



O BINÔMIO MÃE – BEBÊ NA UTI NEONATAL: A MÃE QUE EU TENHO E A MÃE QUE EU PRECISO

Vanessa Thalita Romanini Amadeu¹

Jane Biscaia Hartmann²

RESUMO: Este projeto surgiu da preocupação com o elevado número de nascimentos de bebês prematuros e de baixo peso; assim este trabalho foi realizado com o propósito de observar se a frequência e permanência das mães de RNs prematuros na UTI neonatal interferem no desenvolvimento do bebê e no tempo de internação na unidade. Realizou-se com base no método de observação direta do comportamento das mães, utilizando-se o modelo desenvolvido por Esther Bick. A amostra populacional foi selecionada no Hospital Universitário de Maringá, na UTI neonatal, sendo o estudo realizado com 6 duplas, no período de novembro de 2003 a fevereiro de 2004. Os resultados indicam que a frequência da mãe na unidade não é o único fator responsável pelo desenvolvimento do bebê prematuro.

PALAVRAS – CHAVE: relação mãe-bebê; vínculo afetivo; mãe suficientemente boa; díade

MOTHER – BABY IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE BINOMIAL: THE MOTHER THAT I HAVE AND THE MOTHER THAT I NEED

ABSTRACT: This work came about from the concern with the high number of births of premature and underweight babies. Thus, this work was carried out with the objective to observe if the frequency and the permanency of mothers in the neonatal intensive care (NIC) interfere with the premature neonates development and the time the baby stay in the unity. The direct observations of the mothers' behavior were carried out according to a model developed by Esther Bick. The population sample of six pairs of mothers-babies was chosen from the NIC at Maringá's University Hospital in the period from November 2003 to February 2004. The results indicate that the mothers' frequency in the unity is not the only factor responsible for the premature baby development.

KEYWORDS: mother-baby relationship; affective link; sufficiently good mother; pairs

INTRODUÇÃO

Atualmente há um número elevado de nascimentos precoces, e estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que anualmente nascem no mundo 20 milhões de bebês prematu-

ros, um terço dos quais morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, segundo o jornal Folha de São Paulo, cerca de 60% dos bebês que nascem prematuros sobrevivem graças ao contato mais intenso entre a mãe e o filho no período de hospitalização.

Assim, há um interesse cada vez maior em se compreender a

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia do CESUMAR - Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica do Cesumar (PROBIC)

² Professora mestre do Curso de Psicologia do CESUMAR, orientadora.





importância da presença da mãe na UTI neonatal e de que forma essa intervenção atua no desenvolvimento do recém-nascido prematuro e de baixo peso.

Estudos já realizados, como os de Klaus e Kennell (1992), Bee (1996) e Bowlby (1984), enfatizam a importância de se estabelecer uma relação entre a mãe e o bebê, com base em um vínculo afetivo, já que este contato mais íntimo permite ao bebê um sentimento de proximidade e segurança, além de estimular mecanismos sensoriais e imunológicos que irão repercutir de forma decisiva no seu desenvolvimento.

Diante desses dados e do conhecimento de que a relação mãe-bebê fortalece o vínculo afetivo e influencia o desenvolvimento psicomotor do recém-nascido, definiu-se a realização desta pesquisa, que tem por objetivo **verificar** se a frequência e permanência das mães de recém-nascidos na UTI neonatal interferem no desenvolvimento do bebê e no tempo de internação na unidade.

Frente a esse objetivo é importante que se apresente a fundamentação teórica na qual se fundamentou o estudo: a definição de prematuridade, suas implicações e desdobramentos, e a relação mãe-bebê e o vínculo afetivo, para que se possa entender o que ocorre com o bebê prematuro e sua mãe na UTI neonatal.

1. A PREMATURIDADE

O parto prematuro é aquele que ocorre antes do fim do desenvolvimento fetal. Sendo assim, segundo Davidoff (2000,), considera-se um bebê prematuro o que nascer com menos de 37 semanas de gestação e pesar menos de 2,5 quilos.

Para Tamez e Pantoja (2001), os principais fatores que contribuem para o parto prematuro são: hipertensão arterial, infecção, história de partos prematuros prévios, diabetes, doenças cardíacas, doença renal, anomalia uterina, deslocamento prematuro de placenta, abuso de fumo, álcool e drogas e má nutrição. As mesmas autoras afirmam que em partos prematuros ocorridos antes de 32 semanas de gestação os bebês correm maiores riscos por causa da imaturidade pulmonar e imunológica.

Quando nasce, o bebê prematuro perde semanas de estimulação no útero materno, e devido às complicações trazidas por esta situação, o neonato deve ser levado às instalações tecnológicas de uma UTI neonatal, para uma incubadora, cuja função Davidoff (2000) define muito bem: permite manter a temperatura, a umidade e o oxigênio, além de prevenir infecções; porém priva a criança de outro tipo de estimulação.

Para Cunha (2004), o recém-nascido, na UTI, está imerso no isolamento e solidão da incubadora, que o impede de criar um espaço psíquico com uma figura receptora de sua angústia, que possa ajudá-lo a organizar seu ego.

Para o bebê a incubadora fará o papel de placenta materna, porém isso não o impede de receber estímulos, muitas vezes percebidos de forma negativa, pois não há contato direto com a mãe. Isso porque a vida na UTI é muito diferente da do útero materno e traumática para o bebê; tanto que Wirth (2003) afirma que a vida na UTI é hiperestimulante e que o bebê pode sentir lá certa agressividade, já que a luz é forte, os ruídos são desconhecidos e os cuidados são dolorosos.

Não obstante, existem autores, como Spitz (2000), segundo os quais o recém-nascido não reconhece o mundo externo, pois seu aparelho perceptivo é protegido do mundo exterior por uma “barreira de estímulos”. O próprio Spitz levanta a hipótese de que os estímulos vindos de fora só são percebidos quando seu nível de intensidade excede o limite normal da barreira de estímulos, o que destruiria a quietude do recém-nascido, fazendo-o reagir violentamente a esse desprazer.

Se levarmos em consideração a afirmação de Wirth (2003) de que o bebê sofre na UTI, em média, 130 manuseios por dia e os sons de uma UTI giram em torno de 80 db, ou seja, está exposto a uma quantidade de estímulos excessivos, podemos levantar a hipótese de que os estímulos vindos da UTI rompem com esta “barreira de estímulos” descrita por Spitz, e isso destrói a quietude do recém-nascido prematuro e o leva a perceber o mundo externo, podendo assim sentir a mãe e reconhecê-la, já que não a tem mais como parte de si.

Outra pesquisadora do assunto, Gandra (2003), afirma que o bebê prematuro é hipersensível a estímulos sensoriais, o que pode ser estressante, pois desde muito cedo, ainda na vida fetal (entre o quarto e o sexto mês) o bebê já apresenta certas funções básicas desenvolvidas, como, por exemplo, a audição.

Voltando aos estudos de Spitz (2000), encontra-se a afirmação de que a mãe é um mecanismo importante para proteger o recém-nascido dos estímulos externos. Com esta afirmação o autor está nos apontado que a mãe impede que o bebê tenha uma estimulação altamente carregada. Esse selecionar de estímulos é uma necessidade para o recém-nascido que ainda não apresenta suas estruturas psíquicas (isso é, o eu e o supereu) totalmente organizadas. Em face disso pode-se perceber que o isolamento de um bebê em relação a sua mãe em uma UTI não é necessariamente positi-



vo, pois com o rompimento da “barreira de estímulos” o bebê sente o mundo externo e precisa de um mecanismo que o proteja. Desse modo, inserir a mãe na unidade de terapia intensiva é um aspecto importante para o bebê.

A respeito da importância do contato entre a mãe e o bebê enquanto está hospitalizado, vários estudos apontam que:

“ se um pequeno prematuro é tocado, acariciado, embalado ou trazido ao colo diariamente, durante sua permanência no berçário ele apresenta menos período de apnéia, um ganho de peso aumentado, menos liberação de fezes e um avanço em algumas áreas mais altas do funcionamento do sistema nervoso central.” (Klaus e Kennell, 1992, p. 183)

“Acariciar, alisar, tocar o bebê, pegá-lo no colo e aconchegá-lo é também uma excelente maneira de lhe transmitir amor e ternura. É reconfortante sentir o cheiro da mãe, o calor de seu corpo pois poder sentir-se aninhado e acolhido. Isso é extremamente importante não só para o desenvolvimento emocional do bebê como para seu próprio desenvolvimento.” (Maldonado, 1979, p. 78)

Esta última ainda aponta que as crianças que não tiverem o contato pele-a-pele com sua mãe ficam prejudicadas em suas capacidades de formar vínculos afetivos. No mais, fisicamente, a criança que tem certa deficiência nesta área fica mais vulnerável a doenças, apresentando um desenvolvimento mais lento dos que as que têm carinho.

Bick(1991), a respeito da experiência de pele-a-pele, revela em seu estudo que a pele tem uma função primária no bebê, ou seja, a pele é mecanismo que une as partes mais primitivas da personalidade, que ainda não se encontram diferenciadas. Assim o bebê apresenta a necessidade de um objeto que toque a sua pele, como uma luz, uma voz, um cheiro, ou outro objeto sensorio, como, por exemplo, o seio materno. Pensando da mesma forma, Klaus e Kennell (1992) apontam que o aconchego é essencial para a sobrevivência do bebê, pois estimula mecanismos sensoriais, imunológicos e comportamentais.

Gandra (2003) afirma que a prova real de que os bebês respondem à estimulação materna são suas manifestações através de expressões faciais e corporais de que estão sentindo prazer ou dor. Ao falar com o bebê, a mãe ou a enfermeira estão decodificando as palavras, o que amplia a possibilidade de compreender o mundo externo.

Diante das afirmações de tantos autores, é lícito levantar a hipótese de que o bebê prematuro percebe os estímulos vindos da UTI, o que pode causar um impacto em seu desenvolvimento, já que tais estímulos podem ser percebidos de forma negativa. Para minimizar esses aspectos da prematuridade é importante neutralizar de alguma forma esses estímulos, e a única figura capaz de selecionar a percepção do bebê é a mãe, por meio da maternagem.

1.1 A MÃE DIANTE DA PREMATURIDADE DO FILHO

Maldonado (1979) aponta que em uma gestação de alto risco, além dos temores habituais da evolução normal da gravidez, apresenta-se uma ameaça concreta de perda.

Com o nascimento prematuro há um rompimento abrupto do sistema simbiótico que antes se desenvolvia. Ocorre uma separação imatura da dupla, o que pode causar na mulher um sentimento muito maior de perda, já que o bebê é automaticamente levado à hospitalização. Por este motivo Braga (2004) diz que, após o nascimento prematuro, a mãe precisa de um tempo para fazer a aproximação entre o bebê imaginário e o bebê real que lhe é apresentado; ou seja, espera um sinal consistente, por parte desse bebê real, de que pode investir em uma relação, sem que haja uma ameaça de perda.

A respeito da perda, o mesmo autor aponta que, para a mãe, estar na UTI neonatal com seu filho, enquanto deveria estar apropriando-se dos cuidados dele em sua casa, faz com que ela se sinta perdendo sua função de maternagem, tendo dificuldade de reconhecer-se como mãe e muitas vezes de reconhecer seu bebê, pois há uma equipe que se apropria dos cuidados que deveriam ser dela.

Partindo desse pensamento, Almeida (2004) indica que a mãe com dificuldade de reconhecer o bebê prematuro pode deixar de voltar seu olhar a ele, pois tem dificuldade de vê-lo como sujeito, já que o bebê prematuro apresenta padrões de respostas diferentes dos bebês que no momento de um bebê prematuro representa um momento de crise para a família, o qual muitas vezes pode causar um desequilíbrio ou confusão e tornar os pais incapazes de responder adequadamente a seu bebê.

Segundo Klaus e Kennell (1992), inicialmente a primeira preocupação dos pais seria com a sobrevivência do filho, mas se a esta preocupação somar-se um sentimento de culpa, pode haver aumento da ansiedade.

Além de todos esses sentimentos, ainda pode surgir na mulher



uma sensação de impotência, ou seja, de sentir-se incapaz de gerar um filho adequadamente, o que produz um declínio de sua auto-estima e provoca reações depressivas.

Segundo Wirth (2003), existe também a necessidade de um trabalho de luto em relação ao nascimento, pois é preciso elaborar o luto pelo bebê imaginário, que geralmente, neste caso, é muito diferente do bebê real. O desafio maior está na aceitação do bebê real, que corre risco de vida ou tem sua morte anunciada.

2. RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

Cunha (2004) aponta que a mulher, com o nascimento do bebê, adquire outra identidade: abandona o papel de filha de sua mãe para assumir o papel de mãe de seu filho. Apesar disto, nesta nova situação a mulher traz consigo experiências passadas vividas com sua mãe.

Para a autora, ao desenvolver sua nova função, a mulher precisa receber as projeções que não podem ser elaboradas pelo bebê, e para possibilitar que este organize suas representações, a mãe deve apresentar a capacidade de conter as pulsões desorganizadas do bebê.

2.1 RELAÇÃO MÃE-BEBÊ SEGUNDO WINNICOTT

Ao nascer, o bebê depende inteiramente do mundo que lhe é oferecido pela mãe, pois no começo da vida suas necessidades estão relacionadas aos aspectos corporais e ao desenvolvimento psíquico do eu. Para Winnicott (1983), a mãe adapta-se a essas necessidades do bebê mediante o emprego de três funções: a apresentação do objeto, o “*holding*” e o “*handling*”.

A apresentação do objeto, segundo o autor, consiste na oferta do seio ao bebê, denominada de *primeira refeição teórica*, que passa a ser representada na vida real a partir de experiências precoces de muitas refeições. A mãe deve apresentar o seio quando o bebê estiver pronto para imaginá-lo, o que dará ao recém-nasado a ilusão de que ele mesmo criou o objeto, permitindo que tenha uma experiência de onipotência; ou seja, o objeto (seio) apresenta-se de forma real no momento em que é esperado. Sendo assim, nesse período de total dependência do bebê, a mãe que age de forma disponível diante de uma necessidade do filho permite que este adquira a capacidade de assumir relações com outras coisas ou pessoas.

O “*holding*”, ou seja, a sustentação, corresponde à proteção

que a mãe dispensa ao bebê contra os perigos físicos, considerando a sensibilidade cutânea, auditiva e visual. Nesta função, Winnicott ressalta o modo de a mãe segurar a criança, tanto física quanto psiquicamente (colocando o bebê em contato com a realidade externa), para que haja uma interação entre o tempo e o espaço. A respeito do “*holding*”, Winnicott (1978, p.280) aponta que:

“ a importância da mãe é vital especialmente no início e, realmente, a mãe tem como tarefa proteger seu bebê de complicações que ele não pode entender ainda e continuar a fornecer, de maneira uniforme, o pedacinho simplificado de mundo que a criança, através dela, passa a conhecer.”

Já o “*handling*” envolve a manipulação do bebê pela mãe enquanto esta oferece cuidados, sendo necessário para o bem-estar físico do bebê. É importante lembrar que tais funções atuam simultaneamente e definem a qualidade da relação mãe-bebê.

Winnicott (1994) chama de mãe suficiente boa aquela que apresenta capacidade de exercer tais funções, ou melhor, a mãe que se adapta perfeitamente às necessidades do bebê.

Winnicott aponta uma relação primitiva mãe-bebê, por ele chamada de *preocupação materna primária*, a qual se desenvolve gradualmente e consiste em um estado de sensibilidade aumentada em relação ao bebê. Para o autor, a mãe, quando é suficientemente boa, proporciona ao bebê um sentimento de continuidade da vida, que psiquicamente estrutura o *self* verdadeiro e pode ser sentido como real. A evolução psíquica do bebê, estruturando-se para um *self* verdadeiro, favorece a ausência de fatores patológicos.

O mesmo autor faz também referência a uma mãe insuficientemente boa. É aquela que não possui a capacidade de identificar-se com as necessidades do bebê, o que leva a criança a deparar-se com uma mãe dividida em pedaços, porque, em vez de responder às necessidades do bebê, ela as substitui pelas necessidades próprias. Essas falhas de adaptação causam carências na satisfação das necessidades que criam obstáculos aos processos vitais do bebê, resultando no surgimento da angústia, que, neste caso, é portadora de ameaça de aniquilação. Isso faz com que a criança tenha a impressão de uma queda infundável, não tendo orientação de espaço e tempo. Esses sentimentos constituem a essência de uma angústia patológica.

A falta de adaptação materna e a forma como o bebê se arranja diante da mãe insuficientemente boa podem vir ou não a evoluir para uma organização patológica da personalidade, como autismo,





esquizofrenia latente, estado limítrofe, personalidade esquizóide e personalidade construída com *falso self*.

A formação do *falso self* constitui o traço principal da reação do bebê à não-adaptação da mãe, originando-se essencialmente no comportamento da mãe com o bebê, pois há uma dependência absoluta dele em relação à mãe, ou seja, a resposta dos gestos espontâneos (*self verdadeiro*) do bebê.

A mãe **suficientemente boa** responde à onipotência do bebê corretamente, de forma repetida, o que fortalece o ego e favorece o surgimento do *verdadeiro self*. A consequência desse comportamento materno é que o bebê começa a perceber a realidade e gradualmente vai renunciando à sua onipotência.

A mãe **insuficientemente boa** não é capaz de responder à onipotência do bebê, falhando repetidamente em satisfazê-lo. Este comportamento materno não fortalece o ego e favorece o *falso self*.

Quando a organização da vida psíquica está baseada em um *falso self* o indivíduo é levado a apresentar sentimentos de uma falsa realidade em relação a si mesmo e aos outros. A respeito de uma organização patológica do bebê, Winnicott (1978) lembra que o ambiente de maturação do bebê deve apresentar uma continuidade igual a seu desenvolvimento interno. Para isto a mãe precisa apresentar características de contribuição e de adaptação sensível e ativa às necessidades do filho. Assim a saúde mental da criança é produto de cuidados contínuos, que lhe proporcionam o crescimento emocional.

É claro que a adaptação da mãe às necessidades do bebê nunca é completa; quando, porém, apresenta um processo contínuo, essa adaptação favorece o estabelecimento de um *self verdadeiro*, que integra as falhas e torna o ambiente uniforme. Quando esse processo de adaptação não é previsível o ambiente torna-se traumático e anula o efeito positivo.

2.2 A RELAÇÃO DO BEBÊ COM SUA MÃE, SEGUNDO SPITZ

Conforme ressalta Spitz (2000, p. 128), não devemos esquecer que não há apenas um gradiente vindo da mãe para o bebê, mas também um gradiente vindo do bebê para a mãe, pois a presença do bebê também provoca reações na mãe. Ainda sobre essa reciprocidade relacional o autor afirma que ela

“consiste de uma série de intercâmbios entre dois parceiros, a mãe e o filho, que reciprocamente influenciam um ao outro de maneira circular. Esses intercâmbios têm sido

chamado por alguns autores de transações dentro do quadro do par mãe – filho. Freud (1921) chamou essa dualidade de *multidão de dois*. Para simplificar, usarei o termo *diade*. O relacionamento nesta diade é muito especial, como foi evidenciado pela variedade de termos que os diferentes pesquisadores criaram para ele. Tal relacionamento está, em certa medida, isolado do ambiente é mantido por vínculos afetivos extraordinariamente poderosos. Se o amor pode ser chamado de *egoísmo a dois*, por um filósofo francês, isto se aplica cem vezes mais na relação mãe- bebê”

O bebê percebe a capacidade de empatia da mãe, bem como o seu humor, pois há um canal de comunicação que vai da mãe para o bebê, assim como há um canal similar que vai da criança para a mãe. Um exemplo típico desta comunicação é a manifestação de choro da criança para obter a atenção de alguém que esteja perto, mostrando sua necessidade de alimentação. No intuito de remover a tensão da fome a criança precisa mudar seu ambiente externo, e para isso manifesta-se através da emoção. A comunicação que ocorre na diade consiste de processos circulares. Pode-se dizer que a comunicação entre mãe e filho é diferente da dos adultos, já que a última vale-se basicamente da mesma categoria de símbolos verbais ou gestuais e a da mãe com o bebê compõe-se apenas de sinais. Este intercâmbio entre a dupla está presente mesmo quando a mãe não está consciente dele, e exerce a função de modelar a psique infantil.

Spitz (2000) aponta que na primeira infância o afeto tem um papel de comunicação, de modo que, consciente ou inconscientemente, tanto a mãe como o filho percebem o afeto do outro e respondem a ele. Para o autor, a mãe exerce ainda um outro papel que não apenas o afetivo ou modelador da psique do filho: o de satisfazer os desejos do bebê, aceitando suas pulsões agressivas e libidinais.

Segundo o pensamento de Spitz (2000), nesse período o bebê tem dois objetos: o bom, que está voltado para a libido; e o mau, contra o qual é dirigida a agressão. No começo desse estágio existe um ego rudimentar, pelo qual a criança aprende a distinguir o objeto mau e o objeto bom. Para ela, o primeiro recusa-se a satisfazer sua necessidade, e por isso ela o agride; e o segundo satisfaz suas necessidades, e é para ele que ela dirige sua libido. Chega-se a um ponto em que a mãe é como uma totalidade, e com o passar do tempo o correto é que os aspectos bons da mãe prevaleçam sobre os maus. Conseqüentemente, o objeto bom parece predomi-





nar nessa fusão, e é provavelmente por isso que o objeto libidinal também foi chamado de objeto de amor.

Desta forma pode-se afirmar que, a partir do momento em que a mãe se torna única para o bebê, as pulsões são dirigidas para um único objeto e iniciam-se as verdadeiras relações objetais. No entanto, se for supressa da criança uma das pulsões ou for facilitada uma outra, pode-se se dar início a relações objetais malformadas. Spitz (2000, p.174) lembra, ao citar Katherin e Wolf, que “As relações objetais normais com a mãe constituem um pré-requisito para a capacidade de a criança relacionar-se com as coisas e dominá-las.”

Partindo deste pressuposto, Spitz (op. cit) ressalta que a mãe é o parceiro ativo e dominante na relação mãe-bebê, e que se podem levantar duas hipóteses. A primeira é que os distúrbios maternos se refletem em perturbações na criança; a segunda é que, como consequência das influências psicológicas da mãe sobre a criança, a relação mãe-filho torna-se insatisfatória, podendo ser dividida em duas categorias: as relações inadequadas e as relações insuficientes.

A respeito das relações inadequadas, Spitz (2000) afirma que elas podem conduzir a uma série de distúrbios na criança, visto que a mãe não apresenta qualidade em relação aos cuidados com o bebê.

Nesta categoria de relações inadequadas a personalidade materna é incapaz de oferecer ao bebê uma relação normal, o que nos leva a afirmar que a mãe poderia ser um agente provocador das chamadas *doenças psicotóxicas da primeira infância*. Estas resultam dos seguintes padrões de comportamento materno: rejeição primária manifesta; superpermissividade ansiosa primária; hostilidade disfarçada em ansiedade; oscilação entre mimo e hostilidade; oscilação cíclica de humor da mãe e hostilidade conscientemente compensada.

Spitz (2000) subdivide a rejeição primária manifesta em ativa e passiva. No caso da ativa, a atitude da mãe consiste em uma rejeição a toda a maternidade, incluindo a gravidez e a criança, o que leva freqüentemente à morte, ou, na melhor das hipóteses, à doação do filho. Na rejeição passiva, o autor lembra que o recém-nascido torna-se “comatoso”: apresenta palidez extrema e sensibilidade reduzida. Na opinião desse autor, a rejeição materna passiva não é dirigida contra a criança, mas contra o fato de ela ter uma criança; ou seja, sua rejeição é relativa à maternidade. Entende ele que essa atitude da mãe está relacionada a sua história individual, a sua relação com o pai da criança, à elaboração de seus conflitos edípicos.

Na superpermissividade ansiosa primária o que ocorre é uma

superproteção materna, ou seja, um exagero de mimos. A mãe superpreocupada apresenta uma menor capacidade de distinguir o que realmente seu filho tem, pois o sentimento de culpa a impede de distinguir a necessidade real do filho.

Na hostilidade disfarçada em ansiedade manifesta, Spitz (2000) observou que as mães com este comportamento apresentavam uma grande hostilidade inconscientemente reprimida, manifesta através de uma atitude de ansiedade na relação com o filho. Essas mães têm um comportamento bastante notável. Não gostam, por exemplo, de tocar em seus filhos, pois em sua psique têm a impressão de que qualquer movimento falso pode machucá-los. Isso nada mais é que supercompensação pela hostilidade inconsciente. Com este comportamento a mãe priva a criança da identificação primária, uma experiência de suma importância para o bebê, pois através dela ele passa a diferenciar-se da mãe e pode formar identificações secundárias, preparando-se para a autonomia e independência.

Outro comportamento inadequado da mãe é a oscilação entre mimo e hostilidade. Neste padrão, as mães apresentam um comportamento extrovertido, com facilidade para fazer contato, porém com uma personalidade infantil, não controlando suas agressões, emoções negativas e hostilidade. Desta forma o bebê torna-se uma válvula de escape para suas emoções instáveis, ficando exposto a intensas demonstrações tanto de amor e carinho como de hostilidade e fúria, o que torna a relação mãe-bebê distante do equilíbrio e da intimidade. Segundo Spitz (2000), o resultado desta relação inadequada é que a criança apresenta dificuldades de se adaptar ao meio social.

Na oscilação cíclica de humor da mãe, o comportamento de amor pelo bebê é exagerado. A mãe apresenta uma incapacidade ansiosa de afastar-se do filho que oscila até à rejeição. Essas mães apresentam depressão ou distúrbios psiquiátricos. Em consequência da ambivalência materna, a criança apresenta um estado afetivo de depressão. A criança identifica-se com as características externas do comportamento da mãe e com atividades afetivas do objeto, que são atitudes contra e a favor, o que leva a criança a apresentar comportamento correspondente ao da mãe. A criança sofre o que equivale à perda do objeto bom.

A mãe com oscilação de humor bloqueia o desenvolvimento normal (integração do objeto bom e mau) do bebê. Sua mudança radical de atitude emocional transforma o objeto bom em mau, não havendo uma integração dos objetos. Como resultado, a criança acaba por incorporar as características da mãe.



Spitz (op.cit) aponta um último comportamento inadequado da mãe, que seria o de hostilidade materna conscientemente compensada. Neste caso a mãe usa a criança como satisfação narcisista, e não como objeto de amor; mas, diferentemente dos outros comportamentos inadequados, aqui a mãe tem consciência de sua forma inadequada de agir com o filho, sente-se culpada e supercompensa a criança por outro meio (“doçura melosa”). Os pais que apresentam esta conduta com o filho mostram um comportamento exagerado e exibicionista.

Spitz também faz referências a relações insuficientes, que dizem respeito ao fator quantitativo como responsável pelas doenças de carência afetiva. A mãe se ausenta fisicamente por motivo de hospitalização do filho, morte, ou moléstia, e em consequência disso a criança é privada dos cuidados maternos. Essa privação pode ser total ou parcial, sendo que o sofrimento da criança será equivalente a sua privação.

A privação afetiva parcial da mãe ocorre na depressão anaclítica. Nesta síndrome a criança apresenta as seguintes características: choro persistente, perda de peso, insônia, grande suscetibilidade a resfriados, atraso no crescimento da personalidade. Quando o choro e todos esses sintomas se acalmam há o surgimento de rigidez na expressão facial e a criança fica com o olhar distante, o rosto frio e imóvel. O mais importante dessa síndrome é que, para a maioria das crianças, a volta da mãe constitui um fator decisivo para sua recuperação. No entanto, se a separação ultrapassa cinco meses, a criança incorpora outros sintomas e desenvolve o que Spitz denomina hospitalismo, que consiste na privação afetiva total. A criança apresenta, então, sintomas de progressiva deterioração, que pode ser irreversível. A respeito Spitz (2000. p.28) afirma que:

(...) os cuidados da mãe proporcionam ao bebê a oportunidade para ações afetivamente significativas no quadro das relações objetivas. A ausência da mãe equivale à carência emocional. Vimos que isso leva à deterioração progressiva, envolvendo toda a criança. Tal deterioração manifesta-se primeiramente por uma interrupção do desenvolvimento psicológico da criança; iniciam-se, então, disfunções psicológicas paralelas a mudança somática. No estágio seguinte, isso acarreta uma predisposição crescente à infecção e, finalmente, quando a privação emocional continua no segundo ano de vida, leva a uma taxa extremamente alta de mortalidade.”

Tanto a depressão anaclítica como o hospitalismo causam danos às relações objetivas, o que leva a uma suspensão, parcial ou total, do desenvolvimento de todos os setores da personalidade.

3. VÍNCULO AFETIVO

Para Klaus e Kennell (1992), os primeiros sentimentos em relação ao vínculo afetivo por parte do bebê se iniciam, necessariamente, no primeiro contato; por isso eles enfatizam a importância de um contato precoce nas primeiras horas após o nascimento. Nos primeiros minutos de vida o bebê é capaz de distinguir a voz, o cheiro e o ritmo cardíaco da mãe, e isso significa que, desde o nascimento, ele apresenta um sistema de comportamentos ativado.

Não obstante, para Bee (1996), o contato inicial nem sempre é suficiente para a formação de um vínculo afetivo. O essencial é que os pais tenham a oportunidade de desenvolver um padrão comum de comportamento para o estabelecimento do apego. Independentemente de quando tenha sido estabelecido, autores como Bowlby (1984), Bee (1996), Klaus e Kennell (1992) concordam que o apego é um comportamento crucial para o desenvolvimento e sobrevivência do bebê. Cunha (1991) afirma que o apego adequado estrutura o ego do bebê, proporcionando o desenvolvimento dos processos cognitivos e afetivos.

Segundo Vayer (1999), apego é um termo utilizado para descrever a busca do bebê de aproximar-se da mãe para sentir-se seguro em face de sua presença. Quando a mãe é sensível às respostas do filho e atende imediatamente ao seu chamado, adaptando-se às necessidades dele, ela está permitindo ao bebê um apego seguro; no entanto, se a mãe responde ao bebê conforme suas próprias necessidades, e não as do bebê, estará propiciando um apego inseguro por parte do filho. Para Pichon-Riviere (2000 p.14), o vínculo pode-se definir como uma relação particular com o objetivo. A respeito do vínculo mãe-bebê afirma:

“Quando a criança depende totalmente de seu objeto mãe deposita partes internas nela, e quando a mãe faz o mesmo, ou seja, deposita na criança partes interna dela, ocorre entre ambas um entrecruzamento de depósito, criando para cada um delas dificuldades para reconhecer o que é propriamente seu. A situação extrema seria a da primeira relação da criança com o peito da mãe, estabelecendo-se inicialmente uma relação parasitária, que em seguida se torna simbiótica, no sentido de que há intercâmbio de situação emocionais e de afeto. Se essa situação de simbiose vai diminuindo, há um determinando momento em que o objeto e o sujeito tem um limite preciso já não estão mutuamente confundidos mas sim diferenciado.”



Ao nascer, a criança estabelece sua primeira relação com o objeto (mãe) por meio de uma série de processos de interação e projeção, e com essa relação constrói seu mundo interno. Assim, primeiro o vínculo é externo, depois interno e novamente externo, como uma espiral, permitindo à criança configurar as noções de limites entre o que é parte dela e o que faz parte do objeto.

O vínculo entre a mãe e seu bebê é um importante mecanismo para o desenvolvimento da criança, já que através da mãe o bebê passa a reconhecer o mundo à sua volta. A respeito desta afirmativa Bowlby (1984 p.198) observa:

“Acredita-se que os próprios sistemas comportamentais se desenvolvem no bebê como resultado de sua interação com o meio ambiente de adaptabilidade evolutiva e, em especial, de sua interação com a principal nesse meio, ou seja, a mãe.”

Bowlby (1997) propõe que o vínculo entre indivíduos desenvolve-se inicialmente para satisfazer certos impulsos (como, por exemplo, o de alimentação, na infância), os chamados impulsos primários e secundários; isso porque a criança apresenta certas necessidades fisiológicas que precisam ser satisfeitas, como a alimentação e o conforto. Sendo assim, o comportamento do bebê de se apegar à mãe é natural e essencial para um desenvolvimento saudável. Não obstante, Bowlby afirma que o vínculo afetivo ocorrerá onde existe um relacionamento íntimo e contínuo, no qual tanto a mãe quanto o bebê encontrem satisfação e prazer.

Para Bee (1996), a formação de vínculo se dá através de uma verdadeira mutualidade, mas isso exige tempo. Assim que a mãe estabelece um vínculo com o bebê, gradualmente este apegar-se a ela.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a ligação afetiva entre a mãe e o bebê consiste em um processo contínuo, que começa no início da gestação, quando se confirmar a gravidez, pois entende-se que aceitá-la é um indício de estabelecimento de futuro vínculo.

O nascimento precoce impede o estabelecimento de um vínculo adequado, que é necessário, pois ao nascer, o bebê pré-termo é acomodado em uma incubadora, perdendo o contato com a mãe. Neste sentido, Maldonado (1979) ressalta que o vínculo fica abalado, principalmente por causa da separação abrupta que aconteceu e da internação do bebê no hospital. Observa que, passado o tempo e quando o bebê ganha peso

e condições para ir para casa, os pais sentem dificuldade em estabelecer vínculo com o filho.

Para evitar este tipo de problema os profissionais da saúde enfatizam a importância de encorajar os pais a interagir com o filho ainda na UTI, falando, tocando e principalmente desenvolvendo o Método Mãe-Canguru, um tipo de assistência que implica em contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido.

4. A RELAÇÃO DA DÍADE NA UTI NEONATAL: ACOMPANHANDO DUPLAS DE MÃE- BEBÊ

A presente pesquisa abrangeu 6 duplas de mãe-bebê, estando os RNs prematuros internados na UTI neonatal do Hospital Universitário de Maringá, o que facilitou o interesse pela observação da regularidade da presença da mãe na unidade e de seu impacto sobre o bebê.

As observações se desenvolveram de forma direta, baseadas no modelo de observação proposto por Esther Bick em 1948 na Clínica Tavistock, na cidade de Londres. Ali elas ocorriam em visitas semanais, em horário previamente combinado com a família do bebê, do nascimento até o término do segundo ano de vida. Adequando-se este método aos objetivos desta pesquisa, definiu-se a observação da dupla no tempo compreendido entre o nascimento e a alta hospitalar, no período de novembro de 2003 a fevereiro de 2004.

Este modelo de observação consiste em uma técnica em que o observador deve anotar o maior número possível de detalhes e descrever o desenvolvimento da relação entre a mãe, o bebê e o meio ambiente, para compreender os aspectos inconscientes do comportamento. Nas observações que ocorreram neste estudo, foram levados em consideração os principais aspectos da relação mãe-bebê, o vínculo afetivo, o comportamento inadequado e insuficiente da mãe, bem como a capacidade da mãe de adaptar-se às necessidades do filho hospitalizado.

Às observações foram associados dados de prontuários médicos e uma entrevista semi-estruturada, contendo perguntas norteadoras sobre a gestação e o nascimento do bebê. Esta metodologia foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá, sem restrições.

Os resultados obtidos foram esquematizados a partir de cada dupla observada, sendo apresentados a seguir, através de vinhetas clínicas:

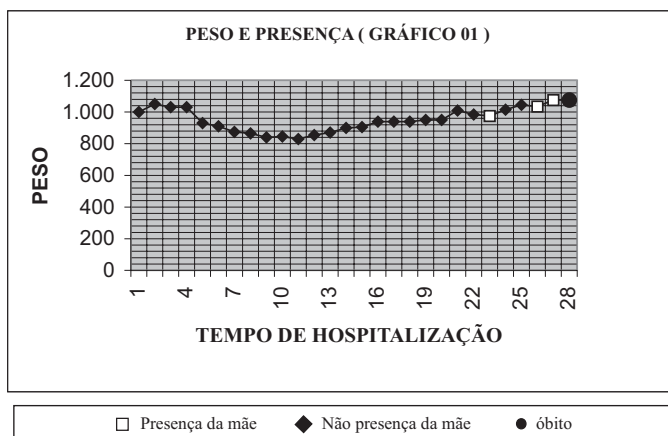


4.1 VINHETA CLÍNICA 01

Adolescente, 18 anos, estudante, primeira gestação, filho não planejado, fumante durante toda a gravidez. Risco de aborto espontâneo no início da gestação, com indicação de repouso durante a gravidez. Ao descobrir que estava grávida a adolescente não teve apoio da família, apenas do namorado, com quem está há dois anos. O parto natural se realizou quando o bebê estava com 28 semanas. O nascimento do filho, segundo a mãe, trouxe-lhe um ambivalência muito grande, pois ao mesmo tempo que queria ter o filho em seus braços para vê-lo, não queria que nascesse, por medo dos cuidados que teria que oferecer ao bebê.

Durante toda a gestação imaginava que o filho fosse nascer gordinho e saudável, mas o RN1 (recém-nascido) nasceu com 1.000g, sendo, portanto, pequeno. Foi acomodado em incubadora aquecida e mantido sob ventilação pulmonar mecânica, já que seu sistema respiratório encontrava-se imaturo, devido ao nascimento precoce.

O RN1 esteve internado na UTI neonatal por 28 dias e teve a visita da M1 (mãe) em apenas 4 dias, vindo a óbito por insuficiência respiratória.



O gráfico permite ilustrar um primeiro ponto, que seria o da incapacidade da mãe em se colocar à disposição das necessidades do filho desde o início da gestação. Tal comportamento permitiria classificá-la (segundo Winnicott) como mãe insuficientemente boa, por dois motivos. O primeiro diz respeito ao fato de, durante a gestação, a mãe não ter conseguido deixar de fazer algo que lhe trazia prazer (fumar) para atender às necessidades do feto, com vista a um desenvolvimento saudável. O segundo refere-se ao fato de a mãe não conseguir o “*holding*” e a “*handling*”, verbalizados através de seus sentimentos ambi-

valentes ante o fato de ter estado com o filho por apenas 4 vezes durante 28 dias. Essa dificuldade fica exemplificada no relato de uma das observações dessas raras visitas:

“Quando cheguei na unidade, a mãe estava sentada em um banco ao lado da incubadora, de forma que conseguisse tocar e olhar para o filho, que se encontrava entubado e dormindo devido ao medicamento. A mãe toca na criança com apenas um dos dedos da mão e seu olhar apresentava-se distante e distraído, não estando voltado para criança. Durante toda a observação, a mãe não esboçou um olhar, nem toque mais íntimo e intenso em direção ao filho”.

Diante da inconstância da presença da mãe e do seu não-envolvimento com o filho, comprovados pela sua **ausência** da unidade, podemos supor que não houve o estabelecimento de um vínculo afetivo. Isso talvez possa ser justificado pelo não-desejo de ter um filho, pelo nascimento não previsto (antecipado), portanto precoce, e ainda pela dificuldade em fazer a transição entre o bebê imaginário e o real, considerando-se a descrição que fez sobre como imaginava seu bebê. Todos esses aspectos podem ter-se refletido de forma decisiva no desenvolvimento do RN1, levando-o a um desfecho desfavorável, que foi o seu óbito. Tal comportamento nos remete ao questionamento da possibilidade de ter ocorrido o que Spitz denomina de *rejeição primária manifesta*, uma atitude da mãe que consiste em uma rejeição a toda a maternidade, incluindo a gravidez e a criança, o que leva freqüentemente à morte.

4.2 VINHETA CLÍNICA 02

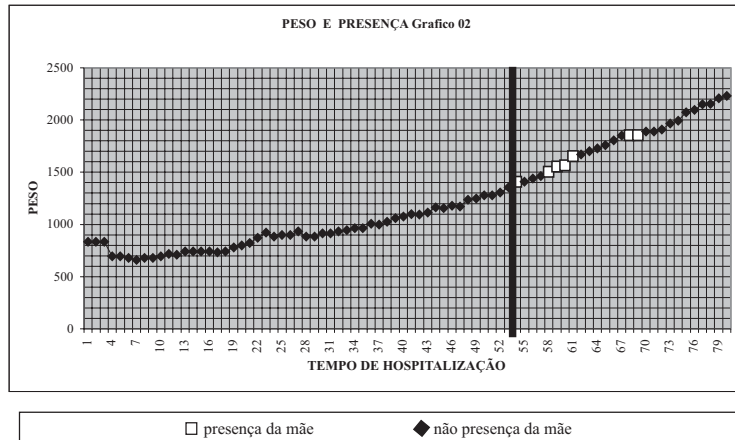
Adolescente, 19 anos, casada, dona de casa, primeira gestação, gravidez não planejada, porém desejada. No início da gestação sentiu enjôo e precisou ficar em repouso, pois apresentou perda de líquido amniótico. Quando descobriu que estava grávida teve todo o apoio do marido. O parto, natural, realizou-se quando o bebê estava com a idade gestacional de 26 semanas. O nascimento, segundo a mãe, trouxe-lhe ansiedade e medo de perder o filho, porquanto sabia que o parto precoce teria como consequência a ida do RN2 para UTI.

O RN2 nasceu com 835g; foi acomodado em incubadora aquecida e mantido sob ventilação pulmonar mecânica, já que seu sistema respiratório encontrava-se imaturo, devido ao nascimento precoce.

O RN2 ficou hospitalizado por oitenta dias, com a presença



da mãe em sete desses dias. O gráfico permite visualizar que a mãe tenha possivelmente demorado um certo tempo para elaborar o bebê imaginário e aproximá-lo do bebê real, aspecto este que pode ser justificado por sua ausência na UTI neonatal nos primeiros cinquenta e três dias de vida do filho.



Nesse período de ausência da mãe é possível perceber, observando-se o gráfico, que o RN2 inicialmente apresentou dificuldade em ganhar peso, mas a partir da primeira visita da M2 (54 dias) passou a ganhar peso de forma considerável, pulando de 1.355g para 1.410g e apresentando uma melhora na respiração, sendo possível a retirada da ventilação pulmonar mecânica. Esses acontecimentos foram como que um sinal consistente por parte do RN2 para sua mãe, que favoreceu o investimento por parte de M2 na relação mãe-bebê. Este fato pode ser confirmado observando-se os próximos vinte e sete dias em que o bebê ainda esteve hospitalizado, com a mãe mais presente e com o desenvolvimento apresentado pelo RN2.

É possível perceber que há uma diferença bastante acentuada no gráfico (marcada por uma linha vertical mais forte), entre o período de 53 dias em que a M2 não estava presente, com dificuldade do RN2 para ganhar peso, e o período de 27 dias após a participação da M2 nos cuidados, pois o bebê passou a ter um desenvolvimento constante, com mais ganhos do que perdas. O comportamento da M2 mostrou sua capacidade em colocar-se à disposição das necessidades do filho, o que permitiria incluí-la no que Winnicott classificaria como mãe suficientemente boa, pelo fato de conseguir o “*holding*” e a “*handling*”, observados através de seus comportamentos. Apesar das poucas vezes em que esteve presente, esta mãe conseguiu corresponder às necessidades do filho nos dias em que veio até o hospital.

Essas atitudes ficam exemplificadas no relato de uma das observações dessas visitas:

“Ao chegar na unidade encontrei a mãe com o filho no colo na posição ‘canguru’, que consiste em ficar sentada em uma cadeira com o bebê colocado em seu peito, com a cabeça virada e com o ouvido voltado para o coração da mãe. Neste primeiro momento a criança chora, mais é acariciada pela mãe e acalma-se. A mãe fica fazendo carinho e murmura uma canção para o filho, até que foi possível verificar que seus olhos se fecharam e dormiu. A dupla permaneceu junta por mais ou menos uma hora. Quando o bebê foi colocado novamente na incubadora pela mãe teve um ataque apnéptico, parou de respirar, ficou todo roxo, com os braços para cima. A mãe ficou apavorada, as mãos tremiam, suava frio pelo rosto, mas isso não a impede de colocar a mão no peito do filho e mexê-lo em movimentos bruscos enquanto gritava pela enfermeira, que colocou rapidamente um aparelho respiratório (bomba de oxigênio) no bebê. Aos poucos o bebê voltou a respirar sozinho e o aparelho foi retirado; enquanto isso a mãe permaneceu ao lado do filho o tempo todo, tocava em sua mão peito, enfiou todo o corpo. Quando o bebê encontrava-se estabilizado porém acordado, a mãe o tocava e de seus olhos lágrimas escorriam” (M2).

Esta mãe demonstrou assim um adequado envolvimento com o filho, levando-nos a supor que a pouca presença da mãe não impediu a constituição de um laço afetivo importante entre a mãe e o bebê, que repercutiu de forma positiva em seu desenvolvimento, contribuindo para sua alta da unidade. Esta dificuldade em estar presente em várias situações na UTI foi justificada pela mãe por seu temor de perder o filho amado, ameaça concreta presente desde o início da gravidez, pois apresentava perda do líquido amniótico. Tudo isso pode ter impedido a idealização do bebê e dificultado a entrada da mãe em contato com seus conteúdos internos de um bebê imaginário, obrigando-a a construir um bebê imaginário distante do bebê real. O medo de perder se amplifica após o nascimento, com a ida do RN2 para a UTI, levando-a à aceitação do bebê real, que corre risco de vida.

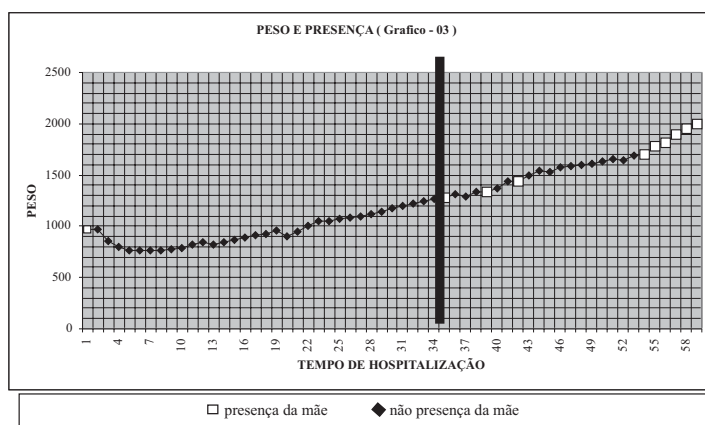
Neste caso também foi possível observar a comunicação da díade (assim definida por Spitz), que pressupõe um gradiente de comunicação que vai da mãe para o bebê e do bebê para a mãe. Nesta observação, quando o bebê estava no colo da mãe, relaxou tanto que chegou a dormir; porém quando foi colocado na incubadora respondeu negativamente, apresentando uma apnéia, o que provocou uma resposta de angústia na mãe.



4.3 VINHETA CLINICA 03

Adolescente, 14 anos, estudante, primeira gestação, gravidez não planejada. No início da gestação apresentou muito enjôo. Quando descobriu que estava grávida, teve todo o apoio de sua família. O parto, natural, realizou-se quando o bebê apresentava a idade gestacional de 27 semanas. O nascimento da filha, segundo a mãe, trouxe medo, quando ela soube que o bebê teria que ir para a UTI. Durante a gestação, imaginava estar grávida de um menino, gordinho, mas teve uma criança do sexo feminino, com o peso de 965g, que foi acomodada em incubadora aquecida. Percebe-se assim que o bebê imaginário nada tinha a ver com o bebê real.

O RN3 ficou hospitalizado por cinquenta e nove dias, tendo a presença da mãe em 10 dias do tempo de internação. Importante lembrar que essa mãe era uma adolescente que morava com a própria mãe, da qual dependia para deslocar-se de sua cidade para a cidade onde o RN estava. Isso não nos impede de considerar que, além dessa dependência, pode ser que M3 tenha precisado de um tempo para fazer a transição de identidade do papel de filha para o papel de mãe, como aponta Cunha (2004).



O gráfico permite visualizar que há uma diferença considerável entre o período em que a M3 não esteve presente (34 dias) e o período em que passou a participar do desenvolvimento do RN3, ou seja, os próximos 25 dias desse processo de hospitalização. A demora na primeira visita pode ser justificada pela dificuldade da M3 em adaptar-se à vinda da filha, considerando-se que essa mãe, sendo uma adolescente, ainda não tinha desenvolvido o que Winnicott chamou de preocupação materna primária, que nada mais é que um estado de sensibilidade aumentada em relação às necessidades do bebê.

Podemos considerar que essa falta de sensibilidade é perfeita-

mente explicável neste caso, por se tratar de uma mãe que passou por um parto precoce, para o qual não se encontrava ainda preparada nem psicológica nem fisicamente, sem tempo para desenvolver uma preocupação materna primária, já que normalmente esta capacidade se consolida ao final da gestação.

É provável que a ausência por um período longo no processo de hospitalização da filha tenha ocorrido por uma necessidade da mãe em elaborar o luto do bebê imaginário (verbalizava espontaneamente que tinha imaginado a gestação de um jeito e ocorreu de outro). Quando se consolidou esse encontro entre o bebê real e o bebê imaginário houve uma aceitação do bebê real, ficando mais fácil o estabelecimento do vínculo afetivo. Essas atitudes ficam exemplificadas no relato de uma das observações dessas visitas:

“A criança está no quinquagésimo sexto dia de vida, acaba de ser transferida para o Alojamento Conjunto (fase em que o bebê já apresenta condições de receber alta, apenas a mãe precisa aprender como cuidar corretamente do bebê), estando com o peso de 1.820 gramas.

Ao chegar no quarto, a mãe3 estava dormindo no leito 03. Ao lado de sua cama encontrava-se um berço, na qual estava sua filha, acordada, descoberta, bastante agitada; suas pernas e braços não paravam de se mover, se levantam e abaixam; ela dá uns gritinhos finos, mas a mãe continua a dormir.

A criança permanece agitada, tanto que nesse momento seu corpo começa a escorregar no berço, as perninhas ficam dependuradas por entre as grades, começa a soluçar, parece estar bastante incomodada. Isto é possível perceber por sua expressão facial, que está enrugada. Passados alguns minutos a criança novamente grita, agora mais alto; resmunga, esboça começo de choro, em seguida chora baixo e fino; mas como não obtém resposta alguma da mãe, que continua a dormir, começa a chorar alto, soluça, em seu rosto chegam a escorrer lágrimas. A mãe do leito ao lado (02) sentiu-se incomodada com a situação e acordou a mãe 3. Quando acordada, pegou a filha no colo a aclamou – a, que logo parou de chorar em seguida enrolou-a na coberta e a colocou no seio; a criança suga-o sem parar. Durante a amamentação a mãe 3 está totalmente voltada para a criança; sua cabeça está para baixo com o olhar em direção ao olhar da filha, que suga o seio com os olhos abertos, olhando em direção à



mãe. Passados alguns minutos a criança relaxa completamente o corpo, a mãe a tira do seio, fica com ela no colo, Aos poucos a criança fecha os olhos e dorme. A mãe a coloca novamente no berço, agora coberta, e volta a dormir”(M3).

Com esta observação parece ficar clara a falta da preocupação materna primária, visto que a mãe estava voltada a sua necessidade de dormir, tendo pouca sensibilidade para com as necessidades da filha; porém também foi possível perceber que, quando estimulada, a M3 foi capaz de distinguir através do choro da filha qual sua real necessidade, o que nos permite supor que, com o tempo, a M3 terá sua sensibilidade desenvolvida, proporcionando um “*holding*” adequado a seu bebê.

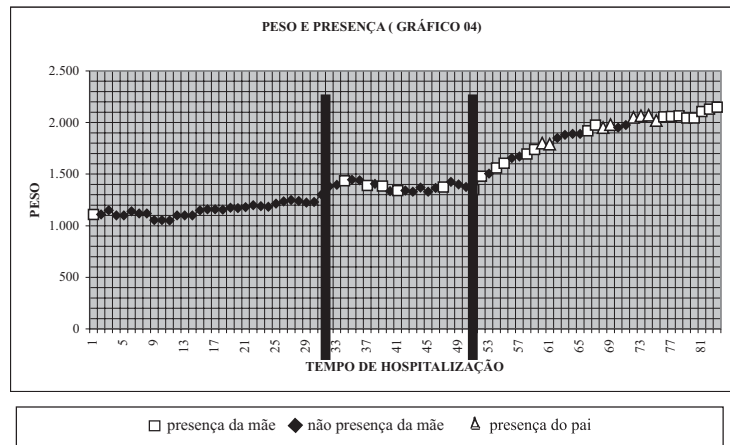
A partir da participação mais ativa da M3 na relação com o RN3 parece ter havido uma minimização do impacto do nascimento prematuro, visto que depois dos 34 dias de vida o RN3 passou a apresentar um desenvolvimento constante e mais rápido, comparado com o período em que a mãe não esteve presente.

4.4 VINHETA CLINICA 04

Adolescente, 16 anos, casada há um ano, primeira gestação, gravidez não planejada. Durante a gestação apresentou enjôo e teve de ficar em repouso por causa da hipertensão. Quando descobriu que estava grávida, teve todo o apoio de sua família. Alguns dias antes do parto apresentou-se agitada, não reconhecia as pessoas, passou a conversar sozinha e a ter alucinações visuais e auditivas. Após avaliação psiquiátrica detectou-se um transtorno mental, diagnosticado como esquizofrenia. O parto, cesariano, foi indicado por grave sofrimento fetal e pela hipertensão materna, no período gestacional de 29 semanas. Segundo a mãe, o nascimento da filha trouxe muita angústia.

Durante a gestação a M4 imaginava que o bebê seria uma menina, gordinha e saudável, mas seu bebê nasceu com 1.110g, sendo acomodado em incubadora aquecida e mantido em ventilação pulmonar mecânica. O RN4 esteve hospitalizado por oitenta e três dias, tendo a presença da mãe em vinte e três dias e do pai em oito dias, totalizando trinta e um dias de acompanhamento, o que equivale a 37,5 % do tempo de hospitalização

O gráfico permite visualizar que durante todo este tempo foi possível observar diferenças entre o cuidado materno e o paterno, influenciando decisivamente o desenvolvimento desta criança.



Levando-se em consideração o fato de tratar-se de uma mãe que apresentava uma patologia grave (esquizofrenia), podemos supor que seu comportamento tenha destacado pontos importantes, que podem ter desestabilizado o crescimento físico e psicológico da filha. O comportamento mais claro observado foi a oscilação do humor, já que em alguns momentos encontrava-se agitada e logo depois em completo embotamento afetivo, comprometendo assim a relação entre a mãe e o bebê.

Para Spitz (2000), esta oscilação de humor da mãe faz com que a criança se identifique com todas essas fases do comportamento materno externo, sendo levada a sentir sua mãe em alguns momentos a favor e, em outros, contra ela. Isso fica evidenciado na oscilação observada no gráfico no intervalo entre os dias 33 e 53. O que podemos perceber é que às vezes a mãe apresentava atitudes coerentes, que permitem a formação de relações objetivas, para logo após oscilar em seu comportamento, apresentando à criança um novo objeto exatamente contraditório ao primeiro.

Winnicott, que tem um pensamento parecido a respeito, aponta que quando a mãe é incapaz de adaptar-se às necessidades do filho, produz-se uma distorção na organização desse ambiente, o que leva a criança a uma posição defensiva. Se o ambiente encontra-se desorganizado para a criança, isso significa que a mãe não encontra condições de apresentar à criança experiências repetidas e de oferecer continuidade para que o bebê possa sozinho reparar falhas normais maternas.

Neste caso essa consideração de Winnicott fica muito clara na apresentação do objeto (seio), que pode ser observada em três situações:

1º Situação: “Encontrei a mãe na sala de televisão do hospital, deitada no sofá com o olhar distante, com comportamento de completo embotamento afetivo; a criança estava em outro sofá ao lado da mãe, descoberta e chorosa. A mãe nada fazia, continuava parada e distante.”





2º Situação: “Durante a noite, segundo a própria mãe, começaram “aquelas coisas”, alucinações; ela ficou com medo e acabou por deixar a filha cair de seus abraços.”

3º Situação: “Agora a mãe encontra-se em situação coerente e a criança está com fome. Coloca-a no seio, mas ela não aceita, entra em posição defensiva e empurra com as mãos o seio da mãe, chora muito e apenas aceita ser alimentada quase uma hora depois, quando já estava calma; mas tomou o leite no copinho.”

Essas situações permitem perceber que a mãe, devido à sua oscilação comportamental, não foi capaz de ser suficientemente boa, proporcionando uma desorganização psíquica na filha e levando-a a uma posição defensiva.

Complementarmente, considerando o pai como outro provável cuidador, podemos perceber que esse pai foi capaz de adaptar-se às necessidades da filha de forma satisfatória, satisfazendo-as quando necessário. Isso pode ser observado na seguinte situação:

“A criança encontra-se muito agitada, nada a acalma; chora e a enfermeira tenta acalmá-la, pegando-a no colo, mas não resolve. O pai chega e pega-a no colo e, como por mágica, a criança pára de chorar. Em seguida é colocada no colo do pai na posição ‘canguru’, e em pouco tempo ficou relaxada, chegando a fechar os olhos e acabando por dormir tranqüila.”(P4)

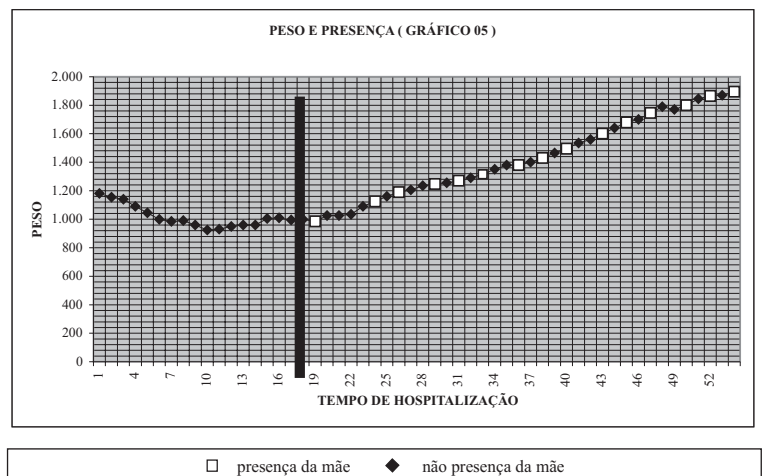
Essas oscilações entre o cuidado materno insuficientemente bom e o paterno suficientemente bom, sem regularidade ou continuidade, refletiram-se de forma negativa no desenvolvimento da criança, o que pode ser observado na oscilação em seu peso e no prolongamento de seu tempo de internação.

4.5 VINHETA CLINICA 05

Mulher de 34 anos, casada há dois anos, primeira gestação, não planejada. Sentiu muito enjôo no início da gravidez. Quando descobriu que estava grávida teve apoio de marido. O parto, natural, realizou-se quando o bebê estava com a idade gestacional de 28 semanas. Segundo a mãe, o nascimento precoce trouxe sentimento de culpa, pois estava carregando coisas pesadas quando começou a se sentir mal e precisou ser hospitalizada.

Durante a gestação a M5 se imaginava grávida de um menino, que nasceria gordinho e saudável; mas acabou por nascer uma criança com 1.180g, acomodada em incubadora aquecida e mantida sob ventilação pulmonar mecânica.

O RN5 esteve hospitalizado por cinquenta e quatro dias, sendo que a mãe esteve presente em quinze dias. O gráfico permite visualizar que a primeira visita da M5 ocorreu no décimo oitavo dia de vida do RN5. Essa demora nos faz levantar a hipótese de que a M5 tenha tido certa dificuldade em elaborar a situação do parto precoce e a hospitalização do filho; porém a partir da primeira visita estabeleceu um vínculo afetivo com este, o que a fez participar mais ativamente no processo do filho, favorecendo seu desenvolvimento.



Aqui podemos perceber a capacidade da mãe de se colocar à disposição das necessidades do filho, minimizando o impacto desta internação na unidade. No momento em que ela passou a participar com mais intensidade e regularidade no processo de hospitalização do filho percebe-se que há significativamente mais ganhos do que perdas de peso. Tal resultado permitiria classificá-la como *mãe suficientemente boa*, pelo fato de conseguir o “*holding*” e a “*handling*”. Em algumas situações, apesar dessa presença, também foi possível perceber que o sentimento de culpa que verbalizava a impedia muitas vezes de se relacionar mais intimamente com o filho.

Essa duplicidade de situação fica exemplificada no relato de uma das observações dessas visitas:

“O bebê está no quadragésimo sétimo dia de vida com 1745g. Ao chegar no semi-intensivo encontrei a mãe5 com o filho no colo, colocando-o em um uma bancada para trocá-lo. Retirou a roupa, colocou nova fralda, e com a ajuda da enfermeira, deu banho. A criança permaneceu calma em todo o processo, relaxando bastante quando foi colocado na água. Em seguida a mãe5 a enxugou, colocou roupa e sentou-se em uma cadeira para amamentá-la.

Durante a mamada a criança suga muito bem, tudo ocorre normalmente, mãe e filho em completa simbiose; porém a





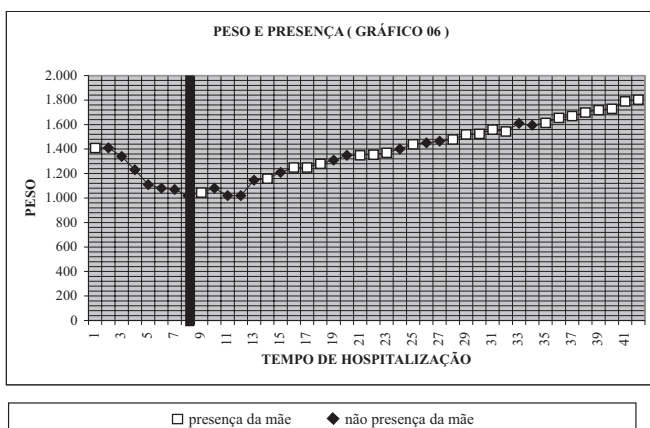
criança começa a soluçar, e a mãe imediatamente começa a ficar pálida e suar frio; chama a enfermeira desesperadamente, dizendo que seu filho está parando de respirar. A enfermeira diz à mãe que não, que seu filho está apenas soluçando, que é normal acontecer, já que acabou de tomar banho e ficou certo tempo exposto ao frio.”(M5)

Este caso permite perceber que o sentimento de culpa impede a mãe de perceber a real necessidade do filho, a qual no momento apenas era de ser aquecido para cessar os soluços. Tal comportamento nos remete ao questionamento da possibilidade de ter ocorrido o que Spitz denomina de *superpermissividade ansiosa primária*.

4.6 VINHETA CLINICA 06

Mulher de 22 anos, casada há dois anos, primeira gestação, não esperava estar grávida, porém sempre quisera ser mãe. Apresentou enjôo até o começo do sexto mês, precisou ficar em repouso por causa da hipertensão produzida pelo estado gestacional. O parto, cesariano, realizou-se quando o bebê estava com a idade gestacional de 29 semanas. Segundo a mãe, o parto trouxe muita ansiedade, pois nunca pensara que a filha teria que ir para a UTI. Durante a gestação imaginava que a filha seria uma criança saudável, entretanto seu bebê nasceu com 1.410g, sendo acomodado em incubadora aquecida.

O RN6 ficou hospitalizado por quarenta e dois dias, tendo a presença da mãe em vinte e cinco destes dias. O gráfico permite visualizar que, diferentemente de todos os outros casos desta pesquisa, a M6 demorou pouco tempo para adaptar-se à vinda precoce da filha (8 dias), participando ativamente em todo processo de hospitalização da RN6, o que pode ter favorecido o seu rápido desenvolvimento.



Desta forma a mãe teve um papel importante no desenvolvimento da filha, minimizando o impacto e o tempo da hospitalização, sendo possível perceber que a criança teve um ganho gradual de peso sem ser seguido de grandes perdas. Isto foi possível porque a mãe apresentou a capacidade de se colocar à disposição das necessidades da filha, revelando-se como uma mãe suficientemente boa, pelo fato de conseguir o “*holding*” e a “*handling*”. Essas atitudes ficam exemplificadas no relato de uma das observações dessas visitas:

“A criança encontra -se no vigésimo primeiro dia de vida, com o peso de 1.350 gramas. Quando cheguei no semi-intensivo a M6 acabava de chegar. A filha estava chorando muito, pegou-a no colo e a acariciou, mas a criança não parava de chorar. Automaticamente a M6 a colocou no seio e no mesmo momento a criança parou de chorar e sugou o seio. A M6 e filha ficaram em completa simbiose, uma olhando em direção à outra; nada as incomodava, parecia que apenas as duas estavam no local. Após a mamada a M6 coloca a filha no berço, e ela alguns segundos depois começa a resmungar. A mãe a pega e, como por instinto, já a leva para a bancada para trocá-la, e estava certa; a filha estava a reclamar porque estava suja. Após dar-lhe banho e trocá-la, a acolheu no colo, acariciou até que dormisse e a colocou no berço.”

Diante da constante presença da mãe e do seu envolvimento com a filha, podemos supor ter havido o estabelecimento de um vínculo afetivo importante, que se justificou pelo desejo de ter um filho, bem como a facilidade de fazer a transição entre o bebê imaginário e o real. Pode-se levantar a hipótese de que essa facilidade ocorre por ter havido contato precoce, que Klaus e Kennell enfatizaram. A M6 esteve com a filha após seu nascimento e assim foi possível estabelecer um vínculo com bases fortes, tanto que a M6 esteve presente em mais da metade dos dias em que a filha esteve na UTI. Todos esses aspectos podem ter-se refletido de forma decisiva no desenvolvimento positivo do RN6, com desfecho favorável, que foi o seu menor tempo de hospitalização. Isso fica muito claro e evidente no gráfico 6.





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões e resultados, podemos referir que foi possível estabelecer uma conexão entre a frequência da mãe na unidade e o tempo de internação, visto que o período em que as mães não estiveram presentes na UTI é maior que aquele em que estiveram presentes, e nesse período os bebês apresentavam maior dificuldade de ganhar peso e respirar do que no período em que as mães estiveram participando mais ativamente. É possível levantar a hipótese de que quanto mais rapidamente a mãe conseguir fazer a aproximação entre o bebê imaginário e o bebê real, melhor será a qualidade do cuidado materno, maior o impacto da mãe sobre o bebê e maior a facilidade no desenvolvimento do RN, podendo o inverso ser verdadeiro. Também foi possível verificar que a qualidade da relação constituída na díade, associada ao investimento relacional entre mãe e bebê, constitui-se em um fator importante na recuperação do recém-nascido prematuro.

As características do cuidado materno (conseguir colocar-se à disposição do bebê) oferecido e a capacidade da mãe de amenizar-se enquanto um objeto relacional do bebê frente ao meio parecem ter sido fatores fundamentais nos desfechos ocorridos frente à prematuridade.

Como pudemos constatar, quando a mãe apresenta maior capacidade de adaptar-se à vida do filho a criança sente-se segura, amada e satisfeita, tendo suas necessidades básicas supridas; e estes aspectos possibilitam seu bom desenvolvimento tanto psíquico quanto físico. Estes aspectos reasseguram que a qualidade dos cuidados maternos é de fundamental importância para o desenvolvimento do bebê.

De outro lado, porém, a mãe precisa estar presente sempre, ou melhor, na maioria das vezes em que seu filho a estiver solicitando. Isso porque, quando pequenas, as crianças dependem essencialmente da mãe para sua sobrevivência. É através dela que se estabelecem as relações objetais da criança com o mundo. Essa presença contínua proporciona ao bebê a oportunidade de passar de uma total dependência para independência, já que, segundo Winnicott, quando atende às necessidades do filho, a mãe está respondendo à onipotência do bebê e, como consequência, dando oportunidade para que ele estabilize em

si o *self* verdadeiro, mecanismo este que favorecerá a integração das falhas maternas, tornando o ambiente uniforme. Estes dados nos permitem afirmar que a qualidade e a quantidade da presença da mãe ou dos cuidados são aspectos de vital importância para tornar o ambiente hospitalar menos traumático e anular seus efeitos negativos na prematuridade. Mesmo nos casos em que houve pouca presença da mãe na unidade, é importante ressaltar que o incentivo e o cuidado assistido da equipe possibilitaram o desenvolvimento de capacidades na mãe, as quais influenciarão sobremaneira o desenvolvimento do recém-nascido prematuro, diminuindo o impacto e problemas no desenvolvimento do RN.

Finalmente, é importante ressaltar que hoje a tecnologia neonatal encontra-se bastante avançada, mas existe um recurso muito simples e barato, que estimula o bebê de forma positiva, precisando apenas de um contato pele-a-pele. Este recurso é a própria mãe, que até pouco tempo atrás não era valorizada como um instrumento de recuperação para o RN prematuro, pois encontrava-se impedida de participar desse processo, em que é peça fundamental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mariana L Brun de Vielmond. **Grupo Criar-te: A Criatividade na UTI-Neonatal** in ARAGÃO, Regina Orth (org.) **O Bebê, o Corpo e a Linguagem**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2004.

BEE, Helem. **A Criança em Desenvolvimento**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996

BICK, Esther. **A Experiência da pele em Relações de Objetos Arcaicos**. in SPILLIUS, Elizabeth Bott. **Melanie Klein Hoje. Desenvolvimento da Teoria e da Técnica**. Rio de Janeiro, Imago, 1991

BRAGA, Nina Almeida; ZORNIZ, Maria Silva; MORCH, Denise Stheit. **Parto Prematuro: Antecipação e Descontinuidade Temporal?** ARAGÃO, Regina Orth (org.) **O Bebê, o Corpo e a Linguagem**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2004.

BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém – Nascido de Baixo Peso – Método Mãe – Canguru**. Ministério da Saúde . Secretaria de Política de Saúde, Área da Saúde da Criança. Brasília, 2001





BOWLBY, John. **Apego e Perda**. Volume 1 da Trilogia. São Paulo, Martins Fontes, 1984

_____, John, **Formação e rompimento de laços afetivos**, São Paulo, Martins Fontes, 1997

CUNHA, Iole. **Treinamento Perinatal**. Porto Alegre, Casa do Psicólogo, 1991

_____, Iole. **A Mãe o Recém – Nascido de Muito Baixo Peso a Interação: Uma Nova Perspectiva para os Cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo ARAGÃO**, Regina Orth (org.) **O Bebê, o Corpo e a Linguagem**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2004.

DAVIDOFF, Linda L. **Introdução à Psicologia**. São Paulo, MaKron Books, 2000

GRANDA, Maria Inês de Souza. **A Psicologia na Unidade de Neonatologia** in CAMOM, Valdemar Augusto Angerani (org.). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo, Thomson, 1998.

KLAUS, Marshall H ; KENMELL, John H. **Pais/ Bebê a Formação do Apego**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993

MALDONADO, Maria T. **Nós estamos grávidos**. Rio de Janeiro, Bloch Editores, 1979

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do Vínculo**. São Paulo, Martins Fontes, 2000.

SPITZ, René. **A O Primeiro Ano de Vida**. São Paulo, Martins Fontes, 2000

TAMEZ, Kaquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. **Enfermagem na UTI – Neonatal: Assistência ao Recém – nascido de Alto Risco**. São Paulo, Guanabara Koogan, 2000.

VAYER, Pierre; RONCIN, Charles. **Psicologia Atual e Desenvolvimento da Criança**. São Paulo, Manole dois, 1990.

WIRTH, Ângela Fleck. **Aplicação do Método de Observação de Bebês em uma UTI – Neonatal**. in CARON, Nara Amália (org.). **A Relação Pais – Bebê da observação à Clínica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

WINNICOTT.D.W . **Textos Seleccionados Da Pediatria á Psicanálise**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.

_____,D.W. **O Ambiente e os Processos de maturação: Estudos sobre a Teoria do desenvolvimento**. Porto Alegre, Artmed, 1983.

