboidratos, ocasionando em hiperglicemia de gravidade alterável, com diagnóstico no início ou no decorrer da gestação. Ocorre pelo aumento de hormônios contrarreguladores da insulina, ou pelo estresse fisiológico colocado pela gravidez, ou ainda por carga genética e ambiental (MASSUCATTI; PEREIRA; MAIOLI, 2012). Nesse contexto, o diagnóstico de diabetes pode impactar emocionalmente a mãe, causando medo, que por sua vez pode constituir a sensação de falta de comando nos níveis glicêmicos, o que pode acarretar em ansiedade aumentando o apetite e desta forma sendo prejudicial para a gestante e para o bebê (PINHO; RIBEIRO, 2001). A DMG pode ter variações de 1 a 14%, conforme a amostra examinada e o método diagnóstico empregado. Aproximadamente 7% de todas as gestações estão relacionadas à DMG, ocasionando mais de 200.000 casos por ano (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; BOLOGNANIL; SOUZA; CALDERON, 2011).

Na maioria das vezes, as gestantes com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional podem ser direcionadas para pré-natal especializado no final do segundo ou começo do terceiro trimestre gestacional. Compreende-se que, as carências de cada gestante são diferentes, e as consultas pré-natais pretendem investigar a relação com outras doenças, como as síndromes hipertensivas e avaliar as decorrências fetais resultante à variação obstétrica, como a macrossomia (LANGARO; SANTOS, 2014). A macrossomia fetal é um termo que

refere a um feto grande, de peso superior a 4kg, que é o problema fetal mais comum com mães de DMG, por vezes, exigindo que o parto seja realizado através da cesariana (SILVA et al., 2009).

Alguns estudos exemplificam a predominância e os motivos das doenças citadas à cima. O estudo de Oliveira e Graciliano (2015) com 217 gestantes demonstrou que 18,4% foram diagnosticadas com SHG e 6,5% com DMG. Os fatores de risco maternos e fetais foram relacionados à predominância de síndromes hipertensivas gestacionais, já o aparecimento da diabetes mellitus gestacional, é o excesso de peso e o histórico de síndrome hipertensiva gestacional em gestações anteriores (KERBER; MELECE, 2017). Corroborando os dados apresentados, o sobrepeso e a idade avançada na gestação pode ter ligação com DMG, e o excesso de ganho de peso durante a gestação foi filiado a SHG (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015).

Além dessas doenças, a infecção urinária é o problema urinário mais comum no percurso da gestação, acontecendo em 17 a 20% das gestações (BRASIL, 2010). A gravidez é uma condição que predispõe ao surgimento das infecções do trato urinário, pois existem muitas alterações fisiológicas e hormonais nesse período (VIEIRA NETA et al., 2014). Ademais, o aparecimento de infecção no trato urinário pode ocorrer como um problema clínico comum entre portadoras do diabetes mellitus gestacional, apresentando maior frequência quando relacionadas aquelas não portadoras de diabetes. As infecções urinárias neste grupo são, normalmente, mais significativas, com alta frequência bactéria e envolvimento renal bilateral, crescendo o risco de hospitalização e pielonefrite (BAUMGARTENA; MASTALIRB; AZEVEDO, 2011; BRASIL, 2010).

Percebe-se que essas doenças podem acarretar alguma consequência para a mãe e para o feto. Assim é necessário identificar os fatores de risco gestacional. Isso deve ser feito através da assistência do pré-natal, na etapa da anamnese, exame físico em geral e exame gineco-obstétrico (BRASIL, 2010). Por isso, para prevenir as complicações que podem surgir nesse momento, é preciso encontrar as mulheres logo no início de sua gestação, pois é um momento oportuno de iniciar o pré-natal. É a partir do mesmo que pode ser feito o diagnóstico precoce de algumas alterações e, assim, a realização de intervenções apropriadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a do bebê (BRASIL, 2016). Além disso, Piccinini et al. (2012) entendem o período pré-natal de extrema relevância tanto para questões imediatas de saúde da gestante e do bebê, quanto da própria maternidade, paternidade e desenvolvimento do bebê. O amparo da mulher no pré-natal até o puerpério pode interceder nos fatores de risco, principalmente as síndromes hipertensivas gestacionais.



Por isso, a assistência da gestante, necessita estar integrada com pré-natal de qualidade, focalizando na prevenção, diagnóstico e intervenção precoce, para assim, acompanhar uma gestação sem ou com diminuição de fatores de risco maternos e fetais (KERBER; MELECE, 2017).

O momento de construção e transição para o papel de mãe exige da mulher um grande investimento e trabalho de processamento psíquico. Acredita-se que quando esse momento ocorre no contexto de uma gestação de alto risco pode tornar tal construção mais difícil, fragilizando ainda mais a mulher e muitas vezes fragilizando também sua rede de apoio. Nas gestações de alto risco, a experiência materna se torna mais desafiadora pela fragilidade emocional que a mãe se encontra naquele momento, pelo acréscimo de risco, além do acréscimo de outras emoções que são conectadas a sua condição clínica (CALDAS et al., 2013).

Para Winnicott (1971/1999), as mães jovens que estão na sua primeira ou segunda gestação, encontram-se em um estado de dependência. Elas precisam de proteção e informação, necessitam o melhor que a ciência médica possa oferecer, para assim conseguir construir sua maternagem através de sua experiência criativa, sendo o elemento essencial que as conduz a satisfação e ao crescimento. O momento da gestação é um momento importante e estratégico para os profissionais de saúde se aproximarem e investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, objetivando o bem estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do companheiro(a), família e comunidade (BRASIL, 2012).

Em gestação de alto risco, a complexidade de sentimentos são maiores, como a ansiedade e o estresse, principalmente pelo rótulo que é dado, “gestação de alto risco”, o que já demonstra uma diferença das gestações com percurso “normal”. Além disso, o fato da hospitalização ser tão comum e por vezes necessária em casos de alto risco adiciona mais fator estressor, pois a gestante vivencia a desordem entre a dependência imposta e a perda da autonomia (BRASIL, 2010). Por si, a hospitalização já é uma condição que desorganiza o exercício familiar, pois enfrentar os eventos imprevisíveis, faz com que sentimentos de angústia, medo, preocupação e insegurança prevaleçam, acarretando um desacerto maior entre o que era esperado e o que está acontecendo (MARCHETTI; MOREIRA, 2015).

Existem estudos que exemplificam como as mulheres se sentem ao estar vivenciando a maternidade em gestações de alto risco. O estudo de Quevedo (2010), com 100 participantes, discutiu as representações sociais para as mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco. As participantes relataram que serem diagnosticadas como sendo gestantes de alto risco é vivenciado como sendo um defeito, uma ferida narcísica que as fazem se sentir diminuídas,

desvalorizando sua auto-imagem, por sentirem que o seu corpo pode não funcionar de maneira apropriada durante a gestação. Corroborando esses achados, o estudo de Oliveira, Madeira e Penna (2011) verificou que o medo faz parte da rotina das mulheres com gestação de alto risco, o qual vai se aproximando e intensificando dúvidas, incertezas e inseguranças relacionadas ao que irá acontecer com ela e com o seu filho. Ademais, o mesmo estudo verificou que, o processo de gestação para as mulheres que estão na sua primeira gestação e classificadas de alto risco, torna-se ainda mais difícil e obscuro, e pode aumentar ainda mais a sua insegurança. A dúvida, a inconstância e a incerteza fazem parte do contexto de qualquer gestação, mas são intensificadas nas gestantes de alto risco. Se a mãe se encontra numa situação de alto risco na gestação, pode existir a possibilidade de o filho também estar em risco e que ele possa vir a falecer em virtude da condição de risco da mãe, e isso pode acarretar intenso sofrimento psíquico para mãe, além do contexto da prematuridade bastante comum em casos de risco (QUEVEDO, 2010). Já no estudo de Silveira, Tavares e Marcondes (2016), as seis gestantes que apresentavam doença crônica referente à hipertensão ou à diabetes, indicaram a deficiência de uma escuta ativa de suas angústias durante todo percurso da gestação de alto risco, pois as gestantes se deparavam com a instabilidade e a fragilidade, perante a um atendimento fragmentado e robotizado. Dessa forma, as gestantes denunciaram que não foram acolhidas, que não encontraram profissionais disponíveis para escutar seus anseios, medos, expectativas e sofrimento diante da situação de estar enfrentando uma gestação de alto risco.

Assim, fica claro o quanto esse momento de construção para a maternidade com o incremento de alto risco pode influenciar. Por isso, cabe refletir o que pode auxiliar essas mulheres nessa construção do novo papel no contexto de uma gestação de alto risco. Sabe-se que, a rede de apoio que cada gestante possui pode auxiliar positivamente nesse percurso, além do apoio recebido no pré-natal e hospital dos profissionais da área de saúde. Por isso, o apoio social e afetivo caracteriza-se como um conjunto de sistemas e de pessoas expressivas que constituem vínculos de convivência obtidos e compreendido pelo sujeito. Logo, a rede de apoio social relaciona-se a disponibilidade de sistemas e de pessoas significativas que possibilitam apoio e ajuda aos métodos de enfrentamento diante das situações da vida do sujeito (BRITO; KOLLER, 1999). O apoio social é significativo para o bem estar das pessoas, porque se configura como uma forma de propiciar auxílio informativo, prático e afetivo, sendo essencial em situações de estresse. Esse apoio pode ser uma orientação, uma ajuda prática ou palavras de carinho, onde a gestante solicita o que irá auxiliá-la melhor, sendo que, algumas vezes pode não procurar e não ganhar, mas só a idéia da gestante saber que tem com

quem contar, nesse momento, tem um impacto potencialmente positivo (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Ser mãe é uma experiência singular e única, existindo fragilidades no decorrer desse processo, que podem ser amenizadas com cuidado e apoio de pessoas próximas, como profissionais da saúde, familiares e amigos (ZANATTA; PEREIRA, 2015). Leite et al. (2014) acreditam que o apoio social é essencial desde a gestação, pois possui grande relevância sobre a vivência da maternidade bem como o desenvolvimento do bebê.

As mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco, que participaram do estudo de Quevedo (2010), relataram que nesse momento de crise, a participação do companheiro e da família tornou-se a principal fonte de apoio. Para as participantes do estudo, o apoio do companheiro e da família foi feito através das visitas no hospital, com o intuito de auxiliar-las a enfrentar a internação, e também os cuidados dos filhos que permanecem em casa, além do apoio financeiro. As participantes assinalaram que o apoio conjugal e da família é extremamente importante nesse processo. O apoio conjugal, suporte fornecido pelo companheiro, também influencia o bem estar psicológico da mãe, do pai e conseqüentemente do bebê, pois um cônjuge que fornece o apoio, também oferece conselhos e assistência ajudando a mãe ou o pai a desempenhar sua função de forma mais adequada. Desta forma, um dos cônjuges se estressa menos emocionalmente frente a episódios difíceis, por isso, os pais e os avós possuem uma grande importância na rede de apoio para a recém mãe, além de outros provedores de apoio nesse processo (RAPOPORT; PICCININI, 2006). No estudo de Haga, Lynne, Slinning e Kraft (2012), as doze primigestas participantes demonstraram a importância do apoio social, apoio emocional e apoio prático, principalmente por parte do parceiro gerando bem estar e inibindo os possíveis sintomas depressivos.

Por isso que, nestes momentos, é necessário permitir que a mãe expresse abertamente seus sentimentos para assim conseguir se adaptar a essa situação (BRUM; SCHERMANN, 2004). Klaus, Kennell e Klaus (2000) crêem que a mãe possui a possibilidade de encarar juntamente com o seu bebê os obstáculos e expor em palavras, para assim elaborar os sentimentos de culpa, conseguindo lidar no seu tempo com todas essas questões.

Os profissionais devem estar disponíveis para acolher e escutar as angústias e preocupações das gestantes, além de assegurar a multidisciplinaridade com outros serviços para dar continuidade à assistência, auxiliando na construção de vínculos da gestante com a equipe. Entende-se que os profissionais podem procurar compreender os múltiplos e singulares significados da gestação para a mulher e sua família, bem como a história de vida da gestante e o contexto da gestação. Pois isso pode vir a influenciar a construção da maternidade na mulher, podendo interferir tanto na família quanto na gestante e

conseqüentemente na vinculação com bebê (BRASIL, 2012). É importante que um profissional da Psicologia esteja inserido na equipe de saúde, pois ele poderá auxiliar tanto a gestante quanto a equipe a compreender as diversas e singulares nuances emocionais que uma gravidez de alto risco provoca em cada gestante. Assim, é essencial que as equipes se capacitem para construir estratégias adequadas ao manejo da relação mãe e bebê visando o cuidado humanizado (MARCHETTI; MOREIRA, 2015).

O desempenho dos profissionais de saúde não se refere somente aos conhecimentos teóricos e procedimentos técnicos (POZZO; BRUSATI; CETIN, 2010; SOUZA; GUALDA, 2016). No caso da hospitalização da gestante na condição de alto risco, problemas na relação entre a paciente e a equipe de saúde podem ocorrer, sendo necessário um esforço dos profissionais da saúde para manter uma boa comunicação e uma boa relação com a gestante (POZZO; BRUSATI; CETIN, 2010).

Os profissionais de saúde tornam-se importantes figuras de amparo aos genitores, mas eles nem sempre estão preparados para manejar a intensidade de sentimentos transferências e contratransferências que o contexto gera. Tal dificuldade, em parte, se deve ao imaginário que permeia o ambiente da maternidade, lugar onde não há espaço para perdas, depressão ou morte, porque está associado ao nascimento, à esperança e à vida (KRUEL; LOPES, 2011). O estudo qualitativo de Rubarth et al. (2012) com gestantes em situação de repouso domiciliar demonstrou que essa vivência se assemelha a de uma luta em uma batalha, estando a gestante em estado de alerta e estresse altos. Por fim, os autores sugerem que a equipe de saúde esteja preparada para ampará-la, fornecendo adequado cuidado acolhendo suas angústias e sofrimento.

A sociedade ainda demonstra dificuldade em reconhecer que, por si só, qualquer vivência da maternidade é cercada, pelo menos em alguma etapa, por circunstâncias potencialmente estressantes. Por isso, a rede de apoio social é capaz de construir uma ajuda importante tanto para as novas mães como para as mães experientes (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Ao acolher a mãe e a família, é possível auxiliar a constituição do vínculo afetivo com da mãe com o bebê favorecendo a sua formação e conseqüentemente o seu desenvolvimento. Por isso os profissionais da área da saúde devem estar implicados nos processos que acontecem durante a gestação, nas assistências ao pré natal da mulher. Para assim, compreender a dinâmica da gravidez e auxiliar na constituição da relação mãe e bebê, bebê e família, identificando, potencializando e desenvolvendo suportes na rede de apoio de cada gestante (CALTAS, et al., 2013).

Pode-se compreender que, no percurso da mulher acrescentar o papel de mãe na sua subjetividade, alterações físicas e principalmente emocionais acontecem. Para a mãe conseguir constituir a maternidade é necessário retomar os cuidados que recebeu da sua própria mãe, ressignificá-los e tentar investir emocionalmente na gestação e no bebê que está por vir. Como foi exposto, nas gestações consideradas de alto risco, podem ter um acréscimo a mais, tanto fisicamente quanto emocionalmente na vivência da maternidade e isso pode alterar o investimento materno no bebê. Porém, existem alguns fatores que podem intervir na constituição na maternidade. A rede de apoio social e afetiva pode influenciar positivamente nesse processo, tanto familiar quanto profissional, podendo fazer toda a diferença no percurso, acolhendo e informando a gestante durante toda a gestação.

### **Justificativa e Objetivos**

A primeira gravidez é um momento significativo para uma mulher, e é freqüente encontrar afirmações que associam a gestação, o parto, a maternidade e o vínculo mãe bebê a idealizações e fantasias de um momento invariavelmente mágico. Porém, também fazem parte da maternidade, apesar de pouco falado e trazido para o social, as gestações de alto risco, que colocam todas as fantasias da mãe a cerca de si e do bebê em questão. Sendo assim, em muitos casos, as possíveis interações recorrentes da mãe, a idealização da gestação e do bebê e as fantasias vivenciadas na gestação de alto risco interferem na maneira como o filho será cuidado e acolhido, influenciando no seu desenvolvimento emocional. Da mesma forma, é importante pensar em quem se configura como rede de apoio nesse processo para as mães, e como é esse auxílio social e afetivo.

Assim sendo, a importância do 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. Cabe salientar que em uma gestação sem intercorrências, a mulher já se encontra numa situação de crise, pois precisa lidar com as transformações do corpo, as transformações emocionais, do cotidiano e da vida. Em uma gestação considerada de alto risco, a situação de crise é incrementada por conta desse diagnóstico, impactando a forma como a maternidade será sentida e construída tanto para a mãe e para o bebê quanto para sua família. Assim, a compreensão desse fenômeno é fundamental para auxiliar as mulheres que passam pela mesma situação de alto risco a enfrentarem esse momento com mais suporte emocional. Além de ajudar os profissionais que acompanham e auxiliam as mulheres ao longo da gestação de alto risco, visto que a forma como as mães irão ser auxiliadas poderá ser fundamental para sua saúde e do bebê.

Espera-se que os resultados desse estudo contribuam para um melhor entendimento da vivência da maternidade para gestantes de alto risco durante a gestação e pós-parto, fazendo com que os profissionais da saúde possam compreender os sentimentos dessas mulheres. Logo, busca-se escutar e auxiliar nas questões e demandas desta gestação em perigo, produzindo, juntamente com as mães, melhores condições emocionais de compreender e vivenciar a experiência da maternidade. Diante do exposto, o presente estudo buscará acrescentar novas perspectivas aos conhecimentos que têm sido produzidos nessa temática, especialmente no que concerne à dimensão emocional do processo de tornar-se mãe em uma primeira gestação de alto risco. Assim, o objetivo geral do trabalho é compreender a vivência da maternidade para mulheres que estão na sua primeira gestação com diagnóstico de gestação de alto risco. Em particular entender como se constitui o desejo em ser mãe de mulheres que vivenciam gestação de alto risco; perceber como a mãe está construindo sua maternidade tendo em vista o diagnóstico de gestação de alto risco; conhecer os sentimentos das mulheres que vivenciam uma gestação de alto risco; compreender quais são as especificidades da relação da mãe com o bebê em uma gestação de alto risco e perceber como se configura a rede de apoio para essas mães com diagnóstico de gestação de alto risco.

## CAPÍTULO II MÉTODOS

### **Delineamento e Participantes**

A presente pesquisa constitui-se em um estudo qualitativo e longitudinal. A abordagem qualitativa está relacionada com as significações dos fenômenos que dizem respeito a um indivíduo em particular ou um grupo. Essa abordagem possibilita a compreensão de valores da cultura bem como representações de um grupo sobre uma temática específica, além de ser possível entender relações entre sujeitos (MINAYO, 2014). O pesquisador busca o significado e a representação dos fatos, eventos, ideias, sentimentos e fenômenos para os sujeitos inseridos em seus grupos sociais (TURATO, 2005). O delineamento é o estudo de casos múltiplos, proposto por Stake (2006), que é quando os pesquisadores podem estudar vários casos em conjunto para indagar sobre um fenômeno. O caráter longitudinal investigou a experiência da maternidade em uma gestação de alto risco em três momentos. Segundo Gil (2009), a pesquisa também foi descritiva, pois descreveu determinadas características da população ou fenômeno.

Participaram dessa pesquisa quatro mulheres em gestação de alto risco por condições maternas no último trimestre de gestação, com idades entre 18 e 27 anos, selecionadas na maternidade em um hospital público. Nesse relato, foram adotados nomes fictícios a fim de preservar o sigilo da identidade das participantes. A Tabela 1 apresenta os dados das participantes. Os critérios de inclusão foram: mulheres acima de dezoito anos na sua primeira gestação, ter diagnóstico de gestação de alto risco por condição materna, estar internada em um hospital público de Santa Maria. O critério de exclusão foi a mãe ter diagnóstico de doença mental informado pela equipe médica do Setor Materno Infantil, porém não houve nenhuma exclusão.

Tabela 1 Dados biosociodemográficos das participantes

Caso	Idade	Estado civil	Idade gestacional	Nível de escolaridade	Renda familiar (Salários Mínimos)
1 Daniela e Alberto	18 anos	União estável	30 semanas	EMI	Até 2
2 Tais e Humberto	26 anos	Casada	29 semanas	EMI	2-4
3 Carolina e Rafael	27 anos	Solteira	34 semanas	ESI	Até 2
4 Raquel e Roberta	24 anos	União estável	33 semanas	ET Completo	Até 1

### Instrumentos

Entrevistas semi estruturadas foram realizadas com mães que estavam na condição de gestação de alto risco em momentos distintos. As quatro participantes foram entrevistadas no hospital, durante as suas internações, e foram divididas em dois momentos. O primeiro e o segundo momento ocorreram quando a participante estava com idade gestacional entre 25<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semana, no último trimestre da gestação. No primeiro momento, foi realizado o acolhimento às gestantes e elas responderam a *Fichas de dados sociodemográficos* e a *Entrevista semi estruturada sobre dados clínicos da gestação e o acompanhamento do pré-natal* (Apêndice B). Após a coleta desses primeiros dados, foi combinado com a participante um segundo momento, no qual foi realizada a *Entrevista semi estruturada sobre a gestação e a constituição da maternidade* (Apêndice C). Nesses dois encontros, as mães responderam a um roteiro de entrevista que contém questões sobre dados demográficos da gestante e da família, dados clínicos da gestação, assim como sobre a experiência da maternidade com diagnóstico de gestação de alto risco. As questões contemplaram aspectos relacionados ao desejo de ser mãe, à idealização da maternidade, ao contexto da gestação, às expectativas, aos sentimentos e às fantasias frente à maternidade. Além disso, aspectos relacionados ao



acompanhamento do pré-natal, ao processo de internação e ao enfrentamento de uma gestação de risco, bem como medos e receios perante a gestação também foram abordados.

O terceiro momento ocorreu cerca de um mês após o parto, onde as participantes foram novamente contatadas para responderem ao roteiro de *Entrevista semi estruturada após o parto* (Apêndice D). Com a primeira participante, essa entrevista ocorreu no próprio hospital, na Unidade Intensiva de Tratamento Neonatal, onde seu filho estava internado. Com a terceira e quarta participante, a última entrevista ocorreu no consultório da pesquisadora, com dia e hora combinados com as participantes. Devido à desistência da segunda participante, não houve a última entrevista. Este roteiro congregou questões sobre o estado emocional da mãe e do bebê, dados clínicos sobre a mãe e sobre o bebê, além de questões sobre experiência da maternidade e a relação mãe e bebê. Após cada entrevista, tanto no momento 1, 2 e 3, foi feito um relato imediato e breve a respeito das impressões da pesquisadora sobre a pesquisa, de maneira mais livre possível. Todas as entrevistas e impressões após a entrevista foram gravadas e transcritas para a análise.

### **Procedimentos e considerações éticas**

Esta pesquisa faz parte do projeto guarda chuva intitulado “Maternidade: conhecendo a perspectiva da mulher na gestação de risco”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Centro de referência em estudo e apoio a maternidade, a mulheres e a adoção (CREAMMA). Primeiramente, foi obtida autorização institucional do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria para a realização da pesquisa e a assinatura do Termo de Confidencialidade por parte da pesquisadora responsável (Apêndice E). Assim, o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número CAAE. 58670416.0.0000.5346 (Anexo A). Este projeto maior tem por objetivo realizar um estudo longitudinal junto a 30 mães que vivenciam gestação de alto risco por inúmeros diagnósticos, sem restrição quanto ao motivo do diagnóstico de alto risco. Dentre esse grupo maior, optou-se por investigar aspectos da gestação de alto risco em casos de mulheres que estão vivenciando a primeira gestação. As quatro primeiras primigestas que participaram do projeto maior foram convidadas para participar desse e aceitaram. Foi realizado em um hospital público no interior do Rio Grande do Sul, na ala da maternidade, com as mães internadas com gestação de alto risco. Todas as mulheres que cumpriram os critérios de inclusão foram convidadas a integrar o estudo no período de abril a setembro de 2017.

Às mães que demonstraram interesse em participar do estudo, foram explicados brevemente os aspectos da pesquisa, como o procedimento e o tempo de participação no estudo, além de valorizar o interesse em fazer parte da pesquisa. Após esse primeiro esclarecimento, as mães que continuaram interessadas em participar da pesquisa foram convidadas para a primeira entrevista. No momento da primeira entrevista, a mãe foi convidada a ir com a pesquisadora para uma sala do hospital, sempre considerando os aspectos institucionais do mesmo e respeitando o sigilo e a privacidade das mães. O início da coleta de dados contou com a compreensão da mãe dos termos da pesquisa, e após a solução de possíveis dúvidas, a participante assinou duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), uma para ela e outra para pesquisadora. A segunda entrevista foi marcada com a participante, porém, como as participantes estavam internadas, as segundas entrevistas foram feitas um dia após a primeira entrevista. Todas as recomendações éticas no que tange pesquisa com seres humanos foram atendidas, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 510, de 07 de abril de 2016. Foram garantidos aos participantes o sigilo da identidade, confidencialidade dos dados e a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento sem que houvesse prejuízo para si.

Considerando a técnica que foi utilizada nessa pesquisa, bem como o fato de que não tinha por objetivo testar nem experimentar nenhum procedimento novo, mas apenas conhecer, a partir do ponto de vista das entrevistadas, suas vivências da maternidade, considerou-se esse estudo como de risco mínimo. Apesar disso, caso houvesse, durante a realização das entrevistas, uma mobilização suscitada pela temática, à pesquisadora se responsabilizou por avaliar a situação e, se fosse necessário, encaminhar para atendimento, contudo tal procedimento não foi necessário. Após a finalização das análises de dados, está prevista uma entrevista de devolução para as participantes interessadas. Essa devolução individual será feita para cada participante, apontando e refletindo sobre as principais questões levantadas no estudo como um todo. Da mesma forma, a pesquisadora pode se colocar à disposição, para os profissionais da área de saúde, a fim de contribuir na construção de estratégias de intervenção para essas mulheres.

### **Análise de dados**

As entrevistas foram transcritas para a realização da análise, tendo sido lidas e re-lidas diversas vezes, viabilizando reflexões teórico-clínicas. Além disso, após cada entrevista, uma narrativa transferencial de cada encontro foi redigida, relatando não apenas as falas e atos da

participante ao longo da entrevista, mas, também, registrando aquilo que foi evocado na pesquisadora, a partir daquele encontro: sentimentos, associações, sensações, entre outros.

A partir da leitura e releitura das entrevistas e das narrativas transferenciais redigidas pela pesquisadora, o passo seguinte foi analisar esse material seguindo o método psicanalítico. Para isso, o material foi decodificado para compreendê-lo interpretativamente, isto é, foram identificados os diversos sentidos que atravessaram os discursos das participantes do estudo acerca da vivência da maternidade com diagnóstico de gestação de alto risco.

Valorizando a singularidade de cada participante, os casos foram apresentados separadamente seguindo o modelo de relato clínico, na perspectiva psicanalítica (FERRARI, 2012). Segundo Epstein (2011), o modo narrativo é utilizado para dar forma a essa variedade de gêneros discursivos. Em um primeiro momento, os casos retratam a realidade psíquica das entrevistadas, a partir disso se constrói novos interrogantes e geram exemplos. Para compreender a vida do sujeito e seus sintomas, no relato de caso, são necessários dois movimentos, ilustrar e questionar, pois são essas condições que permitirão que o relato psicanalítico seja um caso científico.

Por isso, para registrar um relato, o historiador participa emocionalmente, pois o relator é parte do relato e assim vai começando o processo de dar forma a um relato de caso (FERRARI, 2012). Portanto, podem ser explorados outros conteúdos não manifestos contidos na entrevista, tornando possível que as análises a partir desses relatos possam ser aprofundadas. Através desse método, pesquisador e participante formam uma dupla, com o intuito de compreender a vivência de cada participante a cerca do fenômeno pesquisado, e tratá-lo como único, já que a construção da maternidade é vivenciada por cada mãe de forma distinta.

Esse método não possibilita generalização dos achados, contudo demonstra-se inovador por realizar uma construção sofisticada de conhecimento sobre este tema tão singular, visto que se propõe escutar e construir cada caso dentro da subjetividade da participante e da pesquisadora. Um dos aspectos que a análise interpretativa dos casos evidenciou foi as problemáticas narcísicas, tendo em vista os relatos relativos às formas de investimento que caracterizam a relação da mãe com o bebê em casos de gestação de alto risco. Isso em função da ferida narcísica que o diagnóstico pode provocar, interferindo nas possibilidades de investimento materna.

A estruturação dos dados se deu da seguinte forma. Cada caso recebeu um título e nome fictício da mãe e do filho. Os casos iniciarão com as impressões da pesquisadora seguindo de uma breve descrição da história de vida da mãe, que auxiliaram para descrever as

participantes e apresentar um panorama geral sobre cada uma. Posteriormente, os dados foram estruturados através de tópicos: 1) Experiência da gestação e internação; 2) O processo de tornar-se mãe; e 3) Experiência do parto e da vinculação mãe e bebê.

A partir dos tópicos propostos, cada um dos casos foi narrado individualmente e longitudinalmente em uma perspectiva interpretativa, conforme o objetivo do estudo. Assim, a discussão foi realizada por meio do cruzamento dos casos, analisando as principais semelhanças e particularidades dos mesmos. As informações contidas na Ficha de dados sociodemográficos e as impressões após cada entrevista foram acrescentadas na análise de dados, para caracterizar e contextualizar as participantes.

## CAPÍTULO III RESULTADOS

### Caso 1: Daniela e Alberto

#### Ressignificando a má formação e a maternidade

##### Impressões da pesquisadora

Daniela tinha 18 anos quando a pesquisadora fez contato com a participante e foi a primeira gestante a participar deste estudo. Quando fui convidar Daniela para participar da pesquisa, ela estava no leito, deitada, com a camiseta levantada. A primeira coisa que chamou a atenção foi a quantidade de cicatrizes que Daniela apresentava na barriga, bem visíveis. Quando expliquei o que era a pesquisa, Daniela se prontificou a participar, embora sem muito entusiasmo.

Durante as entrevistas, Daniela era bem objetiva nas suas colocações, muitas vezes respondendo que sim ou que não. O momento que demonstrou algum sentimento com relação a internação foi quando a médica avisou que ela precisaria ficar internada pela terceira vez devido a infecções urinárias recorrentes: *“Ai eu chorei. Fiquei de novo. Fazia uma semana que tinha dado alta. Daí eu tive que ficar de novo e fiquei com raiva (risos), mas ai eu tive que ficar aqui”*.

Durante a entrevista, na pergunta sobre quando será a possível alta, Daniela mencionou que estava bem chateada e nem estava a fim de falar direito com as pessoas, enfermeiros e médicos, pois achava que receberia alta daqui há dois dias e a médica afirmou que só a liberaria daqui há uma semana. Por isso, ela falou que estava fazendo *“birra”* e não queria conversar e nem olhar para ninguém. Já estava estressada de estar no hospital.

Daniela não aprofundava sobre suas questões, inclusive, na hora de explicar a sua má formação e suas treze cirurgias reconstrutivas, ela foi simples e objetiva. Ao ser questionada sobre como se sentia em relação a todas as cirurgias que teve que se submeter na vida, respondeu: *“Não sei, acho que foi algo que fui me acostumando já desde pequena, sempre fiz, e pra mim não, eu não me importo muito, porque assim, até por cicatriz assim, tem gente que tem depressão, tipo eu não dou bola, sabe?”*. Daniela falava sobre essa experiência como algo normal da sua vida, e aparentemente parecia não ter muitos problemas em relação à construção da sua imagem, considerando as inúmeras cirurgias e cicatrizes, refletindo sobre a relação com o seu corpo e o corpo do outro: *“Nessa parte tranqüila assim, quando eu comecei a namorar eu ficava assim meio assim né? Ficava ah só eu tenho tipo cicatriz, essas*

*coisas né? Mas dai depois com o tempo foi sei lá, acostuma e a pessoa conversa contigo, daí é mais tranqüilo”.*

Daniela não demonstrava muito suas emoções, mas o que ela enfatizou muito foi que ela não queria ser uma mãe como a mãe dela foi para ela. Sua referência de amor e cuidado era a sua avó materna. Demonstrou sentimento de ausência da mãe, abandono e desamparo. Quando foi questionada se gostaria de ser uma mãe como a mãe dela foi pra ela respondeu:

*Não, não, Deus o livre. Porque eu sei, tipo, apesar de hoje eu entender tudo assim, mas eu sei o quanto eu sofri por causa da falta dela assim, e quando a gente é criança, a gente não entende assim as coisas, a gente só quer a mãe. Ai porque que a mãe não tá aqui? Não vai entender, não tem como entender, só depois mesmo.*

Após cerca de vinte dias do parto, entrei em contato com os telefones que Daniela havia passado. Quem atendeu foi a mãe de Daniela que me informou que o Alberto ainda estava na UTI neo natal, para ganhar peso e Daniela estava diariamente, manhã e tarde, acompanhando-o. No dia seguinte, fui até a UTI neo natal para ver se encontrava com Daniela. Ao chegar lá, me deparei com uma cena cheia de afeto e cuidado. Daniela estava amamentando Alberto e conversando com ele durante esse processo. Alberto era bem pequeno, mas com bastante expressividade e todos os gestos que fazia, Daniela nomeava. Daniela estava muito feliz, com um sorriso enorme e cada vez que foi contando sobre a internação de Alberto, o incluía na conversa dizendo: “*Né filho*” ou “*Ele cuida tudo*”. Também contou que estava muito estressada e no dia anterior havia brigado com uma enfermeira. A médica já havia receitado um antidepressivo para Daniela há dez dias e ela estava fazendo uso. Durante a terceira entrevista, Daniela demonstrou mais seus afetos e pensamentos, parecia estar mais feliz e segura no seu papel como mãe.

### **Descrição breve da história de vida da mãe**

Daniela tinha 18 anos quando descobriu que estava grávida. Conversou com a pesquisadora quando estava com 30 semanas e seis dias de gestação. Há um ano, considerando o momento da entrevista, Daniela morava com o namorado, pai do seu filho juntamente com a sogra e o sogro, mais seus três cunhados e uma cunhada com seus cinco filhos. Segundo ela é: “*Bastante gente*”. Antes morava com a mãe e seus cinco irmãos. Ela é a mais velha dos filhos, depois tem outro menino de 15 anos, uma menina de 13 anos, outro menino de 7 ou 8 anos, outro menino de 4 anos e outro menino de 1 ano e 3 meses. Daniela estudou até o primeiro ano do ensino médio. A religião que possuía era Evangélica.

Anteriormente, trabalhava como atendente de loja, umas seis horas por dia. Não estava mais trabalhando quando fez a primeira entrevista. O namorado de Daniela trabalhava como repositor de mercado, dez horas por dia. Eles viviam do salário do namorado, em torno de R\$ 1.400,00.

Daniela nasceu quando sua mãe tinha apenas 15 ou 16 anos, não soube informar a idade correta, de parto prematuro com sete meses de gestação. O exame havia demonstrado que Daniela tinha uma má formação, porém não sabiam onde era essa má formação. Segundo Daniela: “(...) eu nasci com coacla, sem o ânus e sem a vagina, era só um buraquinho e saia digamos assim xixi e coco só por um buraquinho só, por isso eles tiveram que reconstruir tudo assim na vagina, no ânus, a uretra, tudo assim”. Desde o nascimento, foram 13 cirurgias para reconstruir as más formações, e só parou aos 10 anos. Até os 8 anos, Daniela utilizou uma bolsa para fazer cocô: “O canal do xixi eles reconstruíram assim e daí, mas tipo, agora com catorze anos que eu fiz a cirurgia assim pra, digamos de plástica assim, sabe? Aí mais fora do que dentro”. Daniela demonstrou ter sentido um pouco de vergonha e sofrimento na adolescência, pois como tinha colostomia, fazia cocô pela barriga, e tinha que usar uma bolsinha:

*No colégio, eu não sofri, sofri... foi bem difícil, porque eu tinha alergia às bolsas, eu não conseguia, ficava em carne viva, sabe? E aí eu usava uma, tipo uma compressinha e uma faixa na barriga e às vezes não tem controle, o coco sai né? E vazava daí, os colegas riam, assim, eu não lembro assim de ri assim de mim, mas ficou aquilo sabe, porque daí tinha cheiro de cocô e eu ficava assim né? Me sentia mal por aquilo.*

As lembranças que Daniela possuía sobre a sua infância eram referentes às cirurgias que foi submetida: “Pouca coisa, não lembro de muita coisa, às vezes até fico pensando assim, porque eu não lembro de muita coisa da minha infância, eu lembro mais que eu ficava no hospital (...)”. A situação que mais marcou foi quando Daniela tinha cinco anos:

*Eu acho que quando foi quando minha mãe foi embora sabe? Que eu consigo me lembrar que aquilo ficou marcado assim, tipo, hoje a gente, eu não sei se perdoei bem ela sabe? Mas eu me dou com ela, assim, mas às vezes ainda surge aquela discussão e joga na cara uma coisa assim, mas eu me lembro quando ela foi embora assim. Eu sei que eu tava bem cuidada com a vó, mas tipo, a mãe né, indo embora e deixando o filho assim, bem complicado.*

Daniela mencionou que durante todas às vezes que necessitou ficar internada e precisou passar por alguma cirurgia, quem a acompanhava era a avó. Daniela tinha uma percepção sobre a mãe: “Eu acho que ela não tinha, tipo, não tinha cabeça ainda eu acho,

*talvez, ela não se preocupava, entendeu? Ela não tinha noção da situação assim, até hoje sabe? Ela é meio assim.*” Daniela demonstrava o que sentia pela avó: “*Avó eu sinto amor assim, sei que ela até hoje, ela é super protetora, sabe? Deus o livre qualquer coisinha ela quer correr já por mim assim, por qualquer coisa (...)*”. Percebi que Daniela se atrapalhava um pouco com os nomes e as idades dos irmãos. Contou que foi a única filha que ficou com a avó. Quando a mãe retornou da viagem voltou com um filho. Daniela relatou que cada filho da mãe era de um pai diferente.

Durante toda a internação de Daniela, que durou quatro semanas, quem a acompanhava era a avó, desta forma demonstrava que o vínculo mais estreito que Daniela possuía era com avó. O seu namorado também vinha às vezes para dormir com ela. Daniela namorava o pai do filho dela há um ano, mas se conheciam há bastante tempo: “*A gente já namorou antes já, daí depois de um ano sem se falar, aí voltei, é longo já essa*”.

Além das más formações, Daniela apresentou outro problema no útero: “*Doença assim não, só tive infecção no útero, daí eles tiveram que drenar e daí eu peguei uma bactéria daí fui pra UTI e daí melhorei né, (...) tive que ir para UTI, dois anos atrás*”. A intercorrência que possuía era infecção urinária, condição que, segundo Daniela a acompanha na “*vida*”.

### **Experiência da gestação e da internação**

Daniela contou que começou a suspeitar da gravidez quando a menstruação não desceu. Fez dois testes de gravidez e os dois deram positivos. Mas pensou que não fosse, pois como tem infecções urinárias recorrentes, imaginou que pudesse dar alterado. Fez o exame de sangue e deu positivo. Daniela contou como se sentiu ao descobrir: “*Eu senti medo, não sabia como que eu ia falar, (...) medo de ser julgada, comparada com a mãe assim, porque ela teve filho bem nova assim. Eu nunca gostaria que me comparasse com ela, porque eu sou totalmente diferente dela sabe? (...)*”.

Daniela contou que a primeira pessoa que comentou sobre a gravidez foi à cunhada: “*Ela é meia assim, ela é meio estúpida sabe? Daí ela disse assim, mas ela não... tipo, ela disse "nossa, tu tá grávida?" Tipo, ela olhou o resultado e tipo e nem falou nada só disse "ah tu tá mesmo", tipo... encara essa agora. (...)*”. Também comentou qual foi a reação do namorado ao saber da gestação:

*(...) Daí depois eu fui pra casa e ele chegou e eu contei pra ele, daí ele ficou, porque a gente tinha recém se acidentado de moto, sabe? Daí a gente tava cheio de conta pra pagar a moto, daí a gente ficou... ele ficou assim meio apavorado porque é*



*gasto e coisa, mas depois ele foi aceitando mais normal, acho que caiu a ficha que não... né?*

Percebe-se que as pessoas tiveram reações pouco acolhedoras com Daniela. Ela contou que ficou nervosa para contar para o namorado que ele seria pai: *“Eu tava bem nervosa assim, eu não sabia se eu falava ou se eu não falava, mas eu fiquei pensando, eu que tenho que falar porque se não ele vai saber por outras pessoas, ele vai ficar brabo comigo né? E aí, eu falei né (...)”*. Após contar para o pai da criança, Daniela comentou que a notícia foi se espalhando, mas não sabia como contar para a sua avó: *“(...) Daí eu falei pra mãe e (...) cheguei na minha tia, que a vó tava tomando chimarrão do lado lá e eu falei “ah, eu tô grávida” e mostrei o exame e dai minha vó ficou furiosa comigo”*. Compreende-se que a avó, foi mais uma pessoa que não a acolheu, e contou que a avó ficou uma semana sem conversar com ela, aparentemente brava, mas posteriormente começou a se preocupar com a gravidez da Daniela e com o Alberto.

Daniela contou que a gestação não foi planejada, e diz que pensou em muita coisa quando se viu grávida: *“(...) às vezes eu ficava pensando assim ai e agora, mas ao mesmo tempo já vinha aquilo não pode pensar isso por causa quer ser igual tua mãe? Tu não pode ser igual a ela, eu sempre pensei (...)”*. Daniela estava tomando anticoncepcional para prevenir a gravidez, porém ela se esqueceu de tomar um dia, além disso, relatou que estava com infecção urinária e tomando antibiótico para a infecção. Devido à má formação de Daniela, ela tem seguidamente infecções urinárias. Daniela disse que pensava em ser mãe, porém devido à quantidade de cirurgias na barriga, os médicos davam poucas chances para ela: *“Algum dia sim, até eu perguntava pros médicos se um dia eu ia poder ficar grávida assim, e eles disseram é meio difícil, tu vai ter que fazer tratamento e um monte de coisa” né? (...)”*.

Daniela descobriu a gravidez com sete semanas e já iniciou o pré-natal no Hospital Universitário de Santa Maria. A frequência dos atendimentos eram semanais: *“Eu venho quase toda semana aqui. Venho fazer ultrasson, exame, porque como eu nasci com má formação daí os médicos tinham medo né, daí tavam acompanhando desde o começo para ver se o bebê não ia ter uma”*. Daniela demonstrou que possuía medo que o filho pudesse ter a mesma má formação que ela. Contou que é a terceira vez que ficava internada durante a gestação devido à infecção urinária. Mencionou que já conhecia os sinais de quanto está com infecção e todas as vezes que sentiu, procurou o Centro Obstétrico e ficou internada. A última internação se deu com 29 semanas e disse que a alta variava conforme a eficácia da medicação, sendo variável de pessoa para pessoa. No dia da entrevista, estava tomando o

terceiro antibiótico. Contou que a médica afirmou que ela precisava ficar internada, até o bebê nascer, previsto para 34 semanas, pois devido às más formações de Daniela, os médicos estavam com medo de deixar para realizar o parto mais adiante, pois o bebê já não tinha mais espaço e a barriga não crescia mais. Outra intercorrência que Daniela descobriu no hospital foi à anemia, a qual estava sendo tratada junto com a infecção. Apesar de não estar em repouso absoluto, Daniela afirmou que preferia ficar mais quieta e deitada.

Quando foi questionada sobre a sua gravidez ter recebido o diagnóstico de gestação de alto risco Daniela contou: *“Eu não, quando eu descobri já já sabia que ia ser de risco por causa das cirurgias que eu já fiz e eu não fiquei com aquilo ai é de risco, não eu já sabia, eu já tinha uma noção já, ai eu não fiquei assim tanto”*. Percebe-se que Daniela já suspeitava da gestação ser de alto risco devido as marcas das experiências anteriores, das inúmeras hospitalizações e cirurgias que já passou na vida. Relatou que quem contou foi o médico e disse que o acompanhamento da gestação expirava mais cuidados e consultas mais frequentes. Daniela contou que, apesar do diagnóstico, podia comer e fazer de tudo na gestação.

### **Experiência da maternidade**

Quando Daniela foi questionada sobre como se vê mãe, comentou: *“(...) eu não consigo ver tipo eu (...). Na verdade, eu ta grávida sabe? Não que eu não aceite, mas eu não consigo ver mais além digamos assim (...). Cada dia é uma sensação diferente”*. Percebe-se que a construção da maternidade em Daniela ainda estava difícil, pois como os médicos haviam falado que ela teria a possibilidade de não engravidar, e não querer ser uma mãe como a sua mãe, parecia que Daniela não possuía outros modelos que a ajudassem a construir possibilidades identificatórias para si mesmo como mãe. No dia da entrevista, se viu: *“Ansiosa assim pra que ele nasça pra mim poder ver, (...) e eu fico pensando se eu vou conseguir sabe? Eu fico... eu me questiono se eu vou conseguir ser boa mãe, digamos assim”*. Quando foi questionada se ela achava que iria conseguir, ela comentou: *“Não sei, eu me sinto insegura sabe? Porque dá medo porque é uma coisa que depende de ti pra tudo né? Mas eu vou tentar”*.

Daniela contou que possuía inúmeros sentimentos e sensações relacionadas à gestação: *“Ai, eu sinto bastante amor, assim, não sei. É inexplicável assim. Insegurança também”*. Em relação à insegurança, Daniela contou que sentia: *“Tipo, a gravidez assim, ai não sei, não sei explicar. Se vai dar tudo certo assim, entendeu? Tipo isso assim”*. Daniela mencionou que acredita que consegue se sentir mãe desde que descobriu que estava grávida. Quando foi questionada sobre se teria algum aspecto positivo na gestação, ficou em dúvida, mas

respondeu: “*Bebê, assim, tipo. É uma razão de viver assim*”. Percebe-se que Daniela estava depositando no filho a razão do seu viver. De aspecto negativo na gestação ela disse que não via nenhum.

Daniela contou que as angústias que ela possuía na gestação eram: “*(...) Eu fico pensando na hora do parto assim. Fico, não por mim, como eu disse, mas pelo bebê assim, e tipo no ultrasson que dá, diz que tá tudo bem, mas enquanto tu não vê que tá tudo bem (...)*”. Percebe-se que Daniela possuía um receio de o filho ter algum problema, assim como ela tem. Demonstrava preocupação em como seria, se iria faltar alguma coisa para o bebê, como fralda, em arrumar o quarto e dizia: “*Eu mais passo aqui dai eu não tenho tempo de fazer nada em casa, tipo de arrumar o quarto, dobrar as roupas, essas coisas assim*”. Daniela contou que o quarto do bebê é junto com o dos pais, mas, as roupas já estavam lavadas, mas não estavam passadas. Comentou que não teve tempo de fazer isso ainda, por estar sempre no hospital, e demonstrava preocupação, pois nem a mala do bebê estava pronta ainda.

Daniela comentou que sempre soube que sua gestação seria de alto risco, mas mencionou que: “*Apesar de tudo, eu imagino ele bem assim, saudável, bem bonitinho, não muito gordinho, imagino ele mais magrinho assim*”. Daniela também contou que imagina que o filho seja mais parecido com o pai.

Ao mesmo tempo que Daniela afirmou que sua relação com o namorado não mudou depois de se descobrir grávida, sentia por vezes falta de uma maior proximidade. Também contou que o namorado já tinha uma filha: “*E eu acho que ficou a mesma coisa assim. Eu acho... ele não fala pra mim sabe? Mas eu acho que ele tem medo que o bebê nasça com algum problema assim, sabe? Ele nunca falou nada, mas eu sei que ele tem aquilo (...)*”. Quando foi questionada sobre a participação do pai na gestação, Daniela contou que gostaria que o pai participasse mais, sendo mais presente:

*Eu achei que ele ia se envolver mais sabe? Tipo, de vim pra cá comigo todo dia de... eu sei que ele trabalha, que é cansativo né? Mas tipo, eu acho que eu faria isso, digamos assim, entendeu? E tipo daí, a vó fica braba comigo, porque ela fala ai, tu tem que fazer ele vir, mas tipo, eu não quero que ele faça uma coisa obrigada, eu quero que ele faça de coração, entendeu? (...).*

Sobre a rede de apoio, Daniela comentou que quem está auxiliando mais é a avó:

*Ai, eu acho que a vó né? E uma tia assim que eu tenho. Na verdade todo mundo eu acho que ta querendo ajudar um pouco assim, mas eu sinto assim que as pessoas já, ela, tipo, a mãe, um vizinho que sabe da história assim, eles ficam tipo, com mais pena e eu não gosto disso, tipo ai coitada, ta grávida por causa de todos aqueles problemas sabe? Eu não gosto disso entendeu? (...).*

Daniela mencionou que a maneira como a avó e a tia auxiliaram foi conversando: *“Depois tipo quando o nenê nascer se precisar de alguma coisa, se o bebê chora e às vezes as mães se desesperam e não sai leite daí elas vão falando orientando, alguma coisa assim”*

Sobre a sua mãe, Daniela disse que ela estava bem feliz que vai ser avó. Porém, estavam discutindo sobre quem irá assistir o parto de Daniela, pois a mãe gostaria de assistir: *“ (...) E eu falei que eu assisti do meu irmão, e aí ela quer. Eu sempre ajudei ela assim sabe? E aí ela quer assistir, daí eu falei “não, quem vai assistir é o pai” porque é o mais ideal né?(...) ”.*

Ao ser questionada sobre a participação do pai de Daniela no acompanhamento da gestação, ela mencionou que ele não falou nada, mas ficou um pouco preocupado. A participação do pai de Daniela restringiu-se a algumas ligações. Quando entrevistei Daniela, o seu pai estava preso há cerca de três semanas. Segundo Daniela, o pai foi preso: *“Ah coisa da ex mulher dele, de maria da penha essas coisas assim”.*

Sobre a participação dos sogros de Daniela, ela contou que eles não ligavam, não perguntavam e não vinham visitá-la. Quando foi questionada sobre como era a sua relação com os sogros, Daniela contou:

*É tranquila, é tranquilo assim, tipo assim, ninguém fala as coisas pra mim sabe? Eu fico sabendo pelos outros do que fulano disse, entendeu? Ninguém chega e fala assim ah porque que... digamos que pra todo mundo eu fiquei grávida por que eu quis e aí ninguém... aí ficam aí aquela guria é louca, porque ficou grávida com todos aqueles problemas que não sei o que, ninguém chega e fala assim pra mim, aí tu teve uma intenção? Ninguém perguntou sabe? Só ficam falando.*

Percebe-se que Daniela não possuía uma rede de apoio que ela confiava e que a acolhesse, sentia essa rede como sendo frágil e muitas vezes o sentimento que ela possuía era de hostilidade.

### **Experiência do parto e da vinculação mãe e bebê**

Daniela teve o filho com 33 semanas de gestação. Daniela relatou que o combinado era eles fazerem o parto cesariano com 34 semanas, mas quando o médico a avaliou, resolveram antecipar para 33 semanas. Contou sobre o médico:

*(...) E daí ele não veio na terça de noite que era o combinado, daí ele veio na quarta de manhã. Daí eu fiquei de jejum todo tempo, não podia comer. Daí ele falou a gente vai fazer hoje, porque tá grande, alguma coisa ele viu que estava... não estava certo digamos, daí logo que ele veio era umas 10:30, daí umas 15 pras 11 eu já descí pro centro obstétrico (...).*

Daniela relatou como foi passar pelo processo de parto e sobre os sentimentos vivenciados naquele momento:

*Ai, eu senti bastante medo assim. Fiquei nervosa, não medo assim. Fiquei nervosa. Daí eu achei que ia assistir o parto né? Mas aí eles fizeram anestesia geral assim, daí por isso ele que tá lá um pouco também, porque ele recebeu anestesia também, porque eles têm 3 minutos pra tirar o bebê e eles não conseguiram tirar ligeiro.*

Ela explicou que quando é anestesia geral, os médicos têm até três minutos para tirar o bebê e, no caso do Alberto, eles demoraram mais tempo. Por isso, a anestesia pegou um pouco no bebê e ele precisou ficar entubado no primeiro dia, mas no segundo dia já saiu. Daniela relatou que a opção de anestesia geral foi porque os médicos estavam esperando o pior: *“Porque eles acharam que seria mais complicado do que foi, sabe? Eles esperavam que ia ser bem pior porque eu já fiz um monte de cirurgia, tem complicações na barriga, daí eles pensaram que seria bem pior, mas não foi”*. Em decorrência da anestesia, Daniela relatou que não viu o seu filho no dia do nascimento, pois foi para a sala de recuperação e só conseguiu conhecê-lo no outro dia: *“A primeira coisa que eu acordei... eu acordei, abri o olho e falei e o Alberto? Pra eu saber dele. (...)”*, e complementou *“eu fui acordar só lá na sala de recuperação, era umas duas horas eu acordei. (...) Daí eu falei pro meu namorado pra ir lá ver ele, (...) eu queria ver uma foto dele, daí ele me mostrou a foto, ele nasceu inchadinho, sabe? bem gordinho assim”*. Daniela contou que o namorado não estava com ela na sala de recuperação e não conseguiu assistir o parto: *“Não, eles foram chamar ele ainda. Que ele não pode assistir o parto. Eles ajeitaram tudo ele pra assistir o parto né? E daí não chamaram nunca ele pra ir lá. Ele ficou furioso de brabo”*. Mas, ao mesmo tempo, Daniela ponderou se não foi melhor não chamar o pai: *“Só que eu acho que não deixaram ele entrar, porque sabiam que não iam conseguir tirar ele ligeiro né? E ele nasceu roxinho né? Por causa disso. (...)”*. Daniela relatou que o filho nasceu roxo porque ficou sem respirar um pouco, mas não teve nenhuma consequência desse fato.

Alberto nasceu com 2.015 Kg, e ficou entubado por um dia: *“É, e ele ficou com o cicape aquele de respirar, e depois ficou dois dias com aquele e depois não precisou mais”*. Daniela contou que o pós parto foi bem difícil:

*Ai, bem dolorido assim. Foi bem dolorido. Bei, eu senti muita dor e dor de cabeça horrível. Horrível. De enlouquecer assim. E daí quando eu fui ver ele no outro dia, porque eu fui na quarta, na quinta só podia ir lá, e daí eu desmaiei de tarde. Eu desmaiei duas vezes. Três vezes eu desmaiei. De manhã eu desmaiei, na quinta e de tarde e no outro dia também.*

Os médicos disseram para ela que esses desmaios foram ocasionados pela anestesia, nervosismo, fraqueza. Daniela relatou que, depois que o Alberto nasceu, ela ficou por mais seis dias no hospital. E no dia da entrevista, já fazia vinte e dois dias que o Alberto estava no hospital sem previsão de alta.

Daniela relatou como foi ver o Alberto pela primeira vez:

*“Foi bem verdadeiro assim, foi desesperador assim. Eu... e daí, tá, quando vi ele senti... era uma coisa inexplicável, mas quando eu me deparei assim que eu tinha que fazer as coisas, tipo mudar e ver a temperatura e ele com aqueles soro, e coisa assim, eu tinha vontade de fugir, assim digamos. Eu pensava pra mim... daí eu pensei assim mas é só eu, não existe outra pessoa. Foi bem, aí foi desesperador, claro que eu não ia fugir né? Mas tipo tentando explicar assim, o que eu senti”.*

Daniela comentou que esse desespero que sentiu foi porque o Alberto estava na UTI, além de se sentir insegura com os cuidados que a maternidade exige com o seu bebê:

*“Também. Mas tipo, eu ficava pensando que eu não ia conseguir assim, que eu ia fazer errado, que eu ia machucar ele, uma coisa assim. Daí também quando eu cheguei lá, elas me deram uma mamadeira sabe? Pra mim tirar o leite e esgotar. Aí meu seio tava muito dolorido assim, empedrado sabe? E daí elas tipo, só me largaram assim sabe? Com a mamadeira, tipo 'te vira' assim. Eu nem sabia como eu ia fazer. Aí, como é que eu vou fazer pra tirar esse leite? Eu pensei Meu deus. Eu pedi ajuda né, aí uma disse que não podia me ajudar, porque ela não ajudava as mães, daí tem uma enfermeira conhecida minha lá e daí eu falei pelo amor de Deus me ajuda que elas ajudam, tem o banco de leite. Não é banco de leite. É posto de coleta sabe? Daí elas fazem massagem no seio assim, pra não doer tanto, daí ajuda a descer o leite, daí ela me ajudou e eu consegui assim. Mas as primeiras vezes, foi horrível assim”.*

Daniela esclareceu que para amamentar não dói, mas a primeira vez que teve que esgotar o leite foi bem dolorido. Contou que o leite já tinha descido antes do parto e ela tinha muito leite, o que dificultou, pois seu leite empedrou. Contou que no começo a amamentação foi bem difícil, mas agora está mais tranqüilo. Alberto está pegando bem o seio de Daniela há quatro dias.

Daniela contou como foi a primeira vez que viu o filho, mas comentou que a primeira impressão modificou um pouco:

*Não, mudou assim, mas eu não sei explicar. Tipo, só quero que ele saia de lá assim, pra ficar em casa comigo, que eu chegue em casa comece a chorar, chorar. Fico pensando nele, se ele tá chorando ou não. Todo tempo assim, eu fico pensando, de madrugada, eu acordo assim. Eu durmo né? Porque eu consigo dormir, até. Acho que o cansaço do dia me faz dormir. Mas eu acordo e a primeira coisa que eu penso é nele, assim, não tem, é certo!*

Sobre a relação dela com o filho, Daniela afirmou que estava boa: *“(...) Tô aprendendo bastante coisa com ele assim né? Que a gente pode até cuidar de um bebê assim, mas é*

*diferente até tu ser mãe. Tudo, tudo é tu pra ele. Da mama, aquele olhinho fica olhando, coisa mais bonitinha*". Daniela também comentou como se sente a mãe de Alberto: "(...) *quem passa mais tempo, por enquanto ainda com ele é as enfermeiras né? Porque eu passo de dia, mas aí tem troca de plantão, daí tenho que sair, não fico todo todo tempo com ele, mas agora que eu vou ficar com ele, vai mudar isso né*". Percebe-se que Daniela ainda estava receosa em se sentir verdadeiramente mãe, pois não era ela quem cuidava exclusivamente do seu filho, dividindo esses cuidados com enfermeiras. Daniela comentou que quando Alberto for para casa pode vir a se sentir mais mãe: "*É, uhum. Porque elas pegam ele de noite, ele fica pensando, imagina deve ser minha mãe essa, dá até ciúmes*".

Daniela comentou sobre o maior desafio até aquele momento que a maternidade lhe trouxe: "*Até agora assim, não sei explicar. Eu acho que é eu tá longe por enquanto assim né? Nessa situação que tá, né? Mas eu não acho que seja um desafio assim, cuidar dele uma coisa assim, eu não acho isso*". Daniela também mencionou que a maternidade é distinta do que ela imaginava: "*É bem diferente assim, tu pensa uma coisa tipo, na realidade é outra né? Bem diferente, mas tá sendo boa*". Daniela comentou o que imaginava da maternidade: "*Eu não imaginava muita coisa não assim. Não pensava, não sei. Na verdade parece que eu esqueci de uma parte sabe? Da minha gravidez, por que tem coisas que eu não lembro mais, é muito estranho explicar*". Daniela mencionou que estava gostando de ser mãe:

*Em dar mama assim, eu acho bom. Ele não tava pegando bem antes sabe? E aqui me deixava triste e eu pensava que eu que não tava conseguindo ajudar ele né? Mas ele que era fraquinho, ele era pequeninho, não conseguia né? Daí as fonos que estão ajudando ele fazendo estimulação assim né? Pra ele pegar melhor o seio. Agora tá bem melhor, antes ele não pegava.*

Daniela contou que fazia uma semana que Alberto estava sendo estimulado para pegar o seio pelas fonoaudiólogas, e que ajudou ele a pegar. Mas, Daniela comentou que ela não quer o auxílio das fonoaudiólogas: "*Não, não precisa, eu não gosto que elas ajudem a colocar no colo. Só que o jeito delas, eu não consigo me ajeitar, daí pra ficar confortável pra ele, daí eu não gosto que elas se metam (...)*".

Daniela comentou sobre o que a deixa feliz em ser mãe de Alberto: "*Ele assim, só... sei lá*". Segundo ela, o filho é mais parecido com o pai: "*É muito parecido, só a bochecha, que ele é bochechudinho, o resto não tem nada meu, mas... ele é lindo. Eu sou meio suspeita em falar*". Do mesmo modo, Daniela contou o que estava desagradando na vivência da maternidade, até o momento:

*Ai, só ele tá lá, longe de mim. Ah e aquela sonda. Aquela sonda me irrita. Nossa, ontem eu não me reconhecia, eu perdi a cabeça, eu gritava lá, eu esqueci que eu tava em uma área com bebês aí, era uma UTI assim, eu me esqueci, mas é que tem horas que eu me estresso, acho que eu guardei tudo, desde a minha gravidez sabe? Todo tempo que eu fiquei aqui, no fim descarreguei ontem aqui.*

Daniela contou o que a deixou brava para ela não se reconhecer agindo dessa forma:

*Assim ó, eu discuti com a vó lá embaixo né? Porque a vó falou assim ó... ela vai na minha casa saber se ele tá bem, não sei o que. Tá. Daí ontem ela veio na consulta comigo aí, ele vai vim embora e não sei o que daí ontem, eu falei assim... era duas horas, eu tinha que tá aqui... lá em cima pra dar mama pra ele, daí eu falei ah, eu vou subir, não vou esperar a minha consulta e daí ela aí, porque que tu fica se... ficando nervosa, o Alberto não vai sair tão cedo daqui, nem cria esperança e aquilo me deu uma raiva sabe? Eu guardei pra mim e não falei nada pra ela, daí eu já subi todas escadas sem elevador, subi 6 andares, daí eu já tava possessa já, e pensei pra mim se alguma enfermeira me falar alguma coisa eu já vou descarregar, não quero nem saber, dito e feito. Cheguei lá em cima, daí era a fono, coitada da fono, me deu pena dela e daí ela tava e eu disse tá e vocês não vão tirar a sonda dele? daí ela tentou explicar com calma e eu não me interessa, não quero saber daí comecei a xingar ela, falei um monte de coisa. Mas ela não teve culpa sabe? Eu que só... daí eu comecei a chorar, daí eu chorava e meio que gritava. Tá loco. Mas passou sabe?.*

Alberto ainda permanecia com a sonda porque à noite Daniela não está no hospital e ele não pode perder peso, o que ocasiona a alimentação à noite pela sonda.

Sobre as preocupações que possuía no momento, Daniela relatou: “*Ai, eu tenho medo assim, que quando ele mama, ele vai se afogar (...). Hoje eu dei banho, mas eu não queria dar, porque eu tenho medo, (...) medo de derrubar ele na água (...)*”. Daniela comentou como estava sendo a rotina dela com o Alberto no hospital:

*Depende, eu tava vindo mais de tarde né? No começo eu vinha de manhã. Mas ultimamente eu tava dormindo bastante de manhã e vindo de tarde, só que elas pediram pra eu começar vir mais cedo pra ele mamar no peito, porque ele tá tomando NAN e NAN tranca o cocozinho, daí ele tá fazendo duro o cocozinho dele e daí o peito é mais fácil, não endurece. Daí to vindo. Eu ia chegar oito horas aqui só que os ônibus... passou seis por mim de manhã e não pararam, lotado né? Daí eu cheguei quase nove horas aqui, daí eu levei um xixi né? Porque era pra eu tá aqui as oito que é a hora dele mamar né? Mas eu fiquei quieta, por entre aspas eu tava errada né?.*

Daniela começou a ir todas as manhãs e vai embora à tardinha, depois que Alberto larga o seio e dorme. Mas, a partir do outro dia da entrevista, Daniela conseguiu ter um leito para ela dormir no hospital, na própria UTI neo natal do lado do Alberto: “*É, e aí eu que vou cuidar mais dele, porque quando eu to aqui, eu troco a fralda dele, vejo as coisas, mas agora vai ser eu, não vai mais ser a enfermeira*”. Daniela estava tomando medicações como antidepressivo e para anemia receitado pelo pediatra do Alberto: “*Agora só o Equilid né? Pra*



*se acalmar um pouco e pra descer o leite né? Que tava diminuído. Ah e o sulfato ferroso também, que mais? Acho que é só”.*

Daniela também relatou como estava sendo a participação do pai do Alberto nesse processo: *“Eu não sei. Ele diz... hoje ele vem, mas fazia dois dias que ele não vinha, ele não vem muito porque... Daí eu tenho que manter a calma, porque ele se estressa entendeu?”.* Daniela contou que o pai de Alberto a estressa pelas comparações que faz: *“Porque ele compara o Alberto com o outras crianças assim sabe? Ai fulano saiu... viu o fulano saiu com tantos kg e já foi embora e ele tá aqui ainda digamos assim. Daí eu explico né? Mas eu também não tenho muita paciência (...)”.* Apesar de Daniela reclamar da participação paterna, gostava de como estava: *“Eu acho que tá bom assim. Pra mim tá ótimo assim, porque ele me estressa (...) ele fala tu tem que fazer desse jeito, né? Daí eu fico braba e penso ai, que que aquela outra mulher fazia com a tua filha e já fico bem louca. Daí pra mim é bom assim”.* Daniela mencionou a outra mulher falando sobre a primeira mulher que o pai do Alberto teve uma filha. Além do pai, Daniela contava com a ajuda da avó que visitava Alberto no hospital nos finais de semana. Daniela contou que quem irá auxiliar quando sair do hospital vai ser o pai, que é com quem ela mora. Daniela também comentou sobre o que está a estressando na maternidade: *“Ai, eu não sei. Eu acho que... na verdade não é na maternidade, só essa função por enquanto mesmo de tá aqui tem me deixado estressada. Eu não sei se outra coisa talvez o sono que eu não durmo bem né? Porque fica essas preocupações”.* Relembrando que Daniela ficou internada dois meses antes de ter o Alberto e agora Alberto está no hospital há quase um mês, o que demonstra uma rotina extremamente desgastante e estressante.

Daniela mencionou que não pretende ser mãe novamente: *“Não. Não, por causa dos riscos, mas tipo, digamos que se fosse tudo normal, eu até queria sabe? Mas não, na situação minha, não”.* Quando conferi a pasta da paciente observei que existia uma anotação referente a laqueadura que Daniela ia fazer, a qual foi informada pelos médicos no parto, mas disse:

*Não foi feito. Foi assim: eu assinei um papel tudo pra mim fazer, mas na hora que estavam fazendo a cesárea, foram lá fora falar com meu familiar, perguntaram se eles estavam de acordo, porque tem que ser uma coisa assim, daí eles falaram que sim, por causa dos riscos né? E chegou na hora o doutor não fez, porque ele disse que se eu quiser ter um filho daqui um tempo ainda, porque eu sou nova, daí ele não quis.*

Daniela relatou que gostaria de ter feito, mas na hora os médicos optaram por não realizar o procedimento.

## **Caso 2: Tais e Humberto**

### **Quem cuidará de mim: A importância do auto cuidado para cuidar**

#### **Impressões da pesquisadora**

Tais tinha 26 anos quando a pesquisadora fez contato com a participante e foi a segunda gestante a participar da pesquisa. Quando ela foi convidada para participar a mesma aceitou, mas aparentemente resistente. No início da primeira entrevista, foi objetiva nas respostas, porém, aos poucos foi falando um pouco mais sobre seu processo de vida atual, mas continuava com resistência. Dava uma resposta e já dirigia o olhar para ser logo questionada novamente, esperando a próxima pergunta. Sempre trazia nas respostas a participação dos familiares, do marido, o qual é casada há 11 anos, da mãe e irmãs, segundo ela, uma de sangue e a outra adotada.

Tais era obesa e diabética e demonstrou que por conta disso já sabia que sua gestação seria de alto risco. Tais parou de fumar aos três meses de gestação, pois ficou com receio dos efeitos do tabagismo para o bebê. A impressão que mais tive foi de descuido, parece que com a gestação ela foi perdendo aos poucos o que estava fazendo uso sem gestar. O cigarro parou somente nos três meses, e a alimentação, que ela tinha consciência que precisava ser muito regrada até aquele momento da entrevista não conseguiu se adequar. Ela sabia o que não podia comer e mesmo assim comia, como, por exemplo, no almoço no hospital, Tais precisava seguir uma dieta para diabética, mas, provavelmente a pessoa responsável pela entrega da comida deve ter se equivocado na hora de entregar e Tais ganhou um almoço com arroz e massa. Ao invés de questionar, ela resolveu comer e teve pico glicêmico. Alterou novamente a glicose e não pode receber alta do hospital. Percebe-se que Tais demonstrava uma despreocupação com sua saúde e do bebê e não estava conseguindo se cuidar, e a permanência no hospital parecia uma forma de seguir sendo cuidada por alguém.

Tais comentou com a médica que precisava de uma psicóloga, pois estava com medo na gestação de acontecer alguma coisa errada, mas a médica disse que ela não necessitava. Tais insistiu, mas novamente a médica disse que não iria a encaminhar, pois ela não precisava. Comentou que estava com dificuldades de dormir, pois estava com muito medo do parto, se teria parto normal ou cesárea, bem como se o bebê poderia nascer prematuro ou não e se necessitaria permanecer na UTI ou não. Contou que ouvia muitas histórias dentro do hospital e ficava com receio de acontecer com ela.

Na segunda entrevista, Tais continuou objetiva e "seca" nas suas colocações. Descrevia-se como uma pessoa brava e sem paciência e não sabia como iria arranjar paciência

para cuidar do filho. Tentava convencer a irmã a não ter filho, pois já dizia que não era fácil, apesar da irmã não ser obesa e nem ter diabetes. Tais não se sentia e não se via mãe. Parecia que Tais tinha temor de não conseguir cuidar do filho, assim como não conseguia cuidar de si mesma.

Encontrava Tais seguidamente no hospital, sempre pelo mesmo motivo, de não conseguir manter o controle glicêmico em casa. Ficava internada de dois a três dias e assim permaneceu até ganhar o bebê. Conversava com ela no leito, e ela me recebia da mesma forma, objetiva e curta na sua fala. Mantínhamos o contato também por telefone e ela sempre lembrava sobre a entrevista após o nascimento do seu filho.

### **Descrição breve da história de vida da mãe**

Tais tinha 26 anos quando descobriu que estava grávida. Conversou com a pesquisadora quando estava com 29 semanas e 2 dias. Ela morava com o seu esposo e com um menino de criação de 16 anos. O menino é filho de uma amiga, mas morava com eles há um ano. Tais era a filha mais velha, e tinha mais duas irmãs, uma de 20 anos, e outra adotada de 8 anos. Os pais e as irmãs moravam em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, que era a sua cidade natal. Ela estudou até o ensino médio, mas não finalizou. A sua religião era evangélica. Tais trabalhava como auxiliar de limpeza na Universidade Federal de Santa Maria, oito horas por dia. O esposo dela trabalhava como auxiliar de marmorista e cerralerista, também oito horas por dia. Com os dois salários, eles possuíam uma renda familiar de dois a quatro salários mínimos por mês.

Tais demorou para responder como era a sua infância: *“Não foi muito boa. Minha mãe era doente, daí eu ficava com pai e a mãe vinha pra Santa Maria se tratar aqui, ela tinha depressão”*. Sobre a doença da mãe relatou: *“É, isso eu tinha dez ano quando deu nela, até meus quinze, dezesseis eu saí de casa, casei com dezesseis ano”*. Tais contou que a lembrança mais marcante da infância foi ver a mãe doente e ficar sem a mãe por perto. Contou que a mãe melhorou bastante da doença e não precisava mais tomar medicações. Tais contou que recebia tanto cuidado da mãe quanto do pai na sua infância e contou sobre esses cuidados: *“Ah, foi o possível que ele puderam... (silêncio) não sei o que falar”*. Segundo Tais, quando a mãe vinha para Santa Maria para se tratar, ela ficava com o pai e ia para o colégio, enquanto a outra irmã acompanhava a mãe. Contou que a mãe consultava e ia embora, mas: *“Não, ela ficava ai, ficava às vezes cinco meses, quatro meses não aqui baixada, mas nas irmã dela, até ela melhora, daí ela voltava”*. Tais contou que ela perdeu uma irmã com cinco meses de vida: *“Ela nasceu, daí ela tava com sopro no coração, daí... mas não por causa disso daí mais por*

*causa do sopro*”. Comentou também: *“Ela ia fazer cirurgia e não deu tempo, ela era bebezinha. E a minha irmã não teve nada, eu também nunca tive nada, eu sempre fui obesa desde bebê, minha irmã já foi normal, magra”*.

Fazia dez anos que Tais era casada, e há seis anos veio morar em Santa Maria. O motivo da vinda de Tais para Santa Maria foi: *“Eu vim pra cá, pra vê se eu conseguia a redução de estômago, porque aqui tinha a universidade, falaram que era mais fácil... to seis ano aqui e ainda não consegui”*. Tais relatou que sempre foi obesa: *“Desde os dois ano, eu tenho acompanhamento com endócrino”*. Comentou que não tinha outros problemas: *“Não tinha tirióide, não tinha colesterol até então era o médico considerava uma obesidade saudável depois 21 que eu descobri a diabetes”*. Tais mencionou que todos os familiares por lado paterno são obesos e que seu pai também era, mas conseguiu fazer a redução.

Tais relatou que esperava na fila já fazia dez anos, desde os 16 anos e mencionou a cirurgia como enrolada:

*É eu já ganhei pelo sus, já ganhei particular, só que o advogado não fala coisa com coisa, não qué dá os papel pra da pra outro advogado, daí ele fica enrolando a gente, daí agora pra mim manda pro outro advogado, ele tem que desistir da causa, daí ele não desiste da causa e não resolve.*

Contou que não sabe o que estava acontecendo: *“Daí tá trancando (...) se ele recebeu se valor pra gente faze, que a gente tinha ganhado, eles tinham pedido até o número da conta que era trinta e dois mil que eles iam libera, o governo ia libera”*. Relatou que não consegue falar com o advogado e afirmou novamente o tempo de espera para a cirurgia: *“Dez anos... eu era de menor tinha muita gente na frente daí eu consegui ganhar porque eu era de menor né e diz que em seis meses... taí dez anos já (...)”*. Tais comentou que está sempre de dieta e indo na academia.

Tais relatou que o peso dela tem picos, às vezes alto, e às vezes baixo em função da Diabetes:

*Se eu não trata, vai levar a diabetes baixo peso lá em baixo, e se eu mante, ela como é eu fico com o peso lá em cima”e contou: “Tudo em função da insulina! Que eu tava aqui na dieta do hospital e quando comecei a fazer insulina, e não deu acho que quinze dia engordei uns dez quilo, com a dieta deles aqui, comendo só o que eles davam, integral sem açúcar, a comida bem poquinha e a insulina, e ela falo, daí a médica disse que é normal aumentar um pouco de peso, que quando tá descompensada, ela diminui o peso quando ela tá normal, daí tudo o que eu come tipo que contém açúcar, tava funcionando, como não tava ingerindo açúcar, daí eu vo eliminando o peso, quando tá normal, ele faz o a distribuição certa, o açúcar, quando como massa, o trigo, tudo separado né.*

Sobre o trabalho, Tais mencionou que estava em afastamento desde outubro de 2016, quando internou pela primeira vez no hospital e não retornou mais. Contou que tinha perícia novamente, mas acreditava que iria seguir no afastamento, porque já estava no final da gestação: *“Porque aqui a gente trabalha com limpeza, limpo a casa do estudante, daí é muita correria de sobe escada desce escada e era quatro prédio, daqueles, quatro bloco dos estudantes são meu daí é bastante coisa (...)”*.

Tais relatou que já sabia das dificuldades que teria quando quisesse engravidar:

*É, isso uma vez eu fui e falei com o médico e ele disse não, tu provavelmente tu tem mais dificuldade porque tu é obesa, daí uma vez a gente queria, daí a gente tinha planejado daí não veio, daí a gente largo assim até a gente tinha ano passado, ano retrasado a gente tinha combinado, eu e meu esposo, se eu não engravidasse, a gente ia adotar um, daí no começo do ano, daí em novembro, outubro final de outubro eu descobri que tava grávida, daí no caso esse ano em janeiro a gente ia entrar na fila de adoção.*

Tais comentou que para ela a adoção é filho igual. A mãe dela adotou a irmã quando tinha apenas vinte dias: *“Era bebezinha, daí foi ficando ficando, ficando (...) daí depois o conselho disse que não era mais pra leva, porque daí a mãe dela era da vida, usava droga daí foi indo foi indo, a mãe entrou com pedido da guarda e ganho”*.

### **Experiência da gestação e da internação**

Tais contou que descobriu que estava grávida através do atraso da menstruação. Mencionou que a sua menstruação é bem controlada, mas demorou uns vinte dias para vir e resolveu fazer o teste: *“Fiz o teste de farmácia e deu positivo, fiz dois testes depois, eu fiz do posto, daí eu fiz e deu positivo, daí eu fiz o de sangue, daí já marcaram o ultrassom daí, foi bem no comecinho tava com seis semana”*. Tais comentou sobre os sentimentos ao descobrir que estava grávida e contou que foi uma mistura de sensações: *“Aah, levei um susto, não tava esperando, não tinha planejado, daí fui me acostumando, mas no começo foi difícil, por causa que a gente não tinha planejado e fico meio fora...”*. A gestação não foi planejada: *“Não, porque dez ano que a gente tava junto e nunca tinha vindo, nunca abortei, nunca perdi, nunca nada, então a gente, até acho que ou eu ou ele tinha algum problema, daí a gente não se cuidava”*. Tais comentou que descobriu a gestação no início, com seis semanas: *“Não, foi em outubro que eu descobri, em outubro... é eu fiquei menstruada em setembro em outubro nada desceu, daí eu esperei uns vinte dia e fiz o exame, daí deu positivo. (...)”*. Ela contou: *“A gente nunca teve ideia, a gente achou que meu esposo tinha algum problema”*.

Tais contou que começou a ir em um posto para fazer o acompanhamento do pré natal:

*(...) daí em novembro quando eu baixei aqui eu já consegui entrar pelo HUSM, que como era de risco, que eu tava esperando pela secretaria de saúde, mas quando eu baixei, fico tudo encaminhado aqui, daí eu fui em mais dois pré-natal no posto, daí eles falaram que não precisava ir nos dois lugar, daí eu fiquei vindo só aqui, até então nunca faltei nenhum, venho em todos, se tiver que vim uma vez na semana eu vo, se tiver que vim duas, eu venho.*

A frequência do pré natal era decidida pelos médicos: “*Não, no começo eu vinha uma vez por mês, daí depois agora ela tá espicha... tá diminuindo, foi duas semana, daí agora de uma em uma semana que foi que deu essa alteração (...)*”.

A primeira vez que Tais internou foi com nove semanas para o controle glicêmico: “*Fiquei quinze dias baixada, daí eles regularam e, depois não baixei mais, daí faz uns quinze dia atrás também baixei aqui no CO, fiquei três dia pra controle, daí deu alta, daí alterou (...)*”. Com 27 semanas de gestação, Tais também internou e ficou dois dias internada: “*(...) eu como alimentação deles, ele é normal, daí eu vou pra casa como alimentação de casa, altera e eu acabo vindo de novo. E agora provavelmente no final da gestação vai se isso ai*”. Tais comentou o que sentiu quando a médica falou que ela precisava ficar internada:

*Eu já vim preparada, porque eu sabia da outra vez, e sei que daqui pra frente vai ser assim, eu falei pra ela, se tiver que ficar ai, a gente fica, não tem problema, agora é o finalzinho né, é onde a gente precisa mais de cuidado né, ta crescendo também né, e eles não querem que fique muito gordinho, ele já tá bem grande, e daí tem que tá controlando, se tiver que ficar, a gente fica né mas, tem gente com situação pior do que a minha, precisa de exame e tudo.*

Tais comentou que quem a acompanhava no hospital era o seu esposo, visitando-a a noite. O menino que morava com eles às vezes a visitava: “*As vezes, quando a gente trás ele, eu prefiro que ele fique em casa porque aqui não tem o que eles fazê né, a gente tem monitoramento vinte e quatro horas*”. Tais comentou que o menino ficava sozinho de dia e a noite com o esposo. Tais contou que está achando o atendimento do hospital: “*Muito bom, é... não tem o que reclamar aqui, eles atendem bem a gente, as guria vem, quando a gente precisa, é só chega neles ali que eles resolvem, não tem reclamação*”.

Tais relatou que já teve o desejo de ser mãe, mas que não possuía mais e contou: “*Não, porque eu trabalhava, a gente mora de aluguel também, antes, antes a gente tinha casa própria daí a gente acabou vendendo, daí sustentava outra gente, aah... um monte de coisa. Daí não tava nos planos*”. Pensava em ser mãe quando casou, aos 17 anos. Contou que não possuía nenhuma motivação para ser mãe, mas pensou um pouco e comentou: “*Antes não tinha, agora tá começando... tem que cai a ficha uma hora né. Mas não que eu tava*

*preparada pra ser mãe, que um filho é pro resto da vida né!*”. Tais relatou que não se considerava preparada para ser mãe: *“Não, pelo fato de eu nunca te tido, não tem a mãe por perto também, fica mais difícil”*.

Sobre o uso do cigarro, Tais comentou: *“No começo, eu parei com nove semana, então eu tava com três mês”*. Tais parou de usar cigarro quando internou pela primeira vez. Contou por que decidiu parar de fumar: *“Não, eu sabia que ia fazer mal pro nenê, ainda mais com diabete né, já tinha um risco que era diabete mais o risco do tabagismo daí eu piorava, daí eu optei por parar e parei, parei de supetão assim (...)”*. Tais comentou como foi ficar sem fumar: *“Foi tranquilo, que eu já tinha parado um ano, fazia um pouco tempo que eu tinha voltado, então eu não... parei de novo, foi tranquilo”*. Tais relatou que não teve nenhuma recaída, pois acredita que enjoou e não podia nem com o cheiro. Comentou que o marido era fumante também, mas parou faz tempo.

A primeira pessoa que Tais contou quando descobriu que estava grávida foi para seu esposo: *“Ele ficou feliz, ele queria, a gente já tinha combinado que se não viesse, a gente ia adota um, entra na fila. A gente tava na verdade sempre indo pra lá vê os papel que precisava, daí a gente acabava não indo. Ele ficou feliz”*.

Tais relatou que apesar de saber das restrições alimentares que possuía, quando voltava para casa, acaba comendo:

*Arroz branco, arroz, feijão, eu acho que mais é o horário dos alimentos, tipo eu tomo café de manhã mas daí as dez eu já não como fruta, daí eu vou almoçar as veze já ta alterado de novo, daí de tarde se eu tomo café, pra janta já ta alterado, daí fica assim.*

Quando Tais está em casa, conseguia controlar a glicemia somente três vezes no dia, pois ela recebia só três fitinhas do SUS. No hospital, esse controle aumentava para sete vezes por dia. Tais relatou como se sentia mal quando a glicose aumentava: *“Ah, muito ruim! Baixa muito, sensação que vou desmaiar”*. Além disso, Tais comentou que está fazendo acompanhamento durante a gestação: *“Só faço acompanhamento porque meu sangue é O- e do meu esposo é O+, daí da uma ligação ali que meu organismo pode rejeitar, não sei te explicar direito, mas é algo assim. (...)”*.

Além da Diabetes, Tais relatou que foi informada pela enfermeira no posto de saúde, onde iniciou o pré-natal, que sua gestação era de alto risco: *“Como eu sou diabética, era grave por isso”*. Segundo ela: *“Aah, foi difícil. Difícil no sentido assim ó que, que eles explicaram bem direitinho, que tinha risco de má formação, tinhaa... do bebê sê muito gordinho depois tê problema quando nasce (...)”*. E complementou:

*Foi difícil no sentido de... ah, má formação, ah ninguém que um bebê doente e daí com onze semana e um dia daí a dotora aqui tinha pedido pra fazer um ultrasson, mas era mais adiante, uma semana a mais, duas, e eles quando eu vim aqui eles já quiseram fazê na hora, daí eu a recém tinha fechado onze semanas e esse exame era das onze as quatorze, como tem bebê que nasce antes, tem bebê que nasce até as quatorze, tipo tem um prazo daí quando eu fiz eles não conseguiram ver o narizinho dele, o osso nasal, ah daí eu fiquei bastante preocupada, fiquei dois meses daí até consegui o outro ultrasson, que daí não fizeram aqui de novo, daí até eu marca outro, mas só que deu não visualizado não que ele não tivesse.*

E continuava explicando o quanto ficou angustiada:

*É e daí, como era era, era ele era piquinininho, as guria também, acho a recém se formando, queria que ele se mexesse, ele não se mexeu, o ultrasson era ruim e daí fico, muito assustada, ele podia te síndrome. Eu fiquei uns dois mês preocupada, daí depois eu consegui fazê o outro com dezesseis semana daí já tinha, mas só que daí o médico disse que não é porque já tinha que não tem problema, daí depois eu fiz os outros morfológico tudo normal, fiz do coração tudo normal, agora fiz outro ali em baixo só do coração, pra ele, tá normal e hoje fiz outro tá normal, foi só esse aí mesmo, que pode te nascido com doze, treze, que nem pode te nascido até as quatorze semana, aquele que te prazo, só que foi feito muito cedo.*

Tais comentou o que mais a preocupou na hora: “*Ah! Bastante coisa, não porque uma criança com síndrome a gente vai nega né, mais se com saúde é difícil, imagina doente. Daí a gente... tenho fé em Deus, deu tudo certo, graças a Deus (...)*”. Tais contou que só ficou mais tranquila quando fez o ultrasson e conseguiu conversar com a médica que visualizou o osso e o nariz do bebê. Mas comentou da experiência que teve quando ficou internada:

*(...) ficou uma menina do meu lado que o nenê dela tinha má formação e não tinha nariz, e não tinha boquinha, e daí a mãe dela era fumante também, diz que a nenê dela não ia sobreviver, e uma função que era só o cordão que o nenê morreria, tá lá o nenê com três mesinho, mas realmente não tem, eu fiquei triste por causa dela.*

Tais contou que com essa história ficou mais preocupada com a sua gestação, pois deram até seis meses de vida para o bebê da outra gestante, e essa gestante tinha diabetes e não tratava.

### **Experiência da maternidade**

Tais contou que gostaria de ser uma mãe para seu filho como a mãe dela foi para ela, com algumas ressalvas: “*A princípio sim... (silêncio) de preferência mais presente, dos dez até os quatorze, quinze ano eu não tive muito a mãe, ficar perto né o máximo que a gente puder*”. Sobre o processo de ser mãe comentou:



*Na verdade, eu não me vejo mãe ainda, aos poucos ta caindo a ficha. Pode se que até a hora de nasce muda né, mas até então eu não me vejo assim, mãe, mãe assim. Acho que porque também não tá no final, e tô me preocupando tô mais preocupada, acho que tá desviando meu foco também é o fato do parto. Eu tô bastante preocupada, acho que tá tirando, desviando um pouquinho atenção.*

Comentou novamente sobre a preocupação que possui com o parto: “(...) *O fato dêe... a minha obesidade, se eles tenta normal e não dá certo, ah bastante coisa. Cesária, também tem um monte de complicação*”.

Sobre as mudanças que teve depois que descobriu que estava grávida, Tais mencionou:

*Ah, a gente tem planejamento né, quando é só a gente, uma coisa agora é outra, agora tem um filho, tem que pensa, a educação não tá fácil, a gente vê essas escola, o que tá acontecendo, é mais coisa pra gente se preocupa, e a gente não tinha preocupação antes, e agora a gente tem que pensa, que a gente vê o que tá acontecendo lá fora, mas quanto não tá acontecendo com a gente, é mais fácil né. Mas no mais, tudo tranqüilo.*

Também contou sobre as mudanças de planos para o futuro: “*Teve, parei de trabalha. Durmo bastante, só durmo. Só parei de trabalha, tô afastada agora, meus planos futuramente, não sei se eu vou volta pra firma, se eu vou bota o nenê na creche (...)*”.

Tais demonstrou arrependimento de ter engravidado quanto foi questionada sobre a sensação e o sentimento em estar grávida: “*As vez eu me arrependo, as vez... não sei, talvez pela saúde. Ai as vez eu não me arrependo. As vez eu tento vê lá na frente como vai se, agora tá difícil depois melhora. Mas as vez bate o arrependimento*”. Justificou esse arrependimento pela sua saúde e também pelo risco da saúde do bebê. Tais considerou como ponto positivo na gestação o amadurecimento: “*Ah, a gente amadurece bastante. Eu amadureci bastante com o fato de, que nem eu pensava antes de um modo, agora eu penso diferente*”. Segundo Tais, o que mudou foi que agora ela está pensando mais no filho do que nela e nos outros, pois é o filho que irá precisar bastante dela. Tais relatou que um ponto negativo da gestação é a responsabilidade que precisa ter, pois ela acha que não é uma pessoa responsável nem pacienciosa:

*Ah, isso ai vou vê só quando o bebê nasce, como é que eu vô reagi, se eu vou me acostuma, eu acho que a gente acostuma, não sei. Que nem antes só tinha a gente, tudo muda, agora é uma coisa depois é outra. Que nem de noite tem que atende ele, antes eu dormia, porque eu sou bastante dorminhoca, então eu acordava sempre pra i trabalha, daí já mudo, agora eu durmo mais então eu sei que depois eu tenho que atende ele, essas coisa assim. Responsabilidade, cuidados, a princípio ele vai mama no peito, a gente não sabe né, as vez tem leite, as vez não tem.*

Os médicos relataram para Tais que por ela ter diabetes, o bebê poderia ter chance de vir prematuro: *“Ah, eles falam que diabético tem tendência a se prematuro, mais pelo fato dele fica gordinho, não sei se eles tiram? Não sei, não sei como é. Mais pelo fato assim de perca de líquido, ameaça assim não tenho. (...)”*. Tais demonstrou ansiedade com a chegada do filho querendo repetir que com 29 semanas, a gestação já estava no final: *“(...) Eu acho que eu tô no final, a doutora diz que eu não tô, que falta muito (risos). Mas só que pelo fato do que a gente já passou, pra mim é o final já, 29 semanas de gestação não é 29 dias, é tempo”*. Outra preocupação que Tais relatou era não ter a mãe na mesma cidade: *“(...) depois eu também comecei a me preocupa do fato de não te nenhum, não te a mãe por perto, só que a mãe vai vim, vai tira férias, vai fica uns dia auxiliando, ou na hora de ganha ou depois ela vai fica. (...)”*.

Tais contou que na imaginação dela, a gestação era bem diferente do que estava vivenciando:

*(...) A tua imaginação e o que tu vive é bem diferente. A gente, antes, eu imaginava uma coisa, uma gestação ah, é fácil, mas é muito difícil. Até pra uma pessoa sadia eu acho que é difícil, não só pelo fato de se doença, que nem eu tava conversando com a minha irmã, que ela não tem, eu disse, se tu não pude ter segura o máximo, porque não é fácil. Não é fácil porque muda tudo, muda a rotina, muda o pensamento, muda tudo. Ee... toda gravidez tem um risco né, e tu a gente pensa, a gente imagina e a gente vive é bem diferente. Então o que eu tô vivendo assim, é uma experiência pra mim futuramente porque o Humberto, se Deus quiser, primeiro e último (...).*

Tais relatou que não consegue imaginar como seu filho será, nem que característica dos pais terá: *“Não consigo imagina ele ainda assim, às vezes eu imagino, com o meu jeito imagino ele brabo, mas pode se que seja uma criança calma né, tudo depende. Não imagino ele assim, não consigo imagina a gente não tem como imagina”*.

Tais contou que é o marido que a auxilia:

*Em tudo! Tudo o que for preciso. Psicologicamente, quando eu tô doente, se tive que atende a casa, ele atende, tudo ele tá ajudando, e sei que depois que o Humberto que nasce ele vai também, não é só o fato; ah eu sou o pai e tu é a mãe, ele vai fazer o mesmo papel que eu, isso ajuda bastante.*

Sobre a rede de apoio, Tais relatou que as famílias moram longe e o convívio é difícil. A participação da mãe e da irmã de Tais acontecia por telefone. Outras maneiras que ela encontrou de buscar auxílio foi: *“Tem um grupo, no meu celular, no face, das gurias gestante,*

*que tão gestante, que já ganharam, eu leio bastante ali, a experiência delas serve pra gente também”.*

Tais demonstrou insegurança na futura relação com o filho e dizia que via muita coisa acontecendo no hospital que podia assustar a maternidade:

*E não, a gente vê muita coisa também aqui. Falta, dos nenzinho, nenê que tão na UTI, nenê com problema, então a gente tem que agradece, eu agradeço a Deus por o Humberto tá bem. Ta bem, só tá meio gordinho né. Tô sofrendo agora um pouco, mais depois é diferente, depois ele vai nasce, não tem tanto cuidado, eu no caso, daí é mais fácil também.*

Mas segundo Tais, isso também ajudou em pensar sobre a maternidade: *“É, o que pode, o que não pode, o que eu trago pra maternidade, o que eu não trago. Eu tô meio perdida nisso, na verdade, mas isso a gente... é coisas minha. É só ajuste”.*

### **Experiência do parto e da vinculação mãe e bebê**

Encontrei Tais no dia seguinte do seu parto, pegando o elevador no hospital, acompanhada de seu marido e sua mãe. Percebi que estava triste, esperando ansiosamente o elevador, mas mesmo assim consegui conversar com ela até o elevador chegar. Não deu muita abertura para conversa, mas contou que tinha ganhado o filho no dia anterior, de parto normal e que estava tudo bem, porém com o filho não. Tais estava esperando o elevador para ir até a UTI Neo Natal visitar o seu filho que tinha sido levado para lá fazia duas horas. Era o horário de visita, por isso estava ansiosa para ir. Contou que o filho nasceu com uma má formação, sem uma orelha e estavam investigando sopro no coração. Logo que o elevador chegou Tais e seu marido subiram e aguardei por umas três horas para conversar com eles, porém não voltaram mais. Conversei com a mãe de Tais que ficou na ala da maternidade, e ela contou que eles estavam muito nervosos e ansiosos com o filho. Desde o nascimento até o outro dia, o filho de Tais permaneceu com ela ao leito, porém, resolveram levá-lo para UTI em função de não estar conseguindo se alimentar. Apresentava dificuldades de pegar o seio e estavam investigando sobre o sopro no coração. Lembrando que a mãe de Tais já havia perdido uma filha com cinco meses por sopro no coração, então a mãe também estava assustada. A mãe de Tais contou sobre a má formação que seu neto nasceu, não tinha aparecido em nenhum exame, o que deixava eles mais nervosos, pois não houve nenhuma preparação para esse momento.

Entrei em contato com Tais, após ela ganhar o bebê, quatro vezes pelo celular e três vezes ela ignorou. Antes dela ganhar o bebê conversava normalmente comigo por telefone

sobre a expectativa da chegada do filho. Em uma das vezes, perguntei se ela ainda tinha interesse em participar da pesquisa e disse que não ia dar devido a uns problemas. Questionei se estava tudo bem e ela disse que sim. Coloquei-me a disposição de escutar e auxiliar, mas Tais não respondeu mais. Infelizmente não tive mais notícias sobre Tais e seu bebê.

### **Caso 3: Carolina e Rafael**

#### **Um intenso desejo de ser mãe e uma fantasia de controle**

##### **Impressões da pesquisadora**

Carolina tinha 27 anos quando a pesquisadora fez contato com a participante e foi a terceira participante do estudo. Carolina estava mexendo no celular deitada no leito, estava sozinha no leito e foi muito receptiva. Conversou um pouco e logo aceitou participar da pesquisa. Nos corredores, antes de chegar à sala de entrevista, já contou sobre a sua internação. Relatou que quando caminhava, a barriga começava a endurecer e sentia contrações, e pediu para eu tocar na barriga dela para sentir. Carolina era bem comunicativa, receptiva e contava tudo pelos mínimos detalhes. Ela se definia “*meio louquinha*” e espontânea. Mencionou que segundo a mãe dela, falta um pouco de tato e de jeito para dizer o que pensa: “*Não, é porque eu sô meio irritadinha assim e só meio... o quê que eu vou te dizer?! Eu sou meio de fala de fazê e, então as vez nem sempre eu cuido muito bem como eu vou falar, como eu vou fazer, eu falo e pronto. (...)*”. Carolina havia internado no dia anterior e estava em um quarto com mais quatro gestantes e devido à facilidade de comunicação, já sabia os motivos da internação de todas.

No dia da segunda entrevista, que havíamos marcado para o dia posterior da primeira, Carolina era a única do quarto. Todas as gestantes que internaram junto com ela já tinham ido embora e somente ela permaneceu “*de castigo*” como disse. Estava acompanhada pelo seu irmão, mas não se incomodou em estar com visita e prontamente aceitou fazer a segunda entrevista: “*A médica de manhã teve passando pra avisar todo mundo que ia te alta menos eu, que ela disse que no meu caso vai ter que ser incluído a insulina direto e os meus controles glicêmicos tão muito alterados ainda (...)*”.

Na terceira entrevista, Carolina compareceu com o filho Rafael. Continuou acessível e de fácil comunicação. Marcamos a entrevista e ocorreu tudo conforme combinamos. No início Carolina amamentou o Rafael, com muito entusiasmo e conversando com ele em todos os momentos. Ele balbuciava e Carolina confirmava o que ele estava dizendo e dava sequência à comunicação. Começou a contar como estava a maternidade antes de iniciarmos a entrevista e

também comentou que depois da entrevista iriam comprar roupas para a sua formatura em administração que estava chegando. Apesar de toda comunicação, Carolina se descrevia como uma pessoa anti social: “*É que se eu pudesse ficar numa sala quieta no meu canto eu prefiro*”. E complementou que se vê dessa forma até hoje:

*(...) Eu tenho grande dificuldade, por exemplo, na faculdade, tudo que tiver que ser trabalho em grupo, coisa em equipe eu não, eu não sou uma pessoa que consegue trabalhar em equipe, bem difícil, eu sou muito centralizadora, eu tenho aquela coisa do eu faço certo e só o jeito que eu faço tá certo, que é um grande problema, que é uma coisa que eu tenho tentado aos poucos desenvolver, que lá na empresa, eu consigo desenvolver bem isso porque eu cheguei a um nível de confiança das pessoas, que eu digo não, que vai dar certo também vai tá bom também. (...).*

As entrevistas com Carolina foram as mais longas. Percebia que não se importava em ser questionada e respondia em por menores todas as perguntas, inclusive dando detalhes da história da sua vida. Compreendia que o pensamento dela se estruturava desde o começo do fato até o dia da entrevista, não deixando nada em aberto ou lacunas para serem aprofundadas. Foi receptiva em todas as entrevistas, não tive dificuldade de entrar em contato com ela. Pareceu bem determinada e independente quanto a sua vida pessoal, profissional e por estar vivenciando a maternidade solteira.

### **Descrição breve da história de vida da mãe**

Carolina tinha 27 anos quando descobriu que estava grávida. Conversou com a pesquisadora quando estava com 34 semanas de gestação. Carolina morava em um apartamento sozinha. Seus pais eram separados e tinha sete irmãos, sendo um deles irmão filho dos mesmos pais que tinha 22 anos. Um menino por parte só de mãe que possuía 11 anos e cinco filhos por parte de pai, um menino de 23 anos, uma menina de 14 anos, dois meninos gêmeos com 6 anos e uma menina de 1 ano. Carolina era a mais velha e convivia com todos os irmãos. A religião que possuía era espírita. Carolina estava cursando o ensino superior em administração e com formação prevista para agosto de 2017. Trabalhava como auxiliar administrativo em uma empresa de máquinas e motores, oito horas por dia. Quando foi realizada a entrevista, estava de atestado por conta da internação.

Carolina comentou que é natural de Porto Alegre, porém veio para Santa Maria quando seus pais se separaram aos sete anos. Aos 19 anos, Carolina voltou para Porto Alegre e morou um tempo com seu pai até se estabilizar para conseguir morar sozinha. Comentou porque decidiu voltar para Santa Maria: “*(...) eu voltei pra cá principalmente porque minha mãe teve que parar de trabalhar, minha mãe tem fibromialgia então tinha dias que ela nem*

*levantava da cama e começou ficar difícil pra ela ir trabalhar (...)*”. Logo que retornou para Santa Maria, Carolina morou com sua mãe para auxiliar na educação dos irmãos, mas depois de seis meses foi morar sozinha. Sobre a separação dos pais, Carolina relatou:

*(...) eu sempre presenciei o fato do meu pai sair e tal, aí a mãe descobriu que meu pai, meu pai sempre teve amante pra tudo que lado, mas a minha mãe descobriu uma específico que é a que hoje em dia é minha madrasta e que tanto quando eu te disse a idade deles ontem tu vai ver, que tem um dos meus irmãos que é mais velho por parte de pai, mais velho esse, que é por parte de pai e de mãe. Então quando minha mãe engravidou desse meu irmão, desse que tá aí meu pai, já tinha tido um com a minha madrasta e aí a minha mãe descobriu isso e a mãe disse não, não dá mais. (...) e aí a mãe chegou pra mim e a mesma coisa: ó filha, tu sabe como funciona as coisa tu sabe como é que é, o teu pai, tu viu o quê que a gente encontrou, tu sabe que teu pai tem outra família também, e a mãe tá querendo ir embora, lá pra Santa Maria pra ficar lá com a vó. O quê que tu acha de tudo isso? Eu disse Ué vamos pegar as mala e vamo embora (risos).*

Carolina comentou que apesar dessas situações, as famílias se dão muito bem, só o irmão inteiro e o meio irmão, por parte de pai, que não se davam muito bem, mas atualmente está mais tranquilo.

Carolina comentou que a situação que mais a marcou na infância foi com dois anos e meio quando o pai decidiu ir embora de casa:

*(...) meu pai decidiu que ia ir embora com a tchanga lá, que pra ti te uma ideia, a minha madrasta, eu tenho adoração por ela hoje em dia, a gente se dá muito bem, essa outra pessoa, nem eu nem minha mãe, nenhuma de nós, a gente não pode nem ouvi fala o nome dela. Tipo eram posicionamentos muito diferentes, sabe a minha madrasta sempre foi aquela amante que tipo, eu sei que eu sou amante vou fica na minha e o que sobra pra mim, tá bom. Ela nunca incomodo, ela nunca pediu pro meu pai ir embora de casa, nunca nada e essa outra não, essa outra era aquela que desfilava na frente da minha mãe pra mostra que tava com o meu pai sabe, e ela fez, encheu o saco dizendo pro meu pai que era pra ir embora, que a culpa é dele porque quem saiu foi ele, mas igual, e ele pegou e tirou a metade dos móveis de dentro de casa e eu lembro nitidamente de ficar na escada com a minha mãe chorando feito uma loca, e eu botei ela no colo (...) e fui mais adulta do que ela eu dei colo pra ela sabe (...).*

Carolina contou que lembrança possui da sua infância: “*Eu lembro... eu sempre fui o tipo de criança, criança meio na minha assim, meio sozinha sabe, primeiro porque eu fui ter irmão mais tarde com cinco pra seis já (...)*”. Também comentou que não convivía muito com os vizinhos, pois o local que a família morava não eram de pessoas com boa índole. Complementou como era a relação da sua mãe com seu pai na infância:

*(...) A relação dela com meu pai era bem complicada, meu pai era extremamente galinha, então o que eu lembro mais assim os fatos que mais me lembram de menorzinha, de antes do meu irmão nascer, assim, é justamente coisas que são relacionadas mais inclusive a eles do que a mim mesma. Fatos de o meu pai sair de*

*casa leva todo os móvel, lembro nitidamente, mesmo sendo muito pequena, e muito pequena assim uns dois ano, mas eu me lembro nitidamente da cena e depois, um pouco antes da minha mãe decidir de ter o meu irmão também, essa coisa de eu chegar com ela com uns cinco ano de idade e dizer não, o pai veio ontem pra casa, hoje ele não vai vim, vamo dormir. Então, isso são coisa que eu me lembro bem assim.*

A mãe de Carolina achava que ela era uma criança muito sozinha e quando Carolina tinha cinco anos, a mãe sentou com ela e conversaram sobre o fato de tomarem a decisão de a mãe dar um irmão para Carolina, pois a mãe acreditava que pelo pai ser dessa forma, ia afetar o desenvolvimento de Carolina. Carolina contou à reação que teve:

*O quê que eu achava disso, se eu queria um irmão se, e eu quis (risos). Eu me lembro que eu fiquei muito faceira inclusive e a partir dali foi aquilo, eu acompanhei a gestação da minha mãe cada minuto, eu sabia o que ela comia, o que ela não comia, o que ela fazia ou que ela não fazia tudo... Então eu digo que ele foi desejado mais por mim e pela minha mãe do que pela minha mãe e pelo meu pai, meu pai foi só comunicado depois que tinha gerado outro filho.*

Carolina relatou sobre os cuidados que recebeu quando era bebê: “(...) eu nasci antes, e ai eu sei que a minha vó e o meu pai tiraram férias pra pode ajuda, me deram todas as baldas que podiam, depois largaram minha mãe sozinha”. Carolina também contou sobre um problema que ela acredita que a mãe tenha enfrentado com seu nascimento:

*A minha mãe não foi diagnosticada, mas pelo que tudo indica, a minha mãe teve depressão pós-parto, porque ai depois a minha vó chegava em casa por exemplo, eu praticamente não tinha mamado o dia inteiro, não tinha fralda limpa pra mim usa, tava mal cuidada, suja essas coisa assim, minha mãe não tinha ânimo pra faze nada. (...).*

Carolina também comentou que a criação que recebeu foi muito adultizada refletindo como ela vê a vida: “(...) Eu tive pouca infância de verdade e talvez isso tenha prejudicado alguns pontos que eu não quero que prejudique nele assim, eu tenho uma visão mais, mais radical das coisas, mas não tenho a vida tão leve (...)”.

Além disso, Carolina comentou sobre os problemas de saúde que já havia enfrentado, e disse que a questão hormonal sempre foi alterada, aumentando e diminuindo com certa frequência, tendo hemorragias, tinha ovários policísticos, e por conta disso, sempre teve que ter um controle sobre os hormônios. Por isso, Carolina sempre teve a menstruação desregulada, não sendo por ela que descobriu a gestação, e sim pelas intensas dores no seio que sentia:

*(...) E nos últimos exames que eu fiz um pouco antes de eu engravidar, inclusive, eu tava sentindo muita dor, eu sempre senti muita dor e o médico fez exame e disse que*

*eu tinha indício de endometriose. Eu cheguei pra ele e disse que, eu não sabia o que eu tinha e que eu começava a suspeitar de que eu não pudesse ter filho, porque eu namorei por oito anos, dos meus quinze aos meus vinte e poucos, depois de um certo momento a gente decidiu, não vamos cuidar, vamos deixar assim e eu não engraidei. E eu tinha uma relação muito estável, eu não morava com ele, mas a gente se via de... se a gente tava em sete dias da semana, em cinco a gente se via, tinha uma relação totalmente ativa e não engravidava, aí a gente separou, deu seis meses, a mulher nova dele engravidou. (...) e cheguei a ter um namorado depois também de dois anos e pouco a gente também decidiu que não ia nos últimos três, quatro meses ali e eu não engraidei, eu digo, tenho começo a achar que eu tenho problema e aí a gente fez os exames e tal ele disse, não que tu seja estéril mas tu tem endometriose, isso dificulta bastante e aí eu acho que eu me descuidei mais também. Porque eu pensei, ah eu realmente não vou te, e aí eu larguei nas cordas (risos). Não que eu larguei nas cordas de andar saindo com todo mundo, mas aí com o pai do Rafael já a gente decidiu que não ia se cuidar, mas a gente decidiu que não ia se cuidar, sem achar que eu ia engravidar porque eu achei que eu não ia também, entendeu.*

Carolina relatou que engravidar não foi algo consciente: “*Daí talvez eu tenha tomado um pouco menos de precaução também pra não engravidar porque na minha cabeça eu não ia engravidar mesmo, então... ainda bem que engraidei (risos)*”. Carolina comentou que a sua gestação não foi planejada:

*(...) não foi nenhum pouco planejada, até porque o pai dele é casado, então é uma coisa que ninguém sabe. A Ana (chefe) sabe até porque a Ana sempre suspeita, a Ana é madrinha do nenê e eu resolvi contar pra ela por uma questão ética. A gente trabalha junto eu e o pai dele e poderia gerar qualquer tipo de desconforto entre a gente e porque eu fui pra um cargo onde ela depositou toda confiança dela da loja e eu não podia conviver com algo que não fosse da mesma forma. Então eu cheguei pra ela e disse, não eu vou te contar e tu toma a providência que tu quiser tomar, se isso for me desligar depois que seja, mais eu não ia conseguir conviver com tanta confiança do lado dela e da minha parte não ainda mais envolvendo duas pessoas que tão ali com ela né. (...) mas foi desejado porque assim ó, apesar de não digamos... não te fiz aquilo, não, vamos parar de nos cuidar porque eu quero engravidar, eu acho que todos os dias da minha vida, eu acordava com vontade de ser mãe (...).*

Carolina comentou sobre um possível aborto que ela acha que já tenha passado:

*Que eu pudesse oficialmente dizer que sim, não. Mais eu tenho quase que certeza que sim, porque há bastante tempo atrás... bastante tempo atrás, que eu digo, quando eu tava como meu namorado dos sete, oito anos, então foi com os meus dezoito, dezenove por aí, eu tive todas as sensações de que eu tava grávida, mas não cheguei a... não deu tempo de ir ao médico pra ver se tava mesmo essas coisas assim, no teste de farmácia deu positivo só que no, entre da o teste e eu fui ao médico pra verificar se tava ou não, eu tive muito sangramento e eu tive perda de uma bolsinha, e eu não sei se era, se chegou a ser ou não. Quando eu cheguei aí no médico pra ver os meus exames, já não davam como grávida mais.*

Carolina comentou que só conseguiu médico para um mês depois desse episódio e o médico disse que não poderia dar certeza se houve um aborto, pois como ela sempre teve histórico de grandes hemorragias ficou essa dúvida.



## Experiência da gestação e da internação

Carolina contou nos mínimos detalhes como foi o dia que descobriu que estava grávida:

*Ãii! O dia que a gente quase desmaio filho! (...) como eu disse eu não sou namorada do pai dele, então a gente se via uma vez por semana e olhe lá então não tinha uma frequência de um relacionamento estável e pra mim... tá, não ia tá. Só que daí, eu comecei a sentir muita dor no seio, comecei a me sentir um pouco desconfortável, com bastante sono (...) Daí fui pra casa, pensei... a quer saber de uma coisa, vamo fazer o exame, até porque eu sei que existem outros problemas hormonais que geram os mesmo sintomas da gravidez e que poderiam ser. Daí eu fiz o exame, saia de tarde, eu fiz de meio dia, saia de tarde o resultado e ai eu não aguentei e fui ver no meio da tarde o resultado e ai tava um positivo assim muito mega, power positivo tipo muito gravidíssimo. Eu quase morri na hora. Porque eu não sabia se eu ficava feliz que era uma coisa que eu queria demais, demais tipo assim, tanto quando me disseram que talvez eu não pudesse te foi muito depressivo pra mim. (...) tanto que assim eu nunca tive o sonho de casa mas de ter filho é uma coisa que eu sempre quis, então primeiro aquela coisa do MEU DEUS, aí depois por um segundo todo o problema que envolve o pai dele, em terceiro, todo problema que envolve todo o resto, uma hora tem que parar de trabalhar, uma hora não sei o que em um segundo”.*

Carolina comentou o que sentiu quando descobriu quando estava grávida:

*Eu acho que entre a alegria e o pânico ainda foi a alegria. Porque o primeiro, o primeiro baque foi assim, meu Deus, eu vou ser mãe depois foi, ah mas só um pouquinho, eu vou ser mãe nessa situação. (...) Quando me disseram que talvez eu não tivesse, eu comecei a optar inclusive pesquisar o como é que eu fazia pra adota, porque mãe eu ia ser (...).*

Carolina comentou que a primeira pessoa que contou sobre a gravidez foi a sua chefe, e que a sua chefe teve a reação mais acolhedora possível. Após, contou para a sua mãe, que chorou muito: “(...) tentei deixar o mais quieto possível pras outras pessoas no primeiro momento justamente porque o pai dele trabalha comigo e eu queria que, primeiro ajeta o terreno pra conta pra ele, então eu desci sem falar mais nada (...)”. Carolina comentou que não conseguiu contar para o pai do bebê sobre a gravidez, mas foi preparando para a notícia. Contou sobre o relacionamento que tinham:

*A gente já tinha um caso digamos, assim há um ano e meio mais ou menos. Ee... eu comecei a preparar o terreno né aos pouquinhos, nossa se acontecer algumas coisa, não te preocupa, não é nada que vai interferir na tua vida, é eu que vou lida com isso, isso e aquilo. Só que no outro dia, quando eu ia pega e se um pouco mais específica pra ele aos poucos ãa... vazou dentro do serviço a história e ele ouviu e ai ele quase teve um treco no banheiro e só me mandou uma mensagem Carol, eu entendi certo? Tu tá grávida? E eu "puta merda. Não era assim que era pra sabe". Tá, ai eu disse não, tô mas como eu te disse ontem, como eu tava te dizendo, não é algo que é pra ti te....*

Carolina comentou que quando descobriu que estava grávida não encontrou mais o pai do seu bebê:

*Não, a gente não tinha, porque a gente se via geralmente uma vez por semana a cada quinze dias. Quando descobri que tava grávida ãa... eu comecei a dá uma desculpa, ali uma desculpa aqui, e não tinha tido mais nada com ele, até porque eu queria e até porque a gente depois chegou num num... numa conclusão de que não seria sadio, o tipo que a gente tinha e na situação que a gente tava e aí a gente nunca mais teve nada. E aí ele acabou descobrindo assim, no susto quase desmaiou quase teve um treco, mas depois, hoje, por exemplo a gente convive normalmente, sem problema nenhuma, a gente trabalha junto, sem problema nenhum ãa... ele não tem vínculo, ele não participa, ele não nada assim, mas ao mesmo tempo, ele me cuida não deixa me bat... tipo assim, ele tem os cuidados dele na medida dele sabe a gente não tem nenhum vínculo com, ele não tem vínculo com a criança, nem nada nem comigo, mas em compensação, tipo lá dentro do serviço, ele não deixa eu pegar uma caneta no chão, ele fica cuidando essas coisas assim.*

Carolina comentou que ninguém do trabalho sabe que ele é o pai, somente a chefe deles. Da mesma forma que ninguém da família do pai do bebê sabe que o filho é dele, pois segundo Carolina, se a mulher dele soubesse, mataria os dois. Carolina comentou que a mulher dele é muito possessiva e ciumenta, o que a fez ter muito cuidado para que a história não espalhasse. Carolina falou que a mãe dela e o irmão sabem quem é o pai, mas o restante da família, avó e pai e outras pessoas que a questionam comentava que era uma pessoa que ela se relacionou, mas não possuía vínculo nenhum. Carolina também comentou como ficou a relação com o pai do seu filho:

*(...) a minha alegria de se mãe era tão grande tipo, dane-se o pai, foda-s... sabe eu quero e eu vou faze, como a gente nunca teve uma relação assim de mentira um com outro de tipo aquela coisa clássica de, aí eu voou largar minha mulher, não a gente sempre foi muito claro um com outro e a gente continua sendo muito claro um com outro. Então, a gente chegou em um acordo que tipo, tu não me incomoda, que eu não te incomodo e tá tudo certo, então ele até pergunta alguma coisa de vez em quando, se tá bem, como é que tá, o desenvolvimento do nenê, isso e aquilo, mas também grandes envolvimentos e eu também não fico forçando nada, deixo que o dia que ele quer saber de alguma coisa, ele vem e me pergunta, não fico empurrando (...).*

Carolina comentou que o pai não irá pagar pensão, e que tudo é com ela. Também contou como ficará a certidão após o nascimento de Rafael: “Só o meu nome. Inclusive eu pensei, pensei, pensei e decidi coloca todo meu nome, os dois sobrenomes (...)”.

Carolina contou que iniciou o acompanhamento do pré natal com cinco semanas de gestação. Nas semanas iniciais, fez o acompanhamento do pré natal numa clínica particular, pois não queria estar faltando o trabalho, já que no HUSM os atendimentos do pré natal são feitos só pelo turno da manhã. Carolina relatou que antes de engravidar nunca teve problema com a glicose, mas na gestação, a glicose estava tendo picos muito altos e por isso foi buscar

auxílio de nutricionista. Mesmo com a alimentação regulada, os picos de glicose continuaram, e além disso estava com muita tosse e por isso à médica da clínica a encaminhou para o HUSM. Na internação, a orientação é toda vez que a glicose passar de cento e sessenta aplicar a insulina. Carolina contou que devido à diabetes, o seu filho pode vir antes de fechar as 40 semanas. Carolina falou que estava internada naquele momento, pois estava sentindo contrações e estava com dois dedos de dilatação, além da glicemia que estava muito alterada, tendo picos de glicose, e estava sendo avaliada a inclusão da insulina. Carolina contou como se sentiu quando a médica disse que ela precisava ficar internada:

*(...) eu tava começando a sentir muita cólica, muita contração e que eu tava com um pouco de receio que eu sei que isso é normal questão de teste e tal, só que eu tava sentindo muita dor também não sei até que ponto isso era bom. Ai ela não, isso é normal mãe. Ai ela quis fazer um examezinho de toque, ai no examezinho de toque ela não, mas tem umas dor ai que é ele mesmo e eu digo por quê? E ela, tô sentindo até a cabecinha dele já. Ali eu gelei, do primeiro fio de cabelo até o dedão do pé. Mas assim, quando ela disse eu tô sentindo até cabecinha dele já. Eu quase infartei, porque depois ela pegou e disse, tá com dois dedo de dilatação eu pensei pra nascer são dez como é que tu já tá com dois? Te aqueta (risos), então eu fiquei bem preocupada, porque eu sei que não é hora ainda, eu tenho muito medo, como eu nasci antes e eu tive, tenho muito problema no pulmão e a saúde bem frágil, eu sei que muito é devido a isso. Como mãe, tu não quer que teu filho passe pela mesma coisa, eu sei o que é tá com falta de ar toda hora, isso e aquilo, então digo não, quero fica até o máximo que pode (...).*

Carolina acrescentou: “(...) Porque eu sou bastante controladora, bastante, então tudo o que foge do meu controle, que eu não tenho como eu decidi como eu... me deixa nervosa. E isso é uma coisa que eu não tenho o que faz (...)”. Carolina comentou que conforme foi passando o susto inicial, os exames foram sendo realizados e os médicos vieram conversar com ela, ela foi se tranquilizando. Carolina relatou que já tinha ficado internada há dois meses atrás, também foi para controlar a glicemia: “(...) na verdade eles ficaram investigando se eu não tava com tuberculose, porque eu tava com uma tosse muito tempo persistente e muito carregada, e ai fiquei em isolamento e tudo e não era tuberculose era minha asma que tá totalmente desregulada (...)”. Carolina relatou que ficou cinco dias em isolamento, em um quarto separado até que sáisse o resultado do exame de tuberculose e comentou essa vivência do isolamento:

*O quê que eu vou te dizer?! No início foi bem complicado porque o medo que tu tem de tá com alguma coisa assim principalmente por causa do nenê né. Que tipo, ah, tu adulto sozinho, tu te trata, e tu não sabe até que ponto isso pode interferir e tal. Como eu tenho problema de pulmão e tal, há muito tempo, eu... Eu, particularmente, já tinha descartado a hipótese de tuberculose porque eu sabia o que eu tinha (risos). Tu já te conhece né. Mas o que me deixou mais aflita foi a demora pro exame, porque como eu tava com os brônquios fechados eu não*

*conseguia escarrar e eu não conseguia fazer o exame, e foi passando, foi passando os dias e eu disse bom, se eu tô com tuberculose, vai dá um treco, já porque eu não tô sabendo. (...) E o fato de ficar isolado, foi bem complicado porque, não pelo fica sozinha, porque eu não sou muito de ficar sociabilizada assim eu prefiro ficar quietinha no meu canto, mas aí essa história de ver toda vez que um enfermeiro, um médico vai entrar, daí bota a máscara aí bota isso bota aquilo. (...). Daí quando saiu o resultado, o dia que não tava, que aí eu vi aquela porta aberta assim, ventilando, as pessoas entrando e falando comigo numa boa, foi bem melhor (risos). Bem melhor mesmo (...).*

Carolina também estava com infecção urinária e fazendo uso de antibiótico para tratar. Ela contou que nasceu prematura, com trinta e duas semanas, e devido ao nascimento antes do tempo sempre foi cheia de problemas de saúde:

*Sempre, pneumonia é uma coisa que assim ó, todo o ano eu tinha um pulmão ou outro ou os dois. Eu já cheguei de ter mais de uma pneumonia nos dois pulmões ao mesmo tempo, e quando era bem pequena, em média de um ano mais ou menos, eu tive febres altas a ponto de ter convulsão, essas coisa assim, depois nunca mais, mas cheguei a ter. Sempre tive garganta com problema, tanto que os médicos cogitaram fazer a retirada das amídalas né, e aí o pediatra que me atendia na época disse pra esperar um pouquinho mais pra vê. Hoje até que não tem tanto problema, não precisou tirar nem nada.*

Carolina comentou que quem a acompanha no hospital é o seu irmão e que sempre posa sozinha no hospital devido aos estudos do seu irmão. Contou que a mãe não pode ir para o hospital e posar com ela porque cuida do seu irmão mais novo. Carolina mencionou que gostava do atendimento do hospital, mas comentou:

*(...) O quê que me incomodou da outra vez e que me incomoda toda vez que eu vou para no hospital, é a demora de um médico vim te ver. Porque assim ó, muito do que a gente fica sabendo, a gente fica sabendo por que as enfermeiras deixam escapar, tu questiona elas acabam falando alguma coisa ou elas até pra não te deixarem mais nervosa, elas vão atrás pra vê. Mas as vez passa digamos, um dia inteiro hoje mesmo são... que horas são da tarde?! Não teve um médico batendo na porta pra vê a gente ainda (...).*

Carolina contou que percebeu que isso era uma reclamação de todas as gestantes, que estavam no quarto com ela. Ela também comentou que, até aquele momento, a única profissional da área da saúde que foi conversar com as gestantes no seu quarto tinha sido a nutricionista.

Carolina contou que ninguém chegou para ela e contou que ela passaria por uma gestação de alto risco: “(...) meu protocolo assim de consulta e dizia Centro de gravidez de risco e alto risco. Ahhh... tá, tá bom, mas chega assim, um médico conversa comigo e diz, ó tua gestação vai apresenta alguns riscos agora por causa da diabetes, nunca ninguém chegou

(...)”. Carolina comentou que quando a médica solicitou o exame para verificar se ela tinha diabetes gestacional, começou a procurar o que isso impactava no desenvolvimento do bebê:

*(...) E aí eu vi que podia além de eu acaba passando pra ele, poderia adquirir também que isso poderia gerar problema questão do tamanho dele, e que em muitos casos o nenê acaba morrendo antes mesmo de nasce, por causa... uma das meninas que tá internada ali é a segunda gestação dela, mas a primeira, o nenê faleceu antes dela ganha e era por causa da diabétes que ela tinha e não sabia. Então tipo, eu comecei a procurar isso e comecei a ficar um pouco com medo e eu tinha na mesma semana um ultrasson pra fazer, e eu fiz o ultrasson e o médico disse, aí o teu nenezinho é meio grandinho, eu já me apavorei né. Porque a primeira coisa que eu li é que o nenê fica um pouco grandinho e eu vou pro ultrasson e o cara diz que o nenê tá um pouco grandinho, digo, tá diabético o bichinho (...).*

Carolina relatou sobre a sua preocupação maior:

*(...) cuidando pra vê se ele não tá adquirindo, porque ah tu é adulto, tu sabe que não pode comer um doce, sabe que não pode, tem que cuidar e deus, tá acostumado, agora imagina ah a criança, não vai poder comer um iogurte direito, e eu sou intolerante a lactose, sou alérgica a lactose, então eu passei muito tempo, tipo não pode comer danoninho, não pode comer isso, não pode comer aquilo, eu sei o quanto é chato não poder comer as coisas, não pode ter uma vida de criança normal assim.*

Até aquele momento, a partir dos ultrassons que foram realizados, o bebê de Carolina apresentava desenvolvimento normal, com peso adequado, ou seja, sua condição de saúde parecia não estar influenciando o bebê.

### **Experiência da maternidade**

Carolina contou sobre os sentimentos e as sensações que possuía relacionados à sua gestação:

*Aí, eu acho que só alegria (risos). Eu sou muito boba por essa criança, ãa... aquela questão o medo que vem não adianta eu acho, e eu acho que quando a gente tem uma responsabilidade dessas se não tiver uma pitadinha de medo tu... será que tu tem tanta responsabilidade sobre aquilo assim sabe (...) Eu sou muito boba por ele, sou muito boba toda vez que vô fala qualquer coisa em relação a ele, assim eu fico muito boba (risos).*

Também comentou que nesse processo de gestação, tudo é positivo para ela: “*Tudo. Porque eu acho que até as coisas ruins são positivas porque fazem parte do processo, é que eu acho que tudo tem coisas positivas e coisas negativas né, então por exemplo ah o enjoão a dor nas costas essas coisas ah não são coisas positivas mas fazem parte(...)*”. E sobre os pontos negativos, mencionou: “*Eu acho que só o cansaço extremo assim apesar dele fazer parte do*

*processo. Como eu sou uma pessoa que sou muito ativa então ele me atrapalha bastante, o fato de justamente não pode fazer tudo sozinha (...)*”.

Carolina comentou que têm pontos que ela pretende dar seguimento em como a mãe foi para ela e que têm pontos ela quer fazer diferente com o seu filho:

*Em alguns pontos sim, em outros não. Tipo assim, o lado da minha mãe amiga com certeza, a minha mãe criou a gente com tu não precisa mentir, eu vou ta aqui pra tu me conta. (...) muito aberta justamente porque ela sentiu muita falta disso e ela sempre disse, eu vou ser pra vocês aquilo que queria que tivessem sido pra mim. Só que nesse ser amiga a minha mãe esqueceu de ser mãe, no sentido de botar limite no não, existe uma hierarquia, eu sou parceira, eu sou tua amiga, mas sou tua mãe. (...) tanto que na minha casa hoje em dia tanto esse meu irmão aqui quanto meu irmão pequeno, eles respeitam mais a minha palavra do que a dela. Se eu chegar pra ele não, isso não vai ser feito, ponto não tem discussão. Se minha mãe chega eles já passam por cima e fazem o quê querem. Então com o Rafael, o quê eu quero fazer, esse lado parceira da minha mãe eu acho que é impagável sabe, o fato de tu poder conversar sobre qualquer coisa por exemplo, o meu irmão, esse daqui, ele é homossexual na verdade ele é bissexual, não sei, essa questão também tem a outra discussão. Ele gosta de menino, gosta de menina, hoje em dia ele se relaciona mais com meninos, ele nunca teve problema de chegar em casa e dizer isso, um dia ele chegou pra nós e disse ó, tem algo que eu preciso contar pra vocês e é algo que hoje eu consigo ter consciência de que realmente é assim e falou.*

Ela relatou que sempre possuiu o desejo de ser mãe:

*(...) É que eu sempre tive, até descobrir que tava grávida, a impressão de que faltava alguma coisa, eu não sei te explicar direito como que é isso, o quê que é, mas eu sempre tive aquela sensação assim ó, a eu tô bem sucedida, tô num emprego bom, tô fazendo minha faculdade, mas tá faltando alguma coisa, ai eu cuido os guris, mas sabe quando tá faltando aquele temperinho ainda e que é o tipo de coisa que depois que eu descobri que tava grávida e passou, o pânico inicial, agora uma coisa que falta é te ele nos braços, sabe? Tipo assim eu... eu... tudo o que eu penso e o que eu faço, já é com ele junto, o como é que isso vai refleti nele (...)*

Carolina comentou que desde o momento que viu positivo no teste de gravidez, já se sentia mãe.

Ela contou sobre o que a angustiava nesse processo em tornar-se mãe:

*No primeiro momento é de não te leite. Eu morro de medo, morro de medo, porque eu vejo um monte de gente já com tempo de gestação que já tão começando a sair leite não sei o que e eu não tenho nada disso. Só que ao mesmo tempo a gente sabe que um monte só depois que nasce, mas é que assim oo... por exemplo, eu não tenho nunca tive aquela coisa, quero ganhar de parto normal, só vou me sentir mãe se... não, pó corta. Não tem problema nenhum. Mas o amamenta, é uma coisa que eu quero demais, demais então uma das angústias que eu tenho é essa, é não te leite, é não amamenta. Outra é aquela coisa acho que clássica que quando a gente engravida, a gente acha que é besteira, mas depois... do ter pouco tempo com ele, graças a Deus, eu vou ter me formado então eu não vou precisa i pra aula de noite e tal, mas tu fica pensando, são oito horas fora de casa, são oito horas que tu não tá com ele, então o como compensar isso de uma maneira positiva, porque não adianta também eu chega e te lá outras cinco, seis horas com ele mas irritadiça ou coisa assim, tem as questão da qualidade do tempo, não só a quantidade (...).*

Carolina contou que possui uma preocupação grande com a educação do filho:

*(...) É o do como que eu vou prepara essa criança, esse cidadão depois pras coisas, como tão hoje em dia sabe, essa coisa do, pega minha época até antes, as criança podiam mais brinca solta podiam... hoje não dá. Então como faze, ele se uma pessoa bem resolvida, uma pessoa saudável num ambiente tão... tão limitado, tão opressor que é hoje em dia, de tu... tem tanto medo ai fora, como faze ele se uma criança que não tenha, esses medos que possa se desenvolve positivamente e tal (...).*

Ela também mencionou sobre os medos que possuía e citou ter medo com problemas de saúde que o filho poderá vir a ter. Carolina contou como imaginava o filho:

*Ah, não sei. Fisicamente, tu começa a te apropriar de características genéticas que ele pode te né, então eu imagino ele bem clarinho porque o pai dele é mais claro que eu, mas com cabelo mais encaracolado mais curtinho tipo o meu assim, na verdade eu imagino ele muito parecido com o meu irmão quando era criança porque lá em casa todo mundo saiu meio parecido. E em relação a ele, em outros aspectos, eu imagino ele bem ativo, porque ele já é desde agora bem saracoteio e espero que uma pessoa bem consciente do que quer ou deixa de querer, eu acho que, nesse caso, eu talvez seja um pouco demais, um pouco autoritária demais nisso, mas ao mesmo tempo, eu sou uma pessoa que eu sei o que eu quero, sei me posicionar. (...) E eu quero que o Rafael seja uma pessoa que tenha uma personalidade doce suficiente pra acompanhar o que as pessoas dizem e se um pouco mais suave, mas ao mesmo tenha consciência do quão ele é belo de qualquer forma, do quanto ele é importante do jeito que ele tiver que ser, pra não se contamina com essas coisas que tem por ai sabe”.*

Ela comentou sobre a rede de apoio nesse processo de gestação:

*“Principalmente minha mãe e meu irmão (risos). A minha mãe porque é esse bichinho bobo que ela é, e é o tipo de que, como eu te disse, ela é muito amável assim então é aquele tipo que oferece colo, que escuta, que toda toda mais aberta assim a gente chama a psicóloga da casa. Então assim, é uma pessoa a minha mãe não julga, a minha mãe não te julga por nada, então quando eu cheguei e disse tô grávida, grávida de um homem casado, que poderia pelo histórico que a gente tem em casa te abominado a ideia e pronto. O quê que é importante agora? É o Rafael, então que na época não era Rafael, o não era nada ainda, mas então a minha mãe porque a minha mãe tá me dando apoio de quando eu for trabalha, pra eu pode ter quem cuide dele”.*

Sobre a participação do seu irmão, Carolina falou:

*(...) ele vai ser o padrinho e ele se sente o pai então tu imagina, ele já quer dá todas as baldas pra essa criança... primeiro pela questão sexual dele, fica provavelmente vai te que adota, alguma coisa e meu irmão é portador de HIV então a possibilidade de ele te naturalmente dele é muito pequena. Então ele adoto a criança, ele disse que não tem problema que a melhor coisa que eu fiz foi isso e que ele é o pai, tá lá. Então assim, ele vai, ele já sabe a roupa que a criança vai nascer, ele já sabe o colégio que a criança vai estuda, ele já tem todo planejamento, mais do que eu.*

Carolina mencionou que a mãe e o irmão também foram essenciais, porque ela estava preocupada pelo filho já nascer sem ela oferecer algo importante para ele, que seria o pai e se sentiu muito culpada por isso: “(...) *E eu me culpei muito no início com isso e eles foram importantes pra eu começar a tirar essa ideia da cabeça, então total assim são meus pilares, se eu não tenho, eu acho que eu tenho um treco (risos)*”.

Ela relatou que o processo da gestação está tranqüilo, mas apresenta muita ansiedade com a chegada de Rafael:

*(...) como eu descobri cedo, com um mês, só parece que não anda nunca esses oito meses é muita demora, não aguento mais, só que ao mesmo tempo, tento não me agita tanto, porque senão faço com que ele queira vir, antes disso tudo. Mas e com aquele medo que acho que é inerente do será que eu vou fazer as coisas certas né, porque tu pensa, até um certo ponto, ele depende totalmente de ti, depende totalmente de ti um certo período, então tu fica naquela, bom se eu fizer qualquer coisa errada eu... é minha responsabilidade daquilo ali né, então por exemplo, eu morro de medo de dá banho (...).*

Carolina contou já se percebia diferente depois da descoberta da gestação. Acreditava que o filho veio a ensinar a ser mais tranqüila, mais leve, pois possui uma tendência muito grande em ser explosiva.

### **Experiência do parto e da vinculação mãe e bebê**

Rafael nasceu com 38 semanas e 6 dias de parto normal, com o peso de 3 quilos e 800 gramas e 48 centímetros. Carolina comentou que Rafael chegou um dia antes da prescrição feita no HUSM. Os médicos iriam começar a induzir o parto normal com 39 semanas tendo em vista que a sua gestação era de alto risco. Porém, um dia antes Carolina acordou para trabalhar com sangramento e resolveu ir para o CO: “*Eu já tava com 3 pra 4 de dilatação, já tinha saído o tampão, o colo já estava quase todo apagado e com já era pra ser pro outro dia eles decidiram já me internar*”. Contou como se sentiu ao chegar no CO:

*Ah...um pouco de medo, um pouco de alegria por saber que por mais que fosse demorar, no máximo no outro dia, eu já estaria com ele já, mas um pouco de medo porque tu não sabe o que vai acontecer... se vai precisar induzir, se não vai, se vai ser cesária. Eu morria de medo do parto normal, mas a partir dai tu não tem controle nenhum, tu não tem o que fazer... é ele quem decide e os médico e deu. Então tem que compreender essa transição e eu tava bem ansiosa para que passasse de uma vez, mas foi legal assim. Eu tive muita sorte, porque era uma equipe muito boa, desde a enfermeira que me atendeu na triagem até o pediatra que atendeu ele depois. Eles foram uns anjos assim... os obstetras que me atenderam são assim pessoas iluminadas que foram colocados ali, porque fizeram as coisas com muita rapidez e me deixaram muito tranqüila. Ele teve um pouco de problema na hora de*



*nascer e eles não me passaram isso, eles me deixaram muito tranquila e deu tudo certo.*

Carolina contou em detalhes como aconteceu desde a sua chegada no CO até ganhar o bebê:

*Eu cheguei no CO e fiquei deitada até às 9 horas e pouquinho e eu fui enviada para a enfermaria era meio dia. (...) Meio dia e meia foi o primeiro comprimido e aí eram umas 5, umas quatro e meia e eles vieram ver e eu não tive dilatação nenhuma ainda, só tinha apagado completamente o colo, já tava tudo pronto, só faltava dilatar. Então me deram o segundo e aí eu comecei a sentir dor. Eu não tinha começado a sentir dor... tava fraquinha as contração, tava suave, tipo assim... tinha dor, mas aguentava e eu bem faceira é isso? Ah é isso? E eu não tinha dilatado nada, tava a mesma coisa de quando eu tinha chego. Aí botaram outro comprimido aí eu comecei a sentir dor, daí foi meio punk! Mas também foi rápido e às 6 horas estourou a minha bolsa e 7 e pouquinho ele nasceu. Porque daí eu comecei a sentir muita dor, porque aí começa a dilatar de verdade, daí a dor é puxada e a enfermeira disse pra mim ir tomar um banho morno... daí a enfermeira disse vai lá, toma uma ducha morna que relaxa a musculatura... tu vai sentir dor igual, mas a parte da dor no corpo, tu não sente. Daí quando eu tava chegando lá nos banheiros pra tomar banho, a bolsa estourou e eu não consegui ir pro banho morno, isso era às 6 horas. Daí o meu irmão tinha ido comigo e quando estourou eu vi que não tava tudo 100%, porque até onde eu sei o líquido amniótico é uma coisa clara e era um líquido escuro, marrom esverdeado e eu disse isso não é normal, até onde eu sei. Todas às vezes que eu vi a minha mãe ganhar era um líquido tipo xixi, mais clarinho. Aí pedi pra chamar a enfermeira, daí ela chegou arregalou os olhos e me disse assim 'não mãe, vamo deitar lá na caminha de novo, foi tua bolsa que estourou' e eu disse tá, mas esse líquido tá com uma cor meio esquisita, não, não, mas é a tua bolsa que estourou, vamo lá que eu vou chamar o médico. Ela tava bem calma, bem tranquila. Aí me botou deitada lá e chegou o médico e ela falou que tinha liberado... que ele tinha feito cocô e aí ela falou pro médico residente e pra médica e ela olhou e tava faltando 2 pra dilatação. Daí ele foi fazer o monitoramento e tal e na hora, eu não sabia, mas depois eu soube que eles tavam tentando ver a frequência cardíaca dele, por isso eles deram uma corridinha. Daí ela disse não, tu tá com 8 de dilatação e tu tem que ganhar agora, então eu vou te ajudar a dilatar o resto e tu começa a fazer força, porque a gente vai ter que fazer ele sair. Mas foram muito tranquilos assim e o médico pego a minha mãe e disse eu não vou sair daqui enquanto não nascer, fica tranquila, eu vou cuidar de ti e tu só sai daqui com ele. E foi... eu comecei a fazer um pouco das forças e quando começou a sair a cabecinha assim me levaram pro bloco. Só que daí claro, eu fiquei sabendo que ele tinha feito cocô dentro da barriga já e quando ele começou a descer já o cordão tava enforcando ele, por isso ela disse que tinha que dar uma agilizada, só que eu só fiquei sabendo depois... pra não me deixar nervosa.*

Ela comentou que quem a acompanhou durante todo o trabalho de parto foi o seu irmão, do início ao fim.

Carolina contou que ela e o filho permaneceram internados no hospital durante uma semana, e comentou que o filho teve uma infecção: “(...) eu tive infecção urinária bem no finalzinho da gestação e como ele fez o cocô antes, ele podia ter ingerido também, então os exames dele deram bem alterados, o exame de sangue (...)”. Carolina mencionou que o filho permaneceu desde o nascimento até a hora de irem embora com ela, no quarto, inclusive pós

parto já subiu junto. Todas as medicações eram feitas ali e não precisou ficar internado em UTI neo natal.

Carolina contou como foi ver o filho pela primeira vez:

*Eu não sabia se eu desmaiava, se eu chorava, se eu respirava, o que eu fazia (...) eu acho que demorei uns 30 segundos pra assimilar tinha acontecido aquilo sabe... foi muito bizarro, porque tu fica muito alegre e ao mesmo tempo é uma coisa que tu quer tanto e tem tanto medo envolvido no que pode acontecer que quando tu vê concretizado ali, parece que tu vê concretizado ali, parece que tu tem um delay assim, de ter acontecido e te cai a ficha. Daí eu chorei que nem uma desalmada, óbvio e não queria desgrudar dele, óbvio. Eu não tinha sentido algo igual sabe foi algo muito emocionante, por ver ele inteirinho. (...) Não tinha sangue nenhum, mas tava todo melecado. Fiquei preocupada com o tamanho, porque a última ultrasson que eu tinha feito, tinha sido bem antes, então ele tava com bem menos peso, daí quando eu vi aquela baita criança, eu disse: Meu Deus, como é que eu consegui colocar isso pra fora, porque eu achei muito grande. Eu imaginava ele grandinho, mas imaginava menos.*

Ela comentou como está sendo a relação mãe e bebê:

*No primeiro final de semana que eu tive que ficar com ele no hospital, eu fiquei apavorada tanto que assim... a minha mãe e o meu irmão tiveram que me acalmar. Primeiro porque eu subi com ele pra lá e não tinha dado nem 2 horas dele nascer, já vieram pegar ele fazer o antibiótico e só me diziam que iam começar a fazer antibiótico e eu dizia que tá tudo bem, é procedimento padrão, porque eu tinha tido infecção antes. Na realidade, não me tinham dito direito o que seria, daí quando a pediatra veio no dia seguinte me disse óh, os exames do teu filho não deram bons, ele tá bem longe de ser uma criança normal, ele vai ter que ficar internado, nós vamos ter que fazer antibiótico e a gente vai ir fazendo exame de sangue nele pra ver o que acontece, por enquanto não vai precisar internação, não vai precisar UTI nem nada, mas a gente vai ter que ir verificando.*

Carolina comentou sobre a angústia do leite não descer e não conseguir amamentar, além do que sentiu quando a médica afirmou que seu filho estava longe de ser normal:

*(...) Eu me apavorei! Me apavorei porque o leite não descia e ela disse tu amamenta bem ele que a melhor coisa que ele pode ter por enquanto e a gente vai monitorando. E eu tá... e o meu leite não descia, eu comecei a me apavorar, porque eu queria muito dar mamá. (...) Na verdade, até hoje eu não sei o que aconteceu realmente, eu só sei que deu muito alterado e tu fica naquelas... no final de semana, eles mal passam pra atender, tu não tem informação nenhuma, tu não tem nada, tu tá com uma criança e tu sabe que tá tomando antibiótico, dois antibiótico fortíssimo e tu não tem ideia do que é, foi bem apavorante. Em casa foi mais tranquilo e a médica me liberou. Aí a outra fase foi a questão do cansaço, eu fiquei 1 semana no hospital sem dormir, então eu tava com o cansaço do parto ainda, com o cansaço de todas as noites, eu tava caindo em pé e ele com cólica desde o início e chorava, chorava, chorava e eu não sabia mais o que fazer. Então nos primeiros dias, foi bem complicado, até começar ele se adaptar e eu me adaptar com o ritmo dele... agora eu sei... ah resmungou... mas as primeiras duas semanas, foi bem complicado no sentido de que eu me sentia despreparada, eu comecei a questionar... até que ponto eu tava preparada pra ser mãe. Porque dizem aí, o bichinho tá chorando e eu não sei o que que é. Daí eu falava pra mãe e ela calma, toda a criança vai berrar e a*

*gente não sabe no início o que é, com o tempo tu vai descobrir. Aí foi. (...) e hoje já tô bem mais segura... agora eu sei que se ele tá chorando é porque quer mais um mamazinho, agora tá bem mais tranquilo, agora ele já dorme a noite mais, eu consigo descansar mais, então agora entrou no ritmo, mas nas primeiras duas semanas foram bem aterrorizantes e com medo de perder, porque a médica chega e diz óh a tua criança não é normal. Eu via todas as mães do quarto chegando e saindo e eu não e não sabia o que que era. Eu acho que nesse ponto a equipe médica poderia ter sido um pouco mais transparente sobre o que tava acontecendo pra me deixar mais tranquila e pra saber o que tava acontecendo, como eu fiquei sempre esperando e não tinha retorno do que era, talvez eu ficasse mais preocupada do que precisasse”.*

Ela comentou que estava adorando a experiência de ser mãe, mas ainda se sentia muitas vezes, despreparada e apavorada, principalmente quando o filho apresentava algum sintoma já queria correr para o médico: “(...) eu acho que sou super protetora e eu tenho que cuidar disso ao longo do tempo, se não eu vou ser um pouco sufocante pra ele (...) e complementou: “(...) hoje eu vejo que era o que me faltava e eu não me imagino mais sem ele, sabe? Não sei como seria se eu não tivesse ele... é muito louco isso! É a experiência mais magnífica que alguém pode ter, é especial”. Carolina também relatou o desafio que a maternidade propõe:

*Eu acho que no antes de ganhar é justamente essa questão do controle da ansiedade, já que não é uma coisa ainda materializada, tu não tem acesso, tu não tem como ver o que tá acontecendo, então essa ansiedade de tu não saber o que tá acontecendo é uma coisa bem complicada, porque isso afeta eles também, afeta a gente. O depois de nascer, eu acho que o principal desafio é essa questão da culpa, de ficar tipo se culpando o tempo todo, essa coisa de colocar que tu é mãe, mas que tu é um ser humano e se tu deixar passar alguma coisa, não é o fim do mundo, tu não é um monstro por não ter percebido aquilo pra mim é a parte pior o pensar assim que eu sou humana e que não é porque eu virei mãe que eu virei super heroína ou uma deusa, algo assim, porque tu vai deixar passar... um dia ele vai cair e vai se machucar e não vai ser porque tu deixou de amar ou porque tu não quis cuidar... é porque é criança e faz parte da vida isso. Tu não é onipotente, tu não pode tá em todos os lugares fazendo tudo eu acho que essa coisa... (...) não é assim e tem coisa que tu vai passar uma hora e aceitar isso como sendo uma coisa normal ou uma falha ou algo assim pra mim é coisa mais complicada o admitir que em algum momento eu vou falhar e é porque faz parte da vida.*

Carolina contou que a maternidade é diferente do que imaginava, citou como ponto negativo o estresse, pois o sono fica atrasado, se tornando mais cansativo do que imaginava. E a parte positiva relatou o sentimento que nasce junto com a criança, de amor, de carinho, algo que nunca sentiu anteriormente. Carolina contou o que a deixa feliz em ser mãe: “Eu acho que egoicamente eu tenho essa coisinha linda pra mim (...) Tu acorda de manhã e tu olha aquela carinha assim e tu pensa como eu fiquei 27 anos sem esse serzinho do meu lado? Não tem explicação”. Carolina também relatou o que mais a agrada em ser mãe:

*Amamentar, se eu pudesse eu passava o dia inteiro amamentando, eu amo, amo. É coisa que eu mais vou sentir falta quando eu voltar a trabalhar é esse contato assim, porque todo o resto tu compartilha muito... ah tu tá em um lugar, tu tá compartilhando ele com outras pessoas e quando tu tá dando de mamá é só tu e ele, é um momento exclusivo nosso. Dá mamá pra ele, ver ele te olhando, é o momento em que ele mais me olha, não sei se no geral é assim, mas comigo, pelo menos é assim, porque aquela posição do peito em que ele fica com o olhinho fixo é o momento de maior troca, embora ele não entende, que ele não fale ainda, mas eu tenho pra mim que eles sentem isso naquele momento, então a cumplicidade desse momento pra mim é o ápice, é o melhor momento do dia. Ele quer e quer mamar. Eu adoro trocar fraldas, eu acho que todas as coisas que são muito características da maternidade me fazem bem, porque pegar no colo, fazer dormir, fazer naná (...). Eu adoro andar com ele, assim que ele fique bem visível, eu adoro que as pessoas passem e fiquem ai que coisa mais bonita e é meu, só meu. Ver ele bem! (...).*

Carolina comentou que o que a desagrada em ser mãe é muitas vezes não saber o que está acontecendo e o que o seu filho quer, através da sua inquietude, ou incomodação ou choro.

Ela contou como está sua rotina com seu filho:

*Agora eu consegui criar uma rotina, agora que ele tá dormindo de noite. De manhã, ele é bem mais sonolento, bem mais calminho assim, então eu geralmente deixo ele dormindo e vou fazendo as coisas da casa, lavo a roupa dele, essas coisas assim básicas de casa. A tarde ele é mais agitado, então eu faço mais contato visual, estímulo mais ele, tento falar em vários lugares pra ele buscar o som, ele já é muito forte muscularmente falando (...) até porque eu não quero que quando eu chegue do trabalho... tipo assim... eu deixo ele dormir até um certo horário e depois eu deixo ele acordadinho pra que quando eu chegar... mas tento fazer banho, tudo que mexe mais com ele de tarde, porque ele tá mais desperto e de noite eu vou acalmando ele. Ai pelas 9, eu já começo deixar menos luz, menos coisa pra ele já ver que tá na hora. Apesar de eu tá com a televisão ligada, eu estímulo menos, falo menos. (...) Eu vou me alimentando mais suave, eu vou tomando um chá de camomila e já vou me acalmando e já passa pro leite dele também. Ai troco ele pra dormir e a noite também troco, dou mamá, mas não fico estimulando muito pra ele saber que aquele é o horário dele dormir. Quando ele tinha muita dor, muita cólica e vômito de noite, eu não conseguia fazer isso, porque ele trocava, passava o dia inteiro dormindo e de noite acordado. Agora como ele tá começando a se acostumar, eu tenho conseguido colocar (...).*

Carolina comentou que o pai não participa da vida do filho:

*Não, ele só contribuiu com a genética. (...) Não existe vínculo do tipo... ele foi registrado só com o meu nome, ele não tem nenhuma relação, nem isso, nem aquilo, só que em contrapartida, ele não fica totalmente ausente também, por exemplo todo o tempo em que eu estive internada, ele quis saber como é que tava o Rafael, inclusive teve pessoas próximas que perceberam que ele tava agitado enquanto eu não sai do hospital, então ele tava preocupado e tal. Então não existe um vínculo, até pela questão da situação dele, mas ao mesmo tempo, não é aquela coisa de que não quero saber que existe, que não quero nada... ele passa o tempo todo questionando como é que tá o nené, mas como amigo da mãe e não como pai.*

Ela contou que o pai já conheceu o filho pelas redes sociais, e também porque levou o filho no local de trabalho dela, que é o mesmo local de trabalho dele. Mencionou que quando o pai viu Rafael chegar, levou um susto. Carolina comentou que ele ficou de longe, não pegou no colo, pois segundo o pai tem medo de se apegar: “(...) *quando ele teve internado lá, eu disse tá, tu quer vim ver, não tem problema, porque o pessoal veio... e ele disse não eu quero ficar sabendo, mas eu não quero ir aí, não quero pegar no colo, eu tenho medo do que eu possa acabar fazendo (...)*”. Carolina contou que não tem nenhuma ajuda do pai de Rafael, mas comentou que gostaria que isso fosse diferente:

*Eu gostaria que ele estivesse em uma situação diferente, eu gostaria de ter ele na minha... eu não digo que fosse na relação de pai, mas que ele tivesse um pai presente, não por mim, mas pela questão dele. Ele agora talvez não entende, mas agora ele tem figuras masculinas em volta dele que vão fazer esse papel masculino, mas uma hora ele vai entender, vai sentir falta e eu não vou poder dizer quem é e essa história toda. (...). Eu disse pra mãe que eu preferia qualquer atitude mínima que fosse espontânea do que ser obrigado. Então, o que ia me trazer, fazer ele botar o registro no guri, ia ser um baita de um tumulto pra ele, ia ser um baita de um tumulto pra mim, porque por parte dele a errada era eu e a esposa dele não tava levando muito bem, então seria perigoso pra mim nesse caso, então não ia me trazer vínculo nenhum, não ia fazer bem pro meu pequeno também. Então eu prefiro que tudo o que tenha que seja espontâneo, quando ele quer saber porque ele realmente quer saber, não exigir contato, então pra mim, isso é positivo. Eu tenho muita preocupação e eu tenho um pouco de culpa em relação a ele principalmente mais pra frente quando começar a vir essa função de pai e mãe, de papéis e ele tá, cadê o meu? Vou explicar como pra ele, como vou trabalhar com isso mais pra frente, mas é algo que me preocupa. Vou deixar pra me preocupar mais pra frente.*

Carolina comentou que o filho não é parecido com o pai: “*Graças a Deus não*”, porém encontrava algumas características semelhantes, apesar da grande maioria dizer que o Rafael é a cara da mãe. Carolina mencionou que quem a auxilia nas tarefas com o Rafael é a sua mãe e o seu irmão e caso precise sair, Rafael vai com ela. Desde o início, Carolina já foi para a casa dela com Rafael e planeja, ao voltar para o trabalho, deixar Rafael com a sua mãe.

#### **Caso 4: Raquel e Roberta**

##### **Os atravessamentos da adoção na construção da maternidade**

##### **Impressões da pesquisadora**

Raquel tinha 24 anos quando a pesquisadora fez contato com a participante e foi a quarta participante do estudo. Estava deitada na poltrona quando entrei no quarto para fazer o convite para participar da pesquisa e foi receptiva. Quando a participante aceitou e eu questioneei se ela gostaria de fazer em outro horário ou agora e ela disse que faria naquele

momento. Raquel estava acompanhada do seu marido, aparentemente bem mais novo que ela, um adolescente.

Nos corredores, até o momento da entrada na nossa sala de entrevista, Raquel já vinha contando o motivo da sua internação. Percebi que Raquel estava um pouco nervosa para responder as perguntas e senti necessidade de estender a conversa inicial como uma forma de acolhida para ela conseguir se sentir a vontade e contar a sua história. Quando falei que não existia resposta certa nem errada, ela suspirou fundo e demonstrou-se aliviada.

Na primeira entrevista, Raquel foi bem sucinta em suas colocações, porém já trouxe aspectos importantes que não constavam nas perguntas. Compreendia que sentia vergonha de falar algumas situações da vida dela, mas mesmo assim dizia. Na segunda entrevista, Raquel estava acompanhada de uma senhora, e que me apresentou como sendo sua mãe. Essa entrevista foi mais extensa, e Raquel contou com mais detalhes da história da sua vida. Porém, em alguns momentos preferiu não contar o que aconteceu, por exemplo, do motivo de um de seus irmãos estar preso e da briga com seu pai adotivo. Percebi que tinha muita dificuldade em se situar entre pais biológicos e pais adotivos. Às vezes, falava de um mencionando o outro, demonstrando que esse papel materno não estava internalizado. Entendi que existia uma lacuna muito grande na questão parental para Raquel. Nomeava a mãe adotiva às vezes como mãe, às vezes como a senhora que me criou e às vezes como Dona Ana. Raquel se descreve como uma pessoa: “(...) *bem curiosa, eu me considero bem curiosa e nervosa, eu acho, bem curiosa e atenta também, e ciumenta*”.

Quando retornei para Raquel com intuito de realizar a terceira entrevista, foi difícil de encontrá-la, mas consegui após algumas tentativas. Marcamos a terceira entrevista, mas ela não compareceu, porém avisou que não conseguiu ir. Reagendamos e ela compareceu. Estava sozinha, e só com a bolsa de Roberta. Comentou que Roberta tinha ido ao banco com sua mãe enquanto ela conversava comigo. Raquel estava com um sorriso no rosto, parecia muito feliz e logo me mostrou as fotos de sua filha. Antes de iniciarmos a entrevista contou que não sabia que ia ter outro filho, pois, segundo ela, o parto foram os vinte minutos mais tensos da vida dela. Relatava essa experiência com dor e sofrimento e comentou que já tinha agendado no hospital para colocar o DIU.

### **Descrição breve da história de vida da mãe**

Raquel tinha 23 anos quando descobriu que estava grávida. Conversou com a pesquisadora quando estava com 33 semanas. Há um ano morava com o pai do bebê: “A

*gente se conheceu e uma semana depois a gente já foi morar junto. Daí eu aluguei né? A casa, daí mora mais um tio meu e a gente divide, daí a gente mora junto, daí é isso de relacionamento”.* Antes Raquel morava sozinha, em um hotel, pois ainda estava trabalhando e tinha condições de pagar. Quando foi entrevistada, Raquel contou que saiu do serviço e alugou essa outra casa para morar com o marido. Raquel e o marido tinham uma união estável por conta da gravidez: *“(...) vai fazer, foi mais ou menos na data que eu engravidei assim, só não sei te explicar direitinho se foi outubro ou novembro”.* Contou como foi a decisão de fazer uma união estável:

*Porque ele dizia assim eu vou ter uma filha, né? Então vou ter que ter um compromisso daí eu disse pra ele que se quiser ter um compromisso comigo, vai ter que ter um compromisso só comigo, com a tua filha. Daí a gente decidiu, na verdade eu decidi né, eu queria na verdade que ele fizesse, daí ele fez.*

Raquel comentou como era o relacionamento com o Guilherme antes dela engravidar:

*A gente ficava, era mais briga do que... a gente brigava bastante porque eu sou um pouquinho ciumenta né? E daí ele achava que eu era a errada né, no ponto de vista, em certos, ponto de vistas, ele achava que ele ah tem 19 anos, tu tem 24 então tuas opiniões são diferentes da minha, tu é mais velha né? Daí ele gostava de fazer bastante brincadeira assim e eu já não gostava muito, eu era mais séria, daí eu dizia pra ele que ele não tinha muita maturidade que nem eu. Daí ele disse não, então vamos ter que ter um relacionamento um pouco mais sério né?.*

A religião que seguia era umbanda. Raquel completou o ensino médio e fez um técnico em marketing. Anteriormente, trabalhava como operadora de caixa em um mercado, oito horas por dia, porém, foi demitida quando estava com um mês de gestação. Não pagaram o salário de Raquel e ela os colocou na justiça e conseqüentemente, eles a demitiram. O marido de Raquel tinha 19 anos e também estava desempregado. Ele era montador de móveis e trabalhava quando alguém o solicitava. Eles viviam com o que o marido conseguia, segundo ela, até um salário mínimo.

Raquel relatou que era adotada e tinha dificuldades de explicar sobre os pais. Contou que os pais não ficaram com ela, pois não tinham condições financeiras de criá-la e a colocaram para adoção. Foi adotada com quatro anos por outro casal, mas nunca os aceitou como pais. Sempre desejou continuar com os pais biológicos e os nomeava como pais verdadeiros. Raquel contou sobre a adoção:

*É que foi assim ó, eu tinha quatro anos quando eu fui adotada, então na minha cabeça, eu achava que ah eu vou pra aquela casa, mas uma hora eu vou voltar de volta, sabe? Então, eu tinha aquela cabeça assim. Só que eles... tipo, os meus pais*

*verdadeiros não tinham condições de me criar, daí eles me deram pra adoção, só que eu nunca aceitei meus pais (adotivos).*

Raquel complementou: *“Isso, eu não aceitava porque eu queria meus pais verdadeiros comigo, que eu me apeguei mais a eles né?”*. Raquel comentou como foi o processo da adoção: *“(...) Ela (mãe biológica) pegou e procurou o conselho tutelar e eu não sei explicar direito (...) foram no juizado e daí deixaram o meu nome numa lista, daí nisso apareceu daí, apareceu os dois, que foi a Dona Ana e o seu José (...)”*. Raquel não foi para nenhuma instituição de acolhimento, contou que ficou esperando os pais adotivos na casa dos pais biológicos. Raquel comentou que convivia com os pais biológicos e que sentia muita a falta deles: *“Isso, eu convivia daí depois chegou um certo tempo que eu fui afastada deles, daí eu perdi um pouco o contato com eles, daí depois quando eu descobri, eles já tavam bem ruins sabe? Daí eles faleceram daí”*.

Raquel contou que o pai biológico tem mais seis filhos e a mãe biológica tem oito filhos. Raquel comentou que todos os outros filhos foram criados pelos pais biológicos, exceto ela e outra menina que foi adotada também: *“Era na verdade, eu e mais uma outra menina que eu não conheci que foi, daí eu não sei explicar direito né?”*. Raquel mencionou como se sentiu quando foi adotada: *“Eu aceitei, eu acho que mais pelas condições né? Eu acho assim, tudo tem que ter um por que né (...), e os pais sempre querem o melhor pros filhos, (...) eu não queria me separar deles”*. Raquel comentou que esse processo de separação aos quatro anos foi bem difícil e que não queria se separar.

Os pais adotivos não possuíam mais filhos, somente ela. Sobre os irmãos, ela só conhecia dois deles por parte materna. Um de 17 anos que estava preso: *“Já fazem três anos, se enrolou com coisa errada”*, e outra irmã de 16 anos que estava grávida e também estava internada no mesmo hospital, há um tempo atrás. Segundo ela, o casal que a criou ainda vivia e comentou da relação dela com eles: *“É, eles vem né? Conversam comigo, me visitam aqui no hospital, a gente tem uma ligação (...) me registraram, né? Tudo certinho. Então eles vem e conversam comigo, me procuram”*. Raquel contou que ficou com eles até conseguir emprego em um mercado e ir morar sozinha em um hotel, há pouco tempo atrás: *“Eu morava com eles né? Só que eu não queria muito, depois da adoção eu passei a morar com eles. Dos 4 até agora, só que assim, eu tinha um pouco de ligação com os outros...né?”*, Raquel se referia aos outros pais. Raquel contou por que decidiu sair da casa dos pais adotivos: *“Eu acho que era um pouco rebelde, não aceitava muito a opinião deles, eu achava que eu tinha que ficar com meus pais verdadeiros e não com eles”*. Porém, não tinha sido a primeira vez



que Raquel saiu de casa: “*Resolvi sair, mas eu saí de casa com 14 anos, a primeira vez já. Já tinha saído antes, mas aí não deu muito certo, daí eu tive que voltar*”.

Raquel contou o que ela recorda da sua infância:

*Ah, muito sofrimento, bastante sofrimento, eu era meio judiada, apanhava bastante porque o meu pai, principalmente, biológico, né? O verdadeiro, ele bebia bastante, então ele batia bastante na minha mãe, mas mesmo assim eu era bem apegada a ele, eu sentia bastante assim, sofrimento.*

Ela relatou que lembrava disso até os quatro anos, mas depois sabia que os pais biológicos continuavam assim, apesar de não ter tanta ligação. Raquel também contou o que lembra da infância com os pais adotivos:

*Ah, eles não brigavam muito assim, eles eram mais o que... ela trabalhava mais, ela é bem religiosa e ele também trabalhava bastante, ele só chegava de visita pra dormir mesmo em casa, daí saía no outro dia cedo, eu ficava mais com a minha mãe biológica... com a minha mãe adotiva no caso. A gente tinha de vez em quando umas desavenças né? Mas era normal assim de mãe e filha.*

Ela recordou do que mais marcou na sua infância: “*Só a perda dos meus pais mesmo. Foi bem difícil pra mim aceitar né?*”. Raquel contou que eles faleceram há oito anos e que a diferença entre uma morte e outra foi de um mês. Ela relatou que o pai morreu de cirrose e a mãe faleceu de depressão: “*Porque ela tinha muito desgosto, porque ela não tinha condições de criar do jeito que ela queria sabe? E ela falou que antes dela falecer, ela se arrependia muito por não ter essa condição (...)*”. Na época, Raquel tinha 16 anos e contou como ela passou por esse processo de luto: “*Eu tive que fazer acompanhamento, daí eu fiz acompanhamento psicológico. Tive que tomar remédio, mas foi assim...*”. Ela comentou que quem a levou para esse tratamento que foi realizado no CAPS foi a sua mãe adotiva: “*(...) eu tava na fase do colégio e eu não queria ir pro colégio, daí eu tive que ter um acompanhamento, mas não foi assim, um acompanhamento assim, forte. Foi um acompanhamento mais básico mesmo(...)*”. Raquel mencionou que acredita que a depressão já iniciou nessa fase e intensificou pela perda dos avós, pois era muito ligada com eles. Ela também relatou que teve depressão há quatro anos atrás:

*Perdi os dois bem no mesmo ano sabe? Daí o meu avô tinha câncer de próstata, eu vi ele morrendo dentro da ambulância. Daí eu tive bastante trauma. Até hoje eu sinto um pouco de falta sabe dele? E também por causa dos meus pais né? Que eu era bem apegada a eles.*

A perda da avó também foi no mesmo ano, de coração, dormindo. Esses eram os avós biológicos dela. Raquel contou que quando teve depressão ficou internada em outro hospital da cidade: *“Cheguei a ficar internada lá. Eu só dormia, me davam uns remédios lá, daí eu só dormia. Senão, eu ficava só chorando o dia inteiro. Que tive quase aquele negócio de pânico sabe?”*. Ela comentou que às vezes ainda se sentia depressiva: *“As vezes eu me sinto bastante triste, ansiosa, daí falam que é um pouco porque eu tive depressão antes, mas não sei se é realmente”*, mas não tomava nenhuma medicação há fazem quatro anos.

Raquel contou que não se lembrava dos cuidados que havia recebido na infância, mas depois falou: *“Era bem precário, assim. A gente morava pra fora, era bem complicado assim. Mas eu lembrar assim, não sei te dizer assim se era bem tratada ou não”*. Ela comentou sobre quem a cuidava: *“Era eles mesmo, meus tios, às vezes era ela, minha mãe”*, porém Raquel não especificava qual das mães ela lembrava. Ela contou que nenhum familiar contava alguma história da sua infância e ela relatou que os pais não contam e não gostam de falar sobre isso: *“Eles não gostam de falar, porque eles dizem assim ó eu sou tua mãe, ele é teu pai e deu e tu tem que aceitar”*. Raquel estava falando dos pais adotivos: *“(...) E eu também não gosto de lembrar, porque toda vez que a gente lembra, a gente sente falta né? Daí eu fico meio triste coisa, e aí eu fico meio pensativa, não quero falar com ninguém, eu tento evitar um pouco de falar sobre isso”*.

### **Experiência da gestação e da internação**

Raquel comentou sobre o momento em que descobriu que estava grávida:

*Foi um susto. Ah, eu fiquei apavorada, assim né? Báh, to grávida! Será que ele vai aceitar? O pai né? Será que ele vai aceitar? Será que os pais vão aceitar? Mas assim, eu aceitei, mas eu fiquei com aquela dúvida, até hoje eu fico meia assim, será que vou ser uma boa mãe? Será que eu vou conseguir né? Mas, à princípio eu quero ser uma boa mãe.*

Contou que descobriu a gravidez pelo exame: *“Eu fiz exame, eu pedi pra ele ir comigo, porque eu tava com medo, eu tava bem enjoada, sabe? Dai eu fui no posto né? Daí lá eles disseram faz um examezinho né? Dai eu peguei e fui no outro dia e fiz”*. Raquel mencionou que foi com o pai da criança fazer o exame. Contou que os sintomas que sentiu foram tontura, enjôo e bastante vômito. Raquel comentou que não havia desconfiado pelo possível atraso da menstruação, porque faz uso da injeção como método contraceptivo e sua menstruação era bem desregulada. Contou que quando viu que o exame tinha dado positivo pensou:

*Ah eu vi, daí eu disse assim eu não acredito, deve tá errado, vou fazer outro, daí eu peguei e fiz de farmácia, daí eu fiz 4 de farmácia. O Guilherme mesmo comprou, daí a gente fez junto, não tem como dar errado né? Agora acho que é pra valer mesmo, daí ele pegou e falou que ia aceitar né? Não tinha outra coisa pra fazer.*

Raquel contou sobre a aceitação dela e do pai do bebê desde a descoberta da gestação: *“Eu aceitei, mas ele não aceitava, ele dizia ah, já que tu tá grávida, vamos ter que aceitar (...) que ele tinha medo de contar pros pais, ele foi contar dois meses depois né? Daí ele me levou pra casa dele, pra eu conhecer os pais”*. Raquel comentou que ainda não conhecia os pais do seu marido: *“(...) porque eu não sabia que ele não tinha contado pra eles, daí eu peguei e falei, daí foi quando eles tiveram a surpresa, mas o pai do Guilherme aceitou, só a mãe dele que não aceitou muito”*. Raquel contou por que a mãe de Guilherme não aceitou: *“Porque ela não gosta de mim, ela disse que eu só engravidei por interesse, porque ele era milico né? Daí na cabeça dela ah meu filho né? Daí eu não sei, daí ela deve ter os porquê dela, ela nunca me comentou (...)”*. Raquel contou sobre como é a relação dela com os sogros e ela diz que se dá melhor com o pai de Guilherme, mas que antes os pais e os irmãos de Guilherme achavam que ela era interesseira e diziam: *“Conheceu o Guilherme e engravidou”*. Sobre a reação dos pais de Raquel: *“A minha mãe tomou uma surpresa também né? Ela disse báh, já que tá né? Vamos ter que criar. Vamos cuidar com amor, carinho né? E tentar não ser como tu era quando pequena, quando era menor, tentar dar um futuro melhor (...)”*. Raquel comentou o que sentiu quando viu que estava grávida: *“Medo. Desconfiança assim, de não conseguir, bem insegura, eu tava”*.

Sobre se houve um planejamento da gestação, Raquel mencionou:

*Por assim, eu queria né? Eu queria ser mãe, né? Mas aí, como veio eu pensei assim, eu queria tanto e uma hora ia vir né? Então que seja com a pessoa que eu goste, que eu amo o Guilherme né? Daí então no meu ponto de vista, eu aceitei bem, só a única coisa que eu não aceitei foi os outros julgando né? Eu tinha medo pelos outros, por eles julgarem eu como pessoa.*

Raquel comentou sobre esse medo: *“Eles me julgavam né? Eles falavam que eu era interesseira, daí eu tinha esse medo, entendeu? (...) a criança fosse entender, aos poucos fosse gerando né? Com esse medo né meu vô, minha vô, não me aceitam(...)”*. Raquel contou que ela e o marido não sentaram e conversaram sobre a possibilidade de ter um filho, mas nos últimos dias estavam pensando: *“A gente conversou. Eu disse pra ele né? Eu quero ter um filho né? Se acontecer hoje ou se acontecer daqui a dois, três anos, eu quero que seja contigo”*

*a gente teve essa conversa (...)*". Raquel contou como eram os métodos contraceptivos que tinham: *"Como é que eu vou te explicar? A gente usava o preservativo né? Só que sempre naquela afobação daquele negócio ali, que no fim que acaba que sempre estourava né?"*.

Raquel contou que a primeira pessoa que falou sobre a gestação foi o pai do bebê, e comentou sobre a reação dele: *"Ah ele teve medo, como eu tinha falado, pelos pais dele. Por ele também né? Porque ele era novo, e ele achava que tinha estragado a vida dele, mas por ele eu acho que por ele aceitaria (...)"*. Ela comentou que mandaram embora Guilherme do quartel, pois achava que já estava no tempo dele sair. Depois de contar para o pai da criança, Raquel contou para sua mãe.

Raquel descobriu que estava grávida com dois meses de gestação e iniciou o pré natal. Começou com as consultas em um posto, totalizando seis consultas e depois passou a ir ao HUSM por conta própria: *"Porque lá não tinha mais recurso né? E eu com dor e dor"*. Fazia consultas mensais e agora estava fazendo consultas semanais. Com a internação, o médico a avalia diariamente junto com o bebê. Raquel teve uma infecção no decorrer da gestação:

*Foi assim, eu tava fazendo pré natal no posto. Daí lá, eu peguei infecção urinária, no posto mesmo. Daí disso, eu comecei a fazer exame e não sabiam o que que é. Achavam que era do estômago, ou alguma coisa, porque eu sempre tava vomitando sempre, né? Com febre, daí começaram a me tratar pro estômago, daí eu fiz ultrassom do estômago, do abdômen total e coisa... Ali não apareceu nada, daí eles não trataram mais, sabe? Pra infecção nem nada, porque eles não enxergaram a infecção. Aí eu comecei a passar mal, daí eu vim pra cá. Aqui pro CO. Daí aqui, eles começaram a me tratar, daí eu fiquei internada aqui, eu vim dia 28 de abril e saí dia 03 de maio. Que tive internada a primeira vez. Agora eu voltei dia 29, agora de maio e tô até agora.*

Contou que no hospital descobriram que ela tinha infecção urinária e que sua infecção já estava indo para o rim, por isso necessitou de internação, por uns cinco dias. Depois de um mês, retornou para o hospital pela mesma demanda, infecção urinária, Pielonefrite. Comentou que sentiu muita dor, muita contração e febre: *"Tive bastante febre e enjojo e vômito né? Por causa da gravidez também"*. Raquel contou que isso não afetaria o bebê: *"(...) Mas é mais pra mim, mas e como eu tive pressão muito baixa né? Eles tavam com medo que desse alguma coisa no nenê. Aí a médica veio me explicou daí disse que não é pressão baixa que eu tive. É pressão alta"* e complementou *"é, é ao contrário. Daí ela explicou, daí ela disse que é perigoso né? A mãe ter a pressão muito alta, daí eu tenho a pressão um pouquinho alta"*. Contou que quem falou para ela que precisaria ficar internada, foi o médico que estava acompanhando o pré-natal e descreveu como foi o processo: *"Ah, eu fiquei com medo né, que acontecesse alguma coisa com a nenê e comigo também. Daí eu não sabia até então o que eu*

*tinha, daí eles descobriram, depois eles me acalmaram um pouco. Eu só chorava, chorava”. Sobre o sentimento de medo, comentou: “eu tenho um pouco, porque eu tive depressão, daí eu sinto um pouquinho de medo sabe?”.*

Raquel relatou que estava tomando várias medicações, da infecção nos rins, para enjôo e ânsia, para a pressão e tomava diariamente soro fisiológico para anemia. Comentou que tem bastante contração e a alimentação estava sendo regrada pela nutricionista em função da intolerância a lactose e pressão alta. Comentou que não estava tomando nada para depressão e ansiedade: *“Não, eu parei de tomar. Até eu falei com a médica que eu queria, porque às vezes eu fico meio ansiosa, assim com medo, por causa que uns dizem que o parto dói muito, daí eu fiquei assim (...)”.* O marido dela ficava todo o tempo de acompanhante no hospital e comentou:

*É que assim, no início, ele não aceitava a gestação né? Ele não queria ter um filho com 19 anos e ele achava que... Até porque ele tava no quartel né? Daí teve que sair do quartel, procurou outro serviço, agora é difícil pra ele, aí ele colocava sempre a culpa em mim, que era eu que tinha estragado a vida dele, daí junto com isso, começava eu com as minhas ideias né? De será que eu fiz alguma coisa errada? Meus pensamentos assim. Daí eu tinha medo de entrar em depressão de novo.*

Raquel contou que não fazia e nem fez uso de cigarro, mas de maconha já fez e tomava cerveja também até os três meses da gestação: *“Eu sentia vontade, porque eu tinha amigos que fumavam sabe? E daí eu sentia aquela ansiedade né? Eu achava que eu fumando eu iria me sentir melhor. Daí não foi bem assim”.* Comentou que nunca tinha fumado antes, mas como os amigos ofereceram, ela e o marido acabaram fumando junto. Contou sobre a sensação de fumar maconha: *“Então, eu achava que eu tava bem né? Eu fumava e ficava viajando né? Mas assim, mas mais pra me acalmar mesmo, porque eu tomava chá de camomila e não adiantava (...)”.* Ela contou para o médico quando fez a consulta de pré-natal: *“É, porque tinha gente que dizia, no caso, assim vizinho, dizia tem gente que fuma e bebe até o final da gestação e faz bem e tem gente que faz mal e aí eu peguei e falei pro médico”.* Comentou quando decidiu parar: *“Foi quando eu tive uma consulta com o médico e daí o médico falou para mim que eu tava me... que a minha saúde tava ficando mais fraca, né? Tava mais exposta a um monte de coisa, tava me fazendo mal”.* Sobre o uso da bebida alcoólica falou:

*A bebida era pra mim, sei lá, não pensar assim. Eu não queria tá grávida naquele momento tá? Porque eu achava que a culpa era minha de ter estragado a vida do meu marido, no caso. Porque ele teve que sair do quartel, teve um monte de problema. A gente só brigava, a gente queria se separar, daí a gente se separou,*

*ficamos 15 dias separados, depois a gente voltou, porque eu sou muito ciumenta e agora temo aí.*

Comentou que foi difícil parar: *“Ah, demorei mais ou menos um mês (...) eu achava que aquilo ali tava me fazendo bem (...) eu não aceito muito a opinião dos outros (...) Mas eu aceitei depois, pra fazer o bem pra minha filha né? E pra mim”*.

Raquel comentou que foi informada pela médica na sua internação que sua gestação era de alto risco: *“Que devido à infecção que eu tive, eu podia entrar com parto, no caso prematuro né? Ia nascer um pouquinho antes e também porque ela já tá bem, no caso... como é que se diz? Encaixadinha”*. Contou que começou a chorar na hora que a médica a informou: *“Ah, foi um pouco, foi surpresa, fiquei surpresa né? Achei que tava tudo bem é? Eu achava que comigo podia tá ruim, mas com ela não, daí eu fiquei meia surpresa sabe?”*. Mencionou que por isso os médicos iriam fazer o parto antes: *“Por causa dessa infecção que eu tive, daí vai ser prematuro por causa que ela já ta encaixada, já tem peso certinho. Eles acham que se demorar muito, daí eu vou me prejudicar ou prejudicar o neném. Foi o que a doutora falou”*. Comentou sobre os cuidados que possuía por ser uma gestação de alto risco: *“No caso eu não posso tomar banho sozinha né? Porque é perigoso e eu não posso me abaixar muito, fico um pouco tonta ainda, é isso, e aí sempre tem que ter uma pessoa no quarto pra me ajudar (...)”*. Sobre o atendimento realizado pelo hospital, Raquel comentou: *“É bom, é bem tranquilo. Porque aqui foi o único lugar que eles descobriram o que eu tinha, né?(...) não tenho nada pra reclamar assim, é bem atendido, bem bom”*.

## **Experiência da maternidade**

Raquel contou sobre o seu desejo de ser mãe:

*Acho que foi, acho que foi aos poucos, eu fui crescendo assim, na minha adolescência também, né? Que eu pensava depois dos 20, eu vou ser mãe, senão eu vou ficar muito velha, eu sempre tive isso na cabeça, não sei explicar, mas eu sempre pensava, depois dos 20, já vou tá madura pra ter um filho, depois que terminar os estudos né? De arranjar um serviço, um namorado, eu pensava. Daí quando o Guilherme, quando eu conheci o Guilherme, daí a gente não mediu muito as consequências né? Daí então aconteceu daí”*.

Comentou qual a sua motivação em ser mãe:

*Eu quero ser mãe pra mim dar o que eu não recebi, tudo que eu não tive quando eu era pequena assim, pra mim ver que o que aconteceu comigo, pode ter acontecido com várias outras pessoas, mas eu quero que não aconteça com uma pessoa que seja a minha filha, quero que no caso. Muitas mães deixam os filhos, ai sofrem né? Mas eu quero que a minha, no caso, não aconteça com a minha, quero ser diferente.*

Raquel contou que está conseguindo se ver como mãe e relatou sobre o sentimento: *“Eu tô achando bem difícil. Eu achei que fosse mais fácil, sabe? Que eu não fosse sentir dor, essas coisas, que eu não tivesse tanto medo, mas é bem difícil, não é aquilo que eu pensava que fosse tão fácil”*. Ela comentou desde quando ela começou a se ver como mãe: *“Desde o momento que eu me aceitei, com 5 meses, (...) é uma criança, a criança não tem nada a ver com os problemas tanto na infância quanto no momento que eu tava passando, eu tava um pouco insegura. Acho que é isso”*. Anteriormente, Raquel comentou que havia aceitado a gravidez desde o início, mas nesse momento da entrevista ficou em dúvida: *“É um pouco. Eu tava aceitando, mas daí sempre tem um né, um amigo ah, tu tá grávida e o Guilherme com 19 anos e tu com 24, o Guilherme sai, (...) daí sempre julgando né, sempre falando, daí”*. Raquel relatou que esses comentários pesam bastante, e a deixam triste, e são feitos tanto por amigos do Guilherme, quanto por amigos dela. Também contou que Guilherme parou de fazer festa.

Contou que estava conseguindo se ver mãe e ter um contato maior com a filha: *“Não, me sinto já. Porque eu converso, antes eu não conversava, agora eu já converso, já... quando eu sinto os mexidinhos, eu já digo oi minha filha, tu tá aí, a mãe te ama essas coisas assim, então eu já aceito assim, sabe?”*. Raquel comentou o que ela considerava como positivo na gestação: *“Eu acho que a vida, a vida dela, é o que mais importa é a vida da minha filha né? A vida dela, a saúde dela, tudo que inclui ela”*. E o que ela considerava como negativo: *“No momento não, eu tento evitar pensar assim em besteiras, como se diz, tento pensar positivo em relação a ela”*. Raquel contou sobre essas besteiras: *“Ah assim, pelos outros, o que que os outros estão falando, não vou pelos outros assim, eu já fui muito ah, porque que tu vai ter uma filha, se ele vive na rua, saindo, pra que? Não precisa, se separa, essas coisas (...)”*, e complementou que esses pensamentos eram dela e dos outros.

Raquel contou qual o sentimento dela em relação à gestação: *“Eu sinto, eu me sinto feliz assim, porque eu vou ter uma filha né? Vai ser sangue do meu sangue, (...) eu tenho uma coisa que ninguém vai poder tirar de minha que é minha filha, (...)”*. Ela comentou sobre a angústia que possui na gestação e dizia ter medo de dar banho e se ela será uma boa mãe, e apresentava preocupação com o nascimento da filha, além de outra: *“Se ela vai entender que eu sou a mãe dela, que ela, eu fico com essa preocupação”*. E complementou: *“Eu não sei assim, eu tenho assim na minha cabeça, sabe? Esse medo assim, será que ela vai me aceitar, como mãe? Né?”*. Comentou sobre a sua relação com a sua mãe biológica: *“Eu aceitava a minha mãe do jeito que ela era, por mais que todo mundo julgasse, ela não tem condições,*

*ela é pobre essas coisas, eu aceitava, gostava da minha mãe”, e se aceitou a sua mãe adotiva: “(...) eu sempre dizia, essa senhora me tirou da minha mãe, aí depois que eu fui entender (...) não aceitei muito, eu entendi. Eu respeito, sempre respeitei ela, mas aceitar, não aceitei não”.*

Raquel contou que não pretendia ser uma mãe como a mãe dela foi para ela, se referindo as duas mães: *“Eu quero ser uma mãe assim, presente né? Bem presente, quero dar se possível o que tiver no meu alcance né? Educação, saúde né? Quero ser uma boa mãe”.* Raquel comentou o que ela acreditava que podia fazer de diferente de suas mães: *“Acho que educar mesmo, educação né? Porque educação pra pessoa crescer bem, estudar, ter vontade de estudar, acho que vem da educação de casa mesmo, não xingar, não brigar, não bater”.* Contou que teve muita briga presente em casa: *“Quando pequena, tive bastante briga lá em casa, eles brigavam bastante daí, eles descontavam nas crianças”.*

Ela comentou o que mudou na vida dela depois que descobriu que estava grávida: *“Ah mudou muita coisa, eu não podia mais fazer academia, não podia caminhar muito longe, já sentia falta de ar, mudou bastante a minha rotina né? Tinha que mais ficar em casa, né? (...)”.* Raquel comentou como ela imagina a sua filha: *“Vai ser gordinha, moreninha, vai nascer com o narizinho do pai (...) com a orelhinha, que nem nós sabe? Um pouco de cada um, dos dois”.* Raquel mencionou que não mudou a imagem que já possui da filha ao saber que está passando por uma gestação de alto risco.

Contou quem ela considerava que estava a ajudando na gestação:

*Eu mesmo, porque se eu não me ajudar, ninguém vai me ajudar, se eu não pensar assim eu vou melhorar, eu vou tomar o remédio, procurar que a Roberta vai nascer bem, acho que ninguém vai, sabe? Porque eu já fui muito julgada quando era mais nova, eu era bem festeira então, já fui muito julgada, então agora não vou pela dos outros, vou por mim, porque se eu não fizer, ninguém vai fazer por mim.*

Também comentou que o seu marido estava a ajudando: *“Ajuda assim mais em conversa, eu acho, ah vamos fazer assim, o que que tu acha? Se tu não gostar vamos deixar então, não vamos fazer ele fala assim”.* Raquel mencionou como a família dela participava da gestação: *“Ah participa assim, me liga, né? Como é que tu tá? Roberta tá bem? Fez os exames? (...) eu e o Guilherme resolveu, nós dois e a Roberta. Até pra gente ter um relacionamento, uma família vai ser só nós três (...)”.* Ela contou que a última vez que saiu de casa foi por uma briga que teve com a sua mãe adotiva, e a discussão foi porque Raquel queria ficar com o Guilherme: *“Ela não acirrava muito, porque o Guilherme... Ela achava meio riquinho, vai querer só usar e isso”.* Raquel contou que às vezes a sua família a ajuda financeiramente e



comentou sobre a visita paterna: “*Às vezes ele vem assim, mas eu não tenho muito contato porque aconteceu certos acontecimentos sabe? Eu não gosto nem de falar, desavenças assim, daí não tenho tanta ligação quanto com a Dona Ana né?(...)*”. Raquel não quis comentar sobre essas desavenças.

### **Experiência do parto e da vinculação mãe e bebê**

Raquel fez a terceira entrevista quando Rafaela tinha um mês. Rafaela nasceu com 41 semanas, com 3kg 425g e 49cm. Raquel contou que estava sentindo uma dor muito forte, como se fosse uma cólica com bastante vômito e foi para o Centro Obstétrico:

*(...) tu não tem dilatação, tu não tem nada a gente vai ter que induzir. Por causa que a tua pressão ta muito alta” tava quinze por dez, “ai tua pressão ta muito alta” ai começaram a induzir. Dai eles colocaram do dia vinte e sete até o dia vinte e oito né, que mais ou menos... é deu doze hora, que eu cheguei antes do meio dia, dai ela nasceu no outro dia nasceu às quatro. Ai entre esse horário eles induziram, colocaram quatro comprimido ai no quarto comprimido tava cinco... cinco centímetro parece de... eu sei que tinha que chega a dez, dez de dilatação ai tava cinco. Ai quando colocaram o quarto comprimido eu senti bastante contração, bastante dor, ai a doutora foi lá faze o exame de toque dai no quarto comprimido estourou a bolsa. Dai eles olharam “não já ta dez, vai nasce agora. Tá nascendo”. Ai foi quando ela encaixou bem direitinho, saiu só a cabeça. Ai dai, dali do CO onde eu tava até chega na sala eu... foi sofrido porque a criança tava com a cabeça ali né e eu não conseguia fechar as perna (risos). Ai eles se esperaram, dai eu tive que espera um pouquinho pra i em cadeira de roda pra leva né. Procedimento do parto dai né.*

Ela descreveu o parto como: “*Vinte minutos piores da minha vida*”, e complementou: “*Foi horrível. Eu não peguei anestesia, foi três... três agulhada pra pega anestesia e nenhuma... eu sentia tudo tudo tudo*”. Contou que o parto foi normal:

*Parto normal. Só que dai eu tive pontos igual. Que foi... a cabeça saiu só que dai o corpo não saia de jeito nenhum. E eu fazia força, força e eu tive pré-eclâmpsia. E não, não dava... não tinha mais força eu não tinha daii eu... dava como se eu fosse desmaia sabe por causa da pressão muito alta, e eu não aguentava mais e a doutora: “vamo te que corta” e eu loca de medo né e a hora que foi o corte Deus me livre... foi horrível, a dor foi horrível. Eu disse: não, não nem corta mais que eu não quero mais nada mas eu quero só... deu acabou. Não né, a criança tem que nasce né. Ai deu... deram seis ponto, um corte bem.*

Relatou que fizeram três anestésias, mas que não adiantou, pois sentia tudo: “*Não pego, A doutora falo que “não, tu ta anestesiada sim” eu disse “não tô, porque eu tô sentindo tudo”. Eu falei “eu tô sentindo vocês colocarem a tesoura, quando vocês fizeram o corte, quando deram os pontos (...)*”. Raquel contou que quem a acompanhou na hora do parto foi a sua mãe, pois o marido quase desmaiou: “*Ai eu de tanta dor, eu mordi a enfermeira. Eu fiquei*

*louca de vergonha depois que nasceu a Roberta, pedi desculpa, (...) e a mãe torcia os dedos, ficou três dias sem dormir(...)*”.

Reiterou que foi muito difícil ganhar a filha, que a pressão estava muito alterada e dificultou o processo do parto: “(...) *ai eu disse “eu acho que a Roberta vai ficar só ela...” e a doutora “não a gente vai marcar porque se tu tiver outro filho é muito arriscado”. Dai eles marcaram pra mim bota o dia (...)*”. Explicou porque desse método contraceptivo: “*Ela disse que é pra mim cuidar bastante porque acho que a próxima, eu não vou aguentar, porque ela disse “a gente achava que tu não ia aguentar porque tu tava quase desmaiando já, que não tinha força(...)*”. Raquel contou que a gestação era de alto risco por conta da infecção que teve, mas, durante o parto também foi diagnosticada com pré-eclâmpsia, e pela pressão ter aumentado bastante durante o parto, a médica considerou um risco muito grande para a mãe e para o bebê, caso ela pensasse em uma segunda gestação.

Contou que ficou no hospital uma semana após o parto, pois estava apresentando bastante vômito, e devido à força que utilizou no parto teve uma dilatação no olho e estava enxergando um pouco embaçado, por isso estava esperando o médico oftalmologista a avaliar. Além disso, antes de ganhar alta, a médica a encaminhou para a psicóloga. Sobre a psicóloga falou:

*Porque o Guilherme falava que ia me internar porque eu chorava muito. Sim, porque eu tava preocupada né... porque depois eu tava com dor, ai ela chorava, eu também chorava junto né... ai ele... do jeito dele né ele pego e falo... “ai não tem um remédio pra tomar, pra ela se acalmar?”. Dai que me passaram pro psicólogo. Eu aceitei, porque é sempre bom conversar com alguém.*

Raquel contou sobre quando seu leite desceu: “*No terceiro dia, que ela nasceu. Desceu melhor, porque nos primeiros dias eu não conseguia, chorava de dor (...), dai eles começaram a dar suplemento e deram nestogênio que ela tá tomando até agora*”. Ela falou que desde então, a filha continua com o suplemento e o peito. Porém, ela fez um exame no posto de saúde onde estava fazendo seu pré-natal, até ser encaminhada para o Hospital, e apareceu uma bactéria no sangue e o médico pediu para ela não dar mais o peito para a filha, pois segundo o médico Raquel tinha “*leite venoso*”. Ela não soube explicar o que seria isso:

*Não explicaram nada porque eu só perguntei “o quê que eu tenho doutor? Que o senhor falou que é pra dar suplemento só dá o suplemento agora, não posso mais dar o peito?”. Dai ele disse “não, isso ai é normal. Só que tu tem o leite venoso que é quando tem uma bactéria e pode passar pro nenê”. Eu disse “mas eu não sabia”. Dai ele não me explicou muita coisa porque ele tava com um pouco de pressa também, e eu também, eu tinha deixado já a nenê já toda a manhã já sozinha com a*

*mãe né. Dai a mãe não sabe ainda né da leite e coisa tudo certinho. Dai agora no exame, no resultado ele vai explica melhor, ele falou.*

O procedimento era que esse exame de sangue fosse repetido e que a Raquel, por quinze dias, não desse o leite para a filha, até o resultado sair, mas ela decidiu continuar dando o seu leite: *“Sim, porque ela chora... e ela não pega muito assim a mamadeira, só quando ela tá com muita fome e eu não vou deixa ela com muuita fome né. Ai eu dou leite”*. Contou que nos primeiros dias foi muito difícil e dolorido amamentar a filha, mas que já estava sendo tranquilo e sem dor.

Raquel comentou como foi ver a filha pela primeira vez:

*Aa, eu chamava ela... eu tava ali nos ponto, tavam me costurando como se diz né, eu olhava pra ela e dizia “ó Roberta a mamãe ta aqui, tu não chora” (risos). Ah, foi muito legal, eu chorava (...)”*. Também comentou sobre como estava sendo a relação com a filha: *“Tranquila. To gostando dela assim... eu converso com ela, digo pra ela “quando tu tiver seis mês, tem que ta conversando com a mamãe”. Ai ela fica assim, ela da parece umas enrolada, mas é impressão só sabe. Que ela reclama, ela faz “ã..ã..ã”. Ela fica olhando assim pra mim, ela olhaa assim... ai eu digo pra ela “a mamãe vai sai daqui, vai lá pro outro lado” dai ela acompanha né. Ai eu digo pra ela “ a mamãe e o papai tem que te ensina. Não fica no colo de todo mundo... que depois fica com balda, dai não dá”. Dai o Guilherme chega, agora ele ta trabalhando de novo, o Guilherme chega assim e diz assim “e o papai? O papai chego, tu viu papai chego... agora vo toma banho, tu fica quietinha...” ela fica bem quietinha.*

Raquel falou como estava se sentindo mãe: *“Ai, muito bem. Era tudo que eu queria né... agora eu to... só um pouco de medo de vez em quando da um medinho. Será que ela tá gostando... será que ela ta entendendo né, às vezes dá assim (...)”*, sobre o medo relatou: *“Ah, eu tenho medo que ela não escute assim, que ela não entenda tipo... eu sempre falo “a, a mamãe vai ali, ela já vem”. Eu não sei o quê que ela ainda pensa, se ela já ta pensando sabe, não sei se ela entende... é isso”*. Contou qual era o maior desafio na maternidade: *“Desafio... eu acho que é na parte da noite (risos). Eu não consigo dormir eu fico preocupada com ela assim... às vez ela ta dormindo e eu fico acordada ali só pra fica olhando assim, acho que é isso. (...)”*. Para Raquel, ser mãe é melhor e mais fácil do que ela imaginava, pois pensou que fosse mais difícil. Contou que no momento não estava com nenhuma preocupação, só futuramente: *“Assim ó, me preocupo futuramente. De coloca, no caso, ela na creche, se ela vai se bem cuidada, essas coisa me preocupa sabe, a educação dela, mas assim agora, agora não”*. Ela comentou que já tinha conseguido estipular uma rotina de horários com a filha.

Raquel comentou que o que a deixava feliz em ser mãe era ver o sorriso da filha ao acordar e, falou o que a agradava em ser mãe: *“Me agrada como mãe... acho que ser mãe. Eu*

acho...”. Sobre o que a desagradada contou: *“Quando xingam assim, quando falam “ vai cuida da tua filha” tipo “ai, olha lá” algo como se eu não tivesse olhando, cuidando sabe. É isso”*. Comentou quem normalmente quem a chama atenção são seus pais. No momento da entrevista, Raquel contou que estava morando com seus pais, junto com a filha e o marido, pois na casa que estava morando tinha muitas escadas e estava com muita dificuldade de subir em função da dor na coluna. Também falou que estava sendo complicado morar com os pais pelos horários deles, já que eles têm o costume de ir dormir seis da tarde e após esse horário não podem mais fazer barulho, mas comentou que pretendem alugar algum lugar em breve, já que o marido estava trabalhando de carteira assinada.

Raquel comentou como é o seu marido enquanto pai: *“É, bem... bem presente”* e como estava acontecendo essa ajuda: *“Ele chega já diz, “trocou? Não trocou? Vou lá trocar” vai lá e faz “já deu mama? Não deu?”. Sempre ta ali. Bem presente nisso”*. Como Raquel contou nas primeiras entrevistas, a relação com os familiares do seu marido era complicada e após o nascimento da filha continuava: *“Ele não ta indo mais lá. Depois que ela nasceu, ele não falou mais com os pais né (...). Mas os irmãos já foram lá em casa, na nossa casa ali dos meus pais, foram lá conheceram o nenê”*. Falou que é por causa dela que a mãe de seu marido não quis conhecer a neta, pois ela não gosta de Raquel: *“É, mas ela acha... ela sempre me chama de monguinha né, aí ela diz assim “não, não, não, não... não vou i lá vê a monguinha, a monguinha dois lá. Não quero sabe”. Ai eu fico meio assim né”*. Esclareceu quem era a monguinha: *“É a gurizinha, a Roberta que nasceu. Eu sou a monguinha... que eu não tava trabalhando e eu tava grávida. Dai agora o apelido pra ela lá ficou monguinha. Agora como nasceu minha filha... minha filha é a monguinha dois”*. Raquel falou que a filha é a primeira neta e sobre a avó paterna mencionou: *“Quem sabe algum dia ela muda de ideia”*.

Também comentou como estava sendo a relação com a sua mãe: *“A gente não conversa muito assim sabe, é mais assim em relação á Roberta né. A gente brinca e coisa, ela brinca e senta no sol ai senta eu a Roberta e ela né (...)”* e sobre a relação com o pai contou:

*Não falo muito com ele porque ele assim... ele falo assim ó, na última conversa que eu tive com ele disse que como eu te peguei pra cria eu sou teu pai, o quê que acontece... tu tem que se como eu fui, e eu não concordo. Porque eu não sou ele né, aí então a gente não ta muito se entendendo por causa disso, que ele disse “ai tu tá na minha casa, tem que se como eu” eu peguei e falei pra ele “eu nunca vou ser que nem o senhor, que o senhor é homem eu sou mulher. É bem diferente, eu tenho um pensamento o senhor tem outro”. Sim, mas uma conversa tranquila sabe, mas ai depois disso a gente não ta se dando muito. Ele acha que eu tenho que parecer com ele né, te a educação que ele teve, mas é diferente.*

Raquel contou que o marido e a mãe estão auxiliando nos cuidados com a filha: “(...) *A mãe me ajuda de dia até á hora do Guilherme vim do serviço, ai na hora que ele vem do serviço ele fica, que ele vem mais tarde né pelas sete, sete hora, então dai o Guilherme me ajuda de noite*”. Quem fica com a filha quando ela precisava sair era a mãe de Raquel. Raquel também comentou que desde que a filha nasceu não bebeu nem fumou mais, mas falou: “*O Guilherme esses dias tava me comentando que dava vontade de fuma dai eu disse pra ele “não, não vou te proibir de fuma né, mas assim, perto dela não né*”. O fumar que Raquel mencionou foi sobre fazer uso de maconha: “*Eu disse pra ele, eu já parei de fuma por causa que né... eu já tava errada fumando né, mas ai imagina tu vê um rostinho lindo assim e fica fumando. Não dá*”.



## **CAPITULO IV DISCUSSÃO**

O objetivo deste estudo foi conhecer a vivência da maternidade em mulheres que se encontravam na sua primeira gestação com o acréscimo do diagnóstico de gestação de alto risco. A partir da descrição dos resultados, serão discutidas a seguir, com base na literatura, as principais considerações a respeito dessas experiências.

A discussão foi dividida em tópicos com base no referencial teórico estudado. Compreende-se que nesse estudo as participantes constituíram a maternidade e a relação mãe e bebê, dentro da vivência de ser a primeira gestação e com o acréscimo de ser de alto risco. Por isso, a ordem da discussão ficou a primeira gestação, posteriormente com a experiência de a gestação ser de alto risco, para então aprofundar a constituição da maternidade, bem como a relação mãe e bebê. Assim, essa discussão acontecerá, de modo a observar melhor características dos quatro processos que, ao final, caracterizarão o fenômeno que está sendo estudado.

### **Primeira gestação**

No processo de tornar-se mãe é importante compreender como foi o período que antecedeu a gestação. Todas as participantes apresentavam uma peculiaridade na sua condição de saúde, que acreditavam ser mais difícil de engravidar e por isso não tomaram as precauções necessárias no momento. Percebe-se que nenhuma gestação foi planejada, mas também não houve um cuidado para não engravidar. 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. Dessa forma, cabe discutir sobre o desejo de ser mãe para essas participantes. Daniela gostaria de ser mãe, mas acreditava que não fosse possível devido às cirurgias que foi submetida, além dos médicos falarem da dificuldade que ela teria em engravidar. Raquel também desejava ser mãe, mas estava com receio dos julgamentos dos outros. Carolina deixava bem claro o intenso desejo de ser mãe e já ia construindo um espaço para esse filho na vida afetiva dela. Porém, Tais contou que já sentiu o desejo de ser mãe, mas no momento da entrevista não tinha mais.

Esses argumentos de métodos ineficazes, como deslizos, afobações, uso de outras medicações que cortavam o efeito do anticoncepcional, ou alguma decorrência de saúde que acreditavam não ser possível engravidar, pode apresentar conteúdos latentes e manifestações inconscientes dessas participantes, pois nenhuma se preveniu de fato para não engravidar.

Logo, há um relato paradoxal nas concepções das gestações não planejadas. O querer ter filhos já era identificado, demonstrando que apesar das gestações não terem sido planejadas, as entrevistas confirmaram que as participantes gostariam de ter filhos. Corroborando o exposto, a pesquisa de Vieira e Zornig (2016) com três mulheres-mães, constatou os mesmos resultados, demonstrando uma diferença entre gestação não planejada e indesejada. As autoras comprovaram que na pesquisa era mais apropriado abordar as gestações como não planejadas, pois foi percebido através dos relatos das participantes a presença de um desejo, indicando um movimento inconsciente. Do mesmo que na pesquisa de Vieira e Zornig (2016) em nossa pesquisa todas demonstraram o desejo de ser mãe, mas não o planejamento.

Ao descobrirem as gestações, as participantes relataram os sentimentos que foram despertados nesse momento. Carolina foi à participante que relatou o sentimento de felicidade. Daniela falou sobre o medo de julgamento e de ser comparada a mãe dela. Já, Tais e Raquel negaram a gestação de início, se sentindo apavoradas, com medo e inseguras. Esses dados corroboram o estudo de Zanatta e Pereira (2015), com seis gestantes primigestas, que relataram sentimentos ambíguos, como alegria, angústia, insegurança e negação ao descobrirem que estavam grávidas. Do mesmo modo, o estudo de Leite et al. (2014) onde as nove participantes mostraram sentimentos semelhantes, como felicidade e tristeza ao descobrir a gestação. Mesmo após a confirmação com o exame clínico da gravidez, o processo de mudanças e adaptações continua, onde contorna ganhos e perdas e isso pode fundamentar o aparecimento de sentimentos ambíguos (SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013).

Conforme os trimestres na gestação foram passando, os sentimentos das participantes mudaram. No último trimestre da gestação, Daniela mencionou amor e insegurança. Raquel falou de felicidade e reiteirou que a filha era só dela, e ninguém poderia tirar dela. Acredita-se que Raquel mencionava isso em função de sua vivência da adoção, onde se sentiu sendo retirada da sua família de origem. Carolina comentou que era só alegria, demonstrando uma grande realização com a gestação. Já Tais demonstrava sentimentos ambíguos e às vezes arrependimento quanto a gestação. Independente da gestação ser planejada ou não, sentimentos distintos podem ser vividos nas gestantes. Quando não for planejada, apresenta como uma surpresa positiva ou negativa, mas pode provocar emoções desde bem-estar e alegria a tristeza e desamparo. Mesmo sendo planejada, a gestação pode ser descrita por emoções de tensão, carinho e amor, e mesmo nesse contexto de planejamento surgem sentimentos de apreensão e dúvida (CAMACHO et al., 2010). Porém, ter sentimentos



diferentes no processo gestacional é natural, e todas as participantes, no seu processo e seu tempo aceitaram a gravidez, pois decidiram mantê-la, não optando pela sua interrupção.

Após a descoberta da gestação, três participantes relataram a dificuldade de conseguir se ver mães. Daniela, Tais e Raquel contaram que se visualizar nesse papel ainda estava confuso. Tais e Raquel foram às participantes que demoraram a aceitar a gestação, e com isso estavam com mais dificuldades de se visualizarem mães. Sabe-se que para se habituar a nova etapa da vida que é estar grávida requer um tempo, necessitando de uma reorganização subjetiva de uma mulher (BRASIL, 2016). Para contrastar, Carolina sempre se viu mãe, pois a gestação era a concretização de um desejo intenso. O desejo pelo filho é um dos primeiros fatores a se ponderar na construção da função materna. O lugar que o filho toma no desejo dos pais pode anunciar como a função materna irá se determinar (THEISEN; NODARI, 2014).

Além da dificuldade de se verem enquanto mães, as participantes também demonstraram as angústias da gestação. Daniela e Tais relataram medo da hora do parto. Compreende-se que o momento do parto desperta muita ansiedade e receio na gestante principalmente pelo medo da dor do parto normal (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011). A angústia de Carolina era de não ter leite, porque possuía um desejo intenso de amamentar. Corroborando o estudo de Vaz et al. (2014), no qual demonstrou que quando a mãe não consegue amamentar, ela vivenciará sentimentos de tristeza e angústia. Raquel contou sobre os medos que possui, como, por exemplo, de atividades de higiene com o bebê, se vai conseguir ser uma boa mãe, além do receio de se o bebê a reconhecerá como mãe. Percebe-se que Raquel não se reconhecia como filha de nenhuma das suas duas mães, e demonstrava a necessidade de construção dessa relação com a sua filha, onde já possuía o desejo de que a filha a reconheça enquanto mãe.

Pode-se compreender que, a descoberta da gestação para as primigestas desse estudo, foi marcada pela programação ou não de ter um filho e pelo desejo ou não de ter um filho. Essa experiência foi carregada de múltiplos sentimentos, que foram marcados pelas possibilidades de se ver no papel de mãe, além das angústias do percurso da gestação. Porém, essa vivência poderá modificar quando se descobre que a gestação possui o diagnóstico de alto risco.

### **Gestação de alto risco**

No percurso da gestação, além dos sentimentos despertados, as participantes tiveram que lidar com um incremento a mais, porque suas gestações foram consideradas de alto risco. Mas a causa de alto risco era distinta para cada participante. Daniela tinha muita

predisposição de ter infecção urinária recorrente das treze cirurgias na barriga que a colocavam em risco durante a gestação. A infecção urinária pode ser considerada uma das causas das gestações de alto risco (BRASIL, 2010). Além disso, a barriga de Daniela não podia crescer muito, devido às cicatrizes, o que merecia acompanhamento dos médicos. Tais era obesa e diabética, o que a colocava em alto risco durante o processo gestacional (PAIVA et al., 2012; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011). Carolina contou que durante a gestação teve diabetes mellitus gestacional. A diabetes mellitus gestacional é um agravante nas gestações acrescentando risco para a mãe e para o bebê (BOLOGNANIL; SOUZA; CALDERON, 2011). Já Raquel teve infecção urinária, e não foi tratada corretamente, acarretando uma infecção no rim, pielonefrite (BAUMGARTENA; MASTALIRB; AZEVEDO, 2011; BRASIL, 2010). Além disso, tomava remédio para pressão, pois teve pré eclampsia no final da gestação (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

As participantes relataram como foi ficar sabendo que estavam passando por uma gestação de alto risco. Daniela afirmou que por ter passado por tantas cirurgias já tinha a idéia de que sua gestação seria de alto risco, e segundo ela não impactou na construção da maternidade. Para Tais, Carolina e Raquel foi mais difícil, e afirmaram que ficaram com medo de má formação e nascimento pré maturo no bebê. Compreende-se que o medo, a incerteza e a insegurança constituem qualquer gravidez, porém esses sentimentos são intensificados nas gestantes de alto risco (OLIVEIRA; MADEIRA, PENNA, 2011). No estudo de Azevedo et al. (2009), as 20 gestantes e puérperas que apresentaram pré-eclampsia relataram surpresa, além de demonstrar ansiedade e medo da doença e suas consequências tanto para a mãe quando para o bebê. A pesquisa de Mançú e Almeida (2016), com nove gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional manifestaram sentimentos negativos como estresse, medo, insegurança e aborrecimento por conta dos sintomas da doença e privação alimentar.

Para acrescentar a esse diagnóstico de alto risco, Tais fez uso de cigarro e Raquel fumava maconha e ingeria cerveja, ambas até os três meses da gestação. Elas resolveram parar, pois sabiam que estavam fazendo mal para o seu bebê, mas percebem que utilizavam cigarro e maconha para conseguir ficarem calmas diante da notícia de estar esperando um bebê e terem dificuldades na aceitação da gestação. Sabe-se que a gestante que possui o hábito de fumar contribui para que o feto se tornar um fumante involuntário, causando danos no seu desenvolvimento. O feto pode ter má formação, problemas respiratórios e baixo peso ao nascer (SANTOS et al., 2015). Da mesma forma como a maconha, que provavelmente seja a droga ilícita mais usada durante a gestação (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015). Para os

mesmos autores esse uso também pode ocasionar malefícios, como, perda da vergonha, sensação de euforia e relaxamento, diminuição da memória, mudança de percepção no espaço e no tempo, além de prejuízos cognitivos e emocionais. Do mesmo modo o uso do álcool durante a gestação também pode causar efeitos comportamentais, emocionais, cognitivos e físicos. Por isso, a abstinência total é a precaução que a gestante deve adotar, pois ainda não se sabe qual a quantidade e frequência do uso de álcool que pode ocasionar danos ao feto (TACON; TACON; AMARAL, 2017).

Sabe-se que, devido o incremento de risco na gestação, e as consequências que poderiam vir dele, como má formação ou prematuridade, as gestantes poderiam ter modificado a imaginação que tinham de seus bebês, podendo ocorrer uma ferida narcísica. Porém, apesar de receberem diagnóstico de alto risco durante a gravidez, três participantes não fizeram distinção de como imaginavam o filho antes do diagnóstico e depois do diagnóstico. Daniela, Carolina e Raquel contaram como imaginavam seus filhos, e mencionaram características físicas e psicológicas que eles poderiam ter. Sabe-se que é através dos desejos e projeções narcísicas dos pais que acontecerá a construção do bebê imaginado (BRAZELTON; CRAMER, 1992; GIANLUPI; PICCININI; LOPES, 2003). Além disso, é fundamental o processo imaginativo materno no percurso da gestação, pois é esse processo que será o alicerce da relação mãe e bebê (FERRARI; PICCININI, 2010). O bebê imaginado é a personificação dos desejos e das fantasias da mãe, e através desses desejos e fantasias, e do investimento libidinal no bebê, a mãe vai conseguir fazer com que o bebê tenha uma história pessoal e singular (GIANLUPI; PICCININI, LOPES, 2003). Nesse processo imaginativo, após o nascimento, a mãe terá que transitar pela ruptura de fusão com o feto e das fantasias onipotentes de completude sentidas na gestação para uma condição de ajustamento ao filho real que pode não condizer com o imaginado (RAPOPORT; PICCININI, 2011).

Porém, Tais foi a participante que relatou que não conseguia imaginar o seu filho, nem qual características ele poderia ter, demonstrando uma falta de desejo e expectativas frente à gestação. Compreende-se que, no processo da gestação é importante criar um lugar para o bebê que está por chegar. Muitas vezes, esse lugar é viabilizado por meio das expectativas das mães sobre o bebê, que possibilitarão pensar, desejar e organizar o lugar que esse filho ocupará em suas vidas (ZANATTA; PEREIRA, 2015).

Além disso, outro fator que interferiu na construção e vivência da maternidade para as participantes foi à hospitalização devido a questões de saúde. Assim sendo, todas as participantes ficaram, no mínimo, de duas a três vezes internadas, pelo menos uma semana,

durante o processo gestacional. O contexto de alto risco costuma estar associada à hospitalização. A hospitalização cria um estresse em todos os meios que a gestante está inserida, na família, na casa e na profissão, pois predispõe a angústias devido à reorganização que é necessário fazer (MOURA; CARNEIRO; MONTEIRO, 2002; MARCHETTI; MOREIRA, 2015; BRASIL, 2010). No estudo de Silva et al. (2013), as 10 gestantes de alto risco enfatizaram que a hospitalização é vivida com sentimentos de ansiedade, solidão e medo e requer da gestante o ajustamento ao ambiente e novos hábitos no hospital. O diagnóstico de alto risco é uma condição biológica, e por vezes coloca a mulher no lugar de passividade; quando isso ocorre é importante que ela possa recuperar seu protagonismo nesse processo de tornar-se mãe (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Para a gestante diminuir o sentimento de impotência, em meio a incertezas, o que está ao seu alcance é o cuidado que ela pode ter tanto com sua saúde física quanto psicológica. Deste modo, o cuidado consigo e com o bebê é algo que a mãe pode ser capaz de controlar, através de uma postura ativa que ela pode assumir (GOMES et al., 2015). Por isso essas gestantes necessitam ser acolhidas e acompanhadas adequadamente.

No processo de internação, as participantes relataram que foi muito importante contarem com as visitas e a rede de apoio. Todas tiveram algum acompanhante durante a internação, pessoas que as auxiliavam positivamente nesse momento. Daniela contou que quem mais a auxiliava era avó, e às vezes o namorado. Raquel contou que ela mesma se ajudava, demonstrando uma gestação solitária. A ausência de apoio no percurso da gestação possivelmente pode potencializar as dificuldades nesse momento de transição de papel (GOMES et al., 2015). Porém, Raquel também demonstrou que o namorado a auxiliava conversando, e a família em ligações. Carolina contou que era a mãe e o irmão que a ajudavam. Para Tais, o apoio mais próximo era do marido, pois os familiares moravam longe, mas não deixavam de participar através do telefone. O apoio conjugal e familiar tem uma ajuda significativa no momento da gestação, hospitalização e pós parto (QUEVEDO, 2010; RAPOPORT; PICCININI, 2006). Os achados de Haga, Lynne, Slinning e Kraft (2012) e os de Zanatta e Pereira (2015) também apresentam convergência com esses resultados, o primeiro demonstrou que o apoio do companheiro no processo da gestação é fundamental e o segundo, demonstrou o quanto o cuidado e apoio de familiares, amigos e profissionais pode auxiliar positivamente a gestação.

Porém, Tais também encontrou outra rede de apoio: grupos/comunidades em redes sociais. Comentou que se sentia bem em saber da experiência de outras gestantes sobre essa vivência da maternidade. Mesmo que seja compreendido que cada mulher sentirá a gestação

de forma singular, demonstrar essas vivências através de conversas informais com outras gestantes, faz com que elas se sintam mais acolhidas diante de suas dúvidas e angústias, e esse também é uma forma de preparar-se para exercer a maternidade (BARRETO; OLIVEIRA, 2010; LIMA; SMEHA, 2017). Da mesma forma, o estudo de Darvill, Skirton e Farrand (2010) mostrou que as redes sociais facilitam a interação, o contato e a troca de experiências com outras mulheres.

Percebe-se que, o incremento de alto risco nas gestações das participantes possibilitou que vivenciassem sentimentos como medo e insegurança mais profundamente, devido às doenças de causas maternas. Mas, o diagnóstico de alto risco não atrapalhou no processo de imaginar os seus bebês, pois as participantes que conseguiram imaginá-los continuaram os vendo da mesma forma. Finalmente, como se configurou a constituição da maternidade diante da primeira gestação com diagnóstico de alto risco.

### **Construção da maternidade**

As participantes do estudo eram mães jovens. Daniela era a participante mais jovem, com 18 anos, e posteriormente vinha Renata com 24 anos. Ambas participantes ainda apresentavam comportamentos típicos da adolescência, como birra, ciúmes, insegurança, tomar decisões sob influência de grupos de adolescente e relacionamentos amorosos instáveis. As duas engravidaram de namorados e foram viver com eles. Os namorados também eram jovens e tinham comportamentos semelhantes aos das participantes. Cabe pensar que a maternidade para essas participantes foi construída na transição da adolescência para a adultez.

Os comportamentos adolescentes ficaram nítidos em Daniela, quando ela demonstrava estar fazendo birra por ter que ficar tanto tempo internada, não conseguindo refletir sobre o cuidado que ela e o bebê precisavam. Ao mesmo tempo Raquel, quando relatava as fugas de casa, pois tinha brigado com seus pais, além de brigas e término constantes com o namorado por motivo de ciúmes. O adolescente está no meio de uma luta emocional, com o investimento libidinal transferido de seus pais para outros objetos. No mesmo momento que está fazendo o processo de luto pelo passado infantil, se relaciona com adolescentes e adultos. Mas, o adolescente coloca seus interesses em primeiro lugar, como a urgência na concretização de seus desejos e pouca tolerância à frustração (LEÃO; LOPES, 2012).

Diferente da situação de Daniela e Raquel, Taís, que tinha 26 anos, era casada há 11 anos com seu marido e parecia manter um relacionamento estável e sólido. Já Carolina, com 27 anos, engravidou de um homem casado que se relacionava há um ano e meio, e no

momento da entrevista se dizia mãe solteira. Compreende-se que Carolina tinha maturidade, estabilidade e decidiu por si só ter um filho. Entende-se que a maternidade envolve uma organização subjetiva grande que independe do tipo de configuração familiar, como ser casada ou solteira (GOMES et al., 2015).

A singularidade de cada história das participantes influenciou no processo da constituição da maternidade. É importante fazer um panorama geral sobre a história de vida de cada participante, pois a constituição da maternidade será enlaçada por essas narrativas. Daniela já tinha se habituado em estar no contexto hospitalar devido a inúmeras internações no passado. Ela nasceu prematura e com má formação e sabia que isso traria conseqüências para seu futuro se em algum momento quisesse ser mãe. Daniela demonstrava uma questão narcísica grande, pois o seu corpo tinha marcas das cirurgias e relatou que as relações foram bem complicadas na adolescência. Sabe-se que a imagem corporal é caracterizada como o modo pelo qual o sujeito se vê, se percebe e se relaciona com o próprio corpo (COSTA; MACHADO, 2014). Além disso, para as mesmas autoras, o corpo é parte integrante da constituição da identidade e da autoestima do sujeito. Quando o adolescente aceita o seu corpo, consegue conviver de forma mais tranquila com seus pares, porém quando não aceita isso, pode provocar dificuldades que serão capazes de afetar suas relações sociais, além da autoestima e construção da identidade. Apesar de Daniela apresentar alguns relatos de sofrimento em relação a seu corpo durante o período escolar como a vergonha, no momento da entrevista já considerava normal as cicatrizes, e parecia que foi elaborando esses sentimentos e conseguindo aprender a lidar com essa condição. A vivência da gestação desencadeou a revivência do processo de hospitalização tão comum na sua infância e na sua adolescência, e ela se viu novamente dentro de um ambiente hospitalar. Além disso, nessa revivência do processo de hospitalização, a mãe de Daniela se ausentou outra vez, deixando que a avó materna ocupasse o lugar de cuidado com Daniela, pois era a avô que a fazia companhia no hospital.

Tais era a participante menos disposta a expor suas vivências, e se mudou para Santa Maria, por desejar muito a cirurgia bariátrica. Mas, depois de seis anos na fila, e com o processo já ganho, ainda não tinha realizado esse desejo, e demonstrava uma frustração grande em relação a isso. Esse momento de espera para a realização da cirurgia bariátrica provoca sentimentos de frustração e estresse, e isso pode intensificar ainda mais o estado de saúde do paciente (REGO et al., 2017). No estudo de Gregory, Newhook e Twells (2013), com 27 pacientes na lista de espera para cirurgia bariátrica, os pesquisadores relataram que o paciente vai se desmotivando na medida em que o tempo de espera vai aumentando,

provocando estresse, ansiedade e frustração. Pareceu que o único desejo que Tais expressou no momento da entrevista era a realização da cirurgia, pois não conseguiu demonstrar outras fontes de desejo e investimento, o que pareceu estar comprometendo suas possibilidades de investimento na maternidade.

Carolina representou ser a participante mais esclarecida, madura e segura de seus desejos. Acredita-se que seja pela vivência da infância, durante a qual a mãe desde cedo a colocava em um lugar de grande responsabilidade. Parece que a gestação para ela significava a grande realização da sua vida, independente com quem fosse e como fosse. O que também apontava para a construção da maternidade como algo solitário, individual e que estava centrado apenas em seus desejos. É preciso ter cuidado quando a maternidade é vivenciada por mãe solteira, pois esta pode estabelecer uma relação simbiótica com o filho, exigindo dele funções que seriam atribuídas ao pai, aos familiares ou ao meio social (GOMES et al., 2015).

Raquel foi adotada e demonstrou ter sofrido bastante nesse processo, deixando claro que ainda era difícil para ela aceitar a adoção. Contou que os pais não tinham condições financeiras para criá-la, e por isso a deram para adoção. A literatura evidencia que um dos motivos que a mãe renuncia a maternidade e entrega o filho para a adoção é a falta de condições financeiras e ausência de apoio familiar (LEÃO et al., 2014). Além disso, Raquel apresentava dificuldades em nomear os pais adotivos e os pais biológicos, demonstrando uma grande confusão de papéis parentais na sua vida. Cabe salientar que para ter o sentimento de pertencimento de uma nova família é necessário fazer o luto dos pais biológicos, para assim construir a vinculação com os pais adotivos e um investimento na família adotiva. No final desse processo de luto dos pais biológicos, espera-se que o adotado possa conviver e investir nos pais adotivos (ALVARENGA; BITTENCOURT, 2013). Compreende-se que a adoção de Raquel foi confusa e difícil para ela e não se sentia e não se permitia sentir filiada à família adotiva, o que parece ter influenciado de forma significativa como estava vivenciando a maternidade, bem como irá se colocar no papel de mãe.

Diante dessas histórias de vida, chegou o momento de essas participantes acrescentarem mais um momento nas suas vidas que foi a vivência da gestação. Sabe-se que na gestação a mãe atualiza as vivências precoces da relação com seus próprios pais (ZANATTA; PEREIRA, 2015). No processo de tornar-se mãe, a mulher encontra o seu esboço na sua infância. Quando o sujeito nasce, a partir do que lhe é transmitido, vai assimilando o lugar que ele ocupa através do desejo de quem o cuida. Assim, o lugar de filha é compreendido a partir do lugar ocupado por sua mãe. Por isso, é importante refletir sobre as histórias constitutivas da mulher que engravida (GIANLUPI; PICCININI; LOPES, 2003).

Todas as participantes eram filhas mais velhas, e relataram as lembranças que mais marcaram a sua infância. Daniela relembrou quando sua mãe foi embora, e a mesma ficou aos cuidados da avó materna. Nesse sentido, tem-se o relato de Renata, onde se viu obrigada a se separar dos pais biológicos e ficar com os pais adotivos. Ambas falaram sobre um sentimento de abandono das mães, porque as mães de Daniela e Renata tiveram outros filhos que não foram deixados com a avó ou adotados. Tais relatou ausência materna na infância, pois a mãe precisava cuidar da sua saúde e por vezes ficava bastante tempo fora de casa. Já Carolina relatou que lembrava a ausência paterna, quando ele foi embora de casa com outra mulher, porém Carolina também mencionou que sentiu falta do exercício do papel materno na sua vida. A separação da figura materna na infância ou o desinvestimento materno repentino pode fornecer efeitos traumáticos, sendo capaz de provocar dano na capacidade criativa da criança. O trauma psíquico seria relacionado às angústias presentes no percurso de constituição subjetiva da criança, e também às vivências que não sejam suscetíveis de ser compreendidas e representadas, como o impacto da separação do ambiente até então visto como protetor. Essa questão traumática se for elaborada pode dar a possibilidade da criança passar da repetição à elaboração, do lugar de vítima a sujeito em relação ao evento traumático (ZORNIG; LEVY, 2006).

Compreende-se que a construção da maternidade para as participantes está vinculada a essas difíceis lembranças da infância. Nessa revivência das relações iniciais com as mães, as participantes relembrou a ausência materna e possivelmente um trauma psíquico. Porém, conforme aponta os resultados, Daniela, Carolina e Raquel conseguiram visualizar os efeitos que isso causou na infância delas, não desejando ser tão ausente na maternidade com seus filhos. Mas, Tais apesar de demonstrar a ausência materna e desejar fazer diferente não estava conseguindo, se assemelhando ao comportamento da sua mãe, onde a mãe precisava ser internada para ser cuidada por outras pessoas, não conseguindo ter o auto cuidado consigo mesmo, da mesma forma que Tais. No caso de Tais percebemos a repetição de uma situação traumática indicando que uma elaboração não foi possível. A vivência constitutiva de uma mulher que está grávida é atualizada e ressignificada pelo corpo que nasce em seu ventre. Por isso, através dessa relação que está sendo construída, a mulher revive a sua constituição subjetiva. Dessa forma as experiências narcísicas são reativadas, pois assim é possível ocorrer uma modificação subjetiva de posição de filha para mãe, e assim adentrando no processo de tornar-se mãe (GIANLUPI; PICCININI; LOPES, 2003). Assim, para a mulher conseguir se constituir subjetivamente na maternidade, as novas mães irão reativar os cuidados que receberam de suas mães. A base das possibilidades de cuidar de si e do outro está nos



cuidados recebidos no início da vida, nos investimentos que o outro depositou sobre nós. A mãe já foi um bebê e por isso ela tem marcas e lembranças dos cuidados que recebeu, podendo interferir positivamente ou negativamente na sua construção como mãe (OISHI, 2014).

Percebe-se que o cuidado que as participantes receberam vai dar sentido no percurso da construção da maternidade, pois a forma como foram cuidadas está conectada em como irão cuidar dos seus bebês. As participantes relataram os aspectos de cuidados que receberam na infância, como precariedade, pobreza, sofrimento, ausência e inversão de papéis, demonstrando pontos que precisam ser aprimorados nas suas relações com o bebê. Tais foi cuidada pelo pai devido a ausência materna, e nos cuidados consigo mesmo e com o bebê também demonstrava a ausência de desejo, de investimento, de vontade e de interesse. Daniela foi cuidada pela avó, e parecia que estava conseguindo construir um espaço afetivo já de presença na vida do bebê. Acredita-se que seja pela sustentação do papel materno que avó exerceu com ela. Além disso, Daniela tinha um sentimento de repulsão de tudo que vinha da sua mãe, e deixava claro que quem fez o papel de mãe foi a sua avó. Renata se lembrava dos cuidados bem precários que recebia na infância, de pobreza e de sofrimento, e diz que foi cuidada pela mãe adotiva, tio e pai adotivo. Apesar de ter contato ainda com os pais biológicos, ela teve dois casais de pais, mas não se sentiu cuidada por nenhum. Porém, com toda a dificuldade de aceitação do início da gestação, Renata demonstrava que gostaria de cuidar do seu bebê e principalmente que o bebê a aceitasse e reconhecesse como mãe, mostrando novamente a dificuldade que teve de aceitar a mãe adotiva. Carolina lembrou que a mãe a cuidava, mas já foi colocada no lugar de quem deve cuidar muito cedo, invertendo os papéis. Parecia que era ela a mãe, pois foi ela que decidiu se a mãe ia ter outro filho, ela que cuidou da mãe durante a gestação, ela que deu colo para a mãe quando o pai saiu de casa. Nos cuidados com o seu filho, Carolina deixou claro que não seria a amiga do filho como sua mãe fez com ela, demonstrando que desejava exercer a função de mãe, de cuidado, de orientação, de responsabilidade e de proteção.

O que também impactou nos cuidados que as participantes receberam quando eram crianças foi as doenças das mães. A única que não relatou que a mãe tivesse alguma doença foi Daniela. A mãe de Tais tinha depressão, a mãe de Carolina teve depressão pós parto no nascimento de Carolina e estava com fibromialgia, e a mãe biológica de Renata faleceu por conta da depressão. A literatura demonstra que a depressão afeta a mãe, o filho e o pai, tendo em vista a interferência dessa doença no contexto familiar. Além disso, a depressão pode dificultar o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, sendo capaz de intervir na

qualidade dos laços emocionais, sociais e cognitivos futuros (FRIZZO; PICCININI, 2005; SCHMIDT; PICCOLOTO, MULLER, 2005). É uma doença que pode ter inúmeras mudanças, principalmente no cuidado com os filhos, onde a mãe pode não possuir a disponibilidade psicológica para manejar as carências do filho (SILVA; QUEVEDO, 2016). Ficou claro nos relatos que, quando se reflete sobre a concepção de um filho, as lembranças das vinculações objetais primárias assim como as fantasias inconscientes das participantes, colocam em movimento os aspectos do narcisismo de cada um dos pais, corroborando a literatura (ZORNIG, 2010).

Percebe-se que as participantes relataram os modelos que tiveram, mas já estavam conseguindo avaliar e ver o que gostariam de fazer diferente nessa relação, o que nos remete a um processo elaborativo das vivências anteriores. Ao longo da sua vida, as histórias e as experiências vividas pela mulher, podem induzir a maneira como ela irá exercer a maternidade do seu bebê. Nesse sentido, a relação da mulher com sua figura materna ou com o cuidador que exerceu essa função simboliza um dos principais reservatórios de investimentos e recursos subjetivos para o tornar-se mãe. Assim, se tiverem tido modelos positivos em relação à figura materna, com cuidados satisfatórios, a experiência se torna gratificante, mas, modelos negativos com cuidados precários podem contribuir – se não elaborados e superados – a uma vivência dolorosa e até infeliz da maternidade (FELICE, 2007). Por isso, além dos sentimentos ambivalentes vivenciados na gestação, a maternidade também é descrita como um período de muitas mudanças, os quais estão diretamente relacionados à história e às experiências vividas pela gestante ao longo da sua vida (BORSA; DIAS, 2007).

Nesse contexto, tem-se dois posicionamentos diferentes que colaboram com os resultados descritos a cima. Daniela e Raquel falaram que não pensavam em ser mãe como as mães que tiveram. Daniela demonstrou uma aversão em pensar em ser mãe como a sua mãe foi para ela, afirmando que não desejava de modo nenhum repetir a maternagem da mãe. Raquel afirmou que quer ser mais presente, e dar uma educação sem violência, já que na sua infância presenciou cenas violentas. Já Tais e Carolina comentaram que gostariam de dar seguimento ao modelo que tiveram, mas com algumas ressalvas, como, por exemplo, ser mais presente na vida dos filhos. Tais apresentava uma ausência no discurso ao falar da sua infância e da sua mãe, o que já demonstrava como a mãe foi ausente. Carolina contou que a mãe foi muito amiga e se esqueceu de ocupar o lugar materno, e isso não desejava repetir com seu filho. Compreende-se o quanto essas experiências anteriores a gestação podem impactar a construção da maternidade. Logo, o que contribui de forma importante na constituição da

maternidade são os referenciais identificatórios que as gestantes possuem, para conseguir constituir ou integrar esses aspectos a sua subjetividade (DARVILL; SKIRTON; FARRAND, 2010). Nesse sentido, parece que as participantes estavam em busca desses referenciais identificatórios para conseguir fazer essa construção de ser mãe. Enquanto Carolina já vinha fazendo essa construção de ser mãe, e fornecendo um lugar de desejo para esse filho, as outras participantes ainda estavam no processo dessa construção, o que reafirma o quanto esse é um processo singular com tempo variável e não determinado. A gestação traz questões da relação com a mãe, identificação e modos de ser mãe (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). Podemos perceber através dos relatos que os elementos da relação com a própria mãe aparecem, e surgem efeitos sobre as gestantes. As experiências passadas influenciam nas possibilidades das gestantes construírem um espaço psíquico para os seus filhos, o que é fundamental para poderem cuidar dos bebês (GIANLUPI; PICCININI; LOPES, 2003).

A possibilidade de conseguir se ver enquanto mãe também está associada a como as participantes estavam investindo na gestação e no bebê. Todas as participantes viram algo positivo em relação à gestação, mas percebe-se que Daniela, Raquel e Carolina colocaram o filho como razão de viver. Compreende-se que colocar o filho como a razão de viver pode ser um excesso ou investimento excessivo, pois o filho já vem com a responsabilidade de dar todo suporte narcísico para essas mães. Isso se assemelha à posição que Freud (1914) já dizia que os pais colocam o bebê, no lugar de onipotência caracterizado por “Sua Majestade, o Bebê”, onde os investimentos iniciais que os pais fazem ao bebê acontece uma revivência do narcisismo primário perdido. Nessa revivência, os pais resgatam o narcisismo infantil perdido e o bebê ocupa um lugar parental de função reparadora, investido de expectativas. Porém, sabe-se que, para a constituição subjetiva do bebê, é importante que o bebê não seja mantido nesse lugar idealizado, mas possa ser investido a partir de sua singularidade.

Colaborando com o exposto, na prática do cuidado a continência e a sustentação são essenciais, mas é importante ter um equilíbrio dinâmico o qual demanda a presença implicada e a presença reservada (GABEIRA; ZORNIG; 2013). Por isso, o ideal seria um investimento equilibrado, pois se esse investimento for em extremos, a construção do processo de subjetivação do bebê e constituição do vínculo mãe e bebê fica mais delicada. Parece que as mães desejariam suprir a carência que tiveram nas suas infâncias investindo intensamente nos seus filhos. Por esse motivo, é importante se diferenciar da mãe que tiveram e das dificuldades que enfrentaram enquanto filhas, para poder investir de forma própria no filho.

Outra questão que merece ser abordada na discussão é que desde muito cedo, as mulheres são convencidas de que quando fossem mães experimentariam a completude e a

realização, de modo que cabia a elas a obrigação do êxito nessa função. Essa é uma visão idealizada da maternidade, mas ainda continua presente no discurso da sociedade atual (LEITE; FROTA, 2014). As mulheres podem ocupar outros papéis e espaços sociais, mas para muitas delas ainda se assegura como realização subjetiva o lugar da maternidade (BARBOSA; COUTINHO, 2007). Carolina era a única participante que trabalhava, e estava se formando na faculdade. Daniela e Raquel estavam desempregadas e Tais estava de licença do trabalho, mas não sabia se voltaria. Percebe-se que as participantes Daniela e Raquel não conseguiam investir em outros objetos além dos seus filhos. Carolina, apesar de estar em um trabalho, também tinha dificuldade de fazer outro tipo de investimento, pois possuía esse desejo intenso de ser mãe. Já Tais deixava claro o quanto a chegada do filho modificou a sua vida e sua organização, pois não sabia se iria dar continuidade no trabalho. Compreende-se que quando somente a gestação é a única fonte de investimento da mulher, a construção do vínculo mãe e bebê pode se tornar complicada devido aos investimentos, expectativas e cobranças excessivas que estarão presentes. Salienta-se que o papel de ser mãe é mais uma das funções subjetivas que a mulher pode ter, e exige uma reorganização com relação a sua vida e suas atividades (LOPES; PROCHNOW; PICCININI, 2010).

Percebe-se as participantes tiveram investimentos maternos marcados por algumas fragilidades, cada mãe dentro das suas particularidades, e isso parece ter caracterizado as constituições de suas filhas. Porém, os relatos das participantes já demonstram a vontade de fazer e ser diferente da mãe que elas tiveram, o que confirma o desejo de a partir dos referenciais maternos construir outras possibilidades, constituir o seu modo de ser mãe. Por isso, para a mulher, a gestação representa toda a sua vida anterior à concepção, suas vivências com seus próprios pais, sua experiência do triângulo edipiano, como encara e resolve tais situações com maior ou menor sucesso, para finalmente separar-se de seus pais. Tudo isso, influencia na adaptação ao novo papel de ser mãe (BRAZELTON; CRAMER, 2002). Assim, a gestação constitui um momento em que relacionamentos antigos podem ser refletidos, trabalhados e elaborados (BORSA; DIAS, 2007). É fundamental para a constituição do espaço psíquico do sujeito, o discurso materno promover o movimento de representação, bem como a vivência afetiva entre o bebê e seus objetos, para assim a criança ter a possibilidade de passar da repetição dos fantasmas parentais a elaboração e se reinventar como sujeito (ZORNIG, 2008).

Na última entrevista com as mães, a Tais não quis mais fazer parte da pesquisa. Indagando-se sobre os aspectos negativos na maternidade, Tais reiterou sobre a responsabilidade necessária para ter um filho, pois não se via como responsável, nem

paciente e não imaginava como seria com o filho, demonstrando dificuldades de investir no outro. Cabe refletir que a gestação estava sendo um processo muito difícil para ela e ela tinha medo de ter um filho com alguma má formação ou doença, o que infelizmente acabou acontecendo. Tais apresentava medo de não conseguir dar conta da gestação, de não conseguir cuidar, pois tinha um vínculo destrutivo com ela e uma impossibilidade de investi-la. O que foi muito impactante foi o filho nascer com problemas e ela não conseguir falar sobre o filho, de tão difícil e desestruturante que tal experiência parece ter sido. Tais já tinha um narcisismo fragilizado, o filho que nasce com problemas pode provocar um abalo narcísico grande. O nascimento do bebê pode não ter trazido para ela a função reparadora, pois o bebê veio com um aspecto estranho causando uma falha narcísica para essa mãe (LEÃO; LOPES, 2012).

Tais se colocava a mercê do outro, necessitava que alguém cuidasse da alimentação por ela, por isso essas internações recorrentes no hospital. Ela não estava conseguindo nem cuidar de si mesma. O cuidado não é apenas um aprendizado, mas também é a habilidade do adulto de conseguir investir em si narcisicamente para então conseguir ter disponibilidade afetiva para o bebê (GABEIRA; ZORNIG, 2013).

Tais apresentava uma fragilidade subjetiva que não conseguia investir, um empobrecimento de desejo, e parecia não ter recursos internos para o auto cuidado. No momento da gestação estava no impasse da saúde e da doença, uma revivência da sua infância. Além de relatar muita ambivalência em ser mãe ou não, em ter um filho ou adotar. Parece que, o que está determinando a relação dela com o bebê é a relação que ela não teve com a sua mãe que era depressiva. Uma mãe deprimida possivelmente irá enfrentar dificuldades para constituir uma relação afetiva e reconhecimento das carências do filho, podendo falhar por estar investindo em seus próprios objetos perdidos (ZORNIG, 2008). Tais não foi contida o suficiente na relação com a mãe. Por isso, apresentava um risco grande de repetir a depressão materna. Devido às novas demandas de ajustamento após ter um bebê, os sintomas de depressão e apreensão frente à responsabilidade de cuidar de um bebê, em graus variados, podem ser comuns (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Além disso, é importante ponderar que Tais pediu atendimento psicológico para a médica que a atendeu, mas a médica avaliou como desnecessário, imaginando que os sentimentos que Tais relatava faziam parte das gestações. Um atendimento psicológico para Tais só poderia trazer benefícios, e talvez ela tivesse conseguido fazer o processo de construção da maternidade menos sofrido e doloroso. A atuação do psicólogo contorna ações terapêuticas e preventivas e são focalizadas aos fatores emocionais e relacionais, compreendendo as importantes modificações sucedidas na mulher e na família no período gravídico puerperal. Ressignificar as vivências difíceis reflete uma

possibilidade de melhorar a qualidade de vida e saúde mental entre as gestantes e sua família (CALDAS et al., 2013).

Portanto, no percurso da gestação, a mulher faz uma transição do papel de filha e mulher para o de mãe. E para se constituir subjetivamente e construir um novo papel as participantes desse estudo refletiram sobre a relação com sua mãe, qual o tipo de investimento elas sentiram que receberam, o modo como foram cuidadas, ocorrendo uma reativação das experiências primárias. Nesse processo, foi importante as participantes apontarem o que desejariam dar seguimento dos cuidados que receberam e o que gostariam de construir. Dessa forma, a constituição da maternidade para essas participantes foi marcada por ser a primeira experiência como mãe com o incremento de alto risco. Porém, o que ficou claro nessa construção foi às relações objetais primárias e os modelos identificatórios que as participantes tiveram. Assim, começaram a construir a relação com os seus bebês.

### **Relação mãe e bebê**

Devido à desistência de Tais, a terceira entrevista foi feita com as outras três participantes, que abordou o momento da chegada do bebê e a relação com o bebê. O parto instaura o momento em que a mãe entra em contato com o seu filho, o que por si só concebe muitas expectativas (ZANATTA; PEREIRA, 2015). Daniela ganhou o filho de cesárea e prematuro, com 33 semanas. O nascimento do bebê prematuro também produzirá pais prematuros, pois acontece uma descontinuação da gestação psíquica para os pais, e isso pode conceber uma situação traumatizante. Logo, a construção da parentalidade pode se deparar com alguns problemas, como a ameaça ao bebê ocasionada pela imaturidade biológica, provocando um efeito traumático aos pais, conectado a culpa e ferida narcísica (LEÃO; LOPES, 2012).

Raquel e Carolina ganharam os filhos de parto normal e foram de 41 e de 38 semanas respectivamente. A vivência do parto foi um momento muito marcante para as participantes. O medo, a alegria e o nervosismo foram sentimentos que todas as participantes relataram. Mas, a narrativa mais sofrida foi de Raquel, pois descreveu esse momento como horrível, afirmando que sentiu todas as dores do parto, mesmo recebendo anestesia. Da mesma forma como Daniela, que apesar de ter sido cesariana, ela necessitou de anestesia geral e a sua recuperação foi difícil. Essas duas participantes afirmaram que não gostariam de ter outro filho, pela vivência do parto e porque os médicos acreditavam que elas não aguentariam outro parto. Daniela, Raquel e Carolina permaneceram no hospital pelo menos uma semana pós parto. No estudo de Rapoport e Piccinini (2011), as 39 primíparas relataram qual foi a

situação mais difícil na vivência da maternidade e o pós parto foi considerado estressante pelo desconforto físico e cansaço. Também é no momento do parto que a imagem idealizada do bebê é quebrada, do mesmo modo que o bebê é separado da mãe e pode receber outros cuidados que durante a gravidez era somente da gestante (BORSA; DIAS, 2007). Além do mais, é no nascimento do bebê que resulta a vivência real da inversão de papéis e reestruturação da identidade, de filha para mãe. O nascimento retoma o desejo consciente ou inconsciente de ser mãe e evidencia a sua capacidade de gerar (ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Os sentimentos que as participantes mencionaram ao ver seus filhos pela primeira vez foram diferentes. Raquel e Carolina demonstraram muita emoção e mistura de sensações, como alegria e choro. Já Daniela relatou sentimentos ambíguos, e quando tinha que fazer os cuidados de higiene do bebê, relatou vontade de fugir, demonstrando um aspecto de repetição com a mãe dela, pois se sentia insegura com os cuidados da maternidade. Além disso, cabe pensar que o bebê de Daniela era bem pequeno devido a sua prematuridade, o que pode ocasionar ainda mais ansiedade. O banho do bebê é visto por algumas mães como causador de ansiedade, devido à fragilidade e o tamanho do bebê e por vezes filiado ao medo de afogamento e dano físico no bebê (RAPOPORT; PICCININI, 2011).

A experiência da amamentação foi difícil para todas as participantes. Carolina contou que no início foi difícil, mas que amava amamentar. Percebia como um momento de maior troca de olhares da mãe e do bebê, e se sentia importante, pois era a única que poderia amamentar o bebê, e isso parecia representar um reassentimento narcísico para ela. Daniela teve que aprender a dar mama na UTI neo Natal, onde seu filho estava, e relatou pouca assistência das enfermeiras, principalmente no processo de esgotar o leite e colocar na mamadeira. Os bebês prematuros apresentam dificuldades em conseguir mamar, pois ainda são muito imaturos fisiologicamente e neurologicamente, e não possuem o controle adequado de sucção, deglutição e respiração. Muitas mães não se sentem aptas e confortáveis em amamentar esses bebês e podem concluir erroneamente que são incapazes de amamentá-los (GORGULHO; PACHECO, 2008). Todas participantes relataram a dificuldade do leite descer, logo após ganharem seus filhos, além da dor que sentiam, demonstrando que não é uma prática instintiva e natural (NAKANO, 2002). Por isso é importante o apoio de profissionais para auxiliar nesse momento delicado.

Sabe-se que a amamentação pode representar um momento rico para a construção do laço mãe e bebê, embora o ato de amamentar não seja garantia para o desenvolvimento de um vínculo apropriado (COSTA; LOCATELLI, 2008; WINNICOTT, 1954). No estudo de

Strapasson e Nedel (2010), as 15 gestantes da pesquisa relataram como dificuldades do puerpério o banho, a identificação do choro e a recuperação do parto. Mas, a principal dificuldade para elas foi relacionada à amamentação corroborando as participantes desse estudo. As participantes do estudo de Rapoport e Piccinini (2011) relataram a amamentação como fator estressante e difícil da vivência da maternidade, além do cansaço materno, insônia do bebê e cuidados iniciais com o bebê. Pode-se perceber através dos relatos das participantes que, assim como o papel da mãe, está em constituição a amamentação, a higiene com o bebê e a identificação do choro estão sendo vivenciadas e significadas.

Os profissionais da área da saúde têm um grande função nesses momentos de parto e pós parto, podendo auxiliar a mãe no seu papel maternal. Porém, não foi o que aconteceu com as participantes. Carolina falou sobre a ausência da visita médica, falta de informação e falta de transparência no diagnóstico e no tratamento. Também sentiu falta de informação e de amparo para auxiliar nos primeiros momentos de relação com o filho. Winnicott (1971/1999) afirmava que as mães que estão na primeira gestação se encontram num estado de dependência e carecem de proteção e informação sobre o seu estado de saúde e do bebê, além do apoio necessário dos profissionais da área da saúde no cuidado com o bem estar da mãe e do bebê (BRASIL, 2012). Daniela também sentiu falta da equipe para ajudar na amamentação, principalmente porque seu filho nasceu prematuro e estava precisando muito do leite materno para ganhar peso. Cabe ressaltar que Daniela passou muito tempo internada, quase dois meses até ganhar o bebê, e o filho estava internado há um mês. Acredito que isso possa ter contribuído para Daniela se desentender com as enfermeiras na UTI e demonstrar um grau de estresse elevado o que a fez iniciar com mediação para diminuir a tristeza e o estresse. Salienta-se que, diante de todo o estresse que foi ficar internada e ter o filho internado, em mães com bebês prematuros sinais depressivos poderão estar presentes, atuando como uma defesa para se ajustarem a esse difícil momento (FRIGO et al., 2015). Percebe-se que, na experiência da maternidade, as mães vivenciam inúmeros sentimentos ambivalentes. Ao mesmo tempo em que se sentem felizes e apaixonadas pelos seus bebês, podem se sentir cansadas e ansiosas. Os sentimentos depressivos podem ser resultantes de vivências do período pós parto, de situações ressurgidas a partir do nascimento do bebê ou de particularidades de personalidade dessas mães (RAPOPORT; PICCININI, 2011).

Os profissionais da área da saúde deveriam compreender o desgaste que é estar a tantos meses no hospital e auxiliar as gestantes nas suas questões. Dentro de um ambiente hospitalar, e mais especificamente dentro da Unidade Neonatal, as mães se deparam num ambiente que não integra seu cotidiano, pois estão vivenciando a hospitalização de seus



bebês, o que torna essa experiência difícil. Por isso, é nesse momento que o profissional da saúde precisa entender e apoiar essas mães, pois assim conseguem superar essa situação difícil (GORGULHO; PACHECO, 2008). Winnicott (1971/2012) demonstrou que a relação da gestante com o enfermeiro e o médico carece ser familiar, do modo que a gestante se sinta amparada pelos profissionais que a acompanham durante a gestação.

A relação que cada mãe ia construindo com seu filho era diferente. Daniela relatou que se sentia mãe dele, mas estava receosa, pois não era a única que cuidava dele. Devido à prematuridade, o filho de Daniela teve que permanecer na UTI para ganhar peso, e conseqüentemente ser cuidado por os profissionais que estavam na UTI. Além do bebê de Daniela ser prematuro, outra dificuldade que ela encontrou foi a vivência com seu filho na UTI. Devido às circunstâncias de saúde do bebê, as relações iniciais entre a mãe e o bebê prematuro são mediadas pela equipe, pois o contato entre mãe e bebê é limitado. Assim, a mãe não pratica o papel de cuidadora primária do bebê, e pode experimentar a frustração e incapacidade em relação ao filho (LINHARES et al., 2004). No estudo de Dadalto e Rosa (2015), com 62 mães que tiveram filhos prematuros, a vivência da internação do filho na UTI foi impactante. Os sentimentos de tristeza e preocupação, bem como rotina cansativa, porém importante para a sobrevivência do bebê foram relatadas por elas. Mesmo as mães que mencionavam mais tranquilidade e felicidade junto com a recuperação do bebê, consideraram o período inicial difícil e sofrido.

Raquel contou que estava sendo tranquilo construir uma relação com a sua filha e estava gostando da maternidade e mencionava a filha como parte da vida dela. Além disso, Raquel mencionou que voltou a morar com os pais, e parecia que estava se reaproximando e reconstruindo a vinculação com a sua mãe, algo que ela não conseguiu fazer na sua família adotiva. Compreender-se a adoção como uma via de mão dupla, a criança necessita adotar aqueles que desejam adotá-la (ALVARENGA; BITTENCOURT, 2013). Tudo indica que Raquel não havia conseguido desinvestir na mãe biológica e ainda não estava pronta para adotar a mulher que seria sua mãe adotiva. Ela não havia conseguido fazer o processo da sua adoção, mas no momento em que se torna mãe, repensa sobre a relação com a mãe adotiva e tenta reconstruir essa vinculação.

Carolina contou que na primeira semana que os dois permaneceram no hospital foi difícil, pois a falta de informação sobre o estado de saúde de seu filho atrapalhou a relação e vivência da maternidade. Mas, quando saíram do hospital, a relação de ambos estreitou, porém no início demonstrava dificuldade em reconhecer o motivo do choro do seu filho. Nas primeiras semanas, as dificuldades iniciais de comunicação entre mãe e bebê, como o

entendimento do choro e das carências devem-se ao fato de que a mãe e o bebê ainda se conhecem pouco (BORSA; DIAS, 2007). Entretanto, pelo viés da empatia e da disponibilidade materna, uma vez que mãe e bebê começam a comunicar, o reconhecimento das necessidades torna-se mais qualificado, com inúmeras descobertas. Assim, o papel materno está filiado a habilidade de proporcionar ao filho a autonomia para se separar dela e investigar o ambiente, e quando o filho voltar, estar a disposição tanto física quanto emocionalmente. A forma como a mãe se dispõe para acolher as carências do filho pode ecoar consideravelmente no desenvolvimento emocional do bebê (LOPES et al., 2007).

Percebe-se que, a construção da vinculação com o filho foi distinta para cada participante aparecendo aspectos diferentes de cada relação. Mas parece que Daniela, Raquel e Carolina estavam conseguindo ser mães suficientemente boas para seus filhos, sendo capaz de identificar o que o filho necessitava através dos cuidados dispensados a ele (WINNICOTT, 1971/2012). Além disso, pode-se perceber através da preocupação das participantes sobre o aleitamento, o banho, o choro, o desenvolvimento da preocupação materna primária, o qual se caracteriza pelo desenvolvimento da sensibilidade materna em se identificar com as necessidades do bebê (WINNICOTT, 1956/2000). Da mesma forma que foi possível perceber que as mães já estavam dando significado e sentido para o que o bebê fazia, demonstrando que os “manhês” já faziam parte da construção dessa relação (PIEROTTI; LEVY; ZORNIG, 2010). Os reflexos, os choros ou as caretas que os bebês fazem são importantes dar significados. Isso acontece através da antecipação criativa materna que tem início na gestação e é um dos elementos que possibilita a mãe a achar sentidos ao repleto sem sentido que é um recém nascido. Nessa antecipação materna, o que determina é o inconsciente da mãe referente ao lugar materno, ao lugar de filha e a tudo que a maternidade contorna (GIANLUPI, PICCININI, LOPES, 2003).

Compreende-se que as três participantes estavam no momento de autoerotismo com o bebê, investindo e nomeando cada etapa que vivenciavam, e dessa forma abrindo espaço para que o eu do bebê se constituísse. Esse momento inicial de investimento materno no filho, para Freud (1914) é chamado de autoerotismo, onde o bebê irá reconhecer as partes de seu corpo através do investimento do outro. A partir dessa relação de sustentação inicial da mãe com o bebê, a constituição do eu é permitida, a constituição narcísica. Assim, o corpo autoerótico sendo objeto de investimentos amorosos vindo de outro corpo, conseguiria realizar a saída do autoerotismo na direção do narcisismo (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2006). A mãe se acomoda na sua função materna e nas carências do bebê assim que for mostrada a tarefa de

cuidar, e isso é possível através da interação recíproca e constante com o bebê (ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Mas, apesar das relações iniciais entre mãe e filho já estarem sendo estabelecidas, as participantes reiteraram que a maternidade trazia alguns desafios. Daniela mencionava que era ficar longe do filho. Devido à prematuridade do bebê de Daniela, ela ainda não estava conseguindo se sentir mãe, pois não tinha assumido a totalidade de cuidados do seu filho, bem como as condições que caracterizam a maternidade (LEÃO; LOPES, 2012). Raquel contou que o desafio era o turno da noite, não conseguia dormir, pois ficava preocupada se estava tudo bem com a filha. O bebê que acaba de chegar pode provocar na mãe sentimentos de insegurança e medo, principalmente no momento do sono, onde a mesma permanece acordada e atenta aos mínimos movimentos do bebê (STRAPASSON; NEDEL, 2010). Carolina precisava aprender a enfrentar a sua ansiedade, e lidar melhor com que considera como falha e com seu sentimento de culpa. Carolina teve muitas responsabilidades desde muito cedo, e a forma como ela lidava com isso era tentar ter tudo minimamente controlado e organizado, e se colocar na posição de onipotência. Parece que a vivência da maternidade para ela trouxe a possibilidade de compreender que erros e falhas podem acontecer. Corroborando os achados do estudo de Haga, Lynne, Slinning e Kraft (2012), as participantes relataram que a maternidade é composta por muitos desafios e imprevistos o que dificulta seu controle. Muitas vezes, o controle aparece para dar suporte a uma fragilidade narcísica, tendo em vista a reorganização subjetiva que a mulher necessita fazer para ocupar o papel de mãe.

Percebe-se que, as participantes precisavam desidealizar a maternidade, e visualizá-la como uma construção, não como um instinto ou algo instantâneo. Apesar de se sentirem bem como mães, esse papel também apresenta algumas dificuldades que foram mencionadas pelas mães. Assim, percebe-se que elas apresentam não somente o aspecto idealizado da maternidade, mas também sua realidade, os desafios diários que a envolvem nos cuidados com um novo sujeito dependente (STRAPASSON; NEDEL, 2010). Ser mãe é estar presente na vida do seu filho, porém também é estar pronta para se ausentar. Nos momentos que a mãe se ausenta, ela possibilita o crescimento e desenvolvimento do filho, como a autonomia, a independência, e demonstrará o que ele internalizou do cuidado materno (BARRETO; OLIVEIRA, 2010). A mãe terá que administrar seus medos em lidar com o bebê frágil e consentir que o bebê possa ter satisfação a partir das suas experiências de dependência em relação à mãe (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Quando a mãe investe no bebê e se identifica com ele, ela demonstra o desejo de construir um vínculo com ele (PICCININI et al., 2004).

Ainda, a participação paterna após a gestação ocorreu de inúmeras formas. Daniela contou que o namorado a estressava bastante, pois ficava comparando o filho com outros bebês que estavam internados na UTI, deixando-a ainda mais nervosa, e por vezes sentia-se culpada pelo filho ainda estar naquele lugar. Por isso, preferia que o pai não fosse mais ver o filho na UTI. Dessa forma, a prematuridade pode ser considerada um momento de crise, pois é necessária uma reorganização que solicita muito das mães e da família emocionalmente (LEÃO; LOPES, 2012). No estudo de Frigo et al. (2015), os sentimentos que os pais demonstraram através da vivência de ter um filho prematuro foi angústia, medo, estresse, insegurança e impotência. Em relação às preocupações que os pais possuíram foi com o ganho de peso e o risco de que a criança desenvolva uma doença devido à prematuridade mostrando semelhança com esse pai do estudo.

Raquel contou que o pai era presente e ativo nos cuidados com a filha. Atualmente, junto com as mães, os pais também estão cuidando dos filhos e do lar, e as mães, também estão trabalhando fora, como os homens. É nesse contexto que se constrói a parentalidade, que são as tarefas diárias além dos cuidados psicológicos e físicos, que as figuras parentais desempenham junto com a criança (SOARES et al., 2015). Parece que a filha conseguiu unir a relação dos pais e houve uma reorganização conjugal e parental nesse casal.

Já Carolina falou que o pai não participava, não tinha vínculo financeiro e o filho foi registrado só no nome dela. Percebe-se uma ambivalência grande de Carolina, pois o primeiro lugar que foi visitar com o filho foi o seu trabalho, lugar onde o pai também trabalha. Da mesma forma como, não queria o pai, mas contou para o pai que estava grávida, além de mandar fotos para o pai depois do nascimento do filho. Porém, quando questionada se gostaria que o pai tivesse outra participação, contou que gostaria de ter o pai presente na vida do filho. Sabe-se que, responsabilizar-se pela criação de um filho sozinha, pode não ser uma tarefa fácil. Compreende-se que a maternidade é uma experiência complexa psiquicamente, e a mulher solteira pode apresentar mais dificuldade. Essa situação pode estar vinculada a um sofrimento, por ser diferente de um ideal social, o qual também pode estar integrado à subjetividade da gestante (GOMES et al., 2015). No estudo de Cúnico e Arpini (2014), o papel do pai é extremamente importante no relacionamento e envolvimento dos filhos para as participantes de família monoparental. As participantes salientam que quando a figura de pai falta, essa carência também é sentida no estado psicológico da mãe e, em consequência, no relacionamento com os filhos, em decorrência da sobrecarga e do acúmulo de funções pela mãe. Porém, a mãe solteira pode vir a enfrentar maiores desafios por conta de estar sozinha, mas não necessariamente provoca um impacto negativo na constituição e vinculação psíquica

do bebê (GOMES et al., 2015). No decorrer do processo de subjetivação de tornar-se mãe e tornar-se pai, o que demonstra maior importância é o desejo e a história individual dos genitores do que um padrão de família nuclear tradicional (ZORNIG, 2010). Acredito que esse acúmulo de funções ainda não foi sentido por Carolina, porque ela estava na licença maternidade, mas já demonstrava que gostaria que o pai fosse mais ativo na vivência com seu filho, e da mesma forma dizia que isso jamais seria possível em virtude da família do pai.

Portanto, a construção da maternidade para essas participantes se deu pela experiência de ser a primeira gestação com diagnóstico de alto risco. A partir desse contexto que foi construída a relação mãe e bebê. Nessa relação da mãe com o bebê ficou claro a importância da amamentação, como uma possibilidade de estreitar a relação com o bebê. Além de demonstrar a importância do cuidado com o bebê, através das identificações da mãe com o bebê. Investir emocionalmente e afetivamente no bebê para que essa construção da relação ocorresse de forma satisfatória, como foi demonstrado pelas participantes.



## CAPÍTULO V

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender como se deu a vivência da maternidade em quatro gestantes primigestas com diagnóstico de alto risco, bem como o modo que o vínculo entre mãe e bebê foi sendo construído antes do nascimento e após o nascimento. Assim, almejou desenvolver conhecimentos sobre a temática.

Percebe-se que, alguns aspectos dessa pesquisa possibilitaram que o fenômeno estudado pudessem aparecer aspectos mais singulares, como, por exemplo o uso de entrevistas semi dirigidas, fornecendo mais liberdade para as participantes. Essa liberdade também foi sentida pela pesquisadora, pois como a mesma estava inserida no local de coleta, vivenciou com as participantes essa construção da maternidade, podendo também fazer anotações para além das entrevistas. Além disso, como foram três coletas, possibilitou uma aproximação entre participante e pesquisador fornecendo um ambiente mais acolhedor para as mesmas, da mesma forma como o caráter longitudinal proporcionou uma escuta mais enriquecedora sobre a vivência das participantes durante a gestação e pós parto.

Assim, pelos relatos das participantes, o que mais se destacou foi à influência dos aspectos infantis de suas relações com as próprias mães, vivenciados e revividos durante a gestação a partir do processo subjetivo de constituição do novo papel materno. A partir das entrevistas, pode-se perceber que as participantes sempre traziam algum aspecto identificatório ou não identificatório com suas figuras maternas. Para se colocar no lugar de mãe, partiam de um referencial que tiveram, e traziam as histórias de suas infâncias e das heranças deixadas da relação com suas figuras maternas. Compreende-se que a maternidade começa a ser construída a partir das relações com as mães, anterior a concepção da gestação. Nessa construção subjetiva de mais um papel que a mulher pode ocupar revive as experiências enquanto filha, para assim conseguir ocupar o lugar de mãe. Por isso, a influência do contexto familiar, social e cultural da gestante, interferiu na maneira como as participantes construíram o novo papel. Vale ressaltar também que como eram mulheres que estavam vivenciando a sua primeira gestação, corroborou para esses aspectos maternos fossem vivenciados mais singularmente.

Outra contribuição do estudo foi que devido à gestação receber o diagnóstico de alto risco, sabe-se que poderia acontecer um abalo narcísico na construção do papel materno e na constituição subjetiva do bebê. Mas, para essas participantes não afetou. As participantes conseguiram relatar os sentimentos que vivenciaram a partir do diagnóstico, porém o que

prevaleceu na construção da maternidade ainda foram os aspectos infantis, referenciais maternos e o modo como foram cuidadas.

Percebe-se também, que nesse estudo com quatro casos, cada participante trouxe uma história ímpar. Esse trabalho demonstra o quanto à construção da maternidade é singular, pois as participantes eram muito heterogêneas nas suas histórias de vida. Se formos citar, tivemos participante casada, com namorado e participante solteira, participante que nasceu com má formação, outra que estava na fila da cirurgia bariátrica e outra que foi adotada. Bebê que nasceu prematuro, bebê que nasceu com infecção e bebê que nasceu com má formação. É muito importante refletir que todos esses aspectos impactaram na constituição subjetiva da mulher do papel materno. Apesar da diferença das participantes, também se pode observar alguns aspectos de semelhança: gravidez inesperada, mas desejo da gestação, hospitalização recorrente, sentimentos de felicidade e medo ao mesmo tempo, medo do parto, anseio para que a amamentação ocorresse de forma satisfatória e sentimentos positivos da relação construída pós parto com o bebê.

Assim, compreende-se que a maternidade inaugura uma fase de muitas mudanças na vida da mulher. O percurso que cada participante fez durante o processo desse estudo demonstra o quanto essa vivência é feita de forma única. Por exemplo, apesar de duas participantes (Tais e Raquel) não terem conseguido aceitar a gestação de logo no início, não demonstrou, pelo menos para Raquel, que teve dificuldades com o bebê. Raquel conseguiu aceitar e constituir uma relação de mãe e bebê. Também ficou claro que, no decorrer do estudo, as participantes conseguiram investir nelas mesmas e no bebê. A questão que ficou desse estudo foi se a Tais conseguiu investir nela e no bebê, pois infelizmente com a desistência isso não foi possível de ser apurado. As expectativas e fantasias maternas das participantes que possibilitaram que o bebê tivesse um espaço afetivo e lugar na família. Assim, ressalta-se a importância das expectativas e das fantasias com relação ao bebê para construir a maternidade e o desenvolvimento do vínculo entre mãe e bebê.

Além disso, cabe pensar que um dos processos que auxiliou as participantes no percurso da gestação foi à rede de apoio, tanto familiar quanto profissional. Fica evidente o quanto pessoas significativas e afetivas podem ajudar a gestante a enfrentar esse momento que envolve muitos sentimentos. Já os profissionais da área da saúde parecem que não conseguiram estabelecer uma comunicação efetiva, com informações claras e precisas para essas participantes, o que foi demonstrado nos relatos. Compreende-se que nesses casos eles poderiam auxiliar as mães nesse momento de organização de papéis, porém não foi o que aconteceu.



Sabe-se que a última entrevista foi em um mês após o parto, momento de muita organização da mãe e da família, e foram investigados aspectos do parto, da amamentação e dos desafios da maternidade, demonstrando como estava sendo construída a relação mãe e bebê. Além de ter sido pincelada as participações paternas em cada caso. Sugere-se que mais estudos longitudinais sejam feitos nesse momento contemplando o desenvolvimento dessa relação do pai com a díade mãe e bebê, pois se compreende a importância do pai fazer parte do processo tanto gestacional quanto após o nascimento.

Enfim, os resultados alcançados desse estudo das vivências de mães primíparas, pode ser experienciada por alegrias, mas também de dificuldades, num contínuo de sentimentos ambivalentes. Cabe desmistificar idéias acerca da vivência da maternidade e do papel da mulher, pois socialmente ainda é visto e cobrado somente nos aspectos positivos, inviabilizando um cuidado mais próximo da realidade. É fundamental a construção de espaços em que as mulheres possam falar e vivenciar a maternidade em todas as suas facetas: positivas e negativas. Assim, sabendo que o processo de aprendizagem é constante e contínuo, espera-se que esse estudo suscite novas questões.



## REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, I. S.; RIBEIRO, I. B.; RODRIGUES, B. M. R. D.; COSTA, C. C. P.; FREITAS, N. S. e VARGAS, E. B. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidade do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enfermagem** Jan/Mar; 15(1):19-25. 2010.
- ALVARENGA, L. L.; BITTENCOURT, M. I. G. F. A delicada construção do vínculo de filiação: o papel do psicólogo no processo de adoção. **Pensando famílias** v.17, n.1 Porto Alegre jul. 2013.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care** Jan;34 Suppl 1:S62-9. 2011.
- ANDRADE, C. J.; BACCELLI, M. S.; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. **Vínculo – Revista do NESME**, v. 14. n. 1. 2017.
- ASSIS T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v. 91, n.1, p.11-17, 2008.
- AULAGNIER, P. **Um intérprete em busca de sentido**. São Paulo: Escuta. 1990.
- AZEVEDO, D. V.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.; JÚNIOR, A. M. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclampsia. **Revista de Salud Pública**. v.11, n.3 Bogotá May/June 2009.
- BARBOSA, P. Z.; COUTINHO, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 59-71, 2007.
- BARRETO, A. P. V.; OLIVEIRA, Z. M. O ser mãe: expectativas de primigestas. **Revista saúde.com**. v.6, n. 1, p. 9-23. 2010.
- BAUMGARTENA, M. C. D. S.; SILVA, V. G. D. S.; MASTALIRB, F. P.; KLAUSB, F.; AZECEDO, P. A. Infecção Urinária na gestação: uma revisão da literatura. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**. 13(Esp), p. 333-42. 2011.
- BORSA, J. C.; DIAS, A. C. G. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. **Revista Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinariedade**, v. 2, p. 310-321. 2007.
- BOLOGNANIL, C. V.; SOUZA, S. S.; CALDERION, I. M. P. Diabetes mellitus gestacional – enfoque nos novos critérios diagnósticos. **Revista de Ciências da Saúde**. v. 22(Sup 1), p. 31-42. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. 3ª Ed. Brasília – DF, 2016. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca\\_feliz/Treinamento\\_Multiplicadores\\_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAZELTON, Berry T.; CRAMER, Bertrand G. **As primeiras relações**. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e rede de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Org). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

CABRAL, S. A.; LEVANDOWSKI, D. C. Representações maternas de mães adultas: relato clínico a partir da Entrevista R. **Psicologia clínica**, v. 23, n. 2, 2011.

CALDAS, D. B.; SILVA, A. L. R.; BÖING, E.; CREPALDI, M. A.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, São Paulo, 2013.

CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M., SPÍNDOLA, T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas das gestantes. **Ciência y enfermería** v. XVI, n.2, p. 115-125, 2010.

COSTA, P. J. D.; LOCATELLI, B. M. O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê. **Mental**, v. 6, n.10, p. 85-102. 2008.

COSTA, S. M. B.; MACHADO, M. T. C. O corpo e a imagem corporal em adolescentes: perspectivas a partir do cuidado integral à saúde. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 19-24, abr/jun 2014.

CÚNICO, S. D.; ARPINI, D. M. Família e monoparentalidade feminina sob a ótica de mulheres chefes de família. **Aletheia**, n. 43-44, p. 37-49. 2014.

DADALTO, E. C. V.; ROSA, E. M. Vivências e expectativas de mães com recém nascido pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Estudos e pesquisa em psicologia**, v.15, n.3. Rio de Janeiro nov. 2015.

DARVILL, R., SKIRTON, H., & FARRAND, P. **Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition**. *Midwifery*, v. 26, n. 3, p. 357-366, 2010.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V.; DANTAS, J. da C. Representação de parturientes acerca da dor de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 100-109, 2008.

DIAS, M. S.; SILVA, R. A.; SOUZA, L. D. M.; LIMA, R. C., PINHEIRO, R. T., MORAES, I. G. S. Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, Rio de Janeiro, 2008.

EPSTEIN, R. El relato y la realidad. In: Vorchheimer, M. (Coord.), **XXXIII Simposio Anual: relatos de la clínica**. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. 2011.

FELICE, E. M. Transformação e "cura" através da experiência de ser mãe. **Psychê**, v. 11, n. 21, p. 145-159. 2007.

FERRARI, A. G.; PICCININI, C. A. Função materna e mito familiar: evidências a partir de um estudo de caso. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 243-257. 2010.

FERRARI, A. G.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. S. O narcisismo no contexto da maternidade: algumas evidências empíricas. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, p. 271-278, set./dez. 2006.

FERRARI, A. G., PICCININI, C. A., & LOPES, R. S. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n.2, p. 305-313, 2007.

FERRARI, H. Qué nos enseña Freud acerca del relato clínico psicoanalítico. **Revista Propiedad de La Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires**, v. 34, n. 1, p. 87-96, 2012.

FREUD, S. **Sobre o narcisismo**: Uma Introdução. In: Obras completas. V.14. 1914.

FRIGO, J.; ZOCHE, D. A. A.; PALAVRO, G. L.; TURATTI, L. A.; NEVES, E. T.; SCHAEFER, T. M. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM** Jan/Mar; v. 5, n.1, p. 58-68. 2015.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2005.

GABEIRA, T. R.; ZORNIG, S. A-J. Os eixos do cuidado na primeira infância. **Cadernos de psicanálise**. v.35, n.29. Rio de Janeiro dez. 2013.

GIANLUPI, A. G. F.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. S. Tornar-se mãe: a maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. **Tese de doutorado não publicada**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, A. G.; MARIN, A. H.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Expectativas e sentimentos de gestantes solteiras em relação aos seus bebês. **Temas em Psicologia** v. 23, n. 2, p. 399-411. 2015.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência da mãe. **Escola Anna Nery** v.12, n.1. Rio de Janeiro Mar. 2008.

GREGORY, D. M.; NEWHOOK, J. T.; TWELLS, L. K. Patients' perceptions of waiting for bariatric surgery: a qualitative study. **International Journal for Equity in Health**, 12:86. 2013.

HAGA, S. M.; LYNNE, A.; SLINNING, K. e KRAFT, P. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. **Scand J Caring Sci**; 26; 458–466, 2012.

HORSTEIN, L. Piera Aulagnier: Sus cuestiones fundamentales. En L. Horstein (Org.), **Cuerpo, historia, interpretación**: Piera Aulagnier - de lo originario al proyecto indentificadorio. Buenos Aires: Paidós. 1994.

JERUSALINSKY, Julieta. **A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê**. Salvador, BA: Ágalma, 2014.

KERBER, G. F.; MELERE, C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Revista Cuidarte**; v. 8, n. 3, p.1899-906. 2017.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Tradução: Maria Rita Hofmeister. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

KLAUS, M.; KENNEL, J. **Pais/bebê**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

KLEIN, M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. In: **Obras completas de Melanie Klein** (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (1996).

KRUEL, C. S.; LOPES, R. de C. S. Tornar-se pai, tornar-se mãe de um bebê com malformação cardíaca congênita: as repercussões do diagnóstico na parentalidade. In: JAEGER, F. P.; KRUEL, C. S.; SIQUEIRA, A. C. **Parentalidade e contemporaneidade**: os desafios para a psicologia. Centro Universitário Franciscano. 2011.

LAMY, G. O.; MORENO, B. S. Assistência pré-natal e preparo para o parto. **Omnia Saúde**, v.10, n.2, p.19-35, 2013.

LANGARO, F.; SANTOS, A. H. Adesão ao tratamento em gestação de alto risco. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n.3, 625-642, 2014.

LEÃO, L. C. S.; LOPES, R. C. S. Tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência: uma condição de dupla maternidade. **Dissertação de mestrado não publicada**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.

LEÃO, F. E.; MARTINS, B. M.; FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; SANTOS, S. S. Mulheres que entregam seus filhos para adoção: um estudo documental. **Revista Subjetividades**. v.14, n.2, p. 283-290. 2014.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1987.

LEITE, R. R. Q.; FROTA, A. M. M. C. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. **Revista da abordagem gestáltica** v.20, o.2 Goiânia dez. 2014.

LEITE, M. G.; RODRIGUES, D. P.; SOUSA, A. A. S.; MELO, L. P. T. e FIALHO, A. V. M. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.19, n. 1, p. 115-124, jan./mar. 2014.

LIMA, L. G.; SMEHA, L. N. **Maternidade**: a experiência de ter um bebê internado em unidade de terapia intensiva. Dissertação de mestrado não publicada. Centro universitário Franciscano. Santa Maria, RS, 2017.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; PADOVANI, F. H. P.; BORDIN, M. B. M.; MARTINS, I. M. B.; MARTINEZ, F. E. A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Eds.) **Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP. 2004.

LOPES, R. C. S.; OLIVEIRA, D. S.; VIVIAN, A. G.; BOHMGARENLI, L. M. C.; PICCININI, C. A.; TUDGE, J. Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança aos 12 meses: Convivendo com as novas aquisições infantis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 5-16. 2007.

LOPES, R. C. S.; PROCHNOW, L. P.; PICCININI, C. A. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 295-304, 2010.

MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Revista Enfermagem Contemporânea**. Jul./Dez.; v. 4, n. 2, p.121-128. 2015.

MALDONADO, M. T. Psicossomática e obstetrícia. In: Mello Filho, J. (Org.). **Psicossomática hoje** (pp. 208-14). Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANÇÚ, T. S.; ALMEIDA, O. S. C. Conhecimentos e sentimentos das gestantes diabéticas sobre a diabetes mellitus gestacional e tratamento. **Revista de enfermagem**. UFPE on line., Recife, v. 10(Supl. 3), p.1474-82, abr., 2016.

MARCHETTI, D.; MOREIRA, M. C. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginado? **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, 2015.

MASSUCATTI, L. A.; PEREIRA, R. A. P.; MAIOLI, T. U. Prevalência de diabetes gestacional em Unidades de Saúde Básica. **Revista Enfermagem Atenção Saude**. v. 1, n. 1, p. 70-9. 2012.

MINAYO, M. C. S. O. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOURA, M. M. D.; CARNEIRO, S. M.; MONTEIRO, A.C. Psicologia médica em maternidade pública de alto risco. **Femina**, v. 30, n.04, p. 210-223. 2002.

NAKANO, A. M. S. As mulheres e as diferentes posições de sujeito na prática do aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**; v. 15, n.4, p. 96- 101. 2002.

NELAS, P.; COUTINHO, E.; CHAVES, C.; AMARAL, O.; CRUZ, C. Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto dos contextos de vida. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 3, n. 1, p. 183-191. 2017.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F. Percepção de mulheres sobre a vivencia no trabalho de parto e parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, Número Especial, p. 32-41. 2010.

OLIVEIRA, A. C. M.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 24, n. 3, 2015

OLIVEIRA, C. C.; LINS, C. P.; RAM, S.; NETTO, C. H; BORNIA, R. G.; SILVA, N. R. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 93-8. 2006.

OLIVEIRA; V. J.; MADEIRA, A. M. F ;PENNA, C. M. M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, jan/mar; v. 12, n.1, p.49-56. 2011.

OISHI, K. L. O Jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 5-11, 2014.

PAIVA, L. V.; NOMURA, R. M. Y.; DIAS, M. C. G.; ZUGAIB, M. Obesidade materna em gestações de alto risco e complicações infecciosas no puerpério. **Revista da associação médica brasileira**, v. 58, n. 4. São Paulo, 2012.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; MOREIRA, L. E.; LOPES, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 223-232. 2004.

PICCININI, C. A.; CARVALHO, F. T.; OURIQUE, L. R.; LOPES, R. S. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012.

PICCININI, C. A.; LOPES, R. S.; GOMES, A. G.; DE NARDI, T. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 1, 2008.

PIEROTTI, M. M. S.; LEVY, L. E ZORNIG, S. A-J. O manhês: costurando laços. **Revista Estilos da clínica**. v.15, n.2, São Paulo dez. 2010.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 585-602, Set./Dez. 2013.



PINHO, L. M. O.; RIBEIRO, D. F. B. Diabetes da Gestação: nove meses de uma doçura amarga. **Estudos: Revista da Universidade Católica de Goiás**, v. 28, n. 6, p. 1199-1210, 2001.

POZZO, M.; BRUSATI, V.; CETIN, I. Clinical relationship and psychological experience of hospitalization in “high-risk” pregnancy. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 149, n. 1, p. 136-142. 2010.

QUEVEDO, M. P., LOPES, C. M. C.; LEFÈVRE, F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 16, n. 1, p. 12-21, 2006.

RAPOPORT, A., PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-USF (Impr.)** v.16 n.2 Itatiba May/Aug. 2011.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e a experiência da maternidade. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 16, n. 1, 2006.

REGO, A. L. C.; CRUZ, G. K. P.; CARVALHO, D. P. S. R. P.; AZEVEDO, I. C.; VITOR, A. F.; JÚNIOR, M. A. F. Tempo de espera de pacientes em fila para realização de cirurgia bariátrica e complicações relacionadas. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11(Supl. 2), p.1025-31, fev., 2017.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo informação**, v.16, n.16 São Paulo dez. 2012.

RODRIGUES, A. V., & SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n.2, p. 179-186, 2008.

RUBARTH, L. B.; SCHOENING, A. M.; COSIMANO, A.; SANDHURST, H. Women’s experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. **JOGNN**, v. 41, n. 3, 398-407, 2012.

ROUDINESCO, E. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorga Zahar Ed., 1998.

SANTOS, H. T. S.; OLIVEIRA, G. S.; SOARES, P. C. F.; ARAÚJO, W. A.; ALMEIDA, E. U. A.; OLIVEIRA, M. M. L. R. Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações no feto. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9 (Supl. 9), p. 9978-82, nov., 2015.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MULLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **PsicoUSF**. v.10, n.1, Itatiba jun. 2005.

SILVA, E.; QUEVEDO, L. A. Efeito da depressão materna no desenvolvimento dos filhos. In: **Anais do Salão UFRGS 2016: SIC - XXVIII SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS**. 2016.

SILVA, F. B.; SOUZA, L.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e multíparas. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 1, p. 19-34. 2013.

SILVA, G. F. Gravidez: regressão e movimentos representacionais na perspectiva de Freud e Winnicott. **Dissertação de mestrado não publicada**. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2009.

SILVA, J. C.; RIBEIRO, A. M.; CARVALHO, L. S.; MELO, M. M.; BARRETO NETO, L. Fatores relacionados à presença de recém nascidos grandes para idade gestacional em gestantes com diabetes mellitus gestacional. **Revista Brasileira Ginecologica Obstetrícia**. v. 31, n.1, p. 5-9. 2009.

SILVA, M. R. C.; VIERA, B. D. G.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; VARGAS, G. S.; SÁ, A. M. P. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, dez; v. 21(esp.2), p. 792-7. 2013.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** v. 13, p. 1, p.108-15. 2009.

SILVEIRA, P.; TAVARES, C.; MARCONDES, F. Suporte emocional às gestantes que convivem com doença crônica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, ESPECIAL 4, OUT. 2016.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discurso de primíparas e multíparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v.15, n.1, p. 19-34. São Paulo, SP, jan.-abr. 2013.

SOARES, R. L. S. F.; CHRISTOFFEL, M. M.; RODRIGUES, E. C.; MACHADO, M. E. D.; CUNHA, A. L. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. **Escola Anna Nery**; v.19, n.3, p. 409-416, 2015.

SOLIS-PONTON, L. A construção da parentalidade. In: SILVA, M.C.P. & SOLIS-PONTON, L. (Org.). **Ser Pai, Ser Mãe: Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOULÉ, M. O filho da cabeça, o filho imaginário. In: BRAZELTON, TB; CRAMER; B.; KREISLER, L.; SCHAPPI, R. & SOULÉ, M. (Eds.). **A dinâmica do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R.. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

STAKE, R. E. **Multiple case study analysis**. New York: The Guilford Press. 2006.

STERN, D. N. **A costelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais\bebê**. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)** v .3, n.3 Porto Alegre Sept. 2010.

TACON, F. S. A.; TACON, K. C. B.; AMARAL, W. N. Álcool e gravidez: influência na morfologia fetal. **Revista educação em saúde**. 5 (1): 81-88. 2017.

THEISEN, A. P.; NODARI, L. C. L. A função maternal na constituição psíquica. **Trabalho de conclusão de curso não publicado**. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. 2014.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**. v. 39 n. 3, 2005.

VAZ, D. C.; SILVA, D. S.; SANTOS, D. S. S.; BONFIM, M. V.; ABREU, R. M. Concepção materna sobre a amamentação em lactentes de um programa do método mãe canguru. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.225-242 abr./jun. 2014.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 67, n. 2, p. 282-9, 2014.

VIEIRA, A. C. D.; ZORNIG, S. A-J. “Foi sem querer! Por que os métodos contraceptivos não funcionam comigo?”: Um estudo psicanalítico sobre a dinâmica de engravidar e ter filhos. **Tese de doutorado não publicada**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2016.

VIEIRA NETA, F. A.; CRISÓSTOMO, V. L.; CASTRO, R. C. M. B.; PESSOA, S. M. F.; ARAGÃO, M. M. S.; CALOU, C. G. P. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Revista da Rede de enfermagem do Nordeste**. Set-out; v.15, n.5, p.823-31. 2014.

WINNICOTT, D. W. La lactancia natural. In: WINNICOTT, Donald Woods. **Obras completas de Winnicott**. 1954. Disponível em: <http://psicopsi.com/La-lactancia-natural.asp>

WINNICOTT., D. W. **Os bebês e suas mães**. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. 4ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, Ed. 2000. (Original publicado em 1956).

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. Tradução: Paulo Sandler. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. 2009.

Retrieved

from

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241597494/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/en/)

ZANATTA, E., PEREIRA, C. R. R. “Ele enxerga em ti o mundo”: a experiência da maternidade pela primeira vez. **Temas em psicologia**, v. 23, n. 4, 2015.

ZORNIG, S. A-J.; LEVY, L. Uma criança em busca de uma janela: função materna e trauma. **Estilos da clínica** v.11 n.20 São Paulo jun. 2006.

ZORNIG, S. A-J. A corporeidade na clínica: algumas observações sobre os primórdios do psiquismo. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v.40.2, 2008.

ZORNIG, S. M. A-J. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. **Tempo psicanalítico**, v.42, n.2, 2010.

**APÊNDICE**

## APÊNDICE A



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**NÚCLEO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

**Título do estudo:** Tornar-se mãe no contexto da gestação de alto risco

**Pesquisadora responsável:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline Cardoso Siqueira **Instituição/departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Psicologia

**Telefone e Endereço:** (55) 3220 9233. Avenida Roraima, 1000, prédio 74B, sala 3205, 97105-970 - Santa Maria - RS.

**promotora:** Universidade Federal de Santa Maria

**Local da coleta de**

**dados:** Hospital Universitário de Santa Maria e Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, RS.

**Comitê de ética em pesquisa da**

**UFSM:** Av. Roraima, nº1000, CEP: 97.105.900 - Santa Maria – RS – 2º andar do prédio da reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Prezada Senhora:

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas de uma entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo:** Conhecer a vivência da maternidade em gestação de alto risco.

**Justificativa:** Acredita-se que na sociedade, a gestação, o parto, a maternidade e o vínculo mãe bebê são aspectos naturais, constituinte de todas as mulheres, onde a maternidade é entendida por um momento mágico, fantasioso, na qual não exista nada que possa dar errado. Porém, também fazem parte da maternidade, apesar de pouco falado e trazido para o social, às gestações de alto risco, que colocam todas as fantasias da mãe a cerca do bebê em questão. Sendo assim, em muitos casos, a possível internação recorrente da mãe, a idealização do bebê e as fantasias existentes na gestação de risco pelas gestantes interferem na forma como o filho será cuidado e acolhido, influenciando seu desenvolvimento emocional. Após o nascimento, a vivência da hospitalização do filho pode ser experienciada por múltiplos sentimentos, impactando a forma como a maternidade será vivenciada, bem como a organização familiar frente a esse diagnóstico e quem se configura como rede de apoio nesse momento para as mães. A importância do estudo está amparada na compreensão necessária desse fenômeno em como que os profissionais que acompanham e auxiliam as mulheres ao longo da gestação de alto risco, podem auxiliá-las, visto que a forma como as mães irão ser ajudadas poderá ser fundamental para sua saúde e do filho recém-nascido. Os resultados desse estudo contribuirão para um melhor entendimento da vivência da maternidade para gestantes de risco durante a gestação e pós-parto, fazendo com que os profissionais da saúde possam compreender os sentimentos dessas mulheres como também seu possível sofrimento, escutando e auxiliando nas suas questões e demandas dessa gestação em perigo, produzindo, juntamente com as

mães, melhores condições emocionais de compreender e vivenciar a experiência da maternidade.

**Procedimentos:** Sua participação ocorrerá através de duas entrevistas: uma antes do nascimento e uma depois do nascimento (cerca de um mês após o parto).

**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

**Riscos:** Esta entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Contudo, caso você se sinta desconfortável enquanto estiver participando da entrevista, você poderá conversar com uma das pesquisadoras e solicitar uma atenção psicológica. A equipe de pesquisa está capacitada para acolher a participante do estudo e, se avaliar necessário, encaminhá-la para atendimento psicológico na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), clínica-escola do Curso de Psicologia da UFSM, sob coordenação da professora responsável por esse estudo. Os atendimentos serão realizados pelas estagiárias da CEIP.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável e sua equipe. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, nº1000, CEP: 97.105.900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

**APÊNDICE B****FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****Eu gostaria de algumas informações sobre você e sua família:**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cidade:

Código do participante:

1. Sexo:

2. Idade:

3) Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) Com companheiro

4) Você possui irmãos? Se sim... Quantos? Qual sexo dos seus irmãos? E idade?

5) Consome álcool: ( ) Sim ( ) Não

Qual o tipo: Frequência:

6) Consome drogas: ( ) Sim ( ) Não

Qual o tipo: Frequência:

7) Tem problemas médicos: ( ) Sim ( ) Não

Quais:

Medicamentos:

8) Com quem você mora? (Incluir grau de parentesco e Idade)

9) Idade do pai da criança:

10) Religião:

11) Escolaridade:

( ) Ensino Fundamental incompleto

( ) Ensino Fundamental completo

( ) Ensino Médio incompleto

( ) Ensino Médio completo

( ) Ensino Superior incompleto

( ) Ensino Superior completo

( ) Pós-Graduação completo ou incompleto

12) Profissão/ocupação da mãe:

Quantas horas trabalha por dia/semana:

13) Profissão/ocupação do pai:

Quantas horas trabalha por dia/semana:

14) Renda familiar:

( ) Até um salário mínimo

( ) Entre dois a 4 salários mínimos

( ) Entre 4 a 6 salários mínimos

( ) Mais de 6 salários mínimos

15) Endereço para contato:

16) Endereço:

17) Telefone

18) E-mail:

19) Outro contato e telefone:



## **ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA SOBRE DADOS CLÍNICOS DA GESTAÇÃO E O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL**

### **Eu gostaria que você me contasse os dados clínicos sobre a sua gestação...**

1. Com quantas semanas de gestação você está?
2. Qual a previsão para a chegada do bebê?
3. Você foi internada por qual motivo?
4. Quando você internou?
5. Como foi o procedimento da internação? Com quantas semanas?
6. Está internada há quanto tempo?
7. O que você sentiu quando o médico disse que você precisaria ficar internada?
8. Algum familiar está acompanhando você durante a internação?
9. O que você está achando do atendimento no hospital?
10. Como é a sua história Gineco-Obstétrica?
11. Você já havia engravidado outras vezes?
12. Você já teve algum aborto?
13. Quais são as medicações que estão sendo usadas na gestação?

### **Eu gostaria que você me contasse sobre o acompanhamento pré-natal...**

14. Quando você iniciou o acompanhamento médico?
15. Qual a frequência que você vai ao médico?
16. Até o momento, quantas consultas foram realizadas no pré-natal?
17. Você já fez alguma ultrasonografia? Se sim, quantas?
18. Você faz uso de cigarro, álcool, outras drogas, durante a gestação? Se sim, quais? E qual a frequência desse uso?
19. Você teve ou está tendo alguma intercorrências durante a gestação?
  - Anemia:
  - Infecção urinária:
  - Sangramentos:
  - Contrações:
  - Traumatismo:
  - Repouso:
20. Como você foi avisada que sua gravidez possui diagnóstico de gestação de alto risco? Quem falou para você e como foi falado?

21. Como você recebeu esse diagnóstico?
22. Que sentimentos foram despertados?
23. Quando foi diagnosticada?
24. Quais são os cuidados que você precisa ter por ser uma gestação de alto risco?
25. Quais são as medicações que são necessárias utilizar na gestação?

## APÊNDICE C

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA DURANTE A GESTAÇÃO

#### **Identificação da participante:**

#### **Data:**

#### **Eu gostaria de conversar contigo sobre a sua infância e relação com a sua mãe...**

1. O que você lembra da sua infância?
2. Qual a situação mais marcante da sua infância?
3. Conte-me sobre os cuidados que recebeu quando era bebê...
4. Que histórias seus familiares contam sobre sua infância?
5. Quem te cuidou?
6. O que você lembra desse cuidado?
7. Pensa em ser uma mãe como a sua mãe foi para você?

#### **Eu gostaria de conversar contigo sobre a sua gravidez...**

8. Conte-me como foi o momento que você descobriu que estava grávida.
9. O que você sentiu quando se descobriu grávida?
10. Está gestação foi planejada?
11. Você possui desejo em ser mãe?
12. Qual seria sua motivação para ser mãe?
13. Quem foi a primeira pessoa para quem você contou sobre a gravidez?
14. Como foi a reação dessa pessoa?
15. E o pai, ele soube da gravidez?
16. Como foi para o pai receber essa notícia?

#### **Eu gostaria de conversar contigo sobre como está sendo o processo da gestação...**

17. Conte-me como se vê sendo mãe...
18. O que mudou depois que se descobriu grávida?
19. Quais são seus sentimentos e sensações relacionados à gestação?
20. Sente-se mãe?
21. Você considera algo como ponto positivo na gestação? E negativos?
22. Quais são as suas angústias na gestação?
23. Possui alguma preocupação? Qual? E medo?

**Eu gostaria de conversar contigo sobre como foi receber o diagnóstico de gestante de alto risco...**

24. Como você recebeu esse diagnóstico?
25. Existe algum sintoma de desconforto em relação à gravidez?
26. Quais cuidados estão tendo em relação à gestação?
27. Quais são as preocupações que está tendo no momento?
28. Como você imaginava o seu filho antes de receber o diagnóstico?
29. E agora, como você o imagina?

**Eu gostaria de conversar contigo sobre a sua rede de apoio durante a gestação...**

30. Quem você considera que está auxiliando na gestação?
31. Como está acontecendo essa ajuda?
32. Como está acontecendo à participação do pai?
33. Como está acontecendo à participação da sua família? Da sua mãe? Do seu pai?

## APÊNDICE D

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA UM MÊS APÓS O PARTO

**Identificação da participante:**

**Data:**

**Eu gostaria de conversar contigo sobre como foi à experiência do parto...**

1. Conte-me como ocorreu o parto...
2. Foi parto normal ou cesárea?
3. O que você sentiu?
4. Você sentiu alguma dor física durante o parto?
5. Foi de quantas semanas?
6. Como foi o final da sua gestação?
7. Você precisou utilizar medicações novas ou continuaram as mesmas?
8. Como foi o nascimento do bebê para você?
9. O que você sentiu quando o bebê nasceu?
10. Qual foi o peso do bebê?
11. Qual foi a estatura do bebê?
12. Como foi a recuperação do parto?
13. Como foi o atendimento no parto do bebê? Tanto médicos quanto enfermeiros? E pós parto?

**Eu gostaria de conversar com você sobre a experiência em ser mãe...**

14. Quando você viu o seu bebê pela primeira vez?
15. Como se sentiu ao vê-lo?
16. Que sentimentos despertaram em você ao ver seu filho?
17. Seu filho era como você havia imaginado?
18. Para você, seu bebê é saudável?
19. Como foi e está sendo a experiência da amamentação?
20. Como é a sua rotina?
21. Como você está se sentindo como mãe?
22. Quais são as suas preocupações?
23. Como tem sido a relação com o bebê?

24. O que te agrada e desagrada como mãe?
25. Qual sua percepção sobre o filho/filha?
26. O que está sendo mais difícil para você? Cite um exemplo...
27. O que está sendo mais prazeroso para você? Cite um exemplo...
28. Quais são as suas maiores angústias enquanto mãe?
29. Como você está vendo o desenvolvimento do bebê?
30. O que mais está te surpreendendo na experiência de ser mãe?

### **Mapeamento da rede de apoio**

31. Como está a rotina da casa e das pessoas com quem você mora?
32. Quem te ajudou na gestação, e nos primeiros meses de vida do filho?
33. De que forma foi feito esse auxílio?
34. Com quem você conta para deixar seu filho caso você precise sair?
35. Como é a relação do pai com o filho/filha?
36. O pai ajuda nos cuidados?
37. O pai é presente na vida do filho/filha?

## APÊNDICE E

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
NÚCLEO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

**Título do projeto:** Tornar-se mãe no contexto da gestação de alto risco

**Pesquisadores responsáveis:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Aline Cardoso Siqueira

**Instituição:** UFSM/Psicologia

**Telefone para contato:** (55) 8424-4223

**Local da coleta de dados:** Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados através de entrevistas no Hospital Universitário de Santa Maria. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria, Avenida Roraima, 1000, prédio 74B, Departamento de Psicologia, sala 3205, 97105-970 - Santa Maria – RS, por um período de cinco anos sob a responsabilidade do (a) Prof. (a) Pesquisador (a) Aline Cardoso Siqueira. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 22/09/2016, com o número do CAAE 58670416.0.0000.5346.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Aline Cardoso Siqueira





**ANEXO A**

**ANEXO A**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Maternidade: Conhecendo a perspectiva da mulher na gestação de risco

**Pesquisador:** ALINE CARDOSO SIQUEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58670416.0.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.740.319

#### **Apresentação do Projeto:**

O projeto se intitula "Maternidade: conhecendo a perspectiva da mulher na gestação de risco" e se vincula ao curso de Psicologia.

No resumo do projeto consta o seguinte texto: "Quando falamos sobre gravidez, logo pensamos que tudo transcorrerá bem. Porém, existe gravidez considerada de risco, tanto para a mãe, quanto para o bebê e que torna a gestação e maternidade extremamente insegura para a mãe. Por isso, o presente projeto objetiva compreender a vivência da maternidade com diagnóstico de gestação de risco. Será utilizada como metodologia a pesquisa qualitativa, onde serão realizadas entrevistas semi estruturadas com mães que possuem o diagnóstico de gestação de risco, entre a 25a e a 36a semana, no último semestre da gestação e um mês após o parto, posteriormente sendo analisadas através do modelo de relato comumente utilizado na clínica psicanalítica. Todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos serão contemplados. Pretende-se entender a motivação e por que do desejo de ser mãe, se houve esse desejo e como está sendo todo esse processo, bem como compreender a relação que está se estabelecendo entre os sentimentos da maternidade e a gestação de risco. Além disso, é importante conhecer os sentimentos das mulheres que vivenciam uma gestação de risco para também compreender a relação entre a vivência de uma gestação de risco e como será construído este vínculo mãe e bebê. Concomitante

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.740.319

a isso, perceber como se configura a rede de apoio a essas mães. Vários estudos apontam que as experiências vividas no passado, são de extrema importância em como ela irá vivenciar a gestação e como será a relação com a criança. Além disso, se tratando de uma gestação de risco, é importante refletir sobre os sentimentos que as mães possuem nessa situação, para que assim, enquanto profissionais da saúde possamos auxiliá-las."

Consta do projeto, ainda, revisão bibliográfica inicial, descrição da metodologia, cronograma, orçamento e roteiro de entrevista.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral: compreender a vivência da maternidade para mulheres com diagnóstico de gestação de risco.

Objetivos específicos

- Entender o desejo em ser mãe de mulheres que vivenciam gestação de risco;
- compreender a relação entre maternidade e gestação de risco;
- conhecer os sentimentos das mulheres que vivenciam uma gestação de risco;
- compreender como acontece a relação da mãe com o bebê em uma gestação de risco;
- perceber como se configura a rede de apoio para essas mães com diagnóstico de gestação de risco.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No TCLE consta a seguinte descrição de riscos e benefícios:

"Benefícios: esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos: está entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.740.319

Contudo, caso você se sinta desconfortável enquanto estiver participando da entrevista, você poderá conversar com uma das pesquisadoras e solicitar uma atenção psicológica. A equipe de pesquisa está capacitada para acolher a participante do estudo e, se avaliar necessário, encaminhá-la para atendimento psicológico na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), clínica-escola do Curso de Psicologia da UFSM, sob coordenação da professora responsável por esse estudo. Os atendimentos serão realizados pelas estagiárias da CEIP."

Considerando-se as características do projeto esta descrição pode ser considerada suficiente.

O proponente deve atentar para o seguinte: ao afirmar que "se avaliar necessário, encaminhá-la para atendimento psicológico na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), clínica-escola do Curso de Psicologia da UFSM", deve ser anexada manifestação formal da Ceip pela qual informe que está disponível para prestar o serviço.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados de modo suficiente.

#### **Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientacoes gerais", modelos e orientacoes para apresentacao dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTACOES DISPONIVEIS, EVITE PENDENCIAS E AGILIZE A TRAMITACAO DO SEU PROJETO.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Na descrição de riscos o proponente deve atentar para o seguinte: ao afirmar que "se avaliar necessário, encaminhá-la para atendimento psicológico na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), clínica-escola do Curso de Psicologia da UFSM", deve ser anexada manifestação formal da Ceip pela qual informe que está disponível para prestar o serviço.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 1.740.319

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_745801.pdf	12/08/2016 13:56:46		Aceito
Folha de Rosto	20160812103745789.pdf	12/08/2016 13:56:22	Marina Peripolli Antoniazzi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	29/06/2016 20:54:09	Marina Peripolli Antoniazzi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MATERNIDADE.doc	29/06/2016 20:53:28	Marina Peripolli Antoniazzi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_confidencialidade.pdf	29/06/2016 20:51:11	Marina Peripolli Antoniazzi	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	29/06/2016 20:49:17	Marina Peripolli Antoniazzi	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	29/06/2016 20:49:00	Marina Peripolli Antoniazzi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	29/06/2016 20:46:37	Marina Peripolli Antoniazzi	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_na_integra.pdf	29/06/2016 20:45:35	Marina Peripolli Antoniazzi	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 22 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com