



Psicologia Clínica

ISSN: 0103-5665

psirevista@puc-rio.br

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Janeiro

Brasil

Marocco Esteves, Carolina; Camaratta Anton, Márcia; Piccinini, Cesar Augusto
Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo
Psicologia Clínica, vol. 23, núm. 2, 2011, pp. 75-99
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rio De Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291022027006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

INDICADORES DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA NA GESTAÇÃO DE MÃES QUE TIVERAM PARTO PRÉ-TERMO¹

Carolina Marocco Esteves*
Márcia Camaratta Anton**
Cesar Augusto Piccinini***

RESUMO

Preocupação materna primária (PMP) é um conceito winnicottiano e se refere ao estado psicológico da mãe no qual sua sensibilidade em relação ao filho torna-se exacerbada. Tem início na gestação e estende-se às primeiras semanas após o parto. O objetivo deste estudo é relatar uma investigação sobre os indicadores da PMP na gestação de mães que tiveram bebês pré-termo. Participaram do estudo quatro mães com problemas clínicos na gestação, cujas idades variaram entre 22 e 28 anos, sendo todas casadas. Os bebês não apresentaram complicações clínicas sérias. Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo para o levantamento de indicadores da PMP com base em algumas categorias. A análise de conteúdo qualitativa revelou que a possibilidade do parto pré-termo parece ter intensificado a ansiedade dessas mães que estavam em processo de desenvolvimento da PMP. Porém observou-se que, com a assimilação de sua condição de saúde e da gestação, as participantes conseguiram desenvolver bons indicadores desse estado materno.

Palavras-chave: *preocupação materna primária*; gestação; nascimento pré-termo.

* Psicóloga Clínica e Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

** Psicóloga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Especialista em psicoterapia psicanalítica (ESIPP) e em psicologia hospitalar (UFRGS), Mestre e Doutoranda em psicologia (PPG-psicologia – UFRGS).

*** Doutor pela University of London (Inglaterra), com Pós-Doutorado na mesma Instituição; Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília; Psicólogo pela UFRGS. Pesquisador do CNPq e professor na Graduação, Especialização, Mestrado e Doutorado em Psicologia da UFRGS.

ABSTRACT

INDICATORS OF PRIMARY MATERNAL PREOCCUPATION IN GESTATION OF MOTHERS WHICH HAD PRETERM BIRTH BABIES

Primary maternal preoccupation (PMP) is a concept winnicttiano and refers to psychological state of the mother, when her sensitivity in relation to her baby becomes exacerbated. This state starts early in pregnancy, extending through the first weeks after birth. The aim of this study is to investigate indicators of PMP in the pregnancy of mothers who had preterm birth babies. Four mothers participated in the study. All mothers had clinical problems in pregnancies. Their ages were between 22 and 28 years old and all of them were married. The babies did not present serious clinical complications. A collective case-study design was used, based on some categories. Content analysis indicated similarities between the cases, showing that the possibility of preterm birth brought more distress to the mothers whom were in process of establishing primary maternal preoccupation. However, observed that with the assimilation of their health condition and pregnancy, participants were able to develop good indicators of this maternal state.

Keywords: primary maternal preoccupation; gestation; premature birth.

INTRODUÇÃO

A experiência subjetiva materna frente à gestação e ao nascimento do bebê tem sido motivo de inúmeras investigações nas últimas décadas (Bowlby, 1989; Klaus, Kennell, & Klaus, 2000; Spitz, 2000; Winnicott, 2000 [1956]). Existe um período sensível nos primeiros dias depois do nascimento, quando as trocas íntimas entre a mãe e o recém-nascido são facilitadoras do ajuste da diáde em termos de vinculação afetiva. A gravidez, por si só, envolve um intenso trabalho por parte da mulher, exigindo que esta elabore mudanças corporais, sociais e psicológicas. Dentro deste contexto, a ameaça de nascimento pré-termo do bebê está entre os fatores que afetam a experiência da gestação, podendo trazer dificuldades específicas para a mulher. A ameaça de prematuridade do bebê pode gerar muito sofrimento e sentimentos ambivalentes, fato este que pode dificultar a relação que começa a se estabelecer ainda na gestação.

O processo de tornar-se mãe envolve mudanças significativas na vida da mulher, sendo considerado uma transição que tem início na gestação e prolonga-se até os primeiros anos da criança. Nesse sentido, muitos autores têm destacado que os primeiros contatos entre a mãe e o bebê, que acontecem ainda na gestação e seguem após o nascimento, determinam a natureza das suas relações subsequentes. Destacou-se que, nesta época, são estabelecidos os padrões individuais de interação, os quais passariam a ser relativamente duradouros (Bowlby, 1989; Brazelton &

Cramer, 1992; Freud, 1969 [1926]; Klaus et al., 2000; Spitz, 2000; Winnicott, 2000 [1956]). O bebê encontra-se em uma situação de dependência absoluta desde a gestação, na qual precisa que a mãe seja capaz de compreendê-lo e de identificar suas necessidades, auxiliando-o em seu processo de integração (Winnicott, 2000 [1956]). De acordo com Winnicott, a dependência é total antes e logo após o nascimento, tendendo, porém, a diminuir no decorrer da vida, à medida que a mãe consegue ajudar o filho em seu desenvolvimento emocional. Segundo o autor, a mãe deverá ser capaz, a partir dos últimos meses da gestação até alguns meses após o parto, de experimentar o estado de *preocupação materna primária*, que consiste em a mãe saber no momento certo, através de uma sintonia sutil que estabelece com o bebê, as necessidades vitais de seu filho. É uma identificação da mãe com seu bebê: ela passa a sentir o que ele sente e precisa. Dentro dessa visão, a mãe e seu bebê possuem uma relação recíproca e complementar, podendo-se pensar que a mãe não existe sem o bebê e o bebê não existe sem a mãe (Winnicott, 2000 [1956]).

Assim, é fundamental considerar e discutir os elementos para a formação do vínculo da mãe com seu bebê, que inclui os períodos da gestação, do parto e pós-parto (Klaus & Kennell, 1992). Assim sendo, os autores demonstraram elementos que influenciam a relação da diáde, que começam antes da gravidez e incluem, entre outros fatores, o planejar e o desejo relacionado à gestação. Seguem durante a gravidez, caracterizando-se pela aceitação materna da gestação. Neste momento, a mãe começa a reconhecer os movimentos fetais e a aceitar o feto como um indivíduo. Segundo os autores, o preparo psicológico da mãe para receber seu filho e se relacionar com ele segue no parto, no nascimento propriamente dito e após o nascimento e consiste em desejar ver seu bebê, tocá-lo, cuidá-lo e aceitá-lo como um indivíduo independente.

Segundo Quayle (2005), na primeira metade da gestação estão presentes os conflitos associados à ambivalência, incluindo o feto e sua concepção; o desempenho de papéis vistos como autoexcludentes (mãe/esposa/profissional/filha); o medo de perder o bebê ou este ser portador de problemas, doenças ou malformações. A essas condições normalmente associam-se posturas regredidas ou infantilizadas, que incluem desejos, vontade de ser cuidada e mimada, sonolência exacerbada e refúgio na fantasia. A segunda metade da gestação é marcada pela possibilidade de percepção dos movimentos fetais, do bebê dentro de si, e acarreta um redirecionamento dos interesses e energias para a realidade externa, sendo comuns os medos e receios das situações e tarefas concretas, tais como: condições do parto e do bebê ao nascer, capacidade pessoal para o desempenho do papel maternal, manutenção da atração física, medo de perder o carinho do companheiro ou de não manter a capacidade laborativa.

Soifer (1992) referiu os significados psicológicos dos diversos sintomas presentes na gestação, considerando que as náuseas e vômitos coincidem com a ansiedade determinada pela incerteza da existência da gravidez e exprimem o conflito de ambivalência. Para esta autora, em todos os mecanismos orgânicos presentes na gestação existe a participação direta do psiquismo inconsciente. Assim, a sonolência, por exemplo, indica que se iniciou a regressão na mulher, regressão que assume as características de uma identificação fantasiada com o feto.

Além desses fatores mencionados acima, a gravidez requer uma mudança psíquica profunda na família, sendo que para cada um dos pais esse acontecimento será vivido de forma diferente, de acordo com sua própria história como bebês (Wirth, 2000). Dessa forma, a gravidez sempre remete a uma atualização das experiências infantis dos pais (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007).

Dentro deste contexto, a existência de determinados problemas clínicos da gestante e do feto podem também elevar o nível da ansiedade materna diante de uma gestação de risco. Estudos apontaram que as fontes biológicas mais frequentes de partos prematuros são as infecções, entre elas no trato genital (Gibbs, Romero, Hillier, Eschenbach, & Sweet, 1992; Gibbs, 2001) e no sistema urinário (Gibbs, 2001), que podem levar à invasão microbiana do líquido amniótico e rotura prematura das membranas intrauterinas. A pré-eclampsia e a eclampsia (a hipertensão durante a gestação) também foram apontadas como determinantes diretas no parto pré-termo (Rades, Bittar, & Zugaib, 2004; Ramos, Martins-Costa, Valério, & Müller, 2006; Steer, 2005).

No caso de um nascimento pré-termo, a impossibilidade de a gestante chegar ao final do terceiro trimestre de gravidez, momento em que se supõe estar mais preparada psicologicamente para o nascimento, acaba trazendo um sofrimento adicional para essas mulheres, que têm de confrontar-se com um bebê frágil (Lebovici, 1987). Além disso, esse acontecimento pode comprometer o desejo dos pais de perdurar além da morte através do filho e antecipa abruptamente a mudança do estado de gestante para a situação de ser mãe. Lebovici entende que o parto prematuro agrava a dor associada à separação mãe-feto que ocorre com todas as mães por ocasião do parto.

Sob o aspecto que envolve o contexto da prematuridade, percebe-se que o parto prematuro pode ativar na mãe fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o bebê que ali se encontrava (Lebovici, 1987). Dentro dessa situação, o autor destaca que os pais podem se sentir excluídos do que seria uma experiência gratificante depois de meses de gravidez. Assim, o que deveria ser uma transição esperada no decorrer dos nove meses acaba sendo uma abrupta passagem e os primeiros contatos mãe-bebê podem ser prejudicados.

Como pode ser observado acima, o sofrimento emocional imposto à mãe diante de uma gestação de risco, sob ameaça de sofrer um parto pré-termo, pode demandar dela um esforço maior para conseguir entrar em sintonia com seu bebê e, a partir disso, conseguir atingir a condição descrita por Winnicott (2000 [1956]) como *preocupação materna primária*, o que será mais detalhado a seguir.

PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA

A *preocupação materna primária* corresponde a um estado organizado (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) e pode ser comparada a um retraimento ou dissociação, na qual um determinado aspecto da personalidade prevalece temporariamente (Winnicott, 2000 [1956]). Em um primeiro momento, a mãe parece padecer de uma doença esquizoide ou regressiva, porém temporariamente, já que tende a se recuperar dela algumas semanas ou meses após o parto. O autor destacou que ela se torna ensimesmada, retraindo-se e deslocando o foco de sua atenção de todos os interesses anteriores, como se estivesse deslocando todos os seus sentidos para o bebê. Winnicott enfatizou a necessidade de a mãe ser suficientemente saudável para *adoecer* dessa forma especial neste período, assim como para retomar, gradativamente, suas atividades e interesses pessoais, recuperando-se desse estado.

Winnicott (2000 [1956]) cunhou o termo *preocupação materna primária* para se referir a um estado² psicológico muito especial da mãe, que a torna sensível às necessidades básicas de seu filho. Tal estado tem início ainda na gestação, sendo acentuado no seu final, estendendo-se até as primeiras semanas ou meses após o parto. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassam, sendo que essa lembrança tende a ser reprimida.

De acordo com Winnicott (2006 [1968]), a base para todas as teorias sobre o desenvolvimento humano é a continuidade do ser, que tem início antes do nascimento propriamente dito do bebê, ou seja, o nascimento ocorre antes do parto concreto. Para que o potencial herdado seja desenvolvido em continuidade com a linha da vida, a presença de um ambiente facilitador é fundamental. O autor referiu que, inicialmente, o bebê ainda não estabeleceu uma distinção entre o eu e o não-eu, nem um vínculo entre psique e corpo. Durante essa fase, a continuidade do ser é o resultado da identificação da mãe, que se encontra em *preocupação materna primária* com seu bebê.

Como descreveu Winnicott (2000 [1956]), a *preocupação materna primária* possibilita que o bebê caminhe em direção ao seu desenvolvimento, destacando

que o centro da gravidade do ser não se inicia com a criança e sim com a unidade mãe-bebê e que este irá se constituir a partir de uma sustentação e um manejo geral maternos desde a gestação. Portanto, no início, o ser se constitui na relação com o outro. Com o suporte materno que se encontra em *preocupação materna primária*, a mãe se adapta às necessidades de seu filho e ao ritmo próprio do bebê. Esse apoio materno funciona como uma concha protetora que, à medida que o bebê se desenvolve, é gradativamente retirada.

De acordo com o autor (Winnicott, 1999), a mãe deverá estar disponível no tempo e no espaço, não bastando estar fisicamente presente: ela deve estar pessoalmente bem a ponto de manter uma atitude constante durante um período de tempo, permitindo que o bebê não experimente suas ansiedades impensáveis, pois ainda não possui estrutura suficiente para elaborá-las. Dias (2003) chamou a *preocupação materna primária* de *bondade suficiente*, da qual fazem parte a espontaneidade e a pessoalidade da mãe no seu cuidado com o bebê, além da capacidade da mãe em acreditar que seu bebê está em um processo de amadurecimento e que seu papel é facilitar tal processo. De acordo com a autora, o que o bebê precisa é da preocupação e dos cuidados de uma mãe real, que continua sendo ela mesma, falível porque é humana, mas, acima de tudo, confiável.

Somente quando a mãe estiver sensível, da forma descrita acima, é que ela vai conseguir se colocar no lugar do bebê, e assim corresponder às suas necessidades (Winnicott 2000 [1956]). Assim sendo, é através da *preocupação materna primária* que a mãe atinge a habilidade de fazer a coisa certa e saber o que seu bebê está sentindo. Winnicott ilustrou que esse estado materno é possível graças a processos identificatórios maternos que colocam a mãe em uma posição de *saber* o que o bebê precisa.

No que diz respeito aos primeiros contatos com seu bebê, que começam desde a gravidez, a mãe (ou o cuidador) comunica-se com ele essencialmente através de gestos, sorrisos e vocalizações (Winnicott, 2000 [1956]). Quando a interação obtém êxito, esta permite à mãe compreender as demandas do filho, proporcionando seu desenvolvimento físico e mental de forma sadia. Como assinalado acima, somente no caso de a mãe atingir esse estado de sensibilidade é que poderá se colocar no lugar de seu bebê e assim corresponder às suas necessidades.

Ideias que se assemelham à *preocupação materna primária* de Winnicott (2000 [1956]) apareceram entre outros autores ao se referirem a um momento particular vivido na maternidade (Agman, Druon, & Frichet, 1999; Brazelton, 1975; Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Little, 1990; Soifer, 1992; Stern, 1997). Dentre eles, destaca-se o trabalho de Stern (1997) que, em sua teoria relacionada aos componentes da Constelação da Maternidade, incluiu o *relacionar-se primário*,

que se refere ao envolvimento socioemocional da mãe com o bebê. De acordo com o autor, o *relacionar-se primário* dura aproximadamente um ano e inclui a *preocupação materna primária*, sendo que uma das principais questões da mãe nesse período seria a capacidade de entrar nesse estado descrito por Winnicott e ter a capacidade de identificar-se com seu bebê a fim de responder melhor as suas necessidades. Os medos dessa fase envolvem questões como a mãe se sentir não-natural, inadequada, em desvantagem, deficiente, vazia, não generosa ou deixando a desejar em relação à sua capacidade de amar.

De forma semelhante, Brazelton (1975), em sua pesquisa com mães gestantes, a partir de entrevistas psicanalíticas, começou a observar que as mesmas assumiam, gradativamente, um novo papel na gestação. As predições realizadas pelos terapeutas que atendiam essas gestantes apontavam para o risco de psicotização ao final da gestação. Contrariamente ao esperado, quando o bebê nascia isso não ocorreu, o que fez com que Brazelton atribuisse a ansiedade e o desligamento observados nas mães ao processo de maternagem, quando a mãe se preparava para assumir um novo papel, a saber, o de mãe. O autor destacou em seu estudo que a ansiedade que ocorre nesse período pré-natal auxiliava as mesmas a modelar-se de forma mais poderosa em torno da individualidade do bebê que estava para chegar.

Agman et al. (1999) trabalham o conceito de “preocupação médico-primária”, que acontece quando a mãe “ocupa uma função mais médica que maternal” (Agman et. al., 1999, 1999:27). Exemplos desta prática podem ser ilustrados através do comportamento de mães que permanecem ao lado da incubadora ou berço de seu filho e examinam minuciosamente o prontuário no qual são registradas informações clínicas sobre o bebê. Com frequência, pode-se ver essas mães nos posto de enfermagem buscando investigar mais achados médicos sobre seus filhos. Os autores colocam que com este comportamento dá-se a impressão de que elas estão deixando de lado os cuidados maternos, característicos da *preocupação materna primária*, para desenvolver uma “preocupação médico-primária”, que consiste em se ocupar unicamente de informações e condutas que são atributos de profissionais de saúde. Assim, elas deixariam de se ater ao que seria, *a priori*, sua função: dedicar-se exclusivamente ao seu bebê, descobrindo suas competências e singularidades. Para os autores, a mãe de um bebê pré-termo “pode rivalizar” com a equipe da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINeo) que, segundo seu julgamento, estaria completando um ciclo não concluído por ela, pois sua gestação foi interrompida.

Retomando o conceito de *preocupação materna primária*: há uma escassez de trabalhos científicos que estudem o tema, porém alguns autores têm investigado a base empírica dessa condição especial descrita por Winnicott (Aiello-Vaisberg,

1999; Colucci et al., 2006; Merbaum, 1999). O estudo de Merbaum (1999) destacou as características específicas da *preocupação materna primária* em uma paciente grávida durante seis meses de atendimento psicanalítico, antes e depois do nascimento do bebê. Os resultados de Merbaum revelaram diversos temas nas falas da mãe tais como: dependência, desejo de cuidar, desejo de realização, preocupações orais, sentimentos de tornar-se um bebê, sensações de ser incapaz de cuidar das necessidades do bebê e preocupações a respeito de sua relação com sua mãe. Ainda dentro do contexto analítico, Aiello-Vaisberg (1999) investigou os sonhos de cinco gestantes brasileiras no final da gravidez. A pesquisadora notou que todos os sonhos analisados apresentavam conteúdos relacionados a morte, desencontro, separação, desconforto e perigo, o que estaria ligado ao fato de as mães estarem em um estado de sensibilidade exacerbada, como descrito por Winnicott (2000 [1956]). A autora destacou ainda que Winnicott estava correto quando assinalou que o estado de *preocupação materna primária* tinha algo a ver com loucura, acrescentando que poderia ser possível que esse estado se pronunciasse não apenas com o intuito de a mãe atender seu bebê, mas para que a mesma fosse capaz de comover o seu ambiente mais próximo. Tal comportamento encontrado pela autora assemelha-se ao processo que Winnicott (2000 [1956]) descreve, de retrainimento materno, quando a mãe volta-se para si mesma e para seu bebê, deixando o mundo externo em segundo plano durante um tempo. Porém este movimento só é possível quando o pai ou alguém que representa este papel consegue acolher a necessidade materna e deixá-la livre das preocupações externas. Pode-se pensar que a mãe busca “comover este ambiente mais próximo”, representado pelo marido, para que este acolha suas necessidades. É nesse sentido que a mãe conseguirá voltar-se para seu bebê, entrar em sintonia com ele e desenvolver sua *preocupação materna primária*. Quayle (2005) também destacou que durante a gestação é comum que as mães apresentem uma postura regredida ou infantilizada, que inclui a vontade de ser cuidada.

Outros autores vêm se dedicando a investigar a *preocupação materna primária*. Dentre eles pode-se destacar o estudo longitudinal realizado por Colucci et al. (2006) que acompanhou 36 mães de bebês a termo, desde o período pré-natal até dois anos após o parto. Foram realizadas entrevistas e aplicados questionários nas participantes durante este período. A partir de categorias pré-estabelecidas foram encontrados nas falas e nas respostas aos questionários diversos aspectos correspondentes a fatores que poderiam dificultar o desenvolvimento da *preocupação materna primária* tais como: tipo de parto, se este foi realizado de forma inesperada ou traumática; conhecimento sobre o sexo e se este condizia com as expectativas maternas; separação mãe-bebê após o nascimento; oportunidade materna de

amamentar ao peito; comportamento da mãe durante o parto; reação materna ao nascimento; sintomas e comportamentos maternos durante a gestação e logo após o nascimento do bebê/puerpério; uso de bebidas ou drogas; dificuldades emocionais da mãe no decorrer da gestação; ingestão de medicação em excesso por parte da mãe e comportamento do casal, ou seja, se o casal era unido ou não.

Entretanto, é preciso ter cuidado para não estigmatizar essas mães e adotar uma postura somente crítica em relação ao seu comportamento, defendendo que estas estão abrindo mão de serem mães e realizarem uma boa maternagem com seus filhos por ficarem se informando sobre sua saúde. O contexto que envolve a prematuridade é mais complexo do que isso. Pode-se pensar que esse comportamento de busca por informações indica uma preocupação a respeito de algo real, que é a saúde do bebê, e uma disposição materna de envolver-se com seu filho. Além disso, pode ser difícil para a mãe não poder usufruir, inicialmente, dos aspectos prazerosos da maternidade que caracterizam uma proximidade com seu bebê. Assim, elas podem estar buscando essa aproximação com informações a respeito da saúde de seu filho.

Conforme exposto, a compreensão da *preocupação materna primária*, descrita por Winnicott, é imprescindível para o entendimento das primeiras relações mãe-bebê. Trata-se de uma condição fundamental da mãe para que o bebê tenha suas necessidades básicas atendidas de maneira satisfatória e possa, a partir daí, continuar se desenvolvendo. Diante da possibilidade do nascimento pré-termo na gestação, a função de *preocupação materna primária* parece ser ainda mais crucial, pois a antecipação imposta à mãe poderá demandar dela um esforço maior que o usual para conseguir entrar em sintonia com o bebê e exercer adequadamente sua função. Desta forma, o presente estudo se propõe investigar indicadores da *preocupação materna primária* na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. Em particular, examinar-se-ão os sentimentos maternos diante desta ameaça.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram deste estudo quatro mães de bebês nascidos pré-termo, selecionadas na UTINeo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Todas as mães apresentaram problemas clínicos na gravidez, sendo que uma delas sofreu de infecção no trato urinário, o que levou ao rompimento precoce da bolsa; outra participante teve diabetes gestacional e as últimas duas sofreram de pré-eclampsia.

As mães tinham idade entre 22 e 28 anos, apresentavam nível socioeconômico baixo, sendo que duas tinham o Ensino Médio completo e duas o Ensino Fundamental incompleto. Todas as mães moravam com o pai do bebê no momento da entrevista. No presente estudo, independente de serem legalmente casados, todos os casais moravam juntos, e por esta razão o pai da criança será designado marido. Dados na Tabela 01 (ver anexo).

Os bebês nascidos pré-termo apresentaram idade gestacional e peso intermediário, com idade gestacional média entre 30 e 37 semanas, sendo que o peso médio variou entre 1000g a 2500g. A idade gestacional convencionada por este estudo abrange os recém-nascidos com idade gestacional entre 28 e 31 semanas e os nascidos pré-termos propriamente ditos, o que abrange todos os recém-nascidos abaixo de 37 semanas de gestação (Steer, 2005; WHO – World Health Organization, 2009). O peso intermediário correspondeu às medidas estabelecidas pela WHO (2009), as quais abrangem prematuros com menos de 2500g. Porém aqueles bebês que são considerados EBP, ou seja, com menos de 1000g, não foram incluídos na amostra do presente estudo.

Os bebês não apresentaram complicações clínicas sérias, mesmo estando em incubadoras. Foram utilizados como critérios de exclusão: presença de qualquer tipo de má-formação congênita; impedimentos neurológicos significativos: meningites e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), tais como: Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis, herpes, gonorreia e clamídia.

DELINAEAMENTO, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994) buscando investigar indicadores da *preocupação materna primária* em mães que tiveram seus bebês nascidos pré-termo. Em particular, examinaram-se os sentimentos maternos diante do contexto da prematuridade, examinando tanto as semelhanças quanto as particularidades dos casos.

As mães dos bebês foram contatadas na UTINeo do HCPA quando estes já haviam nascido. Como o tema proposto nos pareceu difícil de ser investigado através de um contato rápido envolvendo apenas entrevistas pontuais com as mães, em um período considerado difícil como é o pós-parto de bebês nascidos pré-termo, decidiu-se que a primeira autora passaria a integrar a equipe de Psicologia do HCPA, onde realizou um estágio de mestrado de quatro meses, realizando atendimentos psicológicos das mães, conforme a rotina do Serviço de Psicologia desse hospital. A supervisão clínica local foi realizada pela psicóloga responsável pela UTINeo,

buscando-se identificar o melhor momento emocional da mãe para que fosse convidada a participar da pesquisa. A abordagem psicoterapêutica utilizada foi a da Psicoterapia breve dinâmica em UTI e internação neonatal (Eizirik, Wilhelms, Padilha, & Gauer, 1998; Simonetti, 2004). A psicoterapia breve dinâmica (PBD) tem sua fundamentação teórica na psicanálise aplicada aos tratamentos de curta duração. Assim, traz uma série de mudanças técnicas, como a definição de um foco de tratamento, para o qual deverão ser voltadas as intervenções do terapeuta (Eizirik et al., 1998; Simonetti, 2004). Este tipo de tratamento, portanto, deve ter um objetivo específico, precoce, e precisamente delineado e definido. Neste tipo de tratamento os conceitos de associação livre e *insight* são utilizados e a transferência é interpretada, sempre redirigindo-se ao foco de tratamento. O material derivado dos atendimentos, assim com das observações e contatos mantidos com as mães na UTINeo, foram transcritos e levados à supervisão clínica. Além disto, eventuais dificuldades na compreensão dos casos foram consideradas nas supervisões, o que permitiu uma ampliação de nosso entendimento. Todas as entrevistas de coleta de dados da pesquisa foram gravadas.

Utilizamos os seguintes instrumentos no presente estudo:

- a) *Entrevista de contato inicial*, realizada em um primeiro momento com a mãe, checando as informações básicas de inclusão das participantes na amostra;
- b) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, assinado e lido em um segundo encontro com as mães;
- c) *Entrevista de Dados Demográficos do Casal* a fim de investigar as informações sociodemográficas, tempo e ordem da gestação, ocorrência de abortos, condições de saúde da participante durante a gestação, sexo do bebê, bem como dados sobre o parto e condições de saúde do bebê;
- d) *Ficha de Dados Clínicos do Bebê e da Mãe*, para aspectos clínicos do bebê tais como: tipo de parto, idade gestacional ao nascimento, peso e Apgar ao nascimento e informações clínicas sobre a mãe, com destaque para as doenças na gestação, intercorrências no parto e após o parto;
- e) *Entrevista sobre a gestação e o parto no contexto da prematuridade* para aspectos da gestação e do parto das participantes com o objetivo de identificar a *preocupação materna primária* do final da gestação até o parto do bebê, envolvendo aspectos em relação à gravidez (desejada, planejada), preocupações da mãe em relação ao bebê durante a gestação e em relação ao seu papel materno, saúde física e mental da mãe durante a gestação, apoio do companheiro, sonhos com o bebê, disponibilidade da mãe de deixar sua rotina diária para preparar-se para o nascimento do bebê. A entrevista foi realizada de forma retrospectiva,

com base nas lembranças da mãe da gestação, pois os bebês já haviam nascido prematuramente e encontravam-se internados na UTINeo no momento da pesquisa.

RESULTADOS

A análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977; Laville & Dionne, 1999) foi utilizada para investigar os indicadores da *preocupação materna primária* na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. Em particular, examinaram-se os sentimentos maternos diante da prematuridade. Esta temática foi examinada com base em uma grande categoria emergida da literatura denominada *Preocupação materna primária na gestação*. Partindo desta categoria, cinco subcategorias emergiram das leituras das próprias entrevistas e da literatura, a saber: *acompanhamento pré-natal; sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais; sentimentos em relação à função materna; sintonia da mãe com o bebê; preparação para a chegada do filho*. A seguir, apresenta-se a descrição das categorias ilustradas pelos relatos dos participantes³.

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Inicialmente, todas as mães tiveram orientação de repouso no decorrer de suas gestações, porém apresentaram dificuldades em cuidar da própria saúde e aceitar a gravidez. Elas apresentaram resistências em seguir as recomendações de repouso dos médicos e abrir mão de sua rotina temporariamente, sendo que em um dos casos a mãe escondeu tais orientações do marido e da família: “Eu nem disse para ele da história dos sete meses, que o médico falou que eu tinha que repousar, nem falei, né? Ele nem sabe. Nem falei para mãe e minha avó, para P1⁴ [marido]. Se não vão encher mais o meu saco, ai” (M1). Já outra mãe (M4) prorrogou o começo dos cuidados pré-natais, pois pensava em abortar seu bebê: “Eu só chorava porque ao mesmo tempo que eu queria tirar pela situação de eu ter três só que ao mesmo tempo eu não queria tirar, entendeu? Então eu ficava naquela coisa, eu não sabia o que fazer, e eu só chorava” (M4). Duas delas (M2 e M3), após surgirem ameaças à saúde do bebê, resolveram seguir as recomendações médicas: “Eu chorava muito, sabe, porque eu tive que parar de trabalhar para segurar ele, né? Mexeu muito com tudo, sabe? Tudo mudou... por ele né, tudo por ele né, para não perder. Já que ele veio né, vamos ter ele” (M3).

Uma das mães já havia sofrido um parto pré-termo de sua primeira filha, fato este que pode ter contribuído para seu receio inicial ao enfrentar uma nova gestação: “Desde o começo quando eu fiquei grávida eu tinha essa preocupação. De novo assim, no início eu chorava e ele [marido] chorava assim comigo: ‘Ai, a gente vai ter que passar tudo de novo’. Bom, se a gente tiver que passar, e der tudo bem, a gente vai ter que passar, fazer o quê? E foi o que aconteceu, realmente. Tinha uma grande preocupação, enorme” (M2).

SENTIMENTOS EM RELAÇÃO ÀS MUDANÇAS FÍSICAS E EMOCIONAIS

Uma das mães (M2) parecia temer as mudanças físicas e o que elas significavam, procurando esconder seu corpo em transformação: “Parece que eu fiquei com medo de demonstrar que eu estava grávida para os outros, sabe? Não é preconceito, sabe? Era uma coisa estranha que eu nunca tinha sentido. Daí eu colocava só roupa larga para não aparecer a barriga, para os outros não acharem que eu tava grávida, sabe?” (M2). As demais mães relataram não notar as mudanças iniciais que ocorrem na gestação: “Fisicamente normal, parecia que eu nem estava grávida. Eu corria, eu andava rápido, subia escada correndo, eu descia escada correndo. Parecia que eu não estava grávida, sabe? Caminhava normal, fazia caminhada com a minha avó. Ia nas minhas amigas, ia em festas, dançava. Parecia que eu não estava grávida” (M1).

Já as mudanças emocionais, que acompanham o retraimento materno e seu ingresso na *preocupação materna primária*, foram destacadas por todas as mães do estudo: “Aí eu peguei e me irritava com as coisas assim, sabe? Que eu via que não era do meu jeito, sabe? Daí eu ficava com raiva assim não por, sabe, eu queria de um jeito e não era daquele jeito, sabe. Eu ficava assim. Isso aí não é eu, não é coisa de mim assim. Eu acho que por causa da gravidez também” (M3). Assim como a irritação, o choro também foi verbalizado por elas: “Emocionalmente, uma chorona, mais do que eu já sou, né? Se alguém me olhasse com cara feia, já tava chorando. [...] Me olhavam de cara feia eu virava e já começava a chorar” (M1).

SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À FUNÇÃO MATERNA

Os relatos das mães, no que diz respeito ao período da gestação, apontaram para uma ambivalência em relação à maternidade e à aceitação do filho na gravidez: “Eu pensei assim: ‘Eu vou ficar. Coitadinho, não tem culpa de nada’, mas ao

mesmo tempo que eu queria eu fiquei pensando: ‘Ai, outro filho’” (M4). Além disso, uma aparente insegurança em relação à sua adequação para exercer a função materna aparece em seus relatos.

Em determinado momento, no qual precisou permanecer internada por risco de parto pré-termo, uma das mães pensava em como atenderia às demandas de seu filho, principalmente se este fosse prematuro: “Eu pensava... como eu nunca tive um nenê tão pequenininho, tão pequenininho, porque o meu de oito meses já nasceu grande já. Aí eu queria ir ao berçário para ver com é que eram as crianças e não podia sair da cama. E eu: ‘Ai, meu Deus, como será meu filho?’. Tão pequeno e elas não deixavam ir, não deixavam, não deixavam” (M4).

Uma das mães demonstrava seguidamente a preocupação com a gestação de risco e em como desejava que o nascimento de sua filha fosse diferente da anterior: “Eu já pensava de outro modo, ia mais além, que ia ser uma criança saudável, que vai nascer uma criança de nove meses, que eu vou conseguir chegar aos nove meses, sabe? Eu pensava tudo isso. Que eu ia poder, que quando nascesse eu ia poder ouvir o chorinho dela. Eu queria ouvir o chorinho dela, ia poder levar ela logo para casa, sabe, tudo isso eu pensava” (M2).

SINTONIA DA MÃE COM O BEBÊ

No presente estudo, a crescente identificação materna com o bebê foi denominada sintonia e apareceu nos relatos maternos ainda sobre o período gestacional, se referindo às expectativas, sentimentos, sonhos e fantasia maternas em relação ao filho, com destaque para seu sexo e comportamentos: “Eu queria que... eu disse para ele, ele vai ser bem agitadinho porque não para de se mexer, está sempre se mexendo. Teve um dia no Perfil, que ele estava de cabeça para baixo, não, para baixo não, atravessado assim. Aí no outro dia já estava com a cabeça para cima, aí a doutora assim: ‘Mas essa criança dá piruetas’” (M4). As expectativas quanto ao sexo do bebê prevaleceram nos relatos de todas as mães: “E fiquei pensando nisso, sabe? Fiquei pensando assim, mas não tive preferência exatamente assim: ‘Bá, se eu tiver uma menina acho que eu não vou conseguir lidar, porque eu nunca tive, né?’ . E eu nunca cuidei de uma menina, então, ai meu Deus, tomara que seja um guri” (M3). Ainda no tocante às expectativas sobre o bebê, uma das mães seguiu destacando a importância de a filha nascer a termo e saudável: “Uma criança saudável, que não tem problema nenhum, que eu ia conseguir chegar até os nove meses. Eu imaginava que o bebê ia nascer gordinho ou gordinha, sei lá. Que eu podia levar logo para casa [...]. Mas que ela já nascesse com os olhinhos abertos, que eu fosse

conversar com ela e ela já ia... e bem diferente mesmo. Que eu ia levar ela para casa, como é que eu vou te dizer, que ela sabia entender que ali era o pai dela, era a casa dela, com os olhos bem ativos assim para as coisas..." (M2).

Sentimentos de descontentamento no momento em que descobriram o sexo do filho ocorreram em três das quatro mães (M1, M2 e M4), pois este não correspondia ao que esperavam: "Eu fiquei triste porque eu queria uma menina. Mas eu fiquei feliz porque eu estava dando um filho menino, no caso, que ele [marido] tanto queria, né?" (M1). Contudo, em uma das mães (M4), suas expectativas quanto ao sexo foram usadas de forma a compensar sua falta de entusiasmo com a gravidez: "Eu pensava: pelo menos esse vai vir uma menina, tenho certeza..." (M4). No entanto, aos quatro meses de gestação, a ecografia mostrou que ela estava esperando um menino: "Tá, chegou no dia, na eco, aí disseram que era um guri. 'Aí, eu não acredito', eu falei. E ela [médica]: 'Ai, tu não queria um guri?' Ai, eu não queria um guri, eu queria uma guria, eu disse para ela, porque eu já tinha três guris..." (M4). Mesmo sabendo o sexo de seu filho, ela parecia não querer aceitar a verdade: "Sempre aquela coisa pode ter dado errado, pode ter dado errado" (M4).

A sintonia em relação aos movimentos fetais e à comunicação com o bebê foi relatada pelas mães e apontando que o bebê entendia e sentia tudo o que a mãe passava para ele: "Na verdade o fato de estar ali dentro, eles já estão sentindo tudo. Quando eu estou triste, quando eu choro, tudo o nenê sente, sabe? Passa tudo para ela, né? Então é um momento especial, então tu tens que saber onde é que tu vais assim, porque tu não podes te incomodar, porque tudo o que eu sinto, o nenê vai sentir, está ali, dentro de mim, né? Então vai sentir" (M2); "Porque depois do susto que a gente levou, eu tive quase um princípio de aborto, né? Eu tive um princípio de aborto, e isso fez a gente se ligar mais, sabe, que ele estava precisando da gente, do nosso carinho, né? Foi bem diferente, começamos a dar carinho desde a barriga, quando ele estava dentro de mim. E ele sentia, né? Porque cada vez que a gente conversava com ele, ele mexia" (M3); "Até meus filhos, tiravam fotos todos juntos assim e depois cada um deu beijo, né, na foto assim, na barriga, e ele sentiu cada beijo. Eu sentia que ele... reagia, sabe? Ele mexia" (M3).

Todas as mães do presente estudo também relataram sonhos com seus bebês durante a gravidez. Por exemplo, algumas mães relataram sonhos relacionados ao sexo do bebê: "Eu cheguei a sonhar que era um menino. Só que não conseguia ver o rostinho assim. Vi que era um menino, estava de azul, assim, pequenininho, mas eu não conseguia ver o rosto" (M1). Já outra mãe disse sonhar com ela exercendo a maternidade livremente, sem maiores intercorrências e temores: "Ai, eu sonhava que ele tinha nascido, eu imaginava, não pequenininho, eu imaginava ele grandinho. Sempre enorme. Mas eu fui me acostumando com a ideia assim do nenê,

já estava louca que nascesse, [...] que eu tinha levado ele para casa, eu sonhava com ele no colo” (M4). Pesadelos relacionados à ideia de o bebê não sobreviver também foram lembrados pelas mães: “Eu acho que eu botava isso na mente e dormia profundamente e sonhava né, da Luana. Eu tinha esse medo” (M2). Tais sentimentos maternos parecem indicar que a mãe estava em sintonia com seus próprios medos e com a possibilidade real de morte do bebê.

PREPARAÇÃO PARA A CHEGADA DO FILHO

Nos casos investigados, cada uma das gestantes reagiu de maneira diferente quanto às suas capacidades de deixar de lado seus interesses pessoais para preparar-se para a chegada do filho. Duas delas (M2 e M4) trabalharam durante toda a gestação, mesmo com recomendações médicas contrárias. Uma delas estava desempregada quando engravidou, mas relatou não ver a hora de voltar para o trabalho: “Sim, eu falava: ‘Depois que ele nascer eu já vou trabalhar, eu não aguento mais ficar em casa’” (M1). Já a outra não se importou em deslocar seus interesses pessoais para os cuidados dispensados ao bebê: “Não tinha o que fazer, apenas repouso e nem para ir no banheiro eu levantava. Daí eu vi que eu estava melhorando, eu estava me sentindo bem, aí eu levantei, comi e continuei minha vida, né? Condição, tudo, tinha o pré-natal, eu tinha uma dúvida, eu vinha no médico, vinha no hospital” (M3).

Cabe ressaltar que três das quatro mães apresentaram algum tipo de envolvimento com os preparativos para a chegada do bebê, abrindo um espaço psicológico e físico em suas vidas para o filho. “Sim, já está tudo arrumadinho. O berçinho que era da outra [primogênita] agora ficou para ela. Porque o nosso é sofá, é sofá-cama e a parte de baixo ali dá para fazer a cama [da primogênita]... o berçinho e o guarda-roupinhas que é pequenininho [fica] para a F2” (M2); “Daí a gente montou o berço, só que eu queria num lugar e ele no outro, né? Até meu filho de três anos ele botou o travesseiro do nenê de um lado e o dele no outro, porque ele queria dormir junto com o bebê. Foi emocionalmente para ele [marido], principalmente o meu marido, que ele nunca viu isso. Para mim foi diferente porque os meus filhos ganharam o berço, o berço deles foi passado de antes, era da minha cunhada e passou para o meu. Esse sim foi tudo ganhado. Eu me senti assim, né?” (M3); “Fiz, fiz uma toquinha, fiz uma calcinha. Então eu fiz uma calcinha para ele, fiz uma meinha... Tudo verde. Porque eu já não estava... e verde é uma cor que dá para ele e para ela. E a toquinha eu fiz amarelinha” (M1). No entanto, uma das mães negou este envolvimento, porém destacou que quando começou este movimento,

foi interrompida pela hospitalização: “Não. Eu não comprei quase nada assim, mas eu comecei a comprar umas coisinhas para ele, né, aí depois eu tive que internar e não deu para comprar mais nada” (M4).

DISCUSSÃO

Como pode ser visto nos relatos das participantes do presente estudo, algumas dificuldades como não desejar a gravidez ou deparar-se com uma possibilidade de parto pré-termo foram enfrentadas pelas mães no decorrer da gestação. Alguns autores destacam que o desenvolvimento da *preocupação materna primária* pode ser abalado pelo contexto da prematuridade (Gomes, 2000; Mathelin, 1999; Szejer, 1999), fato este que corrobora os resultados encontrados, nos quais pôde-se observar um retardamento no aparecimento de indicadores de tal estado nas participantes. Porém, com o passar do tempo, as mães foram, gradativamente, apresentando indicadores da *preocupação materna primária*, em cada uma das subcategorias investigadas, a saber, o acompanhamento pré-natal, os sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais, os sentimentos em relação à função materna, a sintonia da mãe com o bebê e a preparação para a chegada do filho.

No que se refere ao acompanhamento pré-natal, inicialmente todas as mães tiveram dificuldades em cuidar de sua própria saúde e aceitar a gravidez. No entanto, após surgirem ameaças à saúde do bebê, duas delas (M2 e M3) resolveram seguir as recomendações médicas, tornando sua preocupação em relação ao filho mais efetiva e concreta. Nesse sentido, Winnicott (1999) destacou a importância inicial do cuidado que a mãe deverá ter com o ambiente, que é representado por ela, desde quando o bebê ainda é um feto. O autor referiu que não é possível estabelecer o momento certo no qual o feto passa a ser percebido como uma pessoa pela mãe, mas que tal fato ocorre ainda dentro da barriga, o que estaria relacionado também à emergência da *preocupação materna primária*. Ele descreveu que a base de todo o desenvolvimento humano é a continuidade deste processo, que tem início antes do nascimento propriamente dito. Para que o potencial herdado seja desenvolvido em continuidade com a linha de vida, a presença de um ambiente facilitador é fundamental desde a gestação (Winnicott, 1999). Tal ambiente é representado, primeiramente, pela mãe, identificada com seu bebê já na gestação, o que indica a presença da *preocupação materna primária*. A rigidez ou inadaptabilidade da mãe (devido à ansiedade ou a estados depressivos) podem ter consequências para o bebê antes mesmo que este tenha nascido. Segundo Winnicott, é necessário postularmos um estágio, pertencente à vida intrauterina, no qual o amor e o cuidado só podem

ser expressos e reconhecidos em termos físicos, através da adaptação do ambiente proveniente de todas as direções. Tal adaptação materna foi atingida por estas duas participantes, pois elas começaram a fazer repouso e cuidar de sua saúde após a ameaça de perder o bebê. O comportamento dessas mães proveu o amor e cuidado ambiental que o bebê necessitava naquele momento.

Ainda em relação ao acompanhamento pré-natal, todas as mães do presente estudo tiveram dificuldades em abrir mão de sua rotina diária durante a gestação, como deixar de fazer algumas tarefas do dia-a-dia. Elas relataram, inclusive, irritação ao terem que pedir ajuda a outras pessoas, demonstrando incômodo com uma dependência temporária devido a problemas de saúde. O surgimento de aspectos dependentes da mãe na gravidez também é considerado como característica da *preocupação materna primária* por alguns autores (Merbaum, 1999). Porém, no caso específico das mães do presente estudo, o surgimento de doenças na gestação pode ter interferido no processo de dependência temporária normal da gravidez. Tal aspecto pode ser uma das explicações para a constante irritação das mães diante do contexto em que sua dependência era necessária e imposta e não necessariamente parte de um processo natural.

No que tange aos sentimentos em relação às mudanças físicas e emocionais, a ambivalência em relação à gestação parece ter influenciado as mães. A ambivalência em relação a querer ou não a gravidez, assim como questões levantadas pela mãe sobre sua capacidade de entrar nesse estado e ter a capacidade de identificar-se com seu bebê, a fim de responder melhor às suas necessidades (Winnicott, 2000 [1956]; Stern, 1997), podem ser indicadores do estado de *preocupação materna primária*. Dentro de um contexto esperado, existe uma ambivalência comum pela qual as mulheres passam no decorrer da gravidez (Quayle, 2005; Soifer, 1992), no entanto as mães do presente estudo apresentaram um grau acentuado desse sentimento. Parece que a ambivalência apresentada pelas participantes foi mais acentuada devido à não-desejabilidade inicial da gestação e aos problemas gestacionais, que acabaram ocasionando o parto pré-termo. A não-aceitação inicial fez com que todas as mães retardassem para se envolver com as mudanças físicas próprias da gravidez, que facilitam a identificação inicial da mãe com o filho. Estas mudanças físicas não foram bem aceitas por umas das mães (M2), que procurou esconder a gravidez das pessoas e dela mesma, já que relatou procurar “não pensar na gestação” inicialmente. Tal comportamento parece estar relacionado com o medo que a ameaça do parto antecipado pode ter causado na mãe, já que sua primeira filha nasceu prematuramente, fato este que foi vivenciado com sofrimento. As demais mães relataram não notar as mudanças iniciais que ocorrem na gestação, fato este que pode ser indicador de um desligamento inicial da mãe em relação ao seu bebê,

tendo em vista também o fato de elas terem afirmado que não desejavam estas gestações. Pode-se pensar também que os medos envolvendo a vida do bebê e sua própria vida tiveram influência direta nestes achados.

Já as mudanças emocionais, que acompanham o aumento da sensibilidade materna e seu ingresso na *preocupação materna primária* (Winnicott, 2000 [1956]), foram referidas por todas as mães do estudo. A irritação foi verbalizada por todas elas e o choro excessivo foi apontado por três das mães (M1, M2 e M4). Quanto aos sentimentos das mães em relação à função materna, seus medos também podem fazer parte da *preocupação materna primária* e envolvem questões como a mãe se sentir não-natural, inadequada, em desvantagem, deficiente, vazia, não generosa ou deixando a desejar em relação à sua capacidade de amar (Stern, 1997). Os relatos de três mães (M1, M2 e M3) apontaram para uma insegurança aparente em relação à sua adequação para exercer a função materna. As três se preocupavam em relação às demandas de seus filhos prematuros. Porém estas mães foram capazes de atingir níveis adequados de preocupação com o bem-estar de seus bebês, apesar da prematuridade, como pudemos observar em suas reflexões a respeito do lugar onde seus filhos dormiriam.

Para Winnicott (2006 [1966]), quando o bebê está pronto para nascer, a mãe, se adequadamente amparada por seu companheiro, está preparada para uma experiência na qual ela sabe quais são as necessidades do bebê. No entanto, no caso de prematuros, como se daria este tipo de sintonia? A mãe estaria pronta para acolher um bebê que nasceu antes do tempo? Um tempo maior de adaptação à gestação e ao nascimento pré-termo pode ser necessário, como pudemos observar nas participantes do estudo. Nesse sentido, ideias semelhantes aos resultados encontrados foram apresentadas por Wirth (2000), que destacou que a comunicação estabelecida pela *preocupação materna primária* é rompida de maneira inesperada no caso de internação neonatal, frisando que no caso do nascimento prematuro essa condição descrita por Winnicott ainda não se consolidou. Seguiu explicando que a mãe fica sem o filho e vai precisar fazer um esforço para conseguir desenvolver essa capacidade. Desta forma, a autora ilustrou que mãe e o filho nascido pré-termo encontram-se incompletos, pois foram separados precocemente. Por fim, destacou ser fundamental que a mãe tenha no hospital um ambiente acolhedor e protetor para que ela possa voltar-se para seu bebê e desenvolver sua *preocupação materna primária*.

No presente estudo, a identificação materna com o filho, que é um indicador da *preocupação materna primária*, foi denominada sintonia da mãe com o bebê e apareceu nos relatos maternos na gestação que se referiram às expectativas, sentimentos, sonhos e fantasia maternas em relação ao filho, com destaque para

seu sexo e comportamento. As expectativas quanto ao sexo do bebê prevaleceram nos relatos de todas as mães, sendo que a frustração no momento em que descobriram o sexo do filho ocorreu em três das quatro mães (M1, M2 e M4), pois este não correspondia ao que esperavam. Contudo, em uma das mães (M4), sua expectativa quanto ao sexo foi usada de forma a compensar sua falta de entusiasmo com a gravidez, ao destacar que “pelo menos este seria uma menina”. No entanto, quando descobriu que esperava um menino, parece que tal compensação foi abaixo. Segundo com as ideias de Winnicott (1983 [1960]), é possível observar nas mulheres grávidas uma crescente identificação com seu bebê, a quem ela associa uma imagem de objeto interno. No caso das participantes, a identificação com seus bebês não aconteceu logo após a descoberta do sexo do filho. Apesar disso, todas as mães reconheceram expectativas e curiosidade em saber o sexo dos bebês. Este comportamento pode ser indicativo de uma sintonia inicial das participantes com seus filhos, porém o grau de ambivalência relacionada ao bebê ainda era maior do que o comum, pois a frustração parece ter prevalecido em seus relatos. De forma geral, apesar da ambivalência elevada, o processo pelo qual passavam as participantes parece o esperado, já que o período em que ocorrem a sensibilidade e identificação da mãe com seu filho é o início da gestação, porém é mais acentuado no final (Winnicott, 2000 [1956]).

A sintonia em relação aos movimentos fetais e à comunicação com o bebê foi relatada por duas mães (M2 e M3) e se referia a conversas com o filho, apontando que o bebê entendia e sentia tudo o que a mãe passava para ele. Quanto à identificação e ao contentamento da mãe ao sentir os movimentos do filho, Winnicott (1999) relatou que estas dão imenso valor à atividade de seus bebês e parecem esperar por ela, sendo que a partir disso é possível prever uma organização central, do bebê e da mãe, que seja capaz de perceber estas experiências. Tal organização pode ser indicativa de que a *preocupação materna primária* estava se desenvolvendo nestas mães. Nas fantasias de todas as mães prevaleceu o medo de nascimento pré-termo e de possíveis problemas que o bebê poderia vir a apresentar. Este aspecto pode indicar que a ameaça de nascimento pré-termo continuava presente no psiquismo destas mães, porém estes medos não impediam que elas apresentassem indicadores da *preocupação materna primária*.

Em relação aos sonhos que as mães tiveram na gestação, todas as participantes relataram sonhos com seus bebês durante a gravidez, sendo que o conteúdo destes se assemelhou, em parte, aos encontrados na literatura e relacionados à *preocupação materna primária* (Aiello-Vaisberg, 1999). Por exemplo, algumas mães (M1, M2 e M3) relataram sonhos relacionados ao sexo do bebê, sendo que uma delas (M2) referiu pesadelos relacionados ao nascimento pré-termo de seu filho, pois seus

receios eram intensificados pelo fato de sua primeira filha ter nascido prematura. Tal aspecto pode ter influenciado no aparecimento da *preocupação materna primária* nesta mãe, pois ao mesmo tempo que ela entrava em sintonia com seu bebê e sonhava em como ele seria, tinha muito medo de perdê-lo e era invadida por pensamentos de morte. Já uma das mães (M4) disse sonhar que estava exercendo a maternidade livremente, sem maiores intercorrências e temores. Com base nestes relatos, é possível se pensar que enquanto dormiam as gestantes conseguiram elaborar seus conflitos psíquicos por meio do sono, ficando livres para desenvolver a *preocupação materna primária*. Dentro deste contexto, Aiello-Vaisberg (1999) examinou os sonhos de cinco gestantes e mostrou que todas apresentavam conteúdos relacionados à morte, desencontro, separação, desconforto e perigo, o que estaria ligado ao fato de as mães buscarem resolver estes conflitos para poderem exercer a *preocupação materna primária*.

Segundo Winnicott (1983 [1960]), uma das características maternas predominantes na *preocupação materna primária* é sua capacidade de deixar de lado, temporariamente, seus interesses pessoais e concentrá-los no bebê. Contudo, nos casos investigados, o ritmo de cada uma das gestantes variou quanto às suas capacidades de deixarem de lado seus interesses pessoais durante a gestação. Por outro lado, três das quatro mães (M1, M2 e M3) apresentaram algum tipo de envolvimento com os preparativos para a chegada do bebê, abrindo um espaço psicológico e físico em suas vidas para o filho.

Os achados do presente estudo sugerem que a *preocupação materna primária* também se apresenta em mães com risco de parto pré-termo, apesar de esse processo ter sido marcado pelo contexto da prematuridade. O nascimento pré-termo e suas intercorrências agregam algumas dificuldades ao desenvolvimento da *preocupação materna primária* e aos sentimentos maternos relacionados ao cuidado materno, que, por si só, já é repleto de mudanças, ansiedades e adaptações.

Os resultados destacam inúmeras dificuldades impostas à diáde diante da prematuridade, entre as quais está a preocupação da mãe com a sobrevivência do filho e com a sua própria; a não aceitação inicial da gestação, que pode ter sido agravada pela ameaça do parto pré-termo; o aumento da sensibilidade materna, que já é esperada no período gestacional, mas que pareceu se exacerbar diante da possibilidade da prematuridade do filho e da necessidade de repouso e a implícita dependência de familiares.

Apesar disso, após a aceitação da prematuridade, alguns fatores positivos foram se sobressaindo no lugar das adversidades vivenciadas pelas mães inicialmente. Entre eles, pode-se destacar a gradual construção simbólica do lugar do filho nos preparativos para a chegada do mesmo, a sintonia das mães com os bebês, a percepção

de que seus filhos poderiam sentir o que elas estavam sentindo e a percepção do estado de dependência absoluta do bebê.

Cabe ressaltar que, apesar das particularidades envolvendo cada uma das mães, muitas foram as semelhanças evidenciadas. Tais resultados nos permitem pensar que as ansiedades, tristezas e satisfações vivenciadas por essas mães poderão ser encontradas em outras mães que se deparam com o nascimento pré-termo de um filho e que compartilham o mesmo contexto de vida com aquelas de nosso estudo.

Apesar da relevância do estudo da prematuridade em sua relação com o desenvolvimento da *preocupação materna primária* para a saúde da relação mãe-bebê, são ainda muito escassas as pesquisas que retratam esta realidade. O nascimento pré-termo, assim como a prematuridade em si, merece atenção por parte dos profissionais de saúde mental, pois se trata sempre de um momento delicado e complexo, que envolve uma adaptação não esperada pela mãe e pelo bebê, fato este que poderá gerar tristeza e angústia. A falta de condições adequadas pode afetar não só a maternagem, mas também o desenvolvimento emocional da criança, caso a condição descrita por Winnicott não seja desenvolvida pela mãe. Além disso, destacamos a importância da implementação de programas de psicoterapia de apoio às mães, desde a gestação até que se estabeleça uma relação mãe-bebê mais saudável.

REFERÊNCIAS

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). Sonhos de nascimento e preocupação materna primária. *Psicologia Clínica*, 14(2), 87-92.
- Agman, M., Druon, C., & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In: Wanderley, D. B. (Ed.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Salvador: Ágalma.
- Bardin, L. (1997). Analise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artmed.
- Brazelton, T. B. (1975). *Parent infant interactions*. Amsterdã: Elsevier.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cramer, B., & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artmed.
- Colucci, A. M., Mello, A. M. de, Mello, C. M. de, Pavan, E. M., Silveira, L. F. B. da, & Grácio, M. C. C. (2006). A investigação das condições para a instalação da preocupação

- materna primária: incidência na população e estudo longitudinal dos bebês observados. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 100(1), 7-14.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Eizirik, C. L., Wilhelms, F. M., Padilha, R. T. L., & Gauer, R. H. (1998). Psicoterapia breve e dinâmica. In: Cordioli, A. V. (Ed.). *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 145-152). Porto Alegre: Artmed.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudo*, 12(2), 305-313.
- Freud, S. (1926/1969). *Inibições, sintomas e ansiedade. Obras completas, ESB*, v. 20. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Gibbs, R. S., Romero, R., Hillier, S. L., Eschenbach, D. A., & Sweet, R. L. (1992). A review of premature birth and subclinical infection. *American journal of obstetrics and gynecology*, 166(5), 1515-1528.
- Gibbs, R. S. (2001). The relationship between infections and adverse pregnancy outcomes: an overview. *Annals of periodontology: The American Academy of Periodontology*, 6(1), 153-163.
- Gomes, A. L. H. (2000). Vínculo mãe-bebê pré-termo: as possibilidades de interlocução na situação de internação do bebê. *Estilos da Clínica*, 4(2): 89-100.
- Klaus, M., & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artmed.
- Laville, C., & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (Trad. H. Monteiro & F. Sennineri). Porto Alegre: Artmed.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artmed.
- Little, M. (1990). *Psychotic anxieties and containment*. London: Jason Aronson.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Merbaum, J. (1999). Primary maternal preoccupation: maternal-child transference and countertransference in the analysis of a pregnant patient. *Modern Psychoanalysis*, 24(1), 97-106.
- Quayle, J. (2005). Gestantes de alto risco: a atuação do Psicólogo. In: Ismael, S. M. C. (Ed.). *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (pp. 185-208). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rades, E., Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2004). Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(8), 655-662.

- Ramos, J. G. L., Martins-Costa, S. H., Valério, E. G., & Müller, A. L. L. (2006). Nascimento pré-termo. In: Freitas, F., Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G. L., & Magalhães, J. A. (Eds.), *Rotinas em obstetrícia* (pp. 78-90). Porto Alegre: Artmed.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artmed.
- Spitz, R. A. (2000). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stake, R. (1994). Case studies. In: Denzin, N., & Lincoln, Y. (Eds.). *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). London: Sage.
- Steer, P. (2005). The epidemiology of preterm labour. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(1), 1-3.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebês*. Porto Alegre: Artmed.
- Szejer, M. (1999). *Palavras para nascer – a escuta psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- WHO – World Health Organization (2009). *World Health Statistics 2009. Progress on health-related Millennium Development Goals*.
- Winnicott, D. W. (1945/2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1956/2000). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1960/1983). Provisão para a criança na saúde e na crise. In: Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 62-69). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1966/2006). A mãe dedicada comum. In: Winnicott, D. W. *Os bebês e suas mães* (pp. 1-11). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1968/2006). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: Winnicott, D. W. *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1999). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Wirth, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI Neonatal. In: Caron, N. A. (Ed.). *A relação pais-bebê, da observação à clínica* (pp. 207-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.

NOTAS

¹ Este artigo é baseado em parte na dissertação de mestrado de Carolina Marocco Esteves, realizada e apresentada no Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação de Cesar Augusto Piccinini com a supervisão clínica de Márcia Camaratta Anton.

- ² Winnicott, ao longo de sua obra, usa termos diferentes para se referir ao mesmo conceito de *preocupação materna primária*, por vezes referido apenas pelas palavras *estado* ou *condição*. Para fins de padronização, utilizaremos na Discussão e Conclusão deste artigo prioritariamente o termo *preocupação materna primária*, enquanto que, na revisão bibliográfica, manteremos os termos conforme referidos pelos vários autores revisados.
- ³ Na dissertação da qual deriva o presente estudo, encontram-se inúmeros relatos que caracterizaram detalhadamente as categorias. As falas de diferentes mães, citadas neste artigo, são separadas por ponto e vírgula.
- ⁴ A letra e o número entre parênteses identificam o participante que forneceu o relato e a quem a mãe se referia (M: mãe; P: pai; F: filho).

ANEXO

Tabela 01: Dados sociodemográficos das mães

Caso	Mãe	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	Bebê*
1	M1	24 anos	2º grau com.	Desemp.	Casada	F1 (1º. filho)
2	M2	22 anos	2º grau inc.	Aux. Lab.	Casada	F2 (2º. filho)
3	M3	28 anos	1º grau inc.	Desemp.	Casada	F3 (4º. filho)
4	M4	27 anos	1º grau inc.	Camareira	Casada	F4 (4º. filho)

Recebido em 10 de fevereiro de 2010
Aceito para publicação em 9 de novembro de 2011