

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

**A INFLUÊNCIA DA PREMATURIDADE DO BEBÊ NO
EMOCIONAL MATERNO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos

Santa Maria, RS, Brasil

2014

A INFLUÊNCIA DA PREMATURIDADE DO BEBÊ NO EMOCIONAL MATERNO

Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos

Dissertação de Mestrado (modelo alternativo) apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**

Orientadora: Prof. Dr.^a Márcia Keske-Soares

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Snidarsis de Vasconcellos, Joyce Vanessa
A INFLUÊNCIA DA PREMATURIDADE DO BEBÊ NO EMOCIONAL
MATERNO / Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos.-2014.
108 p.; 30cm

Orientador: Márcia Keske-Soares
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2014

1. Mães 2. Nascimento prematuro 3. Unidades de
Terapia Intensiva Neonatal 4. Depressão 5. Ansiedade I.
Keske-Soares, Márcia II. Título.

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito da autora.

Email: joycesnidarsis@hotmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação
Humana**

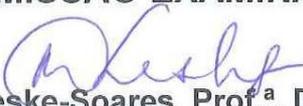
A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação
de Mestrado

**A INFLUÊNCIA DA PREMATURIDADE DO BEBÊ NO
EMOCIONAL MATERNO**

elaborada por
Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

COMISSÃO EXAMINADORA:


Márcia Keske-Soares, Prof.^a Dr.^a (UFSM-RS)
(Presidente/Orientadora)


Luciane Najjar Smeha, Prof.^a Dr.^a (UNIFRA-RS)
(Membro)


Carolina Lisbôa Mezzomo, Prof.^a Dr.^a (UFSM-RS)
(Membro)

Santa Maria, 28 de março de 2014

AGRADECIMENTOS

Em especial a minha mãe, por acreditar em meus sonhos e sempre me incentivar e me apoiar em todos os momentos da minha vida.

Ao meu amor e companheiro Eduardo, por colaborar para que tudo fosse possível, além de me ajudar incondicionalmente, principalmente em minhas ausências.

A minha querida e amada filha Alícia, que entendeu e suportou todas as minhas ausências, além de me incentivar, sempre dizendo: “Mãe, você vai conseguir!!!”

A todos os meus familiares, em especial ao meu cunhado Erik, que sempre participou dos momentos especiais em minha vida e este não foi diferente.

A minha querida amiga Mariele Missau, pelo importante apoio nos cuidados com minha filha.

A Prof^ª Dr^ª Márcia Keske-Soares, minha querida orientadora, pelos momentos de aprendizado, dedicação e carinho, e, principalmente, por confiar e acreditar no meu trabalho.

A Prof^ª Dr^ª Angela Maciel Weinmann, por sua confiança e colaboração para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

A toda equipe de funcionários da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário da UFSM, em especial a enfermeira Rose e a Psicóloga Eliane.

A todas às mães dos recém-nascidos prematuros que participaram desta pesquisa, acreditando em meu trabalho e tornando possível esta pesquisa.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria, em especial a Dr^ª Helena Mota, Dr^ª Ana Paula Blanco-Dutra e Dr^ª Carolina Lisbôa Mezzomo por compartilhar os seus conhecimentos e por me acolherem.

Aos colegas de mestrado, pela amizade e por dividirem comigo todos os momentos vivenciados nestes dois anos de estudo.

A todos os alunos do programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana e os alunos da fonoaudiologia da UFSM, pelas trocas de conhecimento.

As amigas Daniela Drozd, Áurea Junqueira e, em especial a Amanda Schreiner, pelo incentivo e pela ajuda durante toda a realização desse trabalho.

As queridas irmãs Marileda e Mariele Gubiani, pela amizade e ajuda incondicional.

E, por fim, aos colegas da Especialização em Clínica Psicanalítica, em especial à Clarissa Rigo, Adaiane Baccin e Mariana Flores, pelos momentos de aprendizado e por permanecerem na torcida.

“Eu não podia pegar ele, daí fiquei falando, falando, falando e ele não abria os olhos. Ele foi abrir ontem e eu pude chegar e olhar para ele. E a impressão que eu tinha é que ele ficava querendo prestar atenção, sabe? Dava umas resmungadas, mas queria ficar, tipo escutar que barulho era aquele. Eu acho que de alguma maneira ele conheceu a minha voz. Eu acho que ele já sabe até quem eu sou, parece que ele está bem agora...ah, nossa, dá uma paz assim!!!”

(J.A.P., mãe de um recém-nascido prematuro, a qual participou deste estudo)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
Universidade Federal de Santa Maria

A INFLUÊNCIA DA PREMATURIDADE DO BEBÊ NO EMOCIONAL MATERNO

AUTORA: JOYCE VANESSA SNIDARSIS DE VASCONCELLOS

ORIENTADORA: Dra. MÁRCIA KESKE-SOARES

Data e Local de Defesa: Santa Maria, 28 de março de 2014.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a influência da prematuridade no emocional materno em mães dos recém-nascidos prematuros internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O primeiro estudo, exploratório e quantitativo do tipo transversal, sobre a incidência de sintomas clínicos de depressão e ansiedade em mães de recém-nascidos prematuros durante a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a associação desses sintomas com as expectativas e os sentimentos maternos. Constituiu-se de uma avaliação através dos Inventários de BDI e BAI e de um questionário de perguntas fechadas, em uma amostra de 36 mães. O segundo estudo, exploratório e qualitativo sobre as expectativas e os sentimentos maternos a respeito da maternidade e em relação à prematuridade de seus bebês e suas possíveis consequências. Foi realizado a partir de uma entrevista semiestruturada em três mães selecionadas da amostra do primeiro estudo. Os resultados demonstraram que 42% das participantes apresentaram depressão e 48% ansiedade, sendo que ambos os sintomas estiveram presentes em 64% delas, estando associados às mães que não eram primíparas e a algumas expectativas e sentimentos maternos. Também se verificou que, apesar do não planejamento da gravidez, o desejo das mães pelo filho esteve presente, assim como a importância do contato físico e escópico com seus bebês. Foi observado que o laço entre a equipe e a mãe inclui contradições e que a expectativa familiar e social em relação ao bebê repercute como uma falha materna. Portanto, a prematuridade parece influenciar no emocional materno, podendo acarretar consequências emocionais como depressão, ansiedade, sentimento de impotência, de inadequação e de culpa, além da frustração de muitos desejos e fantasias. Assim, é importante que as mães tenham um suporte psicológico para que as consequências emocionais possam ser minimizadas e não prejudiquem a relação mãe-bebê.

Palavras-chave: Mães. Nascimento prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Depressão. Ansiedade.

ABSTRACT

Master's Degree Dissertation
Program of Post Graduation of Human Communication Disorders
Universidade Federal de Santa Maria

THE INFLUENCE OF THE BABY'S PREMATURITY ON THE MATERNAL EMOTIONAL

AUTHOR: JOYCE VANESSA SNIDARSIS DE VASCONCELLOS

ADVISOR: Dr^a. MÁRCIA KESKE-SOARES

Place of Defense and Date: Santa Maria, march 28, 2014.

This research aimed to evaluate the influence of the prematurity on maternal emotional in mothers of premature newborn admitted to a Neonatal Intensive Care Unit. The first study, exploratory and quantitative cross-sectional, about the incidence of clinical symptoms of depression and anxiety in mothers of premature newborn during hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit and the association of these symptoms with the expectations and maternal feelings. Consisted of an evaluation by the BDI and BAI inventories and a questionnaire of closed questions, in a sample of 36 mothers. The second study, exploratory and qualitative about the expectations and the maternal feelings regarding the motherhood and in relation to the prematurity of their babies and its possible consequences. It was made from a semi-structured interview in three selected sample of the first study mothers. The results showed that 42 % of the participants had depression and 48 % anxiety, and that both the symptoms were present in 64 % of them, being associated to the mothers who were not primiparous and some expectations and maternal feelings. It was also found that, despite not planning pregnancy, the desire of the mothers by their baby was present, as well as the importance of the physical and scopic contact with their babies. It was observed that the bond between the team and the mother includes contradictions and that the family and social expectations regarding the baby resonates as a maternal failure. Therefore, the prematurity seems to influence the maternal emotional, can lead to emotional consequences such as depression, anxiety, impotence, inadequacy and guilt, beyond the frustration of many desires and fantasies. Thus, it is important that mothers have a psychological support so that the emotional consequences can be minimized and do not prejudice the mother-baby relationship.

Keywords: Mothers. Premature birth. Neonatal Intensive Care Units. Depression. Anxiety.

LISTA DE TABELAS

Artigo de pesquisa 1

Tabela 1 - Características das mães e recém nascidos prematuros.....51

Tabela 2 - Sintomas clínicos materno avaliados durante a internação do recém-nascido prematuro (BDI versus BAI)(n=36).....52

Tabela 3 - Associação do BDI com ser ou não primípara e expectativas e sentimentos maternos acerca do bebê53

Tabela 4 - Associação do BAI com ser ou não primípara e expectativas e sentimentos maternos acerca do bebê54

Artigo de pesquisa 2

Tabela 1 - Características das mães e recém nascidos prematuros.....69

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo de pesquisa 1

Gráfico 1 - Descrição do percentual de mães com sintomas clínicos de ansiedade e depressão.....52

LISTA DE REDUÇÕES

BAI	- Inventário de Ansiedade <i>Beck</i> (<i>Beck Anxiety Inventory</i>)
BDI	- Inventário de Depressão <i>Beck</i> (<i>Beck Depression Inventory</i>)
BHS	- Escala de Desesperança (<i>Beck Hopelessness Scale</i>)
BSI	- Escala de Ideação Suicida (<i>Beck Scale for Suicide Ideation</i>)
CCS	- Centro de Ciências da Saúde
CCT	- <i>Center for Cognitive Therapy</i>
CELFL	- Centro de Estudos de Linguagem e Fala
EBADEP	- Escala Baptista de Depressão
HAD	- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	- Hospital Universitário de Santa Maria
IDATE	- Inventário de Ansiedade Traço – Estado
MM-C	- Método Mãe-Canguru
OMS	- Organização Mundial da Saúde
SINASC	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SPPS	- <i>Software Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	- Universidade Federal de Santa Maria
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Entre dados, achados e causas da prematuridade	15
2.2 Implicações da prematuridade: atravessamentos que cercam o bebê prematuro.....	17
2.3 Função materna: a perspectiva de um mundo simbólico para o bebê prematuro.....	22
2.4 Ansiedade e depressão materna: perspectiva do desenvolvimento infantil no bebê prematuro	26
3 METODOLOGIA	35
3.1 Caracterização da pesquisa	35
3.2 População	35
3.3 Amostra.....	35
3.3.1 Critérios de inclusão	36
3.3.2 Critérios de exclusão	36
3.4 Aspectos éticos.....	37
3.5 Instrumentos de pesquisa	38
3.6 Procedimentos	38
3.7 Análise de dados.....	41
3.7.1 Artigo 1: Inventários de Depressão e Ansiedade <i>Beck</i> e questionário de perguntas fechadas.	41
3.7.2 Artigo 2: Entrevista semiestruturada.....	42
4 ARTIGO DE PESQUISA	43
4.1 Resumo	43
4.2 Abstract.....	44
4.3 Introdução.....	45
4.4 Metodologia	47
4.5 Resultados	50
4.6 Discussão	55
4.7 Referências	60
5 ARTIGO DE PESQUISA	64
5.1 Resumo	64
5.2 Abstract.....	65
5.3 Introdução.....	66
5.4 Metodologia	68
5.5 Resultados e Discussão	70
5.6 Considerações Finais	79
5.7 Referências	81
6 DISCUSSÃO GERAL	84
7 CONCLUSÃO GERAL.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS	92
APÊNDICES	101

1 INTRODUÇÃO

Os conceitos de prematuridade e de baixo peso atualmente adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são: a condição do bebê nascido até 36 semanas e seis dias e nascimento com peso inferior a 2.500 gramas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Segundo o relatório de ação global sobre o nascimento prematuro elaborado pela OMS, são contabilizados 15 milhões de recém-nascidos prematuros no mundo a cada ano, dos quais um milhão morrem. Esse relatório acrescenta, ainda, que a prematuridade é a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade e que o Brasil está entre os dez países com o maior número de partos prematuros, aparecendo em décimo lugar, com 279,3 mil partos prematuros por ano. Assim, em cada 100 nascimentos, o país tem 9,2% de prematuros.

No contexto da prematuridade, as mães vivenciam situações distintas daquelas que tiveram um bebê a termo, como, por exemplo, a inevitável separação entre a mãe e o filho, pois vão para casa sem os seus bebês. Essas situações ocasionam alterações no seu cotidiano, abalando a vivência e a dinâmica familiar (SERRA; SCOCHI, 2004).

Marson (2008) afirma que quando ocorre um parto prematuro há uma interrupção repentina do processo de gestação, na qual deixa muitos conflitos com os quais a mãe terá que lidar. O estabelecimento do vínculo, muitas vezes, pode ser prejudicado, pois há poucas oportunidades da mãe interagir com seu filho, já que o mesmo se encontra em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Além disso, elas ficam assustadas e inseguras com a situação, pois o bebê requer muitos cuidados que são ofertados por uma equipe, o que pode fazer com que a mãe se sinta incapaz de ocupar o lugar de Outro para o bebê.

A autora complementa que a construção do papel de mãe e a identidade materna que vinham se desenvolvendo durante a gestação são interrompidas subitamente, podendo levar à frustração de muitos desejos e fantasias. Como consequência dessas frustrações, pode surgir depressão materna, que se constitui em um problema que tende a afetar seriamente a relação mãe-bebê, especialmente quando não há ninguém que possa apoiar essa mãe (FRIZZO; PICCINNI, 2005).

Alfaya e Schermann (2001) acrescentam que há uma relação entre o evento do nascimento prematuro com indicadores de depressão materna e que o estado emocional de uma mãe deprimida pode não permitir um investimento afetivo em seu bebê. Assim, a prematuridade carrega significativas repercussões emocionais, que são acentuadas por uma sucessão de perdas, como a perda do filho idealizado, o berço vazio, a cobrança familiar e social (MARSON, 2008).

Cabe ressaltar que é a partir da relação primordial que o bebê é inserido na cultura, edificando sua subjetividade, ou seja, através dos cuidados ofertados pela mãe, ela satisfaz as necessidades básicas do bebê e coloca seus significantes primordiais, dando sentido e supondo ali um sujeito. Portanto, o comportamento dialógico da mãe com seu bebê dá a ele um lugar de interlocutor, sendo o laço com a mãe a condição fundamental para o bebê vir a desejar e a falar. Se não houver alguém habilitado para receber o bebê, para poder oferecer esses significantes, como também sustentar esse diálogo, o processo de subjetivação poderá ficar comprometido e, conseqüentemente, prejudicar a fala ou até mesmo o bebê vir a se silenciar (CATÃO, 2009). Por conseguinte, este trabalho está inserido no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, na linha de pesquisa Aspectos clínicos e linguísticos na Aquisição e nos Distúrbios da Linguagem, contribuindo assim, não só para a Psicologia, mas também para a área da Fonoaudiologia.

Pensando na importância da função materna para o bebê e nas possíveis dificuldades que a prematuridade pode trazer, esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar a influência da prematuridade no emocional materno das mães dos recém-nascidos prematuros internados em uma UTIN. Os objetivos específicos foram: identificar a incidência de sintomas clínicos de depressão e ansiedade nas mães dos recém-nascidos prematuros, identificar a associação desses sintomas com expectativas e sentimentos maternos, verificar e discutir as expectativas e os sentimentos maternos no que tange ao exercício da maternidade e às possíveis conseqüências do nascimento prematuro em mães de recém-nascidos prematuros durante a internação em uma UTIN.

Esse trabalho está organizado em sete capítulos, sendo o primeiro constituído pela introdução geral. O segundo capítulo contém a revisão de literatura, em que são apresentadas as referências bibliográficas a respeito dos conceitos, dados e causas da prematuridade, além das implicações da prematuridade para o bebê.

Neste capítulo, também é exposto o conceito de função materna e a importância deste para o bebê, falando por último sobre a ansiedade e depressão materna, incluindo no contexto da prematuridade. No terceiro capítulo, é apresentada a metodologia deste trabalho.

No quarto capítulo, encontra-se um artigo original que teve como objetivo identificar a incidência de sintomas clínicos de depressão e ansiedade em mães de recém-nascidos prematuros durante a internação em uma UTIN bem como identificar a associação desses sintomas com expectativas e sentimentos maternos.

O quinto capítulo apresenta outro artigo original, que teve por objetivo verificar as expectativas e os sentimentos maternos em mães de bebês prematuros, no que tange ao exercício da maternidade e às possíveis consequências do nascimento prematuro.

No sexto capítulo são sintetizadas as discussões sobre os dados dos dois artigos realizados. E o sétimo capítulo são as conclusões gerais deste trabalho. As referências bibliográficas utilizadas, assim como os apêndices referenciados nesta pesquisa, se encontram no final deste trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Entre dados, achados e causas da prematuridade

Os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde do Brasil mostram que o percentual de nascidos vivos prematuros em 2010 foi de 7,1%, o que corresponde a 204.299 nascidos vivos de mães com menos de 37 semanas de gestação.

Matijasevich, Barros e Victora (2008) em uma revisão de estudos de base populacional no Brasil, avaliaram o aumento do nascimento prematuro no país por meio de pesquisa nas bases de dados *Medline* e *Lilacs*, incluindo estudos publicados em periódicos, teses e dissertações, desde 1950. Essa pesquisa mostrou que a taxa de nascimento prematuro variou de 3,4 a 15% nas regiões Sul e Sudeste, entre 1978 e 2004. Os autores acrescentam, ainda, que entre as causas perinatais de mortalidade infantil, 61,4% estão associadas com a prematuridade, como síndrome de sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios, e isso confere à prematuridade um importante papel nos óbitos infantis.

Mattana, Nunes e Miotto (2011) também apontam que tem sido verificada em diferentes países a prematuridade como causa de mortalidade infantil. Assim como, Stoll *et al.* (2010) e Mercier *et al.* (2010), verificaram que a frequência de nascimentos prematuros ainda é muito alta, sendo que as complicações do parto prematuro são a segunda causa de morte infantil, ficando atrás somente da pneumonia.

Ainda, de acordo com o relatório da OMS (2012), nos países mais desenvolvidos, o crescimento no número de nascimentos prematuros está ligado ao número de gestantes mais velhas e ao aumento no uso de medicamentos para a fertilidade, que conseqüentemente resulta em gravidezes múltiplas. Em muitos países de baixa renda, as principais causas de nascimentos prematuros incluem infecções, malária, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e altas taxas de adolescentes grávidas.

Almeida *et al.* (2008), acrescentam que a meta de redução da taxa de mortalidade infantil depende da redução do componente neonatal precoce, a qual está estreitamente ligada a problemas na atenção à saúde da gestante e do recém-nascido. Em relação a esta perspectiva de atenção à saúde, os resultados obtidos no estudo de Pizzani *et al.* (2012a), revelam um aumento significativo na produção de teses e dissertações sobre a prematuridade no Brasil no período de 1987 a 2009. A literatura demonstra a ocorrência no país de sucessivas transformações nos determinantes sociais das doenças e na organização dos serviços de saúde nas últimas três décadas (VICTORA *et al.*, 2011).

Para Almeida *et al.* (2008), a sobrevivência de recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso tem estreita relação com a qualidade do atendimento antenatal e pré-natal, do cuidado com o parto e a estrutura de atendimento neonatal das diversas regiões e países do mundo. O relatório da OMS (2012) aponta que as induções médicas desnecessárias e cesarianas antes do tempo têm também aumentado o número de nascimentos prematuros.

Estudos nacionais realizados pelo Ministério da Saúde (2011) revelam que o aumento do nascimento prematuro está relacionado às taxas crescentes de cesarianas programadas com interrupção indevida da gravidez sem justificativa médica, tendo como consequência a prematuridade iatrogênica e o aumento do risco de morte infantil e perinatal, mesmo entre os prematuros tardios com peso adequado ao nascer.

Ramos e Cuman (2009) acrescentam que a etiologia do parto prematuro é multifatorial, em que inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer prematuro, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro), excesso de líquido amniótico, idade, infecções materna e primaridade.

Fatores de natureza biológica, social e de assistência à saúde, como tipo de parto, raça/etnia, idade, estado civil, ocupação, estado nutricional da mãe, diabetes, tabagismo, história reprodutiva materna, condições da gestação, exposição a substâncias tóxicas e qualidade do pré-natal também estão associados ao parto prematuro (ARAÚJO; TANAKA, 2007; GOLDENBERG *et al.*, 2008).

Outros estudos parecem apontar características comportamentais como fator predeterminante da prematuridade. Araújo, Pereira e Kac (2007) verificaram que várias pesquisas salientam a ansiedade como componente que afeta negativamente

a gestação por ser considerada tanto mediadora de mudanças endócrinas, como também responsável por comportamentos de risco, tais como o hábito de fumar, atraso e/ou precário acesso ao pré-natal, alimentação e ganho de peso gestacional inadequado.

2.2 Implicações da prematuridade: atravessamentos que cercam o bebê prematuro

Colocados os possíveis fatores que podem influenciar a ocorrência do parto prematuro, parte-se para as implicações psíquicas e orgânicas da prematuridade para o bebê. Stoll *et al.* (2010) e Mercier *et al.* (2010), verificam que, apesar de a maioria dos recém-nascidos prematuros sobreviver, recentes estudos internacionais demonstraram que são altas as taxas de morbidade nessa população, ou seja, que essas crianças podem apresentar sequelas.

Leone, Ramoz e Vaz (2002), apontam algumas implicações do nascimento prematuro para o bebê, como: asfixia perinatal, dificuldade na manutenção de temperatura corpórea (hipotermia), insuficiência respiratória, crises de apneia, hiperbilirrubinemia, infecções adquiridas, hipo e hiperglicemia, enterocolite necrosante, hemorragia intracraniana, retinopatia da prematuridade e imaturidade do Sistema Nervoso Central.

A longo prazo, essas crianças podem apresentar um aumento de sequelas incapacitantes, de doenças crônicas e neurológicas, além de apresentar, muitas vezes, dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos, dificuldades de linguagem, problemas de visão, audição e comportamentais, dentre outros aspectos (WEISS; FUJINAGA, 2010).

Cruz (2011) em seu trabalho que avaliou a relação entre a prematuridade e desenvolvimento linguístico através de estudos realizados entre 1980 e 2010, afirma que os resultados apresentados, em sua grande maioria, convergem para a mesma ideia, a de que há evidências de que a aquisição/ desenvolvimento da linguagem em crianças que nascem prematuras apresentam-se de maneira distinta daquelas crianças a termo.

Guedes (2008) afirma que a literatura aponta a influência do nascimento prematuro no desenvolvimento da linguagem e que muitos autores têm demonstrado diferenças tanto no aspecto receptivo como no expressivo da linguagem, manifestadas pelo tamanho do vocabulário, no atraso da aquisição, na complexidade da linguagem, no processo fonológico e na memória de curto prazo.

Para Willrich, Azevedo e Fernandes (2009), quanto maior o número de fatores de risco atuantes, maior será a possibilidade de comprometimento do desenvolvimento. Sendo a prematuridade um fator de risco, muito desses bebês, necessitam de acompanhamento e de intervenções para garantir seu desenvolvimento pleno e de qualidade. Pizzani *et al.* (2012b) acrescentam que os bebês nascidos prematuramente estão sob maior risco de déficit de desenvolvimento e condições de incapacidade que os bebês nascidos a termo.

As mães dos recém-nascidos prematuros vivenciam situações peculiares, diferentes daquelas mães que tiveram um bebê a termo. Por exemplo, vão para casa sem os seus bebês (uma vez necessitando estes permanecerem internados nos hospitais), o que leva a processos de separação que influenciarão em seu cotidiano, no geral, abalando a vivência e a dinâmica familiar (SERRA; SCOCHI, 2004).

Vislumbrando a escassez de oportunidades para a mãe interagir com o bebê prematuro hospitalizado em uma UTIN, salienta-se que o vínculo e o apego podem ser prejudicados. Andreani, Custodio e Crepaldi (2006) apontam que a prematuridade é dolorosa, pois a internação do bebê numa UTIN tende a ser vivida como um momento de crise, causando sentimento de culpa e de ansiedade, havendo preocupação quanto à sobrevivência do filho e quanto a sua normalidade.

Marson (2008) afirma que é comum que a mãe de recém-nascido prematuro fique assustada e insegura com a situação, pois o prematuro demanda muitos cuidados que são realizados através de uma equipe multidisciplinar, podendo assim sentir-se incapaz de ocupar o lugar de Outro para o bebê, sendo este o lugar daquele que satisfaz as necessidades básicas do bebê e coloca seus significantes primordiais, supondo ali um sujeito e uma demanda ainda não existente. Considerando que é a partir da relação com o Outro materno que o bebê irá se constituir como sujeito, ou seja, através dos vários significantes ofertados no contato com a mãe, Scochi *et al.* (2003) salientam a importância de que essa mãe tenha oportunidade de participar de alguma forma dos cuidados de seu filho e, sobretudo, possa investi-lo a fim de trazê-lo para o mundo do humano, da linguagem.

Catão (2009) aponta que na situação de não ter alguém habilitado para receber o bebê, para poder oferecer esses significantes e também sustentar esse diálogo, o processo de subjetivação poderá ficar comprometido e, conseqüentemente, prejudicar a fala ou até mesmo o bebê vir a se silenciar. Oliveira, Flores e Souza (2011) acrescentam que as falhas no processo de subjetivação levam a distúrbios do desenvolvimento infantil, como por exemplo, os distúrbios de linguagem.

Crespin (2004) afirma que quando o bebê em situação de risco é confrontado com o bebê imaginário, isto pode dificultar ou até impossibilitar o investimento pelo Outro primordial, podendo comprometer o processo de subjetivação do bebê. Maldonado (1989) referencia o bebê imaginário e o real. Diz que quando um bebê nasce no tempo esperado, os pais precisam ir se adaptando a esse bebê real, às vezes, muito diferente do imaginado. No caso do recém-nascido prematuro, eles precisam fazer um ajuste ainda maior. É um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações.

O bebê prematuro pode levar a frustração de muitos desejos e fantasias, pois a prematuridade traz consigo significativas repercussões emocionais, como a perda do filho idealizado (deparar com um bebê muito diferente do que idealizou e cheio de restrições e implicações), o berço vazio (ir para a casa sem o seu bebê), a cobrança familiar e social. A construção do papel de mãe e a identidade materna que vinham se desenvolvendo durante a gestação são interrompidas subitamente (MARSON, 2008).

Brenner (2011) corrobora Crespin (2004), afirmando que o risco ocorre quando o encontro com o Outro primordial por alguma razão fracassa. Diz que muitos motivos podem levar ao fracasso, como quando o nascimento do bebê não coincide com o momento em que a mãe possa psiquicamente encontrá-lo, por exemplo: nas graves depressões ou quando a mãe tem uma condição psíquica que não passa pelos efeitos da castração simbólica; ou, ainda, quando o sujeito nascente tem algo que dificulta muito a sutileza desse encontro, como no caso de crianças que nascem com patologias orgânicas ou no caso da prematuridade.

Crespin (2004) acrescenta que o sofrimento psíquico da mãe se torna ainda mais complexo se levarmos em conta a dificuldade e, muitas vezes, a impossibilidade de amamentá-lo, podendo desencadear um processo de depressão materna e desinvestimento da mãe no bebê. A amamentação leva significados que

ultrapassam o biológico, demonstrando um momento singular e decisivo na constituição psíquica do bebê e no bem-estar psíquico da mãe. Lacan (1954/2010) afirma que a impotência motora e a dependência da amamentação manifestam a matriz simbólica em que o eu se precipita numa forma primordial, antes da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito.

Para a psicanálise, amamentar é uma das maneiras pelas quais o ser humano é convocado a ser sujeito, pois é um dos canais de possibilidade de inscrições maternas no bebê (QUEIROZ, 2005). Sendo assim, a amamentação ao peito aplaca a fome e alivia a angústia infantil, além de estimular o olhar, a voz, o cheiro, o afeto e o desejo materno (OLIVEIRA, 2008). Porém, Frizzo e Piccinini (2005) afirmam que a depressão faz com que a mãe não responda adequadamente, pois quando está deprimida, rompe o contato visual com o bebê, tornando-se menos responsiva.

Gomes (2004) acrescenta que após o parto, o contato com o recém-nascido ajuda a mãe a desenvolver o sentimento de competência e confiança para cuidá-lo, colaborando para que o bebê sonhado dê lugar ao bebê real. Este contato inicial é intensificado com a amamentação, porém no caso de bebês prematuros a amamentação muitas vezes não acontece (SCOCHI *et al.*, 2008)

A amamentação, além de influenciar na saúde biológica e emocional da díade mãe-filho, proporciona o leite materno que apresenta propriedades imunológicas e nutritivas, não tem custos financeiros, e oferece melhor proteção a antioxidantes que os leites artificiais (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

Czechowski e Fujinaga (2010) apontam que além dos benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e socioeconômicos, a amamentação natural contribui para a saúde fonoaudiológica, pois está relacionada ao crescimento e desenvolvimento craniofacial e motor-oral do recém-nascido. Casagrande *et al.* (2008) e Sanches (2004) acrescentam ainda, que a amamentação previne alterações dos órgãos fonoarticulatórios e das funções neurovegetativas, tais como respiração, mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala. Assim, promove estímulos neurais que favorecem um adequado crescimento e desenvolvimento facial, beneficiando as estruturas e funções estomatognáticas, prevenindo más oclusões por hipodesenvolvimento, devendo o fonoaudiólogo ser um dos incentivadores desta prática.

Prematuros e de baixo peso, amamentados no peito da mãe, apresentam menor tempo de internação hospitalar, melhor prognóstico para o desenvolvimento neurológico, diminuição da perda de peso, diminuição do índice de doenças crônicas e agudas e aumento de sobrevivência, em relação àqueles amamentados com leite industrializado (BOO; PUAH; LYE, 2000; HALL, 2001;).

Dessa forma, a amamentação auxilia na qualidade de vida, no vínculo mãe-bebê, auxiliando o processo de aproximação e aceitação do nascimento de um filho prematuro e/ou de baixo peso, diferente do filho idealizado pela mãe (SERRA; SCOCHI, 2004).

Diante do exposto, Pizzani *et al.* (2012b) afirmam que se torna relevante conhecer as medidas de prevenção primária, secundária e terciária que contribuem para o desenvolvimento das crianças nascidas prematuramente com a finalidade de intervir precocemente nas possíveis necessidades físicas, emocionais e educacionais, contribuindo para o completo desenvolvimento desses indivíduos.

Enfatizando a implementação de estratégias, Freitas *et al.* (2012), analisaram o processo da assistência prestada aos prematuros atendidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal e os fatores associados a sua mortalidade, eles mostram que os incrementos do acesso aos exames complementares e das taxas de aleitamento materno foram indicadores de melhoria da assistência e que a mortalidade concentrada no período neonatal, especialmente no neonatal precoce, associou-se à prematuridade extrema, ao nascimento pequeno para idade gestacional e ao baixo índice de *Apgar*. Sendo assim, tratam em seu estudo da importância de estratégias para a promoção do aleitamento materno a fim de propiciar a redução da mortalidade neonatal.

De encontro ao que o estudo de Freitas *et al.* (2012) concluiu, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, a qual se propõe a organizar o cuidado às gestantes por meio de uma rede qualificada de atenção obstétrica e neonatal. Além disso, outra ação é a parceria do Ministério da Saúde e a Fundação Bill & Melinda Gates, que lançará um edital internacional para, entre outros, analisar e sugerir medidas que previnam a prematuridade, bem como, promover um melhor cuidado aos recém-nascidos prematuros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Guimarães e Mello (2011) acrescentam que embora haja perspectivas, a médio e longo prazo, de promover a atenção humanizada neonatal em um número maior de instituições, o esforço das políticas de saúde deve ser de prevenção dos

fatores de risco para a prematuridade. Assim, através da qualidade da assistência prestada, os profissionais de saúde devem ser capazes de reconhecer todo o contexto social que permeia a gestante, identificando riscos biológicos e psicossociais potenciais e que tal medida favorece a prevenção do nascimento prematuro.

2.3 Função materna: a perspectiva de um mundo simbólico para o bebê prematuro

Ao nascer, o bebê traz elementos potenciais que podem se desenvolver ou não, dependendo do seu meio, ou seja, de alguém que o receba rodeado de desejos. A estruturação subjetiva de uma criança vai além da biologia, pois faz supor condições estruturais simbólicas que são transmitidas pelas figuras parentais (BERNARDINO, 2008).

Elia (2007) situa que muito antes da criança nascer ela já é esperada por todos, pela linguagem, cultura e o simbólico. Um lugar já está preparado para ela no universo dos pais, pois eles falam do bebê que irá nascer, tentam escolher um nome para ele, se preparam para sua chegada, imaginam e idealizam como serão suas vidas com ele, e isto cria um enredo simbólico. Por isso, há um conjunto de demandas, desejos e desígnios que são dirigidos ao bebê muito antes de seu nascimento. Após o nascimento, a mãe – guiada pelo seu desejo – vê em seu bebê uma demanda dirigida a ela como um apelo e passa a dar significações supondo que seu filho deseja algo, ou seja, supondo nele um sujeito.

Faria (1998) cita que o bebê ao nascer tem que dar conta deste conjunto (demandas, desejos, desígnios, suposições), ao mesmo tempo em que é inscrito por este. À medida que ele se desenvolve, vai frustrando seus pais, pois o filho que eles imaginavam não corresponde com o filho que se apresenta na realidade. É por estarem envolvidos pelo desejo a este filho, que os pais encontram novas maneiras de investir nele. Assim, é pelo caminho do desejo parental que surgem uma mãe e um pai, uma figura de função materna e paterna. O autor, ainda, acrescenta que, posteriormente, a mãe começa a ausentar-se e utiliza a linguagem como intermediária de sua ausência. São estes os elementos da função materna: a oferta

de significantes e a sustentação de uma ausência a partir do intermédio da linguagem.

Catão (2009) afirma que para o bebê, esta dependência inicial do Outro é fundamental, pois é a partir dessa relação que irá desenvolver seu aparelho psíquico. As condições do laço com o Outro primordial estabelecerão a fundação da realidade psíquica do sujeito. A autora sustenta suas afirmações a partir da teoria lacaniana. De acordo com Lacan (1964/2008), o Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito. É o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer, ou seja, do lugar do Outro o bebê é chamado à subjetividade. Deste lugar se manifesta a pulsão.

Ao tratar da pulsão, Lacan (1964/2008) expõe que ela deve ser concebida como o efeito da demanda do Outro, da linguagem, em sua mais precoce incidência sobre o sujeito ainda nem mesmo constituído enquanto tal. A ação da linguagem, do Outro sobre as estruturas de bordas (bordas orificiais cuja função de troca com o Outro é prevalente, o que Freud denominou de zonas erógenas) tem um efeito de erogeneização por todo o corpo do sujeito, transformando num corpo erógeno, num corpo pulsional. O percurso da pulsão é um vai e vem com caráter circular, portanto, é somente na aparição no nível do outro que a pulsão pode fazer sua função. É graças à ação do Outro que a estrutura da pulsão aparece e ela só se completa verdadeiramente em forma de retorno.

A pulsão só pode ser satisfeita se atingir a satisfação de reprodução, mas por ser a pulsão parcial seu alvo não é outra coisa senão esse retorno em circuito. No circuito pulsional, há o tangenciamento do objeto, que é circundado enquanto objeto faltoso. Ao encontro disto, Jerusalinsky (2011) acrescenta que o sujeito, para poder suportar o real, tem que fazer desse real um recorte, traçar uma borda que permite representá-lo, e esse recorte é chamado de “objeto a”. Esse “objeto a”, por ter sido retirado, assinala a falta no corpo, e é o que faz vazio nesse lugar, ou seja, é as fezes que faltam, o seio que falta na boca, a voz que falta na orelha, isso é objeto a.

A partir disto dá-se um mapeamento erógeno, que é totalmente arbitrário e é desenhado no corpo do bebê pelo Outro primordial, ou seja, cada um terá um mapa diferente do outro. Do mapa ao giro, Lacan (1964/2008) diz que conforme a pulsão gira ocorrem tempos em forma de um circuito pulsional, mais precisamente, a pulsão gira em três tempos. No primeiro momento, o bebê vai em busca do objeto; no

segundo momento, o bebê investe nele mesmo; e no terceiro, o bebê se faz de objeto para o outro, sendo esta fase aparentemente passiva.

Dois autores que parecem acrescentar a Teoria Lacaniana, Brenner (2011) e Laznik (2004), situam que no primeiro tempo do circuito pulsional, o bebê posiciona-se como ativo (por exemplo, vai em busca do seio, da mamadeira para se apropriar deles). Já no segundo tempo, reflexivo, o bebê toma parte de seu corpo no lugar de objeto (por exemplo, chupando-se), é um tempo auto erótico; e no terceiro tempo, fazendo-se objeto do outro (por exemplo, oferecendo seu pezinho para que a mãe o chupe), mostra-se eminentemente ativo (aparentemente passivo).

Brenner (2011) afirma que a inauguração deste circuito pulsional se dá a partir do corte fundante do nascimento. Todo o trabalho dos três tempos do circuito refere-se à difícil tarefa de um sujeito nascendo de fato, e é somente com a aparição do Outro primordial para investir no bebê, como também, para deixar espaço para a falta, que podem ocorrer os três tempos do circuito. Avançando um pouco, propõe um quarto tempo em que o bebê se entrega ao outro, mas ao mesmo tempo tem condições de se retirar de cena, ou seja, responde às demandas do Outro, mas deixa claro que já pode fazer suas escolhas de satisfação.

O bebê se entrega ao outro, porém não todo. A mãe torna esse endereçamento possível, mas também suporta e confere um valor inegável nessa declaração feita pelo bebê de que ela não é toda para ele e vice-versa. Para que este tempo ocorra, é necessário que a castração esteja operando tanto na mãe quanto na criança. Brenner (2011) ainda complementa que muitas mães sucumbem neste momento, não tolerando essa castração que elas próprias deram condições para que o bebê ensaiasse. Assim, uma mãe ou alguém na posição de maestria sucumbe por ter a ilusão de que a castração é operada somente no outro e não em si ao mesmo tempo.

Avançando na constituição psíquica, cabe situar o narcisismo primário. Lacan (1956/1995) afirma que a fase do espelho é o momento no qual o sujeito pode se identificar com uma imagem global e quase unificada de si próprio, e é desta que se procede o narcisismo primário. Seguindo nos escritos, Lacan (1966/1998) complementa que isto seria o investimento pulsional que o sujeito realiza sobre si mesmo, sobre essa imagem de si na qual se identifica. Contudo, a função do estágio do espelho é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade.

Chemama e Vanderersch (2007) esclarecem que tendo como base essa identificação primordial é que as identificações imaginárias, constitutivas do eu irão acontecer. Esse eu ou essa imagem que é o eu, é exterior ao sujeito, ou seja, eu é um outro, assim o narcisismo secundário seria o resultado disso, em que o sujeito investe em um objeto exterior a ele, mas um objeto que é suposto ser ele mesmo, pois é seu próprio eu, um objeto que é a imagem pela qual se prende, com tudo que esse processo comporta de engodo, de cegueira e de alienação. Portanto, o ideal do eu é edificado a partir desse engodo.

Em seu trabalho sobre o Narcisismo, Freud (1914/1996) afirma que o narcisismo é uma forma de investimento pulsional necessária à vida subjetiva, sendo o narcisismo primário um investimento do sujeito em si mesmo (autoerotismo) e, posteriormente, o narcisismo secundário, no qual a libido é investida nos objetos exteriores ao sujeito, ou seja, os investimentos objetais concorrem com os investimentos egóicos.

Do narcisismo constitutivo do bebê ao narcisismo materno, passa-se ao bebê tomado como objeto narcísico materno. É por estar nesta condição (revestido narcisicamente) que a mãe consegue investir no seu bebê. Ao mesmo tempo, para ser mãe, para ter seu bebê tomado como objeto que pode completar, é preciso ser faltosa. Catão (2009) afirma que é por aceitar a existência de uma falta que a mãe consegue exercer sua função, consegue identificar-se com o bebê e dirigir-se a ele como sujeito. O reconhecimento primordial é o que faz com que o recém-nascido entre numa filiação e a mãe numa condição de se identificar com a criança, sendo esta uma condição humanizante, possibilitando ao bebê sair da posição de puro organismo (BARBOSA, 2008).

Para Freud (1914/1996), isso é possível quando uma mulher tem uma evolução libidinal do autoerotismo para o amor objetal, ou seja, sintetiza em uma unidade suas pulsões sexuais de atividade auto erótica para ganhar um objeto de amor, toma primeiro a si mesmo, seu próprio corpo, antes de passar deste à eleição de objeto numa pessoa alheia. Assim, a maternidade faz com que haja uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, no qual já fora abandonado, atribuindo todas as perfeições ao filho, ocultando e esquecendo todas as deficiências dele.

Além disso, Freud acrescenta que a mãe sente-se inclinada a suspender, em prol de seu bebê, o funcionamento de todas as aquisições culturais de seu próprio

narcisismo e a renovar em nome dele as reivindicações aos privilégios abandonados por ela própria. Desta forma, a criança concretizará os sonhos que ela jamais realizou, sendo este amor pela criança o narcisismo renascido, transformado em amor objetal. Marson (2008) diz que este caráter de narcisismo primário revivido e reproduzido no amor ao filho é denotado na atitude emocional de supervalorização.

2.4 Ansiedade e depressão materna: perspectiva do desenvolvimento infantil no bebê prematuro

Tendo abordado a importância da função materna para o bebê, falaremos a respeito de possíveis transtornos emocionais que podem afetar a mãe após o parto e, conseqüentemente, a relação mãe-bebê.

Vieira (2004) e Coutinho e Saraiva (2008), afirmam que na fase do puerpério os sintomas associados a este período podem variar desde a melancolia da maternidade (*baby blues*), a psicose puerperal e a depressão.

No estudo de Cantilino *et al.* (2010), no qual realizaram um revisão de literatura entre os anos de 2000 a 2009 acerca dos transtornos psiquiátricos no pós parto, colocaram que o *baby blues* (ou disforia) ocorre em 50% a 85% das mulheres, sendo o quadro leve e transitório e não necessitando de tratamento. A depressão pós-parto tem prevalência em torno de 13%, podendo causar repercussões negativas na interação mãe-bebê e em outros aspectos da vida da mulher e necessita ser tratada. Já a psicose pós-parto é rara, aparecendo em cerca de 0,2% das puérperas, tendo o quadro grave que envolve sintomas psicóticos e afetivos, havendo risco de suicídio e infanticídio e, geralmente, requerendo internação hospitalar. Acrescentam, ainda, que os transtornos ansiosos podem ser exacerbados ou precipitados no pós-parto e que, apesar de não serem reconhecidos como entidades diagnósticas pelos sistemas classificatórios atuais, os transtornos mentais no puerpério apresentam peculiaridades clínicas que merecem atenção por parte de clínicos e pesquisadores.

O *baby blues* consiste no surgimento de sintomas disfóricos e depressivos (labilidade do humor, choro imotivado, cansaço, irritabilidade, etc.). Saraiva e Coutinho (2008) acrescentam que o *baby blues*, é um estado de fragilidade e

hiperemotividade (disposição a reagir emocionalmente de modo excessivo às ocorrências), acompanhados por sentimentos de falta de confiança e incapacidade para cuidar do bebê, sendo este um período de reconhecimento mútuo entre eles.

Vieira (2004) aponta que o *baby blues* geralmente ocorre entre o terceiro e o quinto dia após o parto, tendo geralmente, remissão espontânea, pois tendem a desaparecer nos dez dias subsequentes. Ainda acrescenta a importância de ficar atento a este estado chamado *baby blues*, pois a presença deste pode estar associado à ocorrência de depressão puerperal posteriormente. Saraiva e Coutinho, (2008) apontam que a depressão pós-parto ocorre após o *baby blues*, uma vez que os sentimentos depressivos não cedem ao final de duas semanas após o parto.

Gorenstein e Andrade (2000) acrescentam que o termo depressão é usado quando as sensações de infelicidade se tornam mais intensas, podendo prejudicar a capacidade de desempenhar as atividades normais de sua vida. Caracteriza-se por alterações do humor, muito frequentemente associadas a sentimentos de tristeza, vazio, desesperança, apatia e angústia.

O nascimento da criança representa o rompimento da relação simbiótica entre o bebê e a mãe, e que é possível em algumas situações, que o balanço dos ganhos e perdas com a maternidade resulte em importantes conflitos, os quais podem ser materializados na ocorrência de sintomas de depressão (SCHWENGBER; PRADO; PICCININI, 2009).

Saraiva e Coutinho (2008) contribuem afirmando que é uma manifestação psicopatológica importante, pois cerca de 10 a 15% das mulheres apresentam um quadro depressivo dentro dos três primeiros meses após o parto, geralmente manifestando sentimentos de incapacidade de cuidar do filho e dificuldades para enfrentar a nova configuração sócio-familiar. Schwengber e Piccinini (2003) acrescentam que a depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas, que incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e de motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, além de queixas psicossomáticas.

Muitos estudos (Brum & Schermann, 2006; Frizzo & Piccinini, 2007; Ramos & Furtado, 2007; Conroy *et al.*, 2010; Field, 2010; Carlesso & Souza, 2011) afirmam que este estado emocional materno afeta a interação entre a mãe e o bebê, podendo afetar negativamente o desenvolvimento da criança, como também o pós-

parto e o nascimento prematuro pode ser um fator desencadeante desses possíveis estados e/ou transtornos emocionais.

No estudo de Frizzo e Piccinini (2007), que examinaram as eventuais diferenças na interação triádica (pai-mãe-bebê) e diádica (mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai) em famílias com e sem depressão materna (sendo nove mães deprimidas e dez mães não deprimidas), com bebês de um ano de idade, durante uma sessão de interação livre, o resultado do impacto da depressão pós-parto na interação mãe-bebê sugerem que mesmo deprimidas conseguiam estimular seus filhos, mas um dos efeitos importantes diz respeito ao comprometimento das trocas face-a-face.

Conroy *et al.* (2010) observaram em seu estudo, os efeitos do transtorno de personalidade e da depressão materna nos cuidados com o bebê. Neste estudo, participaram 200 mães que tiveram ou não um diagnóstico de depressão e transtorno de personalidade ou ambas as condições quando seus bebês tinham por volta de dois meses de idade. Concluíram que a presença de depressão e transtorno de personalidade tiveram efeitos significativamente negativos nas práticas de cuidado infantil, como também no envolvimento da mãe com o seu bebê. Acrescentaram ainda, que a depressão teve um efeito negativo sobre a qualidade do ambiente doméstico.

Field (2010) analisou estudos da última década sobre os efeitos da depressão no início das interações mãe-bebê e coloca que há uma dificuldade nessa interação quando a mãe está deprimida, apresentando menos sensibilidade por parte dela e menos responsividade por parte do bebê. Acrescenta, também, que vários cuidados parecem ficar comprometidos pela depressão pós-parto, como amamentação, rotina em relação ao sono e consultas de puericultura, vacinação e práticas de segurança. Brum e Schermann (2006) corroboram estes achados e acrescentam que a depressão materna afeta o desenvolvimento infantil e que estudos apontam para a ocorrência de desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como alterações da atividade cerebral. Destacaram, ainda, que sem intervenções preventivas tanto as crianças de risco, como as mães deprimidas, ficam expostas a desenvolver sérios problemas.

No estudo de Carlesso e Souza (2011), que analisou a produção científica dos últimos cinco anos sobre a depressão materna, em particular as repercussões da depressão na interação mãe-filho e as suas implicações para o desenvolvimento infantil, afirmam que os efeitos da depressão materna podem resultar negativamente

no desenvolvimento da criança, potencializando desordens linguísticas, comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais e que a depressão materna, em um determinado momento após o nascimento, pode interferir no estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

Ramos e Furtado (2007), compararam perfis de interação mãe-bebê entre 22 mães deprimidas e não deprimidas no terceiro mês após o parto, utilizando entrevistas e a Escala de Edimburgo, para detecção de depressão pós-parto e a Escala de Avaliação da Interação Mãe-Bebê. Concluíram que houve diferenças significativas em relação à comunicação pós-parto, ao estilo da interação e ao envolvimento afetivo com o bebê, sugerindo que a depressão puerperal possivelmente concentrou seus efeitos prejudiciais sobre a interação mãe-bebê no período pós-parto.

Muitos estudos apontam que a depressão pós-parto pode afetar negativamente a relação mãe-bebê, porém poucos estudos como de Moraes, Lucci e Otta (2013), no qual investigaram em 78 duplas (mãe-bebê) características do desenvolvimento infantil aos quatro, oito e 12 meses de idade em função de depressão pós-parto, mostram que há uma pequena diferença entre o nível de desenvolvimento das crianças de mães com ou sem depressão pós-parto. Neste estudo, a porcentagem de mães com depressão pós-parto - medida pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo -, aos quatro meses após o parto foi de 30,3%; aos oito meses, 26,4%; e, aos 12, 25,0% e mostrou pior desempenho de bebês de mães deprimidas em: dois indicadores interacionais aos quatro meses, dois indicadores motores aos oito meses, e um indicador motor amplo aos 12 meses. Filhos de mães com depressão pós-parto, contudo, mostraram melhores resultados em um indicador de motricidade fina e em dois de linguagem aos 12 meses, concluindo a necessidade de considerar fatores externos e internos da mãe e do bebê no estudo dos efeitos da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil.

Esse estudo é compatível com os resultados de alguns estudos, como de Boyd, Zayas e Mckee (2006) e Fonseca, Silva e Otta (2010), que não indicaram os efeitos da depressão pós-parto na interação mãe-bebê e no crescimento das crianças, assim como também não houve influência da depressão materna sobre as características comportamentais de bebês. No estudo de Boyd, Zayas e Mckee (2006), examinaram as relações entre as interações mãe-bebê, sintomas depressivos, eventos positivos e negativos da vida e aleitamento materno.

Participaram 89 mães durante a gravidez e três meses após o parto, somente os dados sobre a prática do aleitamento materno foram coletados três meses após o parto. Concluíram que o comportamento materno não diferiu entre mães deprimidas e não deprimidas, exceto para o comportamento aversão ao olhar, no entanto, o comportamento dos bebês durante a interação com suas mães não diferem pelo nível de depressão materna.

Outro estudo citado foi o de Fonseca, Silva e Otta (2010) que avaliaram a prevalência de depressão pós-parto, a interação mãe-bebê em mães deprimidas e não deprimidas, a relação entre a depressão materna, suporte social, estilo de relacionamento e disponibilidade emocional. Do total de 261 mães, 28% tiveram escores indicativos de depressão pós-parto e a amostra na qual foi avaliada a disponibilidade emocional, quatro meses após o parto, foi constituída por 138 díades mãe-bebê e não foi encontrada diferença na disponibilidade emocional entre mães deprimidas e não deprimidas. No entanto, acrescentam que a prevalência de depressão pós-parto neste estudo foi alta, mas que os sintomas depressivos não prejudicaram a interação mãe-bebê.

Como apresentado, a depressão pode fazer parte desse pós-parto e a maioria dos estudos apontam uma influência negativa na relação mãe-bebê, o que justifica mais estudos e atenção a essa realidade. Portanto, se a interação mãe-bebê é importante para o desenvolvimento global do mesmo, se torna relevante considerar os possíveis efeitos da depressão materna nessa relação, mas não podemos esquecer que a ansiedade como citado por Cantilino *et al.* (2010), também pode fazer parte deste período.

Gorenstein e Andrade (2000) afirmam que a ansiedade é uma condição normal desencadeada como uma resposta de adaptação do organismo, propulsora do desempenho, com envolvimento de componentes psicológicos e fisiológicos que abrangem sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por ideias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília ou alerta, sensação de constrição respiratória, tensão muscular, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo.

Os autores acrescentam que a ansiedade é necessária e faz parte do rol de sentimentos normais que os indivíduos apresentam e que os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em

determinados períodos de sua vida. Entretanto, passa a ser patológica apenas quando a intensidade ou frequência da resposta não corresponde à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

Dalgalarrondo (2008), diz que a ansiedade é um estado emocional normal em circunstâncias adversas, no entanto sua manifestação se torna patológica quando é desproporcional às circunstâncias que a desencadeiam. Os principais sintomas da ansiedade são tensão, pânico, agitação e apreensão e que existe uma distinção entre o estado de ansiedade e traço de ansiedade. O estado de ansiedade está ligado a um evento ou situação particular, sendo um estado emocional transitório e o de traço de ansiedade são características individuais na tendência a reagir a situações ansiogênicas ou percebidas como ameaçadoras.

Estudos fonoaudiológicos tendem a apontar a evidência da influência do estado emocional materno e da prematuridade sobre a linguagem do bebê.

Crestani *et al.* (2012) por exemplo, perceberam que há relação entre a experiência ansiosa ou depressiva materna e o tipo de diálogo mãe-filho. Os autores observaram a constituição da experiência da maternidade e dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem, composta por quatro crianças, entre dois e quatro anos e suas mães. A partir dos dados obtidos nas entrevistas realizadas com as mães e as manifestações nas dialogias mãe-filho, demonstraram que a mãe ansiosa ocupa excessivamente seu lugar enunciativo e apresenta dificuldade de se concentrar na fala da criança, já a mãe com índices de depressão adota postura menos participativa no brincar e no diálogo com o filho.

Colaborando com os achados citados por Crestani *et al.* (2012), Rechia e Souza (2010), analisaram possíveis relações entre a interação dialógica da díade mãe-criança com limitações práticas e o exercício da função materna em cinco díades mãe-filho. Observaram que uma interação não potencializadora, manifesta na falta de investimento no diálogo, e as funções parentais, em especial a materna exercida de modo não suficientemente bom, dificultam a evolução linguística e psíquica da criança. Acrescentam ainda, que observaram vínculos precários entre mãe-filho, uma vez que evidenciam dificuldades no exercício da função materna, mães diretivas, intrusivas ou afastadas e apáticas. Como demonstrado anteriormente, características apresentadas por mães em casos de ansiedade e depressão.

Alguns autores em seus estudos verificaram uma associação entre os estados emocionais maternos depressivo e ansioso, em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil, como também, apontam a importância dessa relação mãe-bebê para que ele possa advir ao mundo da linguagem (CARLESSO; SOUZA, 2011; OLIVEIRA; FLORES; SOUZA, 2011; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013; FLORES *et al.*, 2013).

Oliveira, Flores e Souza (2011), a partir do seu estudo sobre fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil e as implicações para a fonoaudiologia, dando ênfase nos riscos para a aquisição da linguagem, concluíram que crianças que convivem com riscos biológicos e principalmente psíquicos, nos primeiros anos de vida, são mais propensas a desenvolver problemas que podem afetar o seu desenvolvimento. Consideram ainda, a necessidade da atuação fonoaudiológica estar vinculada a uma constante observação dos fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil e aquisição da linguagem, podendo participar da detecção e estimulação precoces em uma perspectiva promocional.

No estudo de Flores *et al.* (2013), sobre a associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno, mostrou que houve associação significativa entre estados emocionais maternos, de modo combinado (depressão e ansiedade) ou isolado (depressão ou ansiedade), e a presença de risco ao desenvolvimento infantil. Como também, evidenciou-se a associação entre os estados depressivos e ansiosos maternos no período pós-parto.

Alguns estudos apontam, por um lado, o risco da ansiedade e depressão das mães para o desenvolvimento de seus bebês e, por outro, o risco da prematuridade para o equilíbrio emocional materno. Sendo assim, tendo especificado algumas evidências dos sintomas maternos sobre a evolução da criança, cabe sustentar a influência da prematuridade sobre a ansiedade e a depressão nas mães.

Padovani *et al.* (2004), avaliaram 43 mães de neonatos prematuros de muito baixo peso, sem antecedentes psiquiátricos, através dos Inventários de Ansiedade Traço-Estado e de Depressão de Beck sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos prematuros durante e após hospitalização em uma UTIN. Mostraram que 44% das mães apresentaram sintomas clínicos de ansiedade, disforia (*baby blues*) e/ou depressão. Após a alta hospitalar do bebê, houve redução significativa do número de mães (26%) com esses sintomas clínicos em relação à primeira avaliação. Os níveis de ansiedade-estado diminuíram significativamente da

primeira para a segunda avaliação, mas a diferença não foi significativa entre as duas avaliações quanto aos demais sintomas clínicos.

No estudo de Pinto, Padovani e Linhares (2009), em que compararam 60 mães, distribuídas em dois grupos diferenciados pela presença de sintomas emocionais clínicos de ansiedade e depressão, quanto aos relatos sobre o seu bebê prematuro, observaram haver uma associação entre a presença de indicadores emocionais clínicos de ansiedade e depressão materna, com maior risco e gravidade clínica dos bebês prematuros e reações e sentimentos maternos negativos.

Favaro Filho, Peres e Santos (2012), compararam a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo, tendo no total 40 participantes e fazendo uso da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Concluíram a ocorrência de sintomas clinicamente significativos de ansiedade (75%) e depressão (50%) em mães de bebês prematuros e acrescentam que os resultados corroboram com a literatura, que sugere que a prematuridade tende a ter impacto negativo na saúde mental da mulher que vivencia essa situação.

Ambos os estudos de Holditch-Davis *et al.* (2009) e Carvalho *et al.* (2009), mostraram uma redução nos níveis de estado ou traço de ansiedade e depressão após intervenção psicológica e alta hospitalar do bebê. No primeiro estudo, participaram 177 mães, realizando a pesquisa durante a hospitalização do bebê e após dois, seis, 12, 18 e 24 meses e examinaram as inter-relações entre o estresse, devido à aparência infantil e comportamento na UTIN, sintomas depressivos, estado de ansiedade, sintomas de estresse pós-traumático e aborrecimentos diários. No segundo estudo, avaliaram e compararam os sintomas de ansiedade e depressão antes e após a intervenção psicológica em cinquenta e nove mães, sem antecedentes psiquiátricos, de bebês nascidos prematuros com muito baixo peso, internados na UTIN, utilizando o Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) e o Inventário de Depressão Beck (BDI) para avaliar os indicadores maternos de ansiedade e depressão. Assim, ambos os estudos confirmaram com seus resultados a influência da prematuridade no emocional materno e a necessidade de apoio psicológico para as mães desses bebês.

Para Padovani *et al.* (2004) é importante que se possa avaliar e dar apoio aos sentimentos maternos, no caminho entre o nascimento do recém-nascido prematuro

e alta hospitalar e os efeitos dos sintomas clínicos de ansiedade e depressão na trajetória de desenvolvimento dos bebês prematuros.

Em relação à avaliação deste estado emocional, podem-se citar algumas escalas como forma de detectar a ansiedade e a depressão materna, dentre elas: HAD; IDATE; BDI); Inventário de Ansiedade *Beck* (BAI); Escala Baptista de Depressão (EBADEP) e Escalas de Hamilton de Ansiedade e Depressão. No presente estudo, foram utilizadas as Escalas *Beck*, teste psicológico validado cientificamente para a população brasileira e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia.

As Escalas *Beck* possuem quatro medidas escalares – BDI (*Beck Depression Inventory*), BAI (*Beck Anxiety Inventory*), a Escala de Desesperança (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) e a Escala de Ideação Suicida (*Beck Scale for Suicide Ideation*, BSI). Foram desenvolvidas por Aaron T. Beck e seus colegas no *Center for Cognitive Therapy* (CCT) da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, Estados Unidos. Os manuais originais são de autoria de Beck e Steer e a versão brasileira é de Jurema Alcides Cunha.

As Escalas *Beck*, conforme o manual de Cunha (2011), são indicadas para sujeitos entre 17 e 80 anos de idade e são auto administradas. As Escalas podem ser aplicadas separadamente, no entanto, o uso associado de mais de uma escala enriquece o entendimento clínico, como no caso da ansiedade e depressão, pois muitas vezes se coincidem.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa esteve composta por dois tipos de estudo, com delineamentos distintos. O primeiro estudo, de caráter exploratório, quantitativo, contemporâneo e transversal (GIL, 2002). O segundo estudo, de caráter exploratório e qualitativo, caracterizou-se pelo uso da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010).

3.2 População

A população deste estudo consistiu de mães de recém-nascidos prematuros provenientes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

3.3 Amostra

No primeiro estudo, a amostra foi composta por 36 mães de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no período de dezembro de 2012 a abril de 2013.

O tamanho da amostra foi determinado considerando a necessidade de que a mesma fosse superior a 30 indivíduos ($n > 30$ é uma amostra grande) para permitir a estimativa das proporções de depressão e ansiedade na população. Ponderando também, a limitação do tempo da pesquisa, e do número de bebês que nasceram no período da coleta e os critérios de exclusão.

Durante o período da coleta, foram identificadas 98 mães de recém-nascidos internados na UTIN do HUSM da UFSM. Destas mães, 41 foram excluídas por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. E, 21 mães, que atendiam aos critérios de inclusão, não compareceram no hospital no período da coleta da pesquisa.

O segundo estudo foi realizado concomitantemente com o primeiro. Foram selecionadas, por conveniência, três mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN do HUSM da UFSM, as quais foram selecionadas pela pesquisadora a partir do resultado que clinicamente demonstrava indícios de alteração para os inventários de depressão e/ou ansiedade, avaliadas no primeiro estudo desta pesquisa.

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram considerados para ambos os estudos desta pesquisa, os seguintes critérios:

- Mães de recém-nascidos prematuros, cujos bebês nasceram com idade gestacional inferior a 37^a semanas.
- Mães de recém-nascidos prematuros que se encontravam internados na UTIN do HUSM da UFSM.
- Mães de recém-nascidos prematuros, as quais tinham a idade mínima de 18 anos completos.
- Mães que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3.2 Critérios de exclusão

Para os dois estudos realizados nesta pesquisa, foram utilizados os critérios descritos abaixo:

- Mães de recém-nascidos, cujos bebês nasceram com idade gestacional posterior a 37 semanas.

- Mães de recém-nascidos prematuros, os quais nasceram com alguma má-formação congênita.

- Mães que aparentavam fatores neurológicos e cognitivos que pudessem interferir nas respostas, ou que tivessem diagnósticos ou suspeita de distúrbios ou estruturas psíquicas com comprometimento graves.

3.4 Aspectos éticos

As mães dos recém-nascidos prematuros que participaram desta pesquisa foram informadas sobre o objetivo a ser alcançado, as avaliações e os procedimentos que deveriam ser realizados. As participantes não receberam auxílio financeiro, como também, não tiveram gastos adicionais para participar da pesquisa.

Neste aspecto foi salientado de forma clara os desconfortos e os benefícios às mães dos recém-nascidos prematuros, sendo que após a obtenção dos dados, poderiam ocorrer indícios de um estado depressivo e ou ansioso, com isso, poderia ser necessária intervenção através de atendimentos psicológicos.

Durante a pesquisa as mães que necessitaram de atendimento psicológico foram encaminhadas para as clínicas-escola de atendimento psicológico de Instituições de Ensino Superior de Santa Maria. Durante a permanência do recém-nascido na UTIN, a mãe pode ter acompanhamento psicológico pela psicóloga da unidade.

Após as orientações, as mães dos recém-nascidos prematuros foram convidadas a assinar o TCLE (Apêndice I). Neste termo, constava o nome dos pesquisadores, objetivo do projeto, avaliações a serem realizadas, os desconfortos e benefícios da participação na pesquisa. As participantes poderiam desistir a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo pessoal.

No termo de confidencialidade dos dados (Apêndice II), assinado pela pesquisadora e orientadora, constava que os dados coletados e a identidade das participantes da pesquisa estavam sob sigilo absoluto, sob responsabilidade das responsáveis pelo projeto. Constava também, que os dados ficariam armazenados no Centro de Estudos de Linguagem e Fala (CELF) da UFSM, localizada na Rua Floriano Peixoto, s/n, Prédio de Apoio da UFSM, subsolo, em um armário chaveado

e após obtenção dos resultados e conclusão da pesquisa serão descartados de maneira adequada.

Este projeto está devidamente registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob o nº 07320812.7.0000.5346.

3.5 Instrumentos de pesquisa

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa os materiais elaborados pela pesquisadora:

- Questionário de perguntas fechadas (Apêndice III);
- Entrevista semiestruturada (Apêndice IV);

Ainda foram utilizados os testes psicológicos comercializados:

- Escalas *Beck*: (BDI e BAI) (CUNHA, 2011).

3.6 Procedimentos

O primeiro estudo da pesquisa foi realizado no período de dezembro de 2012 a abril de 2013. Foram selecionadas as mães que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa, através de consulta ao prontuário dos recém-nascidos prematuros internados na UTIN do HUSM-UFSM. Os prontuários foram utilizados para obter dados a respeito do bebê, tais como: idade gestacional, idade gestacional corrigida, peso ao nascer, tempo de internação na UTIN e presença ou ausência de alguma má-formação. Também foram coletados dados a respeito da mãe como: idade, uso de medicação (incluindo psiquiátrica), data da internação, acompanhamento pré-natal (sim/não) e condições do parto. Após esta prévia seleção, as mães foram abordadas dentro da UTIN, esclarecidas a respeito da pesquisa e convidadas a participar.

Todas as participantes selecionadas que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TCLE (Apêndice I). Posteriormente, foi aplicado um questionário (Apêndice III), elaborado pela pesquisadora, composto por 31 perguntas com

alternativas de respostas fixas e pré-estabelecidas. As participantes deveriam escolher a alternativa que mais se ajustasse às suas características, ideias ou aos seus sentimentos. Este questionário contemplava questões referentes às expectativas e sentimentos maternos em relação ao bebê, à amamentação e à maternidade.

Em seguida, foram aplicadas as Escalas *Beck* (BDI e BAI), cujo objetivo é medir a intensidade da depressão e ansiedade em sujeitos de 17 a 80 anos, sendo necessário um tempo de aproximadamente cinco a 10 minutos para aplicação de cada inventário.

O Inventário de Depressão *Beck*- BDI é um instrumento de auto-aplicação composto por 21 itens, cada um com quatro alternativas com escores de 0 a 3. O escore total é a soma dos escores individuais dos itens, o que permite a classificação de níveis de intensidade da depressão como: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63). Sendo este inventário uma medida de intensidade de depressão, oferece subsídios clínicos através do nível em que recai o escore total, considerando depressão a partir do estágio leve, como também, em relação ao conteúdo específico da configuração assumida pelos itens assinalados.

O Inventário de Ansiedade *Beck*- BAI também é um instrumento de auto-aplicação composto por 21 itens, cada um com uma escala de quatro pontos (Absolutamente não, Levemente, Moderadamente e Gravemente). O escore total é a soma dos escores individuais dos itens, o que permite a classificação de níveis de intensidade da ansiedade como: mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63). Este inventário oferece subsídios clínicos através do nível em que recai o escore total, considerando clinicamente importante a partir do estágio leve.

Para a realização destes inventários ou de outros instrumentos da pesquisa, as participantes não necessitavam serem alfabetizadas, pois as questões respondidas poderiam ser lidas e interpretadas pela pesquisadora. No entanto, após a explicação da pesquisadora a respeito dos inventários, foi dada a opção de lerem e responderem sozinhas, sendo esclarecidas as dúvidas apresentadas durante a aplicação. Em ambos os casos, as questões e respostas eram relidas, como propõe o manual de aplicação das Escalas *Beck*.

A entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a aplicação do questionário e dos inventários foi realizada individualmente em um mesmo dia, em

uma sala disponibilizada pela psicóloga do HUSM e tendo em média a duração de 40 minutos.

O segundo estudo foi realizado concomitantemente com o primeiro. De uma maneira aleatória, foram selecionadas três mães que, após a obtenção dos resultados dos inventários indicaram um estado depressivo ou um nível de ansiedade alterado no primeiro estudo. Estas mães tiveram um segundo encontro com a pesquisadora que aconteceu na mesma semana em que participaram do primeiro estudo, de acordo com a disponibilidade da mãe.

As mães foram convidadas a participar de uma entrevista semiestruturada (Apêndice III) sendo este um instrumento fundamental do método clínico e importante para uma investigação psicológica. A entrevista semiestruturada ofereceu liberdade e espontaneidade a participante, colaborando com a investigação, em que as mães tiveram uma maior possibilidade de expressar suas vivências e sentimentos. Assim, a entrevista auxiliou a pesquisadora a identificar expectativas e sentimentos maternos, no que diz respeito ao exercício da maternidade e às possíveis consequências do nascimento prematuro.

As entrevistas foram individuais, realizadas em uma sala disponibilizada pela psicóloga do HUSM, com duração de aproximadamente uma hora e gravadas em áudio para que pudessem ser transcritas posteriormente.

Estas entrevistas foram realizadas após 48 horas ou mais da internação do recém-nascido prematuro, pois este tempo tem demonstrado ser um período de adaptação em relação a UTI, equipamentos e profissionais, deixando as mães mais receptivas a participar de atividades ou programas (FRAGA; PEDRO, 2004).

Para análise das entrevistas, foi utilizada a Análise de conteúdo (BARDIN, 2010), a fim de analisar as semelhanças e as particularidades nas respostas das mães dos recém-nascidos prematuros. A Análise de Conteúdo é um método baseado na dedução, tendo como objetivo principal a inferência. Assim, primeiramente foi realizado o tratamento descritivo destas entrevistas, realizando a codificação, onde os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades, permitindo uma descrição exata das características pertinentes. Por fim, a categorização, em que os elementos foram classificados por diferenciação e reagrupamento. Desta análise construíram-se quatro categorias: “Sobre o planejamento da gravidez e o Desejo de ser mãe”; “Berço vazio:

interpelações sociais”; “O lugar do cuidado da equipe”; e “Sentimentos maternos diante do nascimento prematuro do bebê”.

A partir dos dados coletados através dos Inventários de Depressão e Ansiedade *Beck* e da entrevista, avaliada a exigência de uma intervenção psicológica, essas participantes foram encaminhadas para a Psicóloga da Unidade. Havendo a necessidade, as mesmas foram direcionadas para serviços que ofereciam atendimento psicológico. Os resultados dessa pesquisa e os encaminhamentos também foram individuais, realizados em uma sala disponibilizada pela psicóloga do HUSM. Todas as mães participantes foram comunicadas dos resultados da pesquisa.

Nesta pesquisa, todos os instrumentos utilizados foram aplicados e interpretados pela Psicóloga Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos, autora e pesquisadora deste trabalho.

3.7 Análise de dados

Uma vez que esta pesquisa compõe dois trabalhos distintos, os procedimentos de análise de dados foram descritos de acordo com o instrumento e objetivo de cada estudo.

3.7.1 Artigo 1: Inventários de Depressão e Ansiedade *Beck* e questionário de perguntas fechadas.

Foi realizado um estudo quantitativo, em que após a coleta de dados, os resultados foram tabulados e analisados. Realizou-se a análise descritiva e testes não paramétricos, sendo o Teste Exato de *Fisher* e Qui-Quadrado aplicado para avaliar o quanto as mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN do HUSM-UFSM apresentaram estados ansiosos e/ou depressivos, e relação destes com os itens do questionário. Foram utilizados intervalos de confiança de 95%, considerando-se $p < 0,05$.

Os dados referentes ao presente estudo foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (*Excel*® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o *software Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS)*.

3.7.2 Artigo 2: Entrevista semiestruturada.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010), sendo o estudo qualitativo da pesquisa.

Segundo Bardin (2010), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Na análise quantitativa, é relevante a frequência com que surgem determinadas características do material analisado enquanto que na qualitativa a presença ou ausência de características que surgem.

Para a autora, a organização da análise se dá em três etapas: a da pré-análise; a da exploração do material e a do tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na primeira etapa, a pré-análise escolhe-se os documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A segunda etapa consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração. Na última, por sua vez, são realizados os procedimentos de inferência e de interpretação.

4 ARTIGO DE PESQUISA

Sintomas clínicos de depressão e ansiedade em mães de recém-nascidos prematuros durante a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Clinical symptoms of depression and anxiety in mothers of preterm infants during hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit

4.1 Resumo

Identificar a incidência de sintomas clínicos de depressão e ansiedade em mães de recém-nascidos prematuros durante a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a associação desses sintomas com expectativas e sentimentos maternos. Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo do tipo transversal. Foram avaliadas 36 participantes através dos Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck e de um questionário. Observou-se que 42% apresentaram depressão e 48% ansiedade, sendo que ambos os sintomas estiveram presentes em 64% das participantes, estando associados às mães que não eram primíparas e a algumas expectativas e sentimentos maternos. A prematuridade parece influenciar no emocional materno, por isso, reitera-se a importância de um suporte psicológico para que estes sintomas não se intensifiquem.

Descritores: ansiedade, depressão, nascimento prematuro, unidades de terapia intensiva neonatal.

4.2 Abstract

To identify the incidence of clinical symptoms of depression and anxiety in mothers of preterm infants during the hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit and the association of these symptoms with expectations and maternal feelings. This is an exploratory, quantitative cross-sectional study. 36 participants were evaluated through the Depression Inventory and the *Beck Anxiety* and a questionnaire. It was observed that 42 % had depression and 48 % anxiety, both of which symptoms were present in 64% of participants being associated with mothers who were not primiparous and to the some expectations and maternal feelings. The prematurity seems to influence the maternal emotional, therefore, reiterates the importance of psychological support for these symptoms do not intensify.

Keywords: anxiety, depression, premature birth, neonatal intensive care units

4.3 Introdução

Os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde do Brasil, mostram que o percentual de nascidos vivos prematuros em 2010 foi de 7,1%, o que corresponde a 204.299 nascidos vivos de mães com menos de 37 semanas de gestação. Ainda que a maioria dos recém-nascidos prematuros sobrevivam, recentes estudos internacionais demonstraram que são altas as taxas de morbidade nessa população, ou seja, que essas crianças podem apresentar sequelas (Stoll *et al.*, 2010; Mercier *et al.*, 2010). A longo prazo, essas crianças podem apresentar um aumento de sequelas incapacitantes, de doenças crônicas e neurológicas, além da possibilidade de apresentar dificuldades de aprendizado, distúrbios cognitivos, dificuldade em linguagem, problemas de visão, audição e comportamentais, dentre outros aspectos (Weiss & Fujinaga, 2010).

Além das implicações da prematuridade para o recém-nascido, também se observa a presença de implicações para a mãe, pois a maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais, e isto se torna ainda mais intenso quando ocorre um parto prematuro. No contexto da prematuridade, a construção do papel de mãe e a identidade materna que vinham se desenvolvendo durante a gestação são interrompidas subitamente (Marson, 2008).

A autora acrescenta ainda que a perda do filho idealizado (deparar com um bebê muito diferente do que idealizou e cheio de restrições e implicações), o berço vazio (ir para a casa sem o seu bebê), a inevitável separação e a escassez de oportunidades para a mãe interagir com o recém-nascido prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), podem prejudicar o vínculo e o apego entre eles.

O contato com o filho ajuda a mãe a desenvolver o sentimento de competência e confiança para cuidá-lo, colaborando para que o bebê sonhado dê lugar ao bebê real, mas isso muitas vezes não acontece (Gomes, 2004). Andreani, Custodio e Crepaldi (2006) e Favaro Filho, Peres e Santos (2012) apontam a prematuridade como sendo dolorosa para a mãe, pois a internação do bebê em uma UTIN tende a ser vivida como um momento de crise, causando sentimento de culpa e frustrando expectativas relacionadas ao nascimento do bebê.

Alguns autores afirmam que a maternidade pode resultar em importantes conflitos, podendo ser efetivados na ocorrência de sintomas de depressão e ansiedade (Schwengber & Piccinini, 2003; Marson, 2008; Schwengber, Prado, & Piccinini, 2009). Cantilino, Zambaldi, Sougey e Rennó (2010) acrescentam que o pós-parto é um período vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos, como a disforia (sintomas depressivos leves e transitórios), a depressão e a psicose pós-parto, e que atualmente os transtornos ansiosos também estão associados a esse período.

Alguns outros estudos empíricos também apontam que as mães de recém-nascidos prematuros internados em uma UTIN apresentam sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão (Padovani *et al.*, 2004; Carvalho, Linhares, Padovani, & Martinez, 2009; Padovani *et al.*, 2009; Favaro Filho, Peres, & Santos, 2012).

Todos estes estudos utilizaram escalas de avaliação do estado emocional materno. O de Favaro Filho, Peres e Santos (2012), com 40 mães de recém-nascidos prematuros, avaliadas através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), observou que 75% apresentavam sintomas de ansiedade e 50% sintomas de depressão. No estudo de Padovani *et al.* (2004), numa amostra de 43 mães de recém-nascidos prematuros, avaliadas através dos Inventários de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Depressão de Beck (BDI), 44% das participantes apresentaram algum sintoma clínico significativo. Destas, 35% apresentavam sintomas de ansiedade e 26% de depressão durante a internação de seus bebês na UTIN, sendo que houve uma redução para 26% de mães com sintomas clínicos após a alta hospitalar. Em outro estudo de Padovani *et al.* (2009), no qual participaram 50 mães de recém-nascidos prematuros, utilizando os mesmos instrumentos de avaliação, 32% apresentaram sintomas clínicos de ansiedade e 14% de depressão durante a internação do bebê na UTIN.

Em outra pesquisa, compararam-se sintomas depressivos e ansiosos antes e depois da intervenção psicológica em mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN. As participantes foram divididas em dois grupos. No primeiro grupo de 36 mulheres, utilizou-se a intervenção psicológica centrada no apoio de um psicólogo e materiais de suporte (vídeo e manual). Neste grupo, foi observado que 39% delas apresentaram sintomas clinicamente significativos tanto de ansiedade quanto de depressão, e após a intervenção este sintoma esteve presente em 22%

dos casos. Num segundo grupo de 23 mulheres, a intervenção psicológica foi oferecida por um psicólogo sem o material de apoio. Neste grupo, verificou-se que 30% delas apresentaram sintomas depressivos e ansiosos, sendo que após a intervenção psicológica o número caiu para 9%. Através destes dados, os autores concluíram que a necessidade de apoio psicológico para as mães de bebês prematuros e o uso de materiais informativos a respeito da prematuridade foram relevantes para a redução de sintomas clínicos nas mães (Carvalho *et al.*, 2009). De acordo com o exposto, destaca-se a necessidade de um cuidado maior com a saúde psíquica das mães de recém-nascidos prematuros.

Neste sentido, considerando a possibilidade do nascimento prematuro do bebê influenciar no emocional materno, o presente trabalho tem como objetivo identificar a incidência de sintomas clínicos de depressão e ansiedade em mães de recém-nascidos prematuros durante a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a associação desses sintomas com as expectativas e os sentimentos maternos.

4.4 Metodologia

Este estudo é exploratório, quantitativo, contemporâneo e transversal (Gil, 2002). Foi aprovado pelo Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Está devidamente registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior sob o nº 07320812.7.0000.5346.

As participantes deste estudo foram mães de recém-nascidos prematuros com idade gestacional inferior a 37 semanas, internados em uma UTIN de um Hospital Universitário de uma Instituição Pública de Ensino Superior no período de dezembro de 2012 a abril de 2013.

Empregou-se como critérios de inclusão: mães de recém-nascidos prematuros que nasceram com idade gestacional inferior a 37 semanas e que se encontravam internados na UTIN do Hospital citado; mães de recém-nascidos prematuros, as quais tinham a idade mínima de 18 anos completos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão aplicados foram: mães de recém-nascidos que nasceram com alguma má-formação congênita e mães que aparentavam fatores neurológicos e/ou cognitivos que pudessem interferir nas respostas, ou que tivessem diagnósticos, suspeita ou estruturas psíquicas com comprometimento grave.

No período da coleta, foram identificadas 98 mães de recém-nascidos internados na UTIN. Desse total de mães identificadas neste período, 41 foram excluídas por não se enquadravam nos critérios de inclusão. Além disso, 21 mães que se enquadravam nos critérios de inclusão e não compareceram no hospital no período da coleta da pesquisa. A amostra final totalizou 36 mães.

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: prontuário médico do recém-nascido, Questionário de perguntas fechadas elaborado pela pesquisadora, Inventário de Depressão Beck (Beck Depression Inventory, BDI) e o Inventário de Ansiedade Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI) (Cunha, 2011).

Através de consulta ao prontuário dos recém-nascidos prematuros internados na UTIN, foram selecionadas as mães que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa. Estas mães foram abordadas dentro da UTIN, esclarecidas a respeito da pesquisa e convidadas a participar. Os prontuários foram utilizados para obter os dados a respeito do bebê, tais como: idade gestacional, idade gestacional corrigida, peso ao nascer, tempo de internação na UTIN e presença ou ausência de alguma má-formação. Também foram utilizados para coletar dados a respeito da mãe como: idade, uso de medicação (incluindo psiquiátrica), data da internação, ter feito ou não acompanhamento pré-natal e condições do parto.

O questionário elaborado pela pesquisadora era composto por 31 perguntas com alternativas de respostas fixas e preestabelecidas. As participantes deveriam escolher a alternativa que mais se ajustava as suas características, ideias ou sentimentos. Este questionário compreendia questões referentes à: expectativas e sentimentos maternos acerca do bebê, da amamentação e da maternidade.

O Inventário de Depressão Beck (BDI) é um instrumento de auto-aplicação composto por 21 itens, sendo cada item composto com quatro alternativas com escores de 0 a 3. O escore total é a soma dos escores individuais dos itens, o que permite a classificação de níveis de intensidade da depressão como: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63). Sendo este inventário uma medida de intensidade de depressão, oferece subsídios clínicos através do nível em que

recai o escore total, considerando depressão a partir do estágio leve, como também, em relação ao conteúdo específico da configuração assumida pelos itens assinalados.

O Inventário de Ansiedade *Beck* (BAI) também é um instrumento de auto-aplicação composto por 21 itens, sendo cada item composto com uma escala de quatro pontos (Absolutamente não, Levemente, Moderadamente e Gravemente). O escore total é a soma dos escores individuais dos itens, o que permite a classificação de níveis de intensidade da ansiedade como: mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63). Este inventário oferece subsídios clínicos através do nível em que recai o escore total, considerando clinicamente importante a partir do estágio leve. Ambos os inventários podem ser aplicados em sujeitos de 17 a 80 anos, sendo necessário um tempo de aproximadamente 5 a 10 minutos para aplicação de cada inventário.

As mães dos recém-nascidos prematuros que se enquadraram nos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE. Em seguida, foi aplicado o questionário elaborado pela pesquisadora com questões referentes às expectativas e os sentimentos maternos acerca do bebê, da amamentação e da maternidade. Posteriormente, foram aplicados o BDI e BAI.

Para a realização destes instrumentos, as participantes não necessitavam serem alfabetizadas, pois as questões respondidas poderiam ser lidas e interpretadas pela pesquisadora. Por outro lado, após a explicação da pesquisadora a respeito dos inventários, também foi dada a opção de lerem e responderem sozinhas, sendo esclarecidas as dúvidas apresentadas durante a aplicação. Em ambos os casos, as questões e respostas eram relidas, como propõe o manual de aplicação das Escalas *Beck* (Cunha, 2011).

A aplicação dos inventários foi realizada no mesmo dia, em uma sala disponibilizada pela Psicóloga da UTIN em que era realizada a pesquisa, tendo em média a duração de 40 minutos. A partir dos dados coletados foi avaliada a necessidade de intervenção psicológica, para cada mãe. Aquelas que precisavam, foram encaminhadas para a Psicóloga da Unidade, e, também, quando necessário, para serviços onde ofereciam atendimento psicológico. Todas as mães participantes foram informadas dos resultados.

Após a coleta de dados, os resultados foram tabulados e analisados. Realizou-se a análise descritiva e testes não paramétricos para avaliação da

associação do grau de depressão e de ansiedade com relação às variáveis do questionário. Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado, quando os pressupostos foram atendidos. Caso, isso não acontecesse, o Teste Exato de *Fisher* era aplicado para as variáveis que eram pertinentes. Isto possibilitou avaliar se às mães dos recém-nascidos prematuros internados na UTIN apresentavam estados ansiosos e/ou depressivos, e a relação destes sintomas com os itens do questionário. Foram utilizados intervalos de confiança de 95%, considerando-se $p < 0,05$. Identificada a associação global entre as variáveis, foi verificado se havia associação local entre categorias, sendo calculados os resíduos ajustados. O resíduo ajustado tem distribuição normal com média zero e desvio padrão igual a 1. Desta forma, caso o resíduo ajustado fosse maior que 1,96, em valor absoluto, era possível dizer que havia evidências de associação significativa entre as duas categorias naquela casela analisada. Quanto maior fosse o resíduo ajustado, maior a associação entre as categorias.

Os dados foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o *software Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS)*.

4.5 Resultados

As características das mães e dos recém-nascidos prematuros são apresentadas na Tabela1.

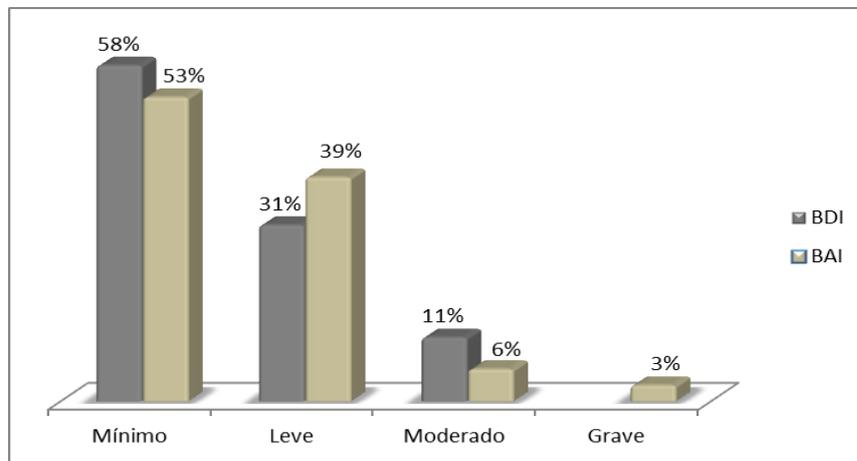
Tabela 1 - Características das mães e recém-nascidos prematuros.

Variáveis	Valores
Idade Materna (anos)– Mediana (Desvio interquartilico)	24 (21,00 – 30,75)
Idade Gestacional (dias)– Média (\pmDesvio padrão)	225,89 (\pm 24,55)
Primeira Gestação	
Sim (%)	13 (36,1)
Não (%)	23 (63,9)
Escolaridade	
Ensino Fundamental (%)	12 (33,3)
Ensino Médio (%)	18 (50,0)
Ensino Superior (%)	6 (16,7)
Profissão	
Estudante (%)	2 (5,6)
Do lar (%)	12 (33,3)
Trabalho remunerado (%)	22 (61,1)
Estado Civil	
Solteira (%)	6 (16,7)
União estável (%)	30 (83,3)
Idade Gestacional RN (dias) – Mediana (Desvio Interquartilico)	229,97 (224,75 – 245,75)
Peso RN (Kg) – Média (\pmDesvio padrão)	1822,42 (\pm 660,63)
Tempo de internação RN (dias) - Média (\pmDesvio padrão)	10,81 (\pm 6,99)

Na tabela 1, destaca-se que em relação às principais características, as mães tinham idade média de 24 anos e a idade gestacional, em média, de 225 dias (32 semanas), sendo que 63,9% delas não eram mães pela primeira vez e 83% mantinham uma união estável. A média do peso dos recém-nascidos prematuros foi de 1.822 Kg e a média de permanência na UTIN foi de 10 dias.

No Gráfico 1, são apresentados os percentuais de mães com sintomas clínicos de ansiedade e depressão.

Gráfico 1 - Descrição do percentual de mães com sintomas clínicos de depressão e ansiedade a partir dos Inventários BDI e BAI.



*Inventário de Depressão *Beck* - BDI e Inventário de Ansiedade *Beck* – BAI

O Gráfico 1 permite observar que 42% das mães apresentaram algum grau de depressão. Verifica-se isso pela soma dos níveis considerados com alteração (leve, moderado e grave) para depressão. E, 48% das mães apresentaram algum grau de ansiedade. Verifica-se isso pela soma dos três níveis considerados com alteração (leve, moderado e grave) para ansiedade. O grau “mínimo” não foi considerado como tendo algum grau de depressão e de ansiedade.

Na Tabela 2, são apresentados os resultados referentes a associação entre os sintomas clínicos maternos (BDI versus BAI).

Tabela 2 - Sintomas clínicos maternos avaliados durante a internação do recém-nascido prematuro (BDI versus BAI)(n=36)

Variáveis	BDI		p-valor
	Sem alteração N (%)	Com alteração N (%)	
BAI			
Sem alteração	15 (78,9%)	4 (21,1%)	0,008
Com alteração	6 (35,3%)	11 (64,7%)	

BDI = Inventário de Depressão *Beck*; BAI = Inventário de Ansiedade *Beck*
Considerou-se com alteração como tendo algum grau de depressão e de ansiedade aquelas mães que obtiveram nas escalas BDI e BAI grau leve a grave.

Como apresentado na Tabela 2, houve uma associação significativa entre o BDI e o BAI, ou seja, 64% das mães que apresentaram sintomas clinicamente significativos de depressão também apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade.

A Tabela 3 apresenta a associação do Inventário BDI com o fato de ser ou não primípara e com as expectativas e os sentimentos maternos acerca do bebê, itens estes que apresentaram resultados estatisticamente significativos com o questionário aplicado.

Tabela 3 - Associação do BDI com ser ou não primípara, e expectativas e sentimentos maternos acerca do bebê

Variáveis	BDI		p-valor
	Sem alteração N (%)	Com alteração N (%)	
É seu primeiro filho?			
Sim	11 (86,4%)	2 (15,4%)	0,016
Não	10 (43,5%)	9 (56,5%)	
Acha que o seu bebê entende o que está acontecendo com ele?			
Sim	5 (35,7%)	9 (64,3%)	0,028
Não	16 (72,7%)	6 (27,3%)	

Teste Qui-Quadrado; BDI = Inventário de Depressão Beck; Considerou-se com alteração como tendo algum grau de depressão aquelas mães que obtiveram nas escalas BDI grau leve a grave.

Na Tabela 3, observa-se a associação entre a resposta sim (em ser o primeiro filho) para as mães sem alteração, enquanto que para as mães com alteração estão associadas à resposta de não ser o primeiro filho.

Outra associação se deu entre o Inventário de Depressão BDI em relação à mãe achar que o seu bebê entende o que está acontecendo com ele. As mães sem alteração, sem sintomas clínicos de depressão (grau mínimo), estão associadas à resposta não, enquanto as mães com alteração, com sintomas clinicamente significativos de depressão, estão associadas à resposta sim.

A Tabela 4 apresenta a associação do Inventário BAI com o fato de ser ou não primípara e com as expectativas e os sentimentos maternos acerca do bebê, itens estes que apresentaram resultados estatisticamente significativos com o questionário aplicado.

Tabela 4 - Associação do BAI com ser ou não primípara e expectativas e sentimentos maternos acerca do bebê

Variáveis	BAI		p-valor
	Sem alteração N (%)	Com alteração N (%)	
É seu primeiro filho?			
Sim	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0,029
Não	9 (39,1%)	14 (60,9%)	
Sente necessidade de um apoio (familiar/amigos) nesse momento			
Sim	13 (44,8%)	16 (55,2%)	0,052
Não	6 (85,7%)	1 (14,3%)	

Teste Qui-Quadrado; BAI = Inventário de Ansiedade *Beck*; Considerou-se com alteração como tendo algum grau de ansiedade aquelas mães que obtiveram nas escalas BAI grau leve a grave.

Como apresentado na tabela 4, a associação se deu entre a resposta sim (em ser o primeiro filho) para às mães sem alteração, enquanto que para as mães com alteração, estão associadas a não ser o primeiro filho. Não houve uma associação significativa entre o Inventário de Ansiedade com a mãe sentir necessidade de um apoio (familiar/amigos) naquele momento, mas existe uma tendência a ser significativa estatisticamente, e talvez isso possa se confirmar em pesquisa com maior número de sujeitos na amostra.

Considerando a proposta da pesquisa, não foi observada nenhuma associação estatisticamente significativa entre os Inventários de Depressão e de Ansiedade com as demais questões sobre as expectativas e os sentimentos maternos acerca do bebê, da amamentação e da maternidade.

4.6 Discussão

Após o nascimento do recém-nascido prematuro, sintomas clinicamente significativos de depressão foram apresentados em 42% das participantes, e os níveis de ansiedade foram expressivos em quase metade delas, com 48% apresentando sinais de ansiedade em nível clínico. A presença destes sintomas clínicos de depressão e de ansiedade situacional podem ter sido influenciados pelas condições de vida do recém-nascido prematuro e pela internação na UTIN. Isso sugere uma atenção maior a este momento que as mães enfrentam, que contempla o nascimento do bebê e a permanência dele na UTIN. Alguns autores afirmam que o nascimento da criança representa o rompimento da relação simbiótica entre o bebê e a mãe, e que é possível, em algumas situações, que o balanço dos ganhos e perdas com a maternidade resulte em importantes conflitos, os quais podem ser materializados na ocorrência de sintomas de depressão e de ansiedade (Schwengber & Piccinini, 2003; Marson, 2008; Schwengber, Prado, & Piccinini, 2009).

Os dados encontrados nesta pesquisa, em relação ao expressivo número de mães com sintomas depressivos e ansiosos, são semelhantes ao de outros estudos (Padovani *et al.*, 2004; Padovani *et al.*, 2009; Favaro Filho, Peres, & Santos, 2012). No entanto, os resultados são diferentes em termos proporcionais. No estudo que teve como amostra 43 mães de recém-nascidos prematuros, 44% delas apresentaram escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia e /ou depressão, sendo que após a alta hospitalar reduziu para 26% o número de mães que apresentavam alguns desses sintomas. Foi verificado que esse estado parece estar ligado a um estado emocional transitório, marcado por sentimentos desagradáveis de tensão e de apreensão em reação à internação do recém-nascido prematuro na UTIN (Padovani *et al.*, 2004).

Em estudo posterior de (Padovani *et al.*, 2009), no qual participaram 50 mães de recém-nascidos prematuros, foi observado que 32% apresentaram sintomas clínicos de ansiedade e 14% de depressão durante a internação na UTIN. Entretanto, na pesquisa de Favaro Filho, Peres e Santos (2012), em que a amostra foi composta por 40 mães de recém-nascidos prematuros, a porcentagem foi ainda maior, com a presença de 75% de sintomas de ansiedade e com 50% de mães que

manifestavam sintomas de depressão, demonstrando a importância da avaliação e do apoio aos sentimentos maternos.

Os resultados obtidos nesta pesquisa, assim como em várias outras, (Padovani *et al.*, 2004; Carvalho *et al.*, 2009; Holditch-Davis *et al.*, 2009; Pinto, Padovani, & Linhares 2009; Silveira, Padovani, & Peraçoli, 2009; Fonseca, Silva, & Otta 2010; Favaro Filho, Peres, & Santos 2012), corroboram a literatura, indicando que a prematuridade tende a ter um impacto negativo no emocional materno, podendo até ser traumática, tendo em vista que as mães possam não estar preparadas para enfrentar o nascimento prematuro da criança. O exposto evidencia a necessidade de um apoio psicológico para que a situação seja vivenciada com menos sofrimento, ajudando, assim, a reduzir os sintomas clínicos de depressão e de ansiedade materna.

Outro dado que se destacou nesta pesquisa foi associação de ambos os sintomas. Verificou-se que 64 % das mães apresentaram sintomas clínicos de depressão e de ansiedade, o que sugere uma atenção ainda maior para o período da prematuridade. Em recente pesquisa de Flores, Souza, Moraes e Beltrami (2013), na qual analisaram 182 díades (mãe-bebê), a associação entre os estados emocionais maternos depressivo e ansioso, combinados ou de modo isolado, em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil, também demonstrou uma associação de ambos os sintomas, depressão e ansiedade. Uma das hipóteses dos autores para este fato, é que a gestante esteja vivendo um momento de grandes desafios, precisando lidar com o trabalho, com os demais filhos e com as questões inerentes às condições sociais atuais, exigindo assim um novo posicionamento.

A associação de ambos os sintomas encontrados nesta pesquisa também se assemelhou a um estudo que avaliou e comparou os sintomas de depressão e de ansiedade em 36 mães de recém-nascidos prematuros durante a internação do bebê na UTIN, bem como após a alta deste. Os resultados também demonstraram uma maior ocorrência de mães com indicadores clínicos de depressão e / ou ansiedade juntos durante a internação do bebê na UTIN. Concluíram que as mães menos escolarizadas e com um maior número de crianças eram mais ansiosas e deprimidas, e que outros riscos psicossociais podem contribuir para o aumento dos níveis de estresse em mães de bebês prematuros, aumentando os níveis clínicos de ansiedade e depressão (Carvalho *et al.*, 2009).

Os autores ressaltaram ainda a importância de ser considerada neste contexto a gravidade do estado de saúde do recém-nascido prematuro, visto que a mãe de um recém-nascido prematuro enfrenta a tarefa de adaptação permeada de incertezas em relação à supervisão e qualidade do desenvolvimento da criança.

Portanto, pode-se considerar que os achados desta análise vão ao encontro de Carvalho *et al.* (2009) e Flores *et al.* (2013), pois as mães com sintomas clínicos de depressão e de ansiedade em sua maioria (56,5% e 60,9%) não eram mães pela primeira vez, o que sugere uma maior vivência da maternidade, pois passaram por um puerpério, tiveram a experiência de ir para casa com o seu bebê e conseguem identificar o que está sendo interrompido e modificado por um parto prematuro. A vivência de tantas perdas, além das incertezas e inseguranças a respeito do seu bebê e das preocupações com os demais filhos, pode favorecer o aparecimento de sintomas de depressão.

Os sintomas clínicos de depressão estiveram associados às mães que achavam que os seus bebês entendiam o que estava acontecendo com eles. Assim, estes sintomas estiveram relacionados às mães que supõem um sujeito em seus bebês, podendo ser considerados adequados diante da necessidade de ajustamento da mãe a situação que ela vivencia. Portanto, esses sintomas de depressão podem ser um bom indicativo para a relação mãe-bebê, enquanto que a ausência desses sintomas poderia estar relacionada às estratégias defensivas do aparelho psíquico materno e, em decorrência, a dificuldade de perceber o bebê como um ser que demanda algo dela.

Elia (2007) afirma que após o nascimento, a mãe, guiada pelo seu desejo, vê em seu bebê uma demanda dirigida a ela como um apelo e passa a dar significações, supondo que seu filho deseja algo, ou seja, supondo nele um sujeito. Apesar do recém-nascido prematuro ficar sob os cuidados de uma equipe multiprofissional dentro de uma UTIN e, muitas vezes, haver restrições do contato pela fragilidade e instabilidade do bebê, é importante que a mãe participe de alguma forma dos cuidados, tendo oportunidades de investir psiquicamente nele.

É necessário considerar também o fato dessas mães estarem tentando se adaptar às novas condições impostas pelo nascimento prematuro. Maldonado (1989) afirma que quando um bebê nasce no tempo esperado, os pais precisam ir se adaptando a esse bebê real, o qual tende a ser muito diferente do imaginado. E no caso do recém-nascido prematuro, eles precisam fazer um ajuste ainda maior. É um

trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações.

Não houve uma associação significativa entre os sintomas clínicos de ansiedade e a mãe sentir necessidade de um apoio naquele momento, mas considerando a tendência a ser significativa estatisticamente, é relevante colocar que o apoio social, seja de familiares ou de amigos, é importante. Neste período de internação do recém-nascido prematuro, a mãe pode se sentir incapaz de cuidar dele, já que este fica sob os cuidados da equipe na UTIN. E ao voltar para a casa sem o seu bebê, terá que dar conta de toda expectativa e cobrança familiar e social. Fonseca, Silva e Otta (2010) ressaltam que o apoio social percebido pela mãe é positivo e funciona como um auxiliador neste processo.

Diante do exposto nesta pesquisa, a prematuridade parece ser um risco para o equilíbrio emocional materno, o que pode influenciar sobre a ansiedade e a depressão. É importante acrescentar que isso pode ser um risco para o desenvolvimento de seus bebês.

Muitos estudos indicaram a depressão e a ansiedade como uma influência negativa na relação mãe-bebê, apontando que estas mães apresentam dificuldades para fornecer a estimulação adequada ao bebê, seja por uma atitude intrusiva ou retraída e, com isso, podem dificultar o vínculo entre eles, a evolução linguística e psíquica da criança, prejudicando o seu desenvolvimento (Guedes, 2008; Conroy, Marks, Schacht, Davies, & Moran, 2010; Field, 2010; Rechia & Souza, 2010; Carlesso & Souza, 2011; Oliveira, Flores, & Souza 2011; Crestani *et al.*, 2012; Beltrami, Moraes, & Souza, 2013; Flores *et al.*, 2013).

Em suma, o presente estudo demonstrou, através de uma amostra de mães de recém-nascidos prematuros que não apresentavam antecedentes psiquiátricos, que as porcentagens de mães com sintomas clínicos de depressão e de ansiedade, durante a internação dos seus bebês na UTIN, foram relevantes. Também, esse estudo demonstrou a associação de ambos os sintomas nestas mães, o que pode indicar, portanto, que estes estejam relacionados ao nascimento prematuro, pelas condições de saúde do recém-nascido prematuro e pela internação na UTIN.

A associação destes sintomas com mães que não eram primíparas sugere que o nascimento prematuro do bebê, assim como a internação na UTIN, é um momento de muitos ajustes e adaptações para as mães. Além disso, o fato das mães acharem que seus bebês entendiam o que estava acontecendo com eles,

pode indicar que elas estão sofrendo, se sentindo convocadas por seus filhos, supondo nele um sujeito. Portanto, é necessário que as mães participem dos cuidados, tendo oportunidades de investir psicologicamente em seus bebês.

A avaliação das mães neste período é importante, bem como a necessidade de dar um suporte psicológico e social para que estes sintomas não se intensifiquem e dificulte a adaptação dessas mães à nova realidade, não prejudicando a relação mãe-bebê.

Os resultados desta pesquisa permitiram explorar algumas repercussões da prematuridade no emocional materno, mas cabe considerar as limitações deste estudo e a necessidade de novas pesquisas para que todos os profissionais envolvidos na internação do recém-nascido prematuro estejam mais preparados para dar suporte a mãe e contribuir com o vínculo mãe-bebê.

4.7 Referências

1. Andreani, G., Custódio, Z. A. O., & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, (24), 115-126.
2. Beltrami, L., de Moraes, A. B., & de Souza, A. P. R. (2013). Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 25(2), 229-239.
3. Brasil, Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos-SINASC*. Disponível em: < <http://portalsaude.gov.br> > Acesso em: 13 de junho 2013.
4. Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr, J. O. E. L. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), 278-84.
5. Carlesso, J. P. P., & Souza, A. P. R. D. (2011). Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, 13(6), 1119-1126.
6. Carvalho, A. E. V., Linhares, M. B. M., Padovani, F. H. P., & Martinez, F. E. (2009). Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(01), 161-170.
7. Conroy, S., Marks, M. N., Schacht, R., Davies, H. A., & Moran, P. (2010). The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 285-292.
8. Crestani, A. H., Rosa, F. F. M., Souza, A. P. R., Pretto, J. P., Moro, M. P., & Dias, L. (2012). A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. *Revista CEFAC*, 14(2), 350-360.
9. Elia, L. (2007). *O conceito de sujeito*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar. p. 62.
10. Favaro Filho, M. D. S., Peres, R. S., & Santos, M. A. D. (2012). Evaluation of the impact of prematurity in mental health in puerperium. *Psico-USF*, 17(3), 457-465.

11. Cunha, J. A. (2011). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
12. Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
13. Flores, M. R., de Souza, A. P. R., de Moraes, A. B., & Beltrami, L. (2013). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360.
14. Fonseca, V. R. J. R. M., Silva, G. A., & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 738-746.
15. Gil, A.C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 177 T p.
16. Gomes, A. L. H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*, 2(2), 0-0.
17. Guedes, Z. C. F. (2008). A prematuridade e o desenvolvimento de linguagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(1), 97-98.
18. Holditch-Davis, D., Miles, M. S., Weaver, M. A., Black, B., Beeber, L., Thoyre, S., & Engelke, S. (2009). Patterns of distress in African American mothers of preterm infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 30(3), 193.
19. Maldonado, M. T.(1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. Petrópolis: Vozes.
20. Marson, A. P. (2008). Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa... *Revista da SBPH*, 11(1), 161-169.

21. Mercier, C. M., Dunn, M. S., Ferrelli, K. R., Howard, D. B., & Soll, R. F. *et al.* (2010). Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford Network: 1998–2003. *Neonatology*, 97, 329-38.
22. Oliveira, L. D., Flores, M. R., & SOUZA, A. (2011). Fatores de Risco Psíquico ao Desenvolvimento Infantil: Implicações para a Fonoaudiologia. *Revista CEFAC*, 14(2), 205-10.
23. Padovani, F.H.P., Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., Duarte, G., & Martinez, F.E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 251-54.
24. Padovani, F. H. P., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2009). Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. *Psychological Reports*, 104(2), 667-679
25. Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., & Linhares, M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 75-83.
26. Rechia, I. C., & APR, S. (2010). Dialogia e função materna em casos de limitações práxicas verbais. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 315-23.
27. Schwengber, D. D.S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
28. Schwengber, D. D. D. S., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2009). O impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações acerca da maternidade no contexto da depressão. *Psico*, 40(3), 382-391.
29. Silveira, F. C. P., Padovani, F. H. P., & Peraçoli, J. C. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(9), 433-9.
30. Stoll, B. J., Hansen, N. I., Bell, E. F., Shankaran, S., Laptook, A. R., Walsh, M. C. *et al.* (2010). Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*, 126(3), 443-456.

31. Weiss, M. C., & Fujinaga, C. I. (2010). Prevalência de nascimentos baixo peso e prematuro na cidade de Irati-PR: implicações para a fonoaudiologia. *Revista Salus*, 1(2), 123-127.

5 ARTIGO DE PESQUISA

A experiência da maternidade por mães de bebês prematuros internados em uma UTIN

The experience of motherhood by mothers of premature infants hospitalized in a NICU

5.1 Resumo

Resumo: Este trabalho teve como objetivo identificar e discutir expectativas e sentimentos maternos a respeito da maternidade e em relação à prematuridade de seus bebês e suas possíveis consequências. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com três mães de recém-nascidos prematuros internados em uma Unidade de Terapia Neonatal. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada e os dados obtidos foram organizados a partir da Análise de Conteúdo. Os resultados apontam que, apesar do não planejamento da gravidez, o desejo pelo filho esteve presente, como também a importância do contato físico e escópico com seus bebês. Ainda, demonstram que o laço entre a equipe e a mãe inclui contradições, uma vez encontradas divergências nas impressões maternas sobre os cuidados da equipe com seus recém-nascidos prematuros. Para finalizar, salienta-se a expectativa familiar e social em relação ao bebê repercutindo como uma falha materna. Conclui-se que a prematuridade demonstra ser um evento singular e mobilizador, podendo acarretar consequências emocionais, como angústias, sentimento de impotência, de inadequação e de culpa, além da frustração de muitos desejos e fantasias.

Palavras-chaves: Nascimento prematuro; mães; unidades de terapia intensiva neonatal.

5.2 Abstract

Abstract: This study had as objective to identify and discuss maternal expectations and feelings about motherhood and in relation to preterm birth of their babies and their possible consequences. This is a qualitative study made with three mothers of preterm infants hospitalized in a neonatal care unit. The instrument employed was a semi-structured interview and the data were organized from a content analysis. The results show that despite not planning pregnancy, the desire for the child was present, as well as the importance of the physical and scopic contact with their babies. The results still demonstrate that the bond between the team and the mother includes contradictions, once found differences in the maternal impressions on the care provided by the team to their premature babies. Finally, we highlight the social and family expectations regarding the baby reverberating as a maternal failure. It is concluded that prematurity demonstrates to be a singular and mobilizer event, which can result in emotional consequences, such as distress, helplessness, inadequacy and guilt, beyond the frustration of many desires and fantasies.

Keywords: Premature birth; mothers; neonatal intensive care units.

5.3 Introdução

Os conceitos de prematuridade e de baixo peso adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são: a condição do bebê nascido até 36 semanas e seis dias e nascimento com peso inferior a 2.500 gramas. Dados do estudo *Born Too Soon* (Nascidos Muito Cedo), organizado pela OMS, anunciaram em 2012 que aproximadamente 15 milhões de bebês nascem prematuramente em todo o mundo, mais do que um em cada dez. O estudo acrescenta, ainda, que o Brasil encontra-se entre os dez países com as taxas mais altas de nascimentos prematuros do mundo, com 279,3 mil partos prematuros por ano.

Conforme Marson (2008), quando um parto prematuro acontece, há uma inesperada interrupção da gestação que deixa muitos conflitos com os quais a mãe terá que lidar, existindo várias restrições tanto para a mãe quanto para o recém-nascido prematuro. Ela afirma que o nascimento de um prematuro rompe a possibilidade no que concerne ao exercício de ser mãe nesse primeiro momento do nascimento, já que esse bebê necessita de outros cuidados para garantir a sua sobrevivência.

Neste contexto, a partir dos pressupostos psicanalíticos, sabe-se que a constituição psíquica se estabelece nos primeiros anos de vida da criança, e para esta, a função materna é primordial. Elia (2007) situa que antes da criança nascer ela já é esperada por todos, pela linguagem, cultura e o simbólico e, após o nascimento, a mãe guiada pelo seu desejo vê em seu bebê uma demanda dirigida a ela como um apelo e passa a dar significações, supondo que seu filho deseja algo, ou seja, supondo nele um sujeito.

A mãe satisfaz as necessidades básicas do bebê e coloca seus significantes primordiais ao dar sentido ao choro, ao olhar, bem como nas vocalizações do seu bebê, supondo ali um sujeito e uma demanda ainda não existente. Assim, a mãe vai colocando e sustentando intervalos para que o bebê possa se manifestar, dando sentido a essas manifestações. Esses sentidos, ou seja, esses sinais interpretativos materno sobre o bebê se sustentam através de uma supervalorização do mesmo, isto é, de um investimento narcísico da mãe que supõe no pequeno um sujeito.

Freud (1914/1996) afirma que o narcisismo é uma forma de investimento pulsional necessária à vida subjetiva, sendo o narcisismo primário um investimento

do sujeito em si mesmo e, posteriormente, o narcisismo secundário, no qual a libido é investida nos objetos exteriores. E é por estar revestida narcisicamente que a mãe consegue investir em seu bebê. Ao mesmo tempo, para ser mãe, para ter seu bebê tomado como objeto que pode completar, é preciso ser faltosa. Além disso, a mãe sente-se inclinada a suspender, em função de seu bebê, todas as aquisições culturais de seu próprio narcisismo e a renovar em nome dele as reivindicações aos privilégios abandonados por ela própria. Portanto, a criança concretizará os sonhos que ela jamais realizou, sendo este amor pelo bebê o narcisismo renascido, transformado em amor objetal.

Por sua vez, o bebê se apoia nessa suposição sendo convocado e evocado e, assim, terá algumas condições para se desenvolver psiquicamente de uma maneira saudável. Como apontado por Brenner (2011), os efeitos da demanda do Outro e da linguagem sobre o bebê o transformam num corpo pulsional, ou seja, todo o trabalho dos três tempos do circuito pulsional refere-se ao trabalho de um sujeito nascendo de fato. Assim, no primeiro tempo do circuito pulsional o bebê posiciona-se como ativo, indo em busca do objeto, que é externo ao Eu, e apodera-se dele. O segundo tempo do circuito pulsional é um tempo reflexivo, quando o bebê toma parte de seu corpo no lugar do objeto, sugando parte de seu próprio corpo. E no terceiro tempo do circuito pulsional, o sujeito retorna ao outro e se faz objeto dele, como por exemplo, oferecendo seu pezinho para que a mãe o chupe.

No entanto, Catão (2009) aponta que se não houver alguém habilitado para receber o bebê, para poder oferecer esses significantes e sustentar um diálogo, o processo de subjetivação poderá ficar comprometido. Ferrari e Donelli (2010) acrescentam que a mãe pode não ser capaz de se identificar com aquele bebê prematuro e com isso impossibilitar a significação dos comportamentos do bebê, e, conseqüentemente, o não investimento libidinal, dificultando a transformação do orgânico em pulsional.

Marson (2008) complementa que a prematuridade traz com ela significativas repercussões emocionais, que são acentuadas por uma sucessão de perdas, como a perda do filho idealizado, o berço vazio, a cobrança familiar e social. Além disto, no processo que se inicia a partir de um nascimento prematuro, a mãe sofre se deparando com um real que está sob os cuidados de especialistas.

Fernandes, Lamy, Morsch, Lamy Filho e Coelho (2011), corroboram Marson (2008), quando acrescentam que a mãe do recém-nascido prematuro apresenta uma

fragilidade psíquica em decorrência de não ter vivenciado todas as etapas do período gestacional, como também, devido à iminência da perda do seu filho durante a internação na UTIN. Portanto, vivenciam sentimentos ambivalentes, gerando medo, angústia e inseguranças.

Atento ao exposto, este estudo visa identificar e discutir expectativas e sentimentos maternos em mães de bebês prematuros no que tange ao exercício da maternidade e às possíveis consequências do nascimento prematuro.

5.4 Metodologia

Esta pesquisa é de caráter qualitativo, exploratório e caracteriza-se pelo uso da Análise de Conteúdo (Bardin, 2010). Foi aprovada pelo Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e está devidamente registrada no Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior sob o nº 07320812.7.0000.5346.

A amostra deste estudo foi composta por mães de recém-nascidos prematuros (< 37 semanas de idade gestacional) internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário de uma Instituição Pública de Ensino Superior que faziam parte de um projeto maior no qual este estudo está inserido: “A Influência da prematuridade do bebê no emocional materno”. A pesquisa foi realizada entre dezembro de 2012 e abril de 2013, período no qual foram identificadas 98 mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN.

Destas 98 mães, apenas 36 enquadravam-se nos critérios de inclusão, a saber: mães de recém-nascidos prematuros, cujos bebês nasceram com idade gestacional inferior a 37 semanas e se encontravam internados na UTIN do Hospital citado; mães de recém-nascidos prematuros, as quais tinham a idade mínima de 18 anos completos; e mães que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: mães de recém-nascidos que nasceram com alguma má-formação congênita; mães que não aparentavam fatores neurológicos e cognitivos que pudessem interferir nas

respostas ou que tivessem diagnósticos, suspeita ou estruturas psíquicas com comprometimento graves.

Cabe citar que as 36 mães foram submetidas ao Inventário de Depressão Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) e ao Inventário de Ansiedade Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI) (Cunha, 2011), como parte do projeto supracitado para a realização de um estudo quantitativo. Destas 36 mães, 15 indicaram um estado depressivo e 18 um estado ansioso. Em função do desenho qualitativo deste artigo, foram selecionadas, por conveniência, três mães cujos resultados dos inventários indicaram um estado depressivo e/ou ansioso, para a realização de uma entrevista semiestruturada acerca das expectativas e sentimentos maternos a respeito da maternidade e em relação à prematuridade de seus bebês.

Na entrevista semiestruturada foram abordados alguns aspectos, como: dados sobre a gestação, referências sobre o parto, imaginário materno anterior ao parto e sentimentos após o parto, participação do pai e familiares, necessidade de apoio de outras pessoas, sentimentos em relação à prematuridade, olhar sob os cuidados dos profissionais na UTIN, detalhamento do encontro com o bebê na UTIN, aspectos da amamentação e perspectivas futuras sobre o bebê. As entrevistas foram individuais e gravadas em áudio (gravador digital Cxr190 – Coby) para que pudessem ser transcritas posteriormente.

As características das mães e dos recém-nascidos prematuros são apresentadas na Tabela abaixo.

Tabela 1. Características das participantes e recém- nascidos prematuros			
	Sujeito A	Sujeito B	Sujeito C
Idade (anos)	21	24	31
Estado Civil	União estável	Casada	Solteira
Escolaridade	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Médio
Profissão	Doméstica	Instrutora de trânsito	Do Lar
Numero de gestação	Segunda gestação	Terceira gestação	Primeira gestação
Idade Gestacional	26 semanas e 5 dias	32 semanas	31 semanas
Peso do RN (Kg)	940	1645	1105
Tempo de Internação do RN (dias)	21	10	22
BDI	Moderado	Moderado	Leve
BAI	Leve	Leve	Leve

Para análise dos dados, foi realizado um tratamento descritivo, através do registro do discurso das entrevistadas que foram gravados em áudio e transcritos posteriormente. Após a transcrição, foi realizada a categorização, sendo a classificação por diferenciação e reagrupamento (BARDIN, 2010). Após a realização das categorias, foram feitas reflexões e articuladas ao referencial teórico utilizado neste estudo.

5.5 Resultados e Discussão

Através do processo de categorização das entrevistas, foi possível construir quatro categorias, sendo elas: “Sobre o planejamento da gravidez e o Desejo de ser mãe”; “Berço vazio: interpelações sociais”; “O lugar do cuidado da equipe” e “Sentimentos maternos diante do nascimento prematuro do bebê”. A seguir, serão descritos e comentados trechos das falas das participantes da pesquisa e, também, discutidos os resultados.

Categoria 1- Sobre o planejamento da gravidez e o Desejo de ser mãe

Popularmente é utilizado por profissionais da saúde, inclusive por psicólogos, o questionamento dos pais a respeito do planejamento da gestação, até como se o planejamento da gravidez correspondesse ao desejo da mãe pelo filho, mas isso, por sua vez, não é uma regra.

Neste contexto, uma das questões da entrevista realizada com as participantes contemplava o planejamento da gravidez. Foi respondido por todas que a gravidez não havia sido planejada. O sujeito A fala: “Não, nem a outra também não tinha planejado”; “Não, não planejei” (sujeito B); “Não, não, não foi planejada” (sujeito C).

A mãe planejar a concepção de seu filho não quer dizer que ela o deseje. Desejar e imaginar o bebê antes mesmo dele nascer faz parte do processo de construção da maternidade e é importante para a relação futura da mãe com seu o bebê, pois ao nascer o bebê traz elementos potenciais que podem se desenvolver ou não, mas isso vai depender do seu meio, ou seja, de que alguém o receba

rodeado de desejos. Bernardino (2008) afirma que a estruturação subjetiva de uma criança vai além da biologia, pois faz supor condições estruturais simbólicas que são transmitidas pelas figuras parentais.

Elia (2007) situa que, muito antes do bebê nascer o campo em que ele aparecerá já se encontra estruturado, constituído e ordenado. A cultura, a sociedade, a família e a linguagem já o esperam. Assim, há um conjunto de demandas, desejos e desígnios dirigidos àquele que vai nascer muito antes do nascimento, as quais, inclusive, determinam o fato do nascimento. Assim, um lugar já está preparado para ele no discurso dos pais, pois falam do bebê que irá nascer, escolhem um nome para ele, se preparam para a sua chegada, imaginam e idealizam como serão suas vidas com ele, criando um enredo simbólico.

Apesar do que foi exposto acima demonstrar que não houve o planejamento da gravidez, o desejo pelas gestações esteve marcado em outras falas. No sujeito C, por exemplo, o desejo parece situar-se em relação ao pai da criança, o que fica explícito em sua fala quando questionada a respeito do momento da descoberta da gestação: “Foi bem tranquilo, foi muito tranquilo, porque ele já queria há muito tempo esse filho, eu é que não queria. Desde que eu conheci ele, ele sempre quis esse filho. E eu já não, por ele tá lá distante, por não ter emprego, mas o emprego já tinha, mas eu queria esperar mais. Mas ele não, ele amou”. Em outro momento da entrevista quando indagada a respeito de como foi à gestação o sujeito C fala: “Eu sempre quis ser mãe”, parecendo confirmar a observação relatada anteriormente.

O desejo por referência ao pai aparece em mais de uma das entrevistadas. É o que podemos observar no sujeito B, em que fala: “Quando eu engravidei, a gente não tava casado, tava separado e daí eu engravidei numa dessas tentando se acertar”; “Tenho um pouco de dúvidas, não sei, tenho medo de que ele tenha voltado por causa do bebê, mas ao mesmo tempo ele tá bem comigo...parece que ele voltou ao homem de família que eu conheci, que queria ter uma família, não aquele festeiro que queria sair, fazer festa”. Nessas falas, a gestação estava associada ao desejo de que o marido retornasse ao convívio familiar. No entanto, o início da construção de um vínculo, de um laço com seu bebê, pareceu se dar quando soube o sexo da criança. Relata que no início da gestação não queria o filho, pois não estava morando com o pai da criança, e em uma conversa com a sua tia, esta disse que poderia ser um menino. Em seguida, a participante acrescenta: “Daí isso começou a mexer com o meu psicológico, queria um menino, eu sempre

quis um casal na verdade, mas daí veio a “M” (referindo-se a segunda filha) beleza!”; “Eu sempre quis um menino”.

Contudo, mesmo a prematuridade sendo um possível elemento que possa dificultar o investimento da mãe em seu bebê (pois o bebê real é muito diferente do imaginado), é pela via deste desejo que poderá dar o investimento psíquico nesse filho. Elia (2007) afirma que é pelo caminho do desejo que a mãe percebe em seu bebê uma demanda dirigida a ela como um apelo, dando significações, supondo nele um sujeito.

Além do exposto, cabe acrescentar que a mãe precisa tomar seu bebê como objeto que pode completá-la. E somente por reconhecer a existência de uma falta que a mãe consegue exercer sua função. Catão (2009) afirma que é por aceitar a existência de uma falta que a mãe consegue identificar-se com o bebê e se dirigir a ele como sujeito.

Para Freud (1914/1996), isso é possível quando uma mulher tem uma evolução libidinal do autoerotismo para o amor objetal, ou seja, sintetiza em uma unidade suas pulsões sexuais de atividade auto erótica para ganhar um objeto de amor, tomando primeiro a si mesmo, a seu próprio corpo, antes de passar deste à eleição de objeto numa pessoa alheia. Assim, a maternidade faz com que haja uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, no qual já fora abandonado, atribuindo todas as perfeições ao filho, ocultando e esquecendo todas as deficiências dele. O que pode ser observado em algumas falas quando a mãe responde em relação a vislumbrar o seu bebê no futuro: “Com a função do verão, agora vou comprar uma sunga, já imagino ele de bermudão, boné....acho que ele vai gostar de carro, porque o pai dele tem uma oficina, menino gosta dessas coisas, carro rebaixado. E acho que ele vai ser todo meu, acho que ele vai ser todinho” (sujeito B); “Ele nem acorda né, nem resmunga, mas daí quando ele acorda que eu já peguei ele acordado, ele me olha, ele escuta o que eu falo, presta bem atenção assim no que eu tô falando, porque, assim, ele é bem esperto” (sujeito C).

Categoria 2- Berço vazio: interpelações sociais

Para falar na experiência materna no que diz respeito ao berço vazio, ou seja, ir para casa sem o seu bebê, como referido por Marson (2008), retomemos Freud (1914/1996) em seu trabalho sobre Narcisismo, no qual atribui o amor e as atitudes

afetivas dos pais em relação aos filhos como uma característica narcisista, na qual a criança concretizará os sonhos que os pais não realizaram, tendo os privilégios que eles não tiveram.

As mães de recém-nascidos prematuros internados em uma UTIN não terão seus bebês em seus braços para poderem apresentar para a família e a sociedade. Ao contrário disso, Carvalho, Linhares, Padovani e Martinez (2009) indicam que as mães de recém-nascidos prematuros terão a difícil tarefa de se adaptarem a nova realidade imposta pela prematuridade, sendo este um caminho de dúvidas em relação à qualidade de vida do bebê e a sua sobrevivência.

Além das incertezas em relação ao filho e as suas próprias frustrações neste processo, o sentimento de cobrança social também se fez presente, como observado em algumas falas: “Daí as pessoas ficam tudo, ah sou meio assim, tem gente que quer bem a gente até por ali sabe, daí ficam perguntando dele. Eu não fico falando se ele não tá bem, se é pros outros ele tá sempre bem, só pra mãe ali que a gente conversa, ah, mas daí eu não gosto de ficar falando pros outros” (sujeito B).

A interpelação social aparece em mais de uma participante, o que podemos perceber na fala do sujeito C: “Eu fiquei muito grosseira na rua, às vezes me perguntam assim, eu digo, dependendo da pessoa, se eu já não gosto muito da pessoa eu digo: O que que tu quer saber da minha vida? Já saio assim, meio que grosseira com as pessoas e até meus pais falam que as pessoas vão me perguntar mesmo, isso é normal da rua, as pessoas querem saber do seu bebê, viram tu grávida e não viram teu bebê. Mas eu já digo, mas o que eles tem a ver com a minha vida”. É importante acrescentar que na realidade hospitalar em que estas mães e seus bebês se encontravam os familiares não podiam visitá-los. Somente o pai e a mãe da criança tinham permissão para entrar na UTIN. O desejo dos pais de que seus familiares pudessem conhecer os seus bebês, assim como, também, o pedido por parte da família para ver o bebê (dentro da UTIN) foi exposto durante as entrevistas.

Como podemos perceber a expectativa em relação ao bebê não só pela parte da mãe, mas também da família e da sociedade é algo que a mãe de um recém-nascido prematuro parece ter que dar conta. É como se ela tivesse falhado não tendo sido boa o suficiente para gerar um bebê perfeito, aquele bebê idealizado. Assim, Marson (2008) afirma que a prematuridade traz consigo implicações

emocionais, dentre elas a perda do filho idealizado, o berço vazio e a cobrança familiar e social, podendo levar a frustração de muitos desejos e fantasias.

Categoria 3- O lugar do cuidado da equipe

É importante mencionar que o recém-nascido prematuro fica sob os cuidados de uma equipe multiprofissional dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Portanto, muitas vezes a mãe passa a ser coadjuvante dos cuidados do bebê, uma vez que há restrições pela fragilidade e instabilidade deste, dificultando assim o contato entre eles. Araújo e Rodrigues (2010) mencionam que a mãe passa a ser mera expectadora dos cuidados especializados prestados pela equipe de saúde e que muitas vezes, dependendo da situação clínica do bebê, o contato entre mãe e filho vai ser pela observação ou pela voz.

Podemos perceber essa dificuldade em ter contato físico com o bebê na UTIN nos relatos das participantes, como observamos na fala do sujeito B: “É difícil de conseguir pegar ele, porque ele tá sempre peladinho, cheio de coisas, aí tem que embrulhar e daí elas acham ruim e acabo não querendo pegar....e hoje deu acaso que eu cheguei ele tava embrulhado, daí ela perguntou se eu queria pegar, daí eu já peguei ele e não soltei mais.” No sujeito A, a impossibilidade do contato físico era ainda maior, como apontado nas falas a seguir: “É triste ver ela ali né, encubada ali dentro, não poder pegar, só poder tocar, não poder pegar, abraçare beija ela assim, fazer aquele carinho de mãe”, “É triste ver as outras mães ali do lado pegando seus bebês e tu não poder pegar a tua”. Uma das formas de contato físico se dá através da amamentação, e Crespim (2004) afirma que o sofrimento materno se intensifica quando há dificuldade ou impossibilidade de amamentar, podendo desencadear um processo de depressão ou desinvestimento da mãe no bebê. Todavia, nesta pesquisa as mães não demonstraram insatisfação em não amamentar seus bebês e sim constrangimento em estarem expostas no momento da retirada do leite.

Como exposto nas falas acima, o contato físico demonstra ser muito importante para elas, mesmo tendo a observação e a voz como um meio de contato entre eles. Mas é possível questionar a respeito de que essas mães são meras expectadoras, como citado por autores anteriormente, pois parece que é ativamente que sofrem por não conseguirem cuidar de seus bebês e que de um modo atento,

através do olhar, estão prestando atenção em cada ato da equipe para que saibam sobre o estado de seus bebês, como ilustrado nesta fala: “Eu te disse que não tenho perguntado muito, mas aí eu fico observando tudo, tudo....assim, fico observando ele também, que o pezinho que tá com coisa, se trocaram, se não trocaram, se tá tomando mais mamá, se não tá, eu fico observando para ver se tá tudo bem” (sujeito B).

Para Field (2010) e Araújo e Rodrigues (2010) o toque possibilita que as mães explorem o corpo do bebê, percebendo aspectos individuais deste, e, também, diferenciando suas ações das ações dos demais profissionais. Ferrari e Donelli (2010) acrescentam que a partir do toque e do cuidado corporal, a mãe tece hipóteses a respeito dos comportamentos do bebê, permitindo assim, uma atitude de reconhecimento e antecipação.

Ainda neste cenário, temos que considerar a importância da mãe nos cuidados do filho, principalmente para que ela se sinta capaz de ocupar o lugar do Outro primordial para o bebê. Gomes (2004) ressalta que o contato com o recém-nascido contribui para que a mãe desenvolva o sentimento de competência e confiança para cuidá-lo, colaborando para que o bebê sonhado dê lugar ao bebê real.

O saber da equipe, ou seja, o saber sobre o bebê, como também, a suposição de que estão cuidando de seus filhos, são apontados em algumas falas das mães: “Eles sabem o que tão fazendo aqui, né? A gente não sabe” (sujeito A); “Dá um gosto de ver as gurias pegarem ele, botarem ele no peito pequenininho, tratarem como se fosse filhos dela, daí dá uma paz assim, que, né?...são pessoas estranhas que eu deixei ele, vai saber...”; “ Eu sei que ele precisa e é coisa que eu não vou saber fazer, que são pessoas que estudaram, que até no olhar já sabem se o coraçãozinho dele tá assim, tá assado”; “Agora eu tô ficando mais esperta, tem que ficar, né? Porque a hora que ele sair, ele vai sair cheio de maniazinha, porque é manias que as gurias colocam. Então eu já tô pegando um pouco o jeito” (sujeito B); “Eu sei que cuidam bem dele, mas cabeça de mãe, né? a gente sempre fica preocupada, pensa”, “ Mãe é mãe, né? Não adianta, não cuidam como a gente, mais perto dos olhos da gente é melhor, né?” (sujeito C). Aparecem contradições nestas falas, ao mesmo tempo em que denotam a necessidade de uma aposta no saber da equipe, demonstram que o lugar delas enquanto mães está preservado.

Neste contexto, assim como a equipe tem que estar atenta aos cuidados com o bebê, é necessário que não desautorizem essas mães, para que elas possam exercer sua função, caso contrário, o processo de subjetivação pode não se instaurar. Assim, é necessário que proporcionem um acolhimento para elas e uma maior aproximação com os seus bebês. Gomes (2004) acrescenta que, na situação de internação, a equipe precisa proporcionar uma condição de acolhimento para a mãe, no sentido de ajudá-la a significar e a lidar com toda a situação da prematuridade, sendo fundamental estarem atentos aos ritmos e às possibilidades da mãe e do bebê no que diz respeito a uma aproximação e a um contato entre eles.

Por outro lado, o vínculo da mãe com a equipe se mostrou precário, como demonstrado em algumas falas: “A primeira vez que eu perguntei para a médica foi tão...eu perguntei doutora eu queria saber do “X” (refere ao nome do filho), como ele está? A doutora só disse: mãe se ele tivesse bem ele tava em casa contigo. Aquilo foi um tapa só, aí eu não quis saber mais, aí nem pergunto mais” (sujeito B).

Outra participante (sujeito A) demonstrou não se sentir acolhida pela equipe. Neste caso o pai da criança esteve presente em uma das visitas e perceberam algo diferente no bebê: “Aí esses dias, não sei o que houve, machucaram a tetinha dela. Aí ele (pai) botou a boca, porque aquilo lá não tava na guria e que elas tinham machucado”; “Tu tem que chegar lá e perguntar, saber se explicar e não botar a boca, aí eles pegam e já nem cuidam mais a criança, são *capazes* de nem...”, demonstrando haver um distanciamento entre os pais e a equipe. Parece um movimento contraditório das mães com a equipe, pois ao mesmo tempo em que ela está no lugar de quem cuida, de quem sabe sobre os cuidados dos seus bebês, está também num lugar daquela que não cuida, que machuca, que não sabe, dando a entender que a aposta na equipe tem que ser constantemente refeita.

É necessário que a equipe esteja atenta quanto à importância de sua intervenção diante dos aspectos emocionais dessas mães, como também, ofereça um acolhimento e inserção destas nos cuidados com seus bebês, proporcionando uma interação que fortaleça a relação mãe-bebê (lungano, 2009; Da Cruz, Oliveira, Cardoso, & Lúcio, 2010; Pergher, 2010; Siqueira & Dias, 2011; Corrêa, Oliveira, Veronez, & Higarashi, 2013). Kamers (2003), aponta que a equipe pode ou não autorizar os pais junto ao bebê, ou seja, a posição de desejo da equipe frente a criança pode rivalizar com os pais ou ajudar a se autorizarem frente ao seu bebê.

Assim, o lugar da equipe nos cuidados do bebê se mostrou relevante, sendo este refletido nas falas dessas mães, pois, ao mesmo tempo em que elas evidenciaram a necessidade de uma aposta no saber da equipe sobre os cuidados do corpo dos seus bebês, indicaram, também, que está preservado o lugar delas como mães.

Categoria 4- Sentimentos maternos diante do nascimento prematuro do bebê

Muitos estudos (Pinto, Padovani, & Linhares, 2009; Holditch-Davis *et al.*, 2009; Carvalho *et al.*, 2009; Favaro Filho, Peres, & Santos, 2012) apontam a influência da prematuridade no emocional materno, incluindo a ansiedade e a depressão, como também, a necessidade de apoio psicológico para as mães. Ademais, cabe ressaltar, que a angústia se apresenta como um afeto implicado na maternidade, porque virar mãe, ou virar mãe de um novo filho, é um advento que se apresenta como crucial na construção da subjetividade por exigir o reposicionamento do sujeito diante do outro (Jerusalinsky, 2008).

Considerando que o nascimento é o corte fundante para que o sujeito possa começar a inaugurar seu circuito pulsional, Brenner (2011) indica que em qualquer um dos tempos do circuito o risco ocorre quando o encontro com o Outro por alguma razão fracassa. Isto ocorre por vários motivos, seja por momentos quando o nascimento do bebê não coincide com o momento em que a mãe possa psicologicamente encontrá-lo, como, por exemplo, nas graves depressões maternas, no contexto da mãe ter uma condição psíquica que não passa pelos efeitos da castração simbólica ou, ainda, quando o sujeito nascente tem algo que dificulta muito a sutileza desse encontro.

Diante disso, podemos considerar as exigências em relação à mãe exercer sua função, inscrevendo o bebê no mundo da linguagem e dos riscos que podem surgir, e, principalmente em relação às situações que são apresentadas com o nascimento de um bebê prematuro, como apontadas neste trabalho. Pensando na sutileza desse encontro, como apontado por Brenner (2011), podemos considerar que o encontro de uma mãe com seu recém-nascido prematuro podem acarretar consequências emocionais.

Podemos indicar em algumas falas das participantes as possíveis consequências da prematuridade para o emocional materno. Quando solicitada a

dizer como está sendo vivenciar a prematuridade do seu bebê, o sujeito B diz: “Eu sou muito sentimental, assim, muito, muito, muito, ainda mais nessas horas, né? Qualquer coisa que me fala, eu desmancho”; “Ah, me sufoca, nossa, não sei, sufoca o peito, dá uma sensação de...como é que eu vou dizer, de impotência sabe, tu tá vendo as coisas ali e não pode fazer nada”. O sentimento de impotência frente à prematuridade, o que inclui ser coadjuvante nos cuidados do bebê e na dependência deste do suporte oferecido dentro da UTIN, se mostrou presente. Em seguida, questionada sobre como são os encontros com seu bebê, relata ser bom e acrescenta: “Eu venho de carro. Daí eu notei que eu fico ansiosa até chegar aqui, depois que eu vejo ele, que eu vejo que não tão fuçando, que já diminuiu as máquinas, daí dá pra relaxar, parece, sabe?”; “Eu acho que estou ansiosa, não é habitual, sabe?”. A ansiedade parece estar presente e parece diminuir no momento do encontro, quando pode ver seu bebê.

Outra participante também relatou estar sendo delicado este momento, demonstrando uma angústia frente à situação, como exposta em sua fala: “As coisas tão difíceis, eu tô assim, sei lá, me acostumando agora, né? Hoje mesmo tinha um tio meu lá em casa, antes de eu sair... e disse daqui a pouco teu filho vai tá em casa, tu não precisa tá nessa correria de tá pra lá e pra cá agora, logo teu filho tá bem, daí eu enchi os olhos de lágrimas, já sai chorando sabe. No caminho eu vinha pensando já faz quase um mês que ele tá aqui, tá assim, tá difícil. Mas eu tô tentando me acalmar aos poucos, tentando diminuir um pouco a ansiedade, mas tá difícil, tá complicado sabe, aos poucos se Deus quiser eu vou conseguir sair dessa” (sujeito C).

Colaborando com o exposto, o nascimento de um prematuro pode levar a frustração de muitos desejos, fantasias e, sobretudo, rompe a possibilidade no que concerne ao exercício de ser mãe nesse primeiro momento do nascimento, situação que produz uma dor intolerável, de difícil e lenta recuperação. Além disso, sentimentos de fracasso, de incapacidade e de inferioridade são mobilizados pela impossibilidade de gerar o próprio filho (Marson, 2008).

Neste sentido, foi observado no contexto da prematuridade o sentimento de culpa pelo nascimento prematuro de seus bebês, como verbalizado pela participante (sujeito B): “Eu penso se tudo não tá acontecendo por eu ter pensado essas coisas”, referindo-se ao início da gestação em que não queria estar grávida por estar separada de seu companheiro. No momento em que relata sobre o estado de saúde

de seu filho e diz evitar buscar muitas informações, acrescenta: “Se me disserem alguma coisa muito ruim, se eu viesse a perder ele, ah, eu não ia me perdoar, ah, eu não ia me perdoar mesmo. Deus o livre, mas ele vai sair bem dessa. Hoje até me encorajei de lavar a roupa dele, passar pra esperar, vai dar certo”; “No fim, fica tudo tão pesado sabe...Deus estaria castigando ele e ele não tem culpa nenhuma disso ou estaria me castigando também, porque eu sofro um horror. Demonstrando o sentimento de culpa, assim como a outra participante (sujeito C) citada anteriormente.

Os sentimentos de culpa e de inadequação como mãe fazem parte do processo vivido pela prematuridade de seus bebês. Marson (2008) acrescenta que o intenso sofrimento psíquico diante da prematuridade, o que em alguns momentos significa a perda do filho, pode abrir caminhos para estados depressivos, estados de ansiedade, fobias, ideias obsessivas que acompanham a mãe durante a permanência do seu bebê na UTIN. Assim, o que podemos observar neste trabalho é que a vivência do nascimento de um bebê prematuro é um evento muito singular na vida de uma mãe.

5.6 Considerações Finais

A partir dos dados e das discussões realizadas neste trabalho foi possível perceber que, apesar das mães não terem planejado a gestação, o desejo por esta esteve implícito em suas falas. Sendo a prematuridade um componente que pode dificultar o investimento da mãe em seu bebê, é pela via deste desejo apresentado por elas que poderá se dar o investimento psíquico em seus filhos.

O contato físico das mães com seus bebês se mostrou importante, mas ao mesmo tempo foi deficiente pelas condições impostas pela prematuridade. No entanto, através do olhar, elas estão prestando atenção em cada ato da equipe para que saibam sobre o estado de saúde dos seus bebês. Neste cenário, pode-se perceber que o laço estabelecido entre as mães e a equipe inclui contradições, uma vez a equipe ocupando o lugar do saber, do cuidar e, outras vezes, o lugar do não saber, do não cuidar.

É importante ressaltar que é necessário que a equipe não desautorize essas mães, proporcionando acolhimento a elas e uma maior aproximação com os seus recém-nascidos prematuros para que as mães possam exercer sua função, se sentindo capazes de ocupar o lugar do Outro primordial para o bebê, não prejudicando o processo de subjetivação.

Pode-se perceber que há uma expectativa em relação ao bebê não só pelas mães, mas por parte da família e da sociedade. E as repercussões parecem ser vividas como se tivessem falhado, como se elas não fossem boas ou capazes o suficiente para gerar um filho perfeito, ou seja, aquele bebê idealizado.

Além do exposto, cabe ressaltar que a prematuridade evidenciou ser um evento singular e mobilizador para as mães, podendo acarretar consequências emocionais, como angústias, sentimento de impotência, de inadequação e de culpa, além da frustração de muitos desejos e fantasias.

5.7 Referências

1. Araújo, B. B. M., Rodrigues, B. M. R. D. (2010). Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem*, 44(4), 865-872.
2. Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiros, Trad.). São Paulo: Edições 70/ Edição revista e atualizada (Original publicado em 1977).
3. Bernardino, L. M. F (2008). O trabalho interdisciplinar com bebês e a psicanálise. In Oliveira, E.F.L., Ferreira, S.S., Barreto, T.A. (Orgs.), *As interfaces da clínica com bebês* (51-70). Recife: NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos.
4. Brenner, S. M. O quarto tempo do circuito pulsional (2011). *Revista da Associação Psicanalítica*, 40.
5. Carvalho, A. E. V., Linhares, M. B. M., Padovani, F. H. P., Martinez, F. E. (2009). Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(01), 161-170.
6. Catão, I. (2009). *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Language.
7. Corrêa, D. A. M., Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I. H. (2013). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em uti neonatal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(1): 46-53.
8. Cunha, J. A. (2011). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
9. Da Cruz, A. R. M., Oliveira, M. M. C., Cardoso, M. V. L. M. L., Lúcio, I. M. L. (2010). Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), 133-139.
10. Elia, L. (2007). *O conceito de sujeito*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar.

11. Favaro Filho, M. D. S., Peres, R. S., Santos, M. A. D. (2012). Evaluation of the impact of prematurity in mental health in puerperium. *Psico-USF*, 17(3), 457-465.
12. Fernandes, R. T., Lamy, Z. C., Morsch, D., Lamy Filho, F., Coelho, L. F. (2011). Tecendo as teias do abandono: Além das Percepções das mães de bebês prematuros. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10), 4033-4042.
13. Ferrari, A. G., Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106-112.
14. Field T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior Development*, 33(1): 1-6.
15. Freud, S. Sobre o Narcisismo: Uma Introdução (1914). In *Obras Completas* (1996) (pp. 81-98). Rio de Janeiro: Imago.
16. Gomes, A. L. H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*, 2(2), 0-0.
17. Holditch-Davis, D., Miles, M. S., Weaver, M. A., Black, B., Beeber, L., Thoyre, S. et al. (2009). Patterns of distress in African American mothers of preterm infants. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 30(3), 193-205.
18. Iungano, E. M. (2009). A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. *Revista Brasileira de Medicina*. Moreira Jr. Ed, 26-30.
19. Jerusalinsky, J. (2008). Angústia na pós-maternidade. *Revista Associação Psicanalítica*, 35, 9-20.
20. Kamers, M. (2003). Do encantamento necessário à realidade de uma construção. *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 9(110), 32-37.
21. Marson, A. P. (2008). Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa...*Revista da SBPH*, 11(1), 161-169.

22. Pergher, D. N. Q. (2010). *Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência dos pais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo.
23. Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 75-83.
24. Siqueira, M. B. D. C., Dias, M. A. B. (2011). A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 20(1), 27-36.
25. World Health Organization. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. WHO: Geneva.

6 DISCUSSÃO GERAL

Das mães participantes desta pesquisa, durante o período em que seus bebês prematuros estavam internados, 42% apresentavam sintomas clínicos de depressão e 48% níveis de ansiedade expressivos. Este achado colabora com outros estudos que também utilizaram escalas como forma de detectar a ansiedade e depressão materna. Nessas pesquisas, os autores concluíram que a prematuridade tende a ter impacto negativo no emocional materno, podendo ser traumático (PADOVANI *et al.*, 2004; CARVALHO *et al.*, 2009; PADOVANI *et al.*, 2009; HOLDITCH-DAVIS *et al.* 2009; PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009; FONSECA; SILVA; OTTA, 2010; FAVARO FILHO; PERES; SANTOS, 2012).

O nascimento da criança representa o rompimento da relação simbiótica entre o bebê e a mãe. E é possível, em algumas situações, que o balanço dos ganhos e perdas com a maternidade resulte em importantes conflitos, os quais podem ser materializados na ocorrência de sintomas de depressão e ansiedade (SCHWENGBER; PICCININI, 2003; MARSON, 2008; SCHWENGBER; PRADO; PICCININI, 2009). Assim, a presença destes sintomas pode estar relacionada ao momento em que as mães vivem a prematuridade e a internação de seus bebês na UTIN.

Esses sintomas estão ligados a um estado emocional transitório, marcado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão em reação à internação do recém-nascido prematuro na UTIN, como demonstrado em uma pesquisa realizada com mães de recém-nascidos prematuros durante a internação na UTIN e após a alta (PADOVANI *et al.*, 2004). A redução dos sintomas depressivos e ansiosos após intervenção psicológica e a alta hospitalar do bebê também foi apontada nos estudos de Holditch-Davis *et al.* (2009) e Carvalho *et al.* (2009), no qual avaliaram mães de recém-nascidos prematuros através de escalas. O exposto evidencia a necessidade de um apoio psicológico, para que a situação seja vivenciada com menos sofrimento, havendo uma redução dos sintomas clínicos de depressão e de ansiedade.

Cabe ressaltar que a associação de ambos os sintomas clínicos de depressão e de ansiedade foi observada em 64 % das mães participantes, sendo esta

associação também encontrada em outros estudos (PADOVANI *et al.*, 2004; CARVALHO *et al.*, 2009;) que avaliaram estes mesmos sintomas em mães de recém-nascidos prematuros durante a internação na UTIN e após a alta deles. Carvalho *et al.* (2009), apontam a importância de se considerar a gravidade do estado de saúde do recém-nascido prematuro, visto que a mãe de um recém-nascido prematuro enfrenta a tarefa de adaptação permeada de incertezas em relação à supervisão e qualidade do desenvolvimento da criança.

A relação entre o estado de saúde do recém-nascido prematuro e os sintomas emocionais maternos também foi observada no estudo de Pinto, Padovani e Linhares (2009) que comparou 60 mães, distribuídas em dois grupos diferenciados pela presença de sintomas emocionais clínicos de depressão e ansiedade, quanto aos relatos maternos sobre o bebê prematuro.

Os autores apontaram uma associação entre a presença dos sintomas clínicos de ansiedade e depressão materna com um maior risco e gravidade clínica dos bebês prematuros. Afirmaram ainda que as mães com sintomas de ansiedade e depressão expressam mais sentimentos ou reações com conotação negativa (dúvidas, medo de aproximação do bebê e mal estar, nervosismo, ansiedade ou angústia), em comparação com as mães sem indicadores, e que requerem atenção especial para o adequado enfrentamento do problema da prematuridade e da internação do bebê na UTIN.

As mães com sintomas clínicos de depressão e de ansiedade apontadas no presente estudo, na maioria, não eram primíparas. Vale ressaltar que este resultado também foi apontado por Carvalho *et al.* (2009). Este achado pode estar relacionado ao fato de terem uma maior vivência da maternidade, incertezas e inseguranças a respeito do seu bebê, preocupações com os demais filhos e com uma alteração na dinâmica familiar.

Os sintomas clínicos de depressão estiveram associados às mães que achavam que os seus bebês entendiam o que estava acontecendo com eles, indicando que essas mães poderiam estar se sentindo convocadas por seus filhos. Elia (2007) afirma que após o nascimento, a mãe guiada pelo seu desejo vê em seu bebê uma demanda dirigida a ela como um apelo e passa a dar significações, supondo que seu filho deseja algo, ou seja, supondo nele um sujeito. Portanto, é importante que a mãe participe dos cuidados de seu filho, tendo oportunidades de investir psicologicamente nele.

É possível que a presença dos sintomas clínicos de depressão e ansiedade também esteja ligada ao fato dessas mães estarem tentando se adaptar às novas condições impostas pelo nascimento prematuro. Maldonado (1989) afirma que quando um bebê nasce no tempo esperado, os pais precisam ir se adaptando a esse bebê real, às vezes, muito diferente do imaginado. E no caso do recém-nascido prematuro, eles precisam fazer um ajuste ainda maior. É um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações.

Dessa forma, o conteúdo apresentado nesta pesquisa mostra que a prematuridade é um risco para o equilíbrio emocional materno, podendo influenciar sobre a ansiedade e a depressão nas mães, e, conseqüentemente, isso pode vir a ser um risco para o desenvolvimento de seus bebês.

Esses sintomas são uma influência negativa na relação mãe-bebê, pois estas mães apresentam dificuldades para fornecer a estimulação adequada ao filho, podendo dificultar o vínculo entre eles, a evolução linguística e psíquica da criança (GUEDES, 2008; CONROY *et al.*, 2010; FIELD, 2010; RECHIA; SOUZA, 2010; CARLESSO; SOUZA, 2011; OLIVEIRA; FLORES; SOUZA, 2011; CRESTANI *et al.*, 2012; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013; FLORES *et al.*, 2013).

Ademais, assim como o primeiro estudo, a análise qualitativa desta pesquisa também respondeu aos objetivos propostos neste trabalho, demonstrando as expectativas e os sentimentos maternos a respeito da maternidade e em relação à prematuridade de seus bebês, bem como as possíveis conseqüências disto.

Nesse estudo qualitativo, foi possível perceber que, apesar das participantes demonstrarem não ter planejado a gravidez, o desejo pelas gestações esteve marcado. Portanto, mesmo a prematuridade sendo um possível elemento que possa dificultar o investimento da mãe em seu bebê, é pela via deste desejo que poderá se dar o investimento psíquico neste filho.

Desejar e imaginar o bebê antes mesmo dele nascer faz parte do processo de construção da maternidade e é importante para a relação futura da mãe com seu bebê. Ao nascer, o bebê traz elementos potenciais que podem se desenvolver ou não, mas isso vai depender do seu meio, ou seja, de que alguém o receba rodeado de desejos. Assim, a estruturação subjetiva de uma criança vai além da biologia, pois faz supor condições estruturais simbólicas que são transmitidas pelas figuras parentais (BERNARDINO, 2008).

As mães de recém-nascidos prematuros internados em uma UTIN não terão seus bebês em seus braços para poderem apresentar para a família e para a sociedade. E, além das incertezas em relação ao filho e as suas próprias frustrações neste processo, o sentimento de cobrança social também se faz presente. Foi apontada a expectativa em relação ao bebê não só pela parte da mãe, mas também pela parte da família e da sociedade, o que é algo que a mãe de um recém-nascido prematuro parecer ter que dar conta. É percebido como se a mãe tivesse falhado, não tendo sido boa o suficiente para gerar um bebê perfeito ou aquele idealizado. Marson (2008) afirma que o nascimento prematuro do bebê pode frustrar muitos desejos e fantasias da mãe, pois a prematuridade traz repercussões emocionais que são agravadas por uma sobreposição de perdas: a perda do filho idealizado, ir para casa sem o seu bebê, a cobrança dos familiares e da sociedade.

Além de ir para casa sem o bebê, este ficará sob os cuidados de uma equipe multiprofissional dentro de uma UTIN e, portanto, muitas vezes a mãe passa a ser coadjuvante dos cuidados dele, uma vez que há restrições de contato pela fragilidade e instabilidade deste. Araújo e Rodrigues (2010) mencionam que a mãe passa a ser mera expectadora dos cuidados especializados prestados pela equipe de saúde e que, muitas vezes, dependendo da situação clínica do bebê, o contato entre mãe e filho vai ser pela observação ou pela voz.

É possível questionar a respeito de que essas mães são meras expectadoras, como citado por Araújo e Rodrigues (2010), pois parece que é ativamente que sofrem por não conseguirem cuidar de seus bebês e que de um modo atento, através do olhar, estão prestando atenção em cada ato da equipe para que saibam sobre o estado de seus bebês.

No entanto, a dificuldade em ter contato físico com o bebê na UTIN foi relatada, e este contato mostrou ser importante para elas. A partir do toque e do cuidado corporal, a mãe tece hipóteses a respeito dos comportamentos do bebê, permitindo, assim, uma atitude de reconhecimento e antecipação (FERRARI; DONELLI, 2010).

Ainda neste contexto, temos que considerar a importância da mãe nos cuidados do filho, principalmente para que ela se sinta capaz de ocupar o lugar do Outro primordial para o bebê. Gomes (2004) ressalta que o contato com o recém-nascido contribui para que a mãe desenvolva o sentimento de competência e confiança para cuidá-lo, colaborando para que o bebê sonhado dê lugar ao bebê

real. É interessante citar que algumas UTINs no Brasil oferecem a modalidade assistencial Método Mãe-Canguru (MM-C), em que há o contato pele-a-pele do bebê com a mãe através da posição canguru. Esse método apresenta muitos benefícios, entre eles: colabora para a sobrevivência do bebê prematuro, estimula a amamentação, melhora a qualidade de vida do bebê por meio do contato corpo a corpo com a mãe, fortalecendo o vínculo entre eles, auxilia no relacionamento da família com a equipe de saúde e proporciona maior competência e confiança dos pais no manuseio do recém-nascido de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar (DAVIM, *et al.*, 2009; ENTRINGER *et al.*, 2013; SANTANA *et al.*, 2013). Levando em consideração as práticas das Unidades que fazem uso do Método Mãe-Canguru, sugere-se que essa realidade seja pesquisada e comparada com a prática da UTIN do HUSM e com outros hospitais que não fazem uso deste método.

Considerando a realidade da UTIN em que esta pesquisa foi realizada, é importante que a equipe esteja atenta aos cuidados com o bebê, mas é necessário que não desautorizem essas mães, para que elas possam exercer sua função, caso contrário, o processo de subjetivação pode não ser instaurado. Gomes (2004) acrescenta que na situação de internação a equipe precisa proporcionar uma situação de acolhimento para a mãe no sentido de ajudá-la a significar e lidar com toda a situação de prematuridade, sendo fundamental estarem atentos aos ritmos e às possibilidades da mãe e do bebê no que diz respeito a uma aproximação e a um contato entre eles.

Por outro lado, o vínculo da mãe com a equipe se mostrou precário. Um movimento contraditório das mães com a equipe foi observado, pois ao mesmo tempo em que a equipe está num lugar de quem cuida, de quem sabe sobre os cuidados dos seus bebês, está também num lugar daquela que não cuida, que não sabe, dando a entender que a aposta na equipe é um laço que tem que ser constantemente refeito.

Kamers (2003) afirma que a equipe pode ou não autorizar os pais junto ao bebê, ou seja, que a posição de desejo da equipe frente à criança pode rivalizar com os pais ou ajudar a se autorizarem frente ao seu bebê. O saber da equipe sobre o bebê, como também, a suposição de que estão cuidando dos filhos delas, são apontadas pelas mães. Ao mesmo tempo em que evidenciaram a necessidade de uma aposta no saber da equipe sobre os cuidados do corpo de seus bebês, indicaram que está preservado o lugar delas como mães.

Além disso, as possíveis consequências da prematuridade para o emocional materno foram observadas nas participantes. Fez-se presente o sentimento de angústia e de impotência frente à prematuridade.

O nascimento de um prematuro pode levar a frustração de muitos desejos, fantasias e, sobretudo, rompe a possibilidade no que concerne ao exercício de ser mãe nesse primeiro momento do nascimento, gerando uma situação que produz uma dor intolerável, de difícil e lenta recuperação. Além disso, sentimentos de fracasso, de incapacidade e de inferioridade interior são mobilizados pela impossibilidade de gerar o próprio filho (MARSON, 2008).

Também foi observado o sentimento de culpa pelo nascimento prematuro de seus bebês e de inadequação como mãe. Portanto, o que podemos observar neste trabalho é que a vivência do nascimento de um bebê prematuro é um evento muito singular na vida de uma mãe.

7 CONCLUSÃO GERAL

Através de uma amostra em um período de 5 meses de mães de recém-nascidos prematuros, que não apresentavam antecedentes psiquiátricos, foram relevantes as porcentagens de mães que apresentaram sintomas clínicos de depressão e de ansiedade durante a internação do seu bebê na UTIN. Também, os resultados demonstraram a associação de ambos os sintomas nestas mães, o que pode indicar, portanto, que estes estejam relacionados ao nascimento prematuro, pelas condições de saúde do recém-nascido prematuro e pela internação na UTIN.

A associação destes sintomas com mães que não eram primíparas sugere que o nascimento prematuro do bebê, assim como a internação na UTIN, é um momento de muitos ajustes e adaptações para as mães. Além disso, o fato das mães acharem que seus bebês entendiam o que estava acontecendo com eles, pode indicar que elas estão sofrendo, se sentindo convocadas por seus filhos, supondo nele um sujeito. Portanto, é necessário que as mães participem dos cuidados, tendo oportunidades de investir psicologicamente em seus bebês.

A avaliação das mães neste período é importante, bem como a necessidade de dar um suporte psicológico e social para que estes sintomas não se intensifiquem e dificulte a adaptação dessas mães à nova realidade, não prejudicando a relação mãe-bebê.

A partir dos dados e das discussões realizadas na pesquisa qualitativa deste trabalho construíram-se quatro categorias: “Sobre o planejamento da gravidez e o Desejo de ser mãe”; “Berço vazio: interpelações sociais”; “O lugar do cuidado da equipe”; e “Sentimentos maternos diante do nascimento prematuro do bebê”. Neste estudo foi possível perceber que apesar das mães não terem planejado a gestação, o desejo por esta esteve implícito em suas falas e é pela via deste desejo apresentado por elas que poderá se dar o investimento psíquico em seus filhos.

O contato físico das mães com seus bebês se mostrou importante, mas ao mesmo tempo foi deficiente pelas condições impostas pela prematuridade e pelas necessidades da UTIN. Através do olhar, estão prestando atenção em cada ato da equipe para que saibam sobre o estado de saúde de seus bebês. Neste cenário, pode-se perceber que o laço estabelecido entre as mães e a equipe parece ser

contraditório, uma vez ocupando o lugar do saber, do cuidar e, outras vezes, o lugar do não saber, do não cuidar, demonstrando que este laço é constantemente refeito.

É importante ressaltar que é necessário que a equipe não desautorize essas mães, para que elas possam exercer sua função, se sentindo capazes de ocupar o lugar do Outro primordial para o bebê, não prejudicando o processo de subjetivação.

Pode-se perceber que há uma expectativa em relação ao bebê não só pelas mães, mas por parte da família e da sociedade, e as repercussões parecem ser vividas como se tivessem falhado, como se elas não fossem boas ou capazes o suficiente para gerar um filho perfeito, ou seja, aquele bebê idealizado.

Por fim, como apresentado em ambos os estudos, a prematuridade parece influenciar no emocional materno, podendo acarretar consequências emocionais, como depressão, ansiedade, sentimento de impotência, de inadequação e de culpa, além da frustração de muitos desejos e fantasias. Assim, é importante que as mães tenham um suporte psicológico para que as consequências emocionais possam ser minimizadas e não prejudiquem a relação mãe - bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS

ALFAYA, C.; SCHERMANN, L. Depressão materna em mães de bebês recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. **Psico-USF**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 115 -129. 2001.

ALMEIDA, M. F. B. D. *et al.* Perinatal factors associated with early deaths of preterm infants born in Brazilian Network on Neonatal Research centers. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p. 300-307, jul. 2008.

ANDREANI, G.; CUSTODIO, Z. A.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 115-126, dez. 2006.

ARAÚJO, B.F.; TANAKA, A.C.D. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2869-2877, dez. 2007.

ARAÚJO, D.M.R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 747-756, abr. 2007.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, dez. 2010.

BARBOSA, D.C. A Função Materna, seus entraves e o sintoma do bebê. In: _____. OLIVEIRA, E.F. L.; FERREIRA, S.S.; BARRETO, T. A. (Orgs.). **As interfaces da clínica com bebês**. Recife: NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos, 2008. p.147-157.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiros, Trad.). São Paulo: Edições 70/ Edição revista e actualizada, 2010. (Original publicado em 1977). 281p.

BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 229-239, ago. 2013.

- BERNARDINO, L. M. F. O trabalho interdisciplinar com bebês e a psicanálise. In: _____. OLIVEIRA, E.F.L.; FERREIRA, S.S.; BARRETO, T. A. (Orgs.). **As interfaces da clínica com bebês**. Recife: NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos, 2008. p. 51-70.
- BOO, N.Y.; PUAH, C.H.; LYE M.S. The role of expressed breastmilk and continuous positive airway pressure as predictors of survival in extremely low birthweight infants. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 46, n. 1, p. 15-20, fev. 2000.
- BOYD, R. C.; ZAYAS, L. H.; MCKEE, M. D. Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. **Maternal and Child Health Journal**, v. 10, n. 2, p. 139-148, mar. 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos-SINASC. Disponível em: < <http://portalsaude.gov.br> > Acesso em: 13 de junho 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília; 2011. v. 1. 192p. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br> > Acesso em: 14 de junho 2013.
- BRENNER, S. M. O quarto tempo do circuito pulsional. **Revista da Associação Psicanalítica**, Porto Alegre, n. 40, p. 74-88, jan. 2011.
- BRUM, E. H. M. D.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico**, Porto Alegre, v.37, n. 2, p.151-158, mai. 2006.
- CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C.F.; SOUGEY, E.B.; RENNÓ, J.J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 278-84, out. 2010
- CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R. D. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1119 -1126, ago. 2011.
- CARVALHO, A. E. V. *et al.* Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. **The Spanish journal of psychology**, cidade, v.12, n. 01, p.161-170, mai. 2009.

CASAGRANDE, L. *et al.* Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 49, n. 2, p.11-17, mai. 2008.

CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007. p. 256.

CONROY, S. *et al.* The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 45, n. 3, p. 285-292, mar. 2010.

COUTINHO, M.P.L.; SARAIVA, E.R.A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.759-73. 2008.

CRESPIN, G. C. A clínica precoce: Contribuição ao estudo da emergência do psiquismo no bebê. In:_____. **A clínica precoce: O nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.13-44.

CRESTANI, A.H. *et al.* A Experiência da Maternidade e a dialogia mãe - filho com distúrbio de linguagem. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 14, n.2, p. 350-360, out. 2012.

CRUZ, G. F. A. **A relação entre prematuridade e desenvolvimento linguístico: evidências de estudos realizados entre 1980 e 2010**. 2011. 105 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 167T p.

CZECHOWSKI, A. E.; FUJINAGA, C.I. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 572-577. 2010.

QUEIROZ, T. C. N. **Do desmame ao sujeito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 22, 26. p. 159,188.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Método Mãe-Canguru: vivência de mães no alojamento conjunto. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 37-44.2009.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. p. 62

ENTRINGER, A. P. *et al.* Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1205-1216. 2013.

FARIA, M.R. **Introdução à Psicanálise de crianças**: o lugar dos pais. São Paulo: Hacker, 1998. 75 p.

FAVARO FILHO, M. D. S.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. D. Evaluation of the impact of prematurity in mental health in puerperium. **Psico-USF**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 457-465, set. 2013.

FERRARI, A. G.; DONELLI, T. M. S. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p.106-112, dez. 2010.

FIELD, T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. **Infant Behavior Development**, v. 33, n. 1, p. 1-6, fev. 2010.

FLORES, M. R. *et al.* Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 348-360, mar. 2012.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, abr. 2010.

FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p.89-97, abr. 2004.

FREITAS, B. A. C. *et al.* Características epidemiológicas e óbitos de prematuros atendidos em hospital de referência para gestante de alto risco. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.386-392, out. 2012.

FREUD, S. Sobre o Narcisismo: Uma Introdução (1914). In: _____. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 81-98.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 351-360, Out. 2007.

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. 2005.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002. 177 T p.

GOLDENBERG, R. L. *et al.* Epidemiology and causes of preterm birth. **The Lancet**, v. 5, n. 371, p.75-84, jan. 2008.

GOMES, A. L. H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 0-0, dez. 2004.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck- Propriedades psicométricas da versão em português. In:_____. GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.; ZUARDI, A.W. (Org.). Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 89-95.

GUEDES, Z. C. F. A prematuridade e o desenvolvimento de linguagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 97-98, jan. 2008.

GUIMARÃES, E.C.; MELO, E.C.P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 54-61, jan. 2011.

HALL, RT. Nutritional follow-up of the breastfeeding premature infant after hospital discharge. **Pediatric Clinics North America**, v. 48, n. 2, p. 453- 460, abr. 2001.

HOLDITCH-DAVIS, D. *et al.* Patterns of distress in African American mothers of preterm infants. **Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP**, v.30, n. 3, p. 193-205, jun. 2009.

JERUSALINSKY, A. **Saber Falar**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

KAMERS, M. Do Encantamento Necessário à Realidade de uma Construção. **Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 9, n. 110, p. 21-37. 2003.

LACAN, J. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955): **O Seminário 2**. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010. p.318-335.

LACAN, J. A relação de objeto (1956-1957). **Seminário 4**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 9-23.

LACAN, J. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964): **Seminário 11**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. p. 171-182.

LACAN, J. **Os Escritos** (1966). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 96-103.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia**: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Ágalma, 2004. 211 p.

LEONE, C.R.; RAMOS, J.L.A.; VAZ, F.A.C. O recém-nascido pré-termo. In:_____. MARCONDES, E. *et al.* **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. v. 1, p. 348-352.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**: situações especiais e de crise na família. Petrópolis: Vozes, 1989.

MARSON, A. P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa... **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, 11(1): 161-169.

MATIJASEVICH, A.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-964, out. 2008.

MATTANA, O.M.; NUNES, R.D.P.G.; MIOTTO, L. Fatores associados à prematuridade neonatal no Brasil: revisão sistemática. **Cuid'Arte Enfermagem**, Setúbal, v. 5, n. 2, p. 129-136, jul. 2011.

MERCIER, C. M. *et al.* Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford Network: 1998-2003. **Neonatology**, v. 97, n. 4, p. 329-38, jun. 2009.

MORAIS, M. D. L. S.; LUCCI, T. K.; OTTA, E. Postpartum depression and child development in first year of life. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 7-17, jan. 2013.

NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Journal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p.S163-S172. 2004.

OLIVEIRA, A. Amamentação infantil como ponto de partida para pensar a relação presença-ausência materna. In: _____. OLIVEIRA, E.F.L.; FERREIRA, S.S.; BARRETO, T.A. (Orgs.). **As interfaces da clínica com bebês**. Recife: NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos, 2008. p.301-310.

OLIVEIRA, L. D.; FLORES, M. R.; SOUZA, A.P.R. Fatores de Risco Psíquico ao Desenvolvimento Infantil: Implicações para a Fonoaudiologia. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 14, n.2, p.205-210, mar. 2011.

PADOVANI, F.H.P. *et al.* Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251-254, mês. 2004.

PADOVANI, F. H. P. *et al.* Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. **Psychological Reports**, v. 104, n. 2, p. 667-679, abr. 2009.

PINTO, I. D.; PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-83, jan. 2009.

PIZZANI, L. *et al.* Análise bibliométrica de teses e dissertações sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v., 88, n. 6, p. 479-482, jul. 2012a.

PIZZANI, L. *et al.* A detecção precoce dos fatores de risco relacionados a prematuridade e suas implicações para a Educação Especial. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 25, n. 44, p. 545-562, set. 2012b.

RAMOS, S. H. A. D. S.; FURTADO, E. F. Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. **Psicologia em pesquisa**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p. 20-28, jun. 2007.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr. 2009.

RECHIA, I. C.; SOUZA, A.P.R. Dialogia e função materna em casos de limitações práxicas verbais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 315-23, abr. 2010.

SANCHES, M.T.C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S155-S162, 2004.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 34-48, 2013.

SARAIVA E.R.A.; COUTINHO, M.P.L. O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 505-527, jun. 2008.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 8, n. 3, p. 403-411, dez. 2003.

SCHWENGBER, D. D. S.; PRADO, L.C.; PICCININI, C.A. O impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações acerca da maternidade no contexto da depressão. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 3, p. 382-391, jul.2009.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-543, jul. 2003.

SCOCHI, C. G. S. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 145-154, abr. 2008.

SERRA, S.O.A.; SCOCHI, C.G.S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 597-605, ago. 2004.

STOLL, B. J. *et al.* Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. 443-456, set. 2009.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p.1863-1876, mai. 2011.

VIEIRA FILHO, A.H.G. Transtornos mentais na gestação e puerpério. In: _____. CORDÁS, T. A.; SALZANO, F.T. (Org.). **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 3, p. 41-47.

WEISS, M.C.; FUJINAGA, C. I. Prevalência de nascimentos baixo peso e prematuro na cidade de Irati-PR: implicações para a fonoaudiologia. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 1, n.2, p. 123-127, jul. 2010.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C.C.F.; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 51-56, jan. 2009.

World Health Organization. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. WHO: Geneva, 2012.

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Universidade Federal de Santa Maria- UFSM
Centro de Ciências da Saúde- CCS
Departamento de Fonoaudiologia
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana

Pesquisadoras responsáveis:

Mestranda: Psic. Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos

Professora Orientadora: Dra. Fga. Márcia Keske-Soares

Telefone para contato: (55) 91715790

E-mail: ejsnidarsis@ig.com.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

As informações contidas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram fornecidas pela pesquisadora, Psicóloga Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos, sob supervisão da Prof.^a Dra. Fga. Márcia Keske-Soares, com o objetivo de, por livre vontade, obter a autorização, por escrito, da participação de cada sujeito, dando conhecimento do que será realizado nesta pesquisa.

Título do estudo: “A influência da prematuridade do bebê no emocional materno”

Justificativa: Espera-se que esta pesquisa contribua na detecção o mais cedo possível das dificuldades na relação mãe-bebê, a fim de que o encaminhamento e a intervenção possam ser realizados a tempo, evitando dificuldades para o desenvolvimento físico e mental do bebê.

Objetivo: Avaliar a influência da prematuridade no emocional materno.

Procedimentos: Será realizado o convite para a mãe dos recém-nascido prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria participar da pesquisa e, em consentindo a participação, será assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando sua participação, bem como a de seu filho(a) na pesquisa. Após o seu consentimento, você responderá as Escalas de *Beck*, que são questões que você irá responder, e que têm como objetivo avaliar se você apresenta depressão e/ou ansiedade. Após responder as Escalas de *Beck*, será agendado um novo encontro que deverá ocorrer na mesma semana. Neste segundo encontro será realizada uma entrevista com você, que será gravada e transcrita, podendo ser utilizada para análise e, após, será apagada. A partir desses dados serão avaliados os resultados e você receberá uma devolução, e caso seja necessária intervenção psicológica para você, serão realizados os encaminhamentos.

Desconfortos e riscos esperados: A pesquisa não oferece riscos, mas poderá trazer “desconfortos” na realização das atividades. Após a obtenção dos dados, poderão ocorrer indícios de um estado depressivo e, com isso, ser necessária a intervenção através de atendimento psicológico.

Benefícios para os examinados: As mães terão um espaço para serem ouvidas pela psicóloga e, tendo necessidade, poderão ser encaminhadas para atendimento psicológico, contribuindo para seu bem-estar e sua relação com seu bebê.

Informações adicionais: Os dados de identificação serão descaracterizados, ou seja, os dados de cada sujeito não serão identificados pelos nomes dos mesmos e sim por número e/ou letras. É permitido aos sujeitos desistirem da participação da pesquisa em qualquer momento da mesma, sem que isto acarrete prejuízo ao acompanhamento de seu caso. O participante da pesquisa não receberá

nenhum tipo de auxílio financeiro e nem terá gastos adicionais, como também, poderão receber informações e esclarecimentos acerca da pesquisa em qualquer momento da realização da mesma.

Eu, _____, portador (a) da carteira de identidade nº _____, estou de acordo em participar da pesquisa que está sendo realizada pela Psicóloga Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos. Certifico que, após a leitura deste documento e de outras explicações dadas pela Psicóloga sobre os itens acima, estou de acordo com a realização deste estudo, autorizando minha participação na pesquisa.

Santa Maria, __ de _____ de 201__.

Assinatura do paciente ou responsável

Prof.^a Dra Fga. Márcia Keske-Soares
Orientadora

Psic. Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos
Pesquisadora

Apêndice II – Termo de Confidencialidade

Termo de Confidencialidade

Universidade Federal de Santa Maria- UFSM
Centro de Ciências da Saúde- CCS
Departamento de Fonoaudiologia
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana

Pesquisadoras responsáveis:

Mestranda: Psic. Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos

Professora Doutora Fonoaudióloga: Márcia Keske-Soares

Telefone para contato: (55) 91715790

E-mail: ejnsidarsis@ig.com.br

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS DE PESQUISA

As pesquisadoras responsáveis pelo projeto: “A influência da prematuridade do bebê no emocional materno”, Psicóloga Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos (CRP-07/20202) e Professora Doutora Fonoaudióloga Márcia Keske-Soares (CRF 5658-RS), comprometem-se em guardar sigilo sobre a identidade de todos os pacientes em relação aos seus dados de avaliações. Os dados serão armazenados no Centro de Estudos de Linguagem e Fala (CELF) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), localizada na Rua Floriano Peixoto, s/n, Prédio de Apoio da UFSM, sub solo, em um armário chaveado e após obtenção dos resultados e elaboração da pesquisa serão descartados de maneira adequada.

Santa Maria, __ de _____ de 201__.

Prof.ª Dra Fga. Márcia Keske-Soares
Orientadora

Psic. Joyce Vanessa Snidarsis de Vasconcellos
Pesquisadora

Apêndice III – Questionário de perguntas fechadas**Questionário****Nome:****Idade:****Profissão:****Estado civil:****Escolaridade:****1. É o seu primeiro filho?** sim não**2. Antes de engravidar você se sentia:** Triste Ansiosa Nervosa Nenhuma das alternativas**3. Houve planejamento dessa gravidez?** sim não**4. Você fez acompanhamento pré-natal?** sim não**5. Quando engravidou você se sentia:** Triste Ansiosa Nervosa Nenhuma das alternativas**6. Teve alguma doença física durante a gestação?** sim não**7. O parto foi :** Cesárea Normal**8. Teve algum problema durante ou após o parto?** sim não**9. Após o parto, você está se sentindo:** Triste Ansiosa Nervosa Nenhuma das alternativas**10. Você teve alguma doença psiquiátrica:** Antes da gestação Durante a gestação Após o nascimento do bebê Nenhuma das alternativas**11. Toma ou já tomou alguma medicação psiquiátrica?** sim não**12. Sente necessidade de um apoio (familiar/amigos) nesse momento?** sim não

13. E você tem esse apoio de alguém?

sim não

14. O pai ou outra pessoa ajuda no cuidado com o bebê?

sim não

15. Além de você, mais alguém visita o bebê?

sim não

16. Você se imaginava como mãe?

sim não

17. Você imaginava como seria seu bebê antes da gravidez?

sim não

18. Você teve dificuldade em lidar com o nascimento prematuro do seu bebê?

sim não

19. Além da prematuridade, seu bebê teve outros problemas?

sim não

20. Você se sente culpada por seu filho ter nascido prematuro?

sim não

21. Você conversa com o seu bebê?

sim não

22. Você toca (faz carinho) em seu bebê?

sim não

23. Você se sente bem nesses encontros com o seu bebê na UTIN?

sim não

24. Esse contato é o suficiente?

sim não

25. Acha que o seu bebê entende o que está acontecendo com ele?

sim não

26. Seu bebê dá muito trabalho?

sim não

27. O seu bebê é a coisa mais importante em sua vida neste momento?

sim não

28. Você amamenta seu bebê?

sim não

29. Você gostaria de amamentar seu bebê?

sim não

30. Tem vontade de voltar a trabalhar?

sim não

31. Você visualiza seu filho(a) no futuro?

sim não

Apêndice IV – Entrevista semiestruturada

Entrevista

Nome: Idade: Profissão: Estado civil:

- É o seu primeiro filho? O bebê nasceu de quantas semanas?
- Como foi sua gestação?
- Houve planejamento dessa gravidez?
- Você fez acompanhamento pré-natal?
- *Se tiver tido outras gestações. E nas outras gestações você fez o acompanhamento pré natal? As gestações e partos anteriores como foram?
- E o seu parto, como ocorreu? Teve algum problema após o parto? Qual?
- Como está se sentindo depois do parto?
- Está tomando alguma medicação?
- Como foi ir para a casa sem o bebê?
- Como está lidando com essa situação?
- Como você se imaginava como mãe?
- E o pai da criança, como você o imaginava como pai?
- *em caso de ser casada. Como o seu marido tem se comportado com essa situação? *ou pai da criança e familiares no caso de ser solteira.
- Sente necessidade de um apoio nesse momento? E você tem esse apoio de alguém?
- Além de você, mais alguém visita o bebê?
- Você imaginava como seria seu bebê antes da gravidez? Como você pensava que ele seria?
- Como se sentiu ao saber que seu bebê nasceu prematuro?
- Além da prematuridade, seu bebê teve outras intercorrências?
- Como é para você saber que seu bebê necessita de cuidados especiais de profissionais?
- Como é ver seu filho na UTIN? Descreva como se sente na UTIN?
- Qual é o tempo e frequência com que você fica na UTIN?
- *em caso de ter tempo determinado. Esse tempo determinado você acha suficiente?
- Como são esses encontros com o seu bebê na UTIN?
- Na UTIN, você consegue ter contato com seu bebê?
- O que você faz com seu bebê na UTIN? Como é o contato com ele? Como acontece?
- Você amamenta seu bebê?
- *em caso de conseguir amamentar. Como é a hora da amamentação?
- Como se sente em não poder amamentar?
- Qual é a sua expectativa em relação ao seu bebê?
- Você visualiza seu filho(a) no futuro? Como?

Uma vez que a entrevista é semiestruturada, essas questões foram apenas norteadoras, surgindo novas questões durante a mesma.