



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Psicologia



Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru.

Isadora Sebadelhe El-Aouar

Orientadora: Prof^a Dr^a. Ana Cecília Bastos

Co-orientador: Prof. Dr. Márcio Santana da Silva

Salvador – Bahia

Maio, 2016



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Psicologia



Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru.

Isadora Sebadelhe El-Aouar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia do Desenvolvimento.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cecília de Sousa Bastos.

Co-orientador: Prof. Dr. Márcio Santana da Silva

Salvador – Bahia

Maio, 2016

CARTA DE UMA MAE DE PREMATURO

“SER MÃE DE PREMATURO é ser pega pela surpresa e o despreparo. É não segurar seu filho nos braços quando nasce. É olhar pela incubadora. É sentir sua cria pela ponta dos dedos esterilizados em álcool gel.

Ser mãe de Prematuro é ser viciada no monitor. E ver seu filho respirando por aparelhos com sensores medindo o que há de vida na sua criança. São os benditos 88% de saturação.

É tirar leite na máquina. É ver o leite entrando pela sonda. E torcer para a quantidade aumentar todo dia.

É ter paranoia com o processo ganha/perde de peso diário. Num dia ganha 10 gramas e no seguinte perde 15. Isso é um desespero.

É se incomodar com as aspirações e manobras, mas saber que é um mal necessário. É ver picadas e mais picadas para exames e não respirar enquanto o resultado não aparece. É chegar ao hospital com o estomago em cambalhotas com medo do que vai ouvir do pediatra.

Para ser mãe de UTI tem que virar pedinte e mendigar todo dia uma boa notícia. Mesmo que seja a bendita palavrinha “estável” - significa que não melhorou, - mas também não piorou.

E não se esquecer de agradecer o cocô e o xixi de cada dia. Sinal de que não tem infecção.

Mãe de Prematuro também tem rotina. UTI-casa-UTI de segunda a segunda. Sem descanso. E como é possível descansar?

Para ser mãe de Prematuro é preciso muita fé.

Porque na hora do desespero é você e Deus. É joelho no chão do banheiro da UTI para pedir milagre, ou pedir que acabe o sofrimento. Haja fé. E só com fé.

É ser a Rainha da Impotência, por ver o sofrimento e a dor do seu bebê e simplesmente não poder fazer nada. Só confiar.

É bater papo com seu filho através da incubadora. E ter lágrima escorrendo pelo rosto todo dia por não poder sentir seu cheirinho e beijar seus cabelos.

Mas, ser mãe de prematuro é superação, é ter história para contar. É entender de um monte de doenças que ninguém nem imagina que existe.

É contar o tempo de um jeito diferente. Idade cronológica e idade corrigida. É difícil de entender.

É sair da UTI com festa e palmas. E deixar por lá amigos eternos e preciosos.

Ser mãe de Prematuro é ter medo do vento, da bronquiolite, do inverno e do hospital.

Toda mãe é um ser guerreiro por natureza. Mas a Mãe de Prematuro, precisa ser guerreira em dobro. E isso nos difere e ao mesmo tempo nos iguala.

Lutadoras, perseverantes, resilientes, frágeis a ponto de desabar a qualquer momento, mas com uma força absurda. Uma força que talvez venha de um útero vazio antes do tempo.

Assim são as mães dos bebês que nascem antes...”

(Autora Desconhecida)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Isadora Sebadelhe El-Aouar, discente do Programa de Pós-graduação em Psicologia, que teve a aprovação de sua dissertação de mestrado intitulada: *“Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru.”*, condicionada às reformulações solicitadas pela Banca Examinadora, cumpriu com todas as revisões solicitadas pela referida Banca, tendo as mesmas sido aprovadas por mim.

O referido é verdade e dou fé.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Prof. Dra. Ana Cecília de Sousa Bastos.
Orientadora

Prof. Dr. Márcio Santana da Silva.
Coorientador

Prof. Dra. Giuseppina Marsico
(Banca examinadora)

Prof. Dra. Maria Virgínia Machado Dazzani
(Banca examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e à Nossa Senhora, por terem me concedido a força e a coragem necessárias para enfrentar esse caminho ambivalente que é a pesquisa.

À minha querida orientadora Ana Cecília pelo acolhimento generoso numa chegada tardia e pela confiança depositada em mim, desde o princípio.

Ao meu coorientador Márcio Santana por ter se juntado a mim e à Ana nesse processo e por ter contribuído com atenciosas conversas e orientações.

Aos funcionários do PPG-Psi (UFBA), pela disponibilidade e eficiência no atendimento das mais diversas demandas.

À CAPES, pelo auxílio financeiro que fez dessa jornada um percurso mais seguro e possível de ser percorrido.

Quero agradecer, em especial, à minha mãe Magdala, guerreira, protetora, acolhedora e minha maior incentivadora. Muito obrigada por me dar tanto amor! À minha avó e, portanto, mãe duas vezes, Milfa, pelo olhar cuidadoso, atento, minucioso, dispensado ao meu texto e a mim, ao longo da vida. Ao *meu amor* e marido Diego, pelo amor e carinho diários, pelos versos cantarolados pelos corredores da casa em meio à produção acadêmica e pelo incentivo de sempre.

Quero agradecer, também, e de maneira bastante veemente, a meu avô Edinho, sem o qual nada disso seria possível e para quem eu dedicarei cada passo da minha trajetória profissional. Através das contestações, às vezes, ganhamos impulsos para, quem sabe, desbravarmos o mundo. Não é verdade, vô?

Ao meu tio Emerson, anjo conselheiro e amoroso que me acompanha desde sempre, transcendendo dimensões.

Aos colegas do grupo de pesquisa pelo olhar generoso e pelos abraços sempre acolhedores. Em especial às colegas e companheiras Brena, Ana Clara, Delma, Julianin e Andréa.

A Valsiner, pela escuta paciente diante de um projeto de pesquisa tão embrionário e o posterior incentivo, tão sensível, diante do caminho que estava por vir.

Às amigas de jornada, de vida, de alma, Helaine, Duda, Daiane, Mariana, Aline, Nathália e Bele, por serem colos, braços, corações e ouvidos dispostos a acolher qualquer incidente no meio do percurso acadêmico. Por todo carinho, todo afago, todo abraço e todo conselho: obrigada.

Obrigada aos profissionais da maternidade de referência por toda atenção prestada. E o maior agradecimento: obrigada às mães, guerreiras, mulheres, que me permitiram entrar em suas vidas e percorrer um pouquinho de suas trajetórias através da escuta e da pesquisa.

Muito obrigada!

RESUMO

A transição para a maternidade é um fenômeno vivenciado por grande parte das mulheres em idade reprodutiva. Sabe-se que nem sempre esse processo ocorre da maneira esperada e, por sua vez, pode assumir uma diversidade de desdobramentos a partir de rupturas não normativas vivenciadas em cada trajetória em particular. Tomando-se como ponto de partida o nascimento prematuro, o presente estudo buscou analisar o processo de construção de significados de maternidade a partir da experiência vivenciada no contexto da prematuridade. Afora isso, foram acessadas duas modalidades de atenção à saúde do recém-nascido pré-termo, compreendidas pela Unidade de Terapia Intensiva e o Método Mãe Canguru. Foram realizadas entrevistas narrativas baseadas em um temário previamente elaborado cujos eixos norteadores se configuraram como: a) Experiência do parto prematuro; b) Significados de maternidade construídos ao longo da história de vida; c) Relação mãe-bebê; d) Relação com o contexto de atenção; e) Projeções imaginativas do período pós-alta hospitalar. As entrevistas foram realizadas numa maternidade referência em gravidez de alto-risco, localizada na cidade de Salvador, Bahia. Participaram do estudo duas mães de recém-nascidos prematuros: uma mãe cujo bebê permanecia internado na UTIN e uma em provimento ativo do *cuidado canguru*. Ambos os recém-nascidos possuíam características similares, tais como prognóstico favorável e idade gestacional na ocasião do nascimento, no entanto, intercorrências foram identificadas ao longo do processo de realização do presente estudo. As mães acessadas possuíam características semelhantes no que diz respeito ao nível socioeconômico, idade, estado civil, nível de escolaridade e número de filhos. As narrativas foram analisadas a partir da seleção de trechos narrativos perpassados por níveis diferenciados de ambivalência (Abbey & Valsiner, 2004), que se caracterizou como indicador conceitual central na abordagem do conteúdo narrado. Foram analisados os processos de emergência semiótica caracterizados por categorias criadas com base nas *condições de emergência semiótica* propostas por Abbey e Valsiner (2004). A discussão dos resultados foi fomentada mediante a perspectiva instrumental (Stake, 2006). Os significados de maternidade, de uma forma geral, pareceram estar atrelados à noção de temporalidade, na medida em que as modalidades de atenção à saúde acessadas foram percebidas como etapas de o processo de cuidado. Os significados de maternidade construídos a partir da experiência na UTIN demonstraram maior instabilidade mediante a sucessão de intercorrências vivenciadas. Por outro lado, os significados construídos no MC se configuraram de maneira mais positiva, favorecendo o empoderamento materno. Ademais, o presente estudo propõe uma discussão instrumental articuladora de dois construtos derivados das formulações teóricas aqui realizadas: a) *microrrupturas*; b) *movimento semiótico-pendular*, como interfaces de compreensão da experiência de maternidade no contexto da prematuridade. Por fim, delineia-se uma reflexão a respeito da experiência materna diante do nascimento prematuro, identificando possibilidades teóricas e práticas para o estabelecimento de uma conduta profissional mais especializada e acolhedora.

Palavras-chave: UTIN; cuidado canguru; maternidade; ambivalência; significados.

ABSTRACT

Motherhood it is a phenomenon transition experienced by most women in reproductive age. It is known that this process is not always developed as expected and, thus, it may assume a variety of features from non-normative breakages, experienced in each own singular trajectory. Taking the premature birth as the starting point, the present study investigates the construction of meanings process of motherhood, from the experience lived in the context of prematurity. Aside from that, two other health care, for the newborn, protocols were taken in attention, such as the NICU – Neonatal Intensive Care Unit and the Kangaroo Mother Care. Interviews were developed, based on a previously prepared agenda whose main guidelines were configured as: a) premature birth experience; b) Motherhood Meanings built along the life experience; c) mother-infant relationship; d) Care context related; e) Post-discharge imaginative projections expectations. Interviews were conducted in a maternity hospital, referential in high-risk pregnancy, in Salvador, Bahia. Two mothers of preterm infants, were participants of the studies: a mother whose baby was admitted to the NICU and another mother, in active providing *kangaroo care*. Both infants had similar characteristics such as a favorable prognosis and gestational age at birth, however, complications were identified along the study development in the process. The mothers had similar characteristics regards to socioeconomic status, age, marital status, education level and number of children. The narratives were analyzed from the selection of statements passages from different levels of ambivalence (Abbey & Valsiner, 2004), which was characterized as a central conceptual indicator in the narrated content approach. The semiotics emergency processes characterized by analyzed categories, were created based on *semiotics emergency conditions* proposed by Abbey and Valsiner (2004). The discussion about the results, were encouraged by the *instrumental perspective* (Stake, 2006). The maternity meanings, in general, appeared to be linked to the concept of temporal, as the health care modalities accessed, were being perceived, as steps in the care process. Maternity meanings constructed from the experience in the NICU showed greater instability, thus to the several complications experienced. Never the less, the set of meanings constructed with the CM, came to be strongly reinforced, the empowering of the motherhood perception. Furthermore, this study proposes an articulator instrumental discussion of two constructs derived from theoretical formulations presented here: a) *micro ruptures*; b) *semiotic pendulum motion*, as interfaces in understanding, maternity experience in the context of prematurity. Finally, it outlines a reflection about the maternal experience before the premature birth, identifying theoretical and practical possibilities to stablish professional conduct, specialized and welcoming approach.

Keywords: NICU; Kangaroo care; motherhood; ambivalence; meanings.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E FIGURAS	8
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	9
APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 A mulher, a cultura e a maternidade.....	14
1.2 Refletindo sobre a gravidez e o nascimento prematuro.....	25
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	34
2.1 Psicologia Cultural	34
2.2 Uma breve descrição da Teoria do <i>Self-Dialógico</i>	39
2.3 Rupturas e Transições.....	41
2.4 Ambivalência e emergência semiótica	44
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	48
3.1 Definindo a prematuridade	48
3.2 Modalidades de cuidado oferecidas ao recém-nascido pré-termo	56
3.3 Maternidade no contexto da prematuridade	65
4. JUSTIFICATIVA E OBJETO DO ESTUDO.....	86
5. PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETIVOS.....	92
5.1 Problema de Pesquisa	92
5.2 Objetivo Geral.....	92
5.3 Objetivos Específicos	92
6. MÉTODO.....	93
6.1 Participantes e critérios de seleção	94
6.2 Caracterização do contexto da pesquisa	96
6.3 Instrumentos	97
6.4 Procedimentos	99
6.5 Considerações éticas.....	107
7. CONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADOS DE MATERNIDADE A PARTIR DE CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA SEMIÓTICA PERPASSADAS POR AMBIVALÊNCIA	109
7.1 Caso 1 - Maria.....	110
7.2 Caso 2 - Madalena	162
8. POLARIDADE <i>MORTEXVIDA</i>: SIGNIFICADOS DE MATERNIDADE CONSTRUÍDOS NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE.....	216

8.1 A prematuridade como evento disruptivo caracterizado por microrrupturas e movimento semiótico-pendular	219
8.2 O processo de emergência semiótica	230
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	248
9.1 Limitações e propostas de novos estudos	258
REFERÊNCIAS	262
ANEXO I.....	271
ANEXO II.....	272
ANEXO III.....	273
ANEXO IV	274
ANEXO V.....	276

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1 – Condição Errática de emergência semiótica

Figura 2 – Representação gráfica de análise de conteúdo categorial

Figura 3 – Movimento Semiótico-pendular

Figura 4 - Microrrupturas

Tabela 1 – Relação dos episódios do Caso Maria e respectiva justificativa para escolha

Tabela 2 - Relação dos episódios do Caso Madalena e respectiva justificativa para escolha

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CPAP – cânulas nasais utilizadas para manutenção de ar nos pulmões de recém-nascidos ao fim de cada expiração, a fim de evitar colapso dos alvéolos pulmonares.

MC – Método Mãe Canguru

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

A relação mãe-bebê é um assunto amplamente discutido por diversas áreas do conhecimento, dentre elas, a psicologia. A psicanálise, tradicionalmente, debruçou-se e continua a debruçar-se sobre uma série de aspectos que envolvem a assunção do lugar de mãe, desde a fase pré-natal até a construção e evolução do vínculo da mãe com seu bebê.

Como exemplo do que foi explicitado no parágrafo anterior, no ano de 1911 (Berlinck, 2014), Hilferding, após reunir uma série de evidências na sua prática como médica, pedagoga e psicanalista, trouxe à tona a não-existência de um vínculo de amor inato entre mãe e bebê. De acordo com a conferência proferida em 1911, o bebê é, para a mãe, um objeto sexual natural e uma parte de seu próprio corpo. Segundo a referida autora, o amor materno se trata de um laço que construído na interação física mãe-bebê, desde a fase gestacional até o período pós-natal (Berlinck, 2014).

Freud, por sua vez, referencia o sentimento de decepção da mãe ao confrontar-se com a realidade diferente da imaginação (Berlinck, 2014). Afora isso, ele relaciona a gravidez ao reestabelecimento de dinâmicas psíquicas vivenciadas na própria infância da mãe, em suas etapas mais tenras, no relacionamento com a figura que exerceu a função materna (Szejer, 2012; Lopes, 2012). Dessa forma, ocorre o surgimento de fantasias e expectativas a respeito da gravidez, do parto, do desenvolvimento do bebê, que influenciam no estabelecimento do vínculo mãe-bebê, do amor materno e da experiência de prazer diante da assunção de um novo lugar parental (Lopes, 2012).

Winnicott (1975, *citado por* Lopes, 2012) refere um estágio natural de sensibilização, pelo qual a mãe passa desde os últimos meses de gestação até o período

pós-natal, que funciona como uma espécie de preparação para assunção da função materna, sintetizado pelo referido autor no conceito de *preocupação materna primária*.

Outro autor, que deixou clara a importância da interação mãe-bebê para o desenvolvimento socioemocional adequado e saudável do recém-nascido, foi Bowlby. Suas formulações a respeito da Teoria do Apego trazem à tona conceitos como *responsividade* - capacidade da mãe de adaptar-se de maneira sensível às necessidades do bebê, atendendo-as de maneira eficaz e responsável, *apego seguro*, *apego inseguro ambivalente*, *apego inseguro evitativo*, *apego desorganizado*, que, por sua vez, tratam do desenvolvimento afetivo do indivíduo e da possível dinâmica interacional que empregarão ao longo da vida adulta na relação com os pares (Bowlby, 2002; Ribas & Moura, 2004; Ramires & Schneider, 2010).

A partir de tais exemplificações, fica posto que a maternidade tem sido um aspecto da experiência humana recorrentemente estudado ao longo do tempo. Tal atenção se justifica por tratar-se de uma transição de grande impacto no desenvolvimento humano, promotora de uma série de modificações e rearranjos ao longo do ciclo de vida. Assumir o lugar parental acarreta uma reconfiguração psíquica e identitária (Szejer, 1997), colocando o indivíduo diante de uma diversidade de novas demandas e de novas funções, que precisam ser assumidas a partir do evento significativo experienciado e representado pelo signo “tornar-se mãe”/“tornar-se pai”.

Na cultura ocidental, falar de feminilidade é falar, também, de maternidade (Chaves, 2011). Feminilidade e maternidade são conceitos – palavras, signos – atados, vinculados e praticamente indissociáveis, embora muitas discussões venham sendo travadas acerca da diversidade de papéis e lugares sociais pertencentes à mulher. No entanto, diante desse laço histórico e cultural repleto de estereótipos e estigmas, ainda se espera que a mulher tenha uma trajetória de vida que, em algum momento, lhe permita

gerar uma vida. Ter e educar filhos faz parte daquilo que se condicionou, por muito tempo, como “normalidade”, como *script* natural a ser seguido por todos os adultos em idade fértil, principalmente as mulheres. Segundo Chaves (2011), esse padrão acaba por guiar as expectativas dos indivíduos a respeito do futuro de suas histórias de vida, “marcando os pontos de mutação na vida desses adultos que indicariam o progresso do *self* e o amadurecimento desses indivíduos, agora pais” (Chaves, 2011, p.11).

Sendo assim, fica claro que a assunção do lugar parental diz respeito a uma transição normativa, esperada e naturalizada no que diz respeito ao ciclo de vida de uma mulher. Ademais, a maternidade é vista como um ponto de mutação que implica no desenvolvimento do *self* através das novas experiências, da emergência de novos papéis e novas funções e da construção de novas narrativas a respeito de si mesmo.

No entanto, nem sempre a trajetória de um indivíduo segue de maneira linear e normativa. Eventos disruptivos podem funcionar como grandes interferências no curso da vida de uma pessoa, elevando o nível de sofrimento experimentado nas transições e alterando os processos de construção de significados e constituição identitária (Silva, 2010). Diante disso, o nascimento prematuro se configura tal qual um evento disruptivo, capaz de interferir ativamente na construção de significados acerca da maternidade e, portanto, no processo de desenvolvimento do *self*.

É importante referir que o conceito de *self* aqui empregado diz respeito àquele cunhado originalmente por Hermans, Kempen e van Loon, no ano de 1992 (Silva, 2010) – *self-dialógico* – a partir da apropriação feita por Valsiner (2005) ao vinculá-lo à mediação semiótica (Silva, 2010). Dentro dessa perspectiva, o *self* possui natureza narrativa e pode ser definido como “processo desenvolvimental dialógico e com múltiplas vozes, implicando na concepção do *self* como uma construção e reconstrução

narrativa do significado de eventos” (Hermans, Kempen e Van Loon, 1992 *citado por* Silva, 2010; p.28).

Dito isso, o presente estudo teve como objetivo analisar o processo de emergência semiótica a partir de experiências perpassadas por diferentes níveis de *ambivalência* (Abbey & Valsiner, 2004). O referido conceito, por sua vez, foi utilizado como indicador na escolha dos episódios analisados. Dessa forma, realizou-se a análise do processo de construção de significados a partir da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro, abarcando os contextos semióticos compreendidos pelas diferentes modalidades de atenção à saúde oferecidas ao neonato pré-termo: a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e o Método Mãe Canguru. Por fim, destacou-se a preponderância do posicionamento de *self* configurado pelo *eu materno* durante a investigação do fenômeno aqui abarcado.

1. INTRODUÇÃO

Para se pensar a respeito da maternidade e das diversas vias compreendidas no processo de transição para a parentalidade (inclusive intercorrências tais como tornar-se mãe de um recém-nascido pré-termo), é preciso contextualizar o lugar da mulher na sociedade ocidental contemporânea, compreendendo a evolução de seus papéis ao longo do tempo e a associação invariável da mulher ao papel de mãe, bem como discutir a influência da cultura na formação identitária feminina e na escolha de tornar-se ou não mãe.

Em função do cumprimento de tal objetivo, discutiremos na subseção a seguir, a ascensão da família como instituição central na sociedade, perpassando por aspectos que suplantaram o papel da mulher na assunção dos cuidados com o marido, com o lar e com os filhos. Afora isso, salienta-se que o termo *cultura* foi empregado a partir da perspectiva da Psicologia Cultural.

1.1 A MULHER, A CULTURA E A MATERNIDADE

No Ocidente, a partir da assunção do capitalismo como modo de produção e a organização dos Estados modernos, família e instituições passaram a ser instâncias sociais interligadas (Moura & Araújo, 2005). Nesse período, cuidar da saúde dos indivíduos e da população passou a ser responsabilidade do Estado, a partir de sua articulação com a ciência médica (Moura & Araújo, 2005). Em decorrência de tal organização estatal, a medicina passou por uma série de modificações dentre as quais está a assunção de uma função social em detrimento de um papel meramente curativo. Por conseguinte, a população passou a receber maiores cuidados no que diz respeito às

condições de higiene, saneamento básico e controles de doenças epidêmicas (Moura & Araújo, 2005).

Embora tenha havido melhora nas condições de saúde da população, as transformações pelas quais a ciência médica passou conferiram status social diferenciado a profissionais e à própria disciplina, instaurando uma nova forma de poder (Moura & Araújo, 2005). A medicina, então, passou a incidir, juntamente com o Estado, no *modus operandi* da sociedade, exercendo poder sobre os corpos e as formas de pensar da população (Moura & Araújo, 2005).

Nesse intermédio, a organização familiar solidificou seu lócus de importância no emaranhado social (Cervený & Berthoud, 2002). A família, então, passou a ser ainda mais reconhecida como base estrutural de nossa sociedade (Cervený & Berthoud, 2002). É importante referir que o modelo familiar vigente era tradicionalista, composto por pai, mãe e filhos (Macedo, 2009). Tal modelo legitimava posições diferentes para homens e mulheres, nas quais poderíamos verificar antagonismos como: exercício de poder e submissão; paternidade provedora e maternidade amorosa; objetividade e subjetividade; racionalidade e emotividade; dificuldade no envolvimento emocional e afetividade; dificuldade no estabelecimento de intimidade e facilidade no estabelecimento de intimidade; domínio do espaço público e domínio do espaço privado; agressividade e docilidade; conquista e cuidado; aventuras extraconjugais e fidelidade (Macedo, 2009).

Nesse cenário, as crianças adquiriram um novo espaço cultural e simbólico e, conseqüentemente, passaram a receber maior atenção do Estado (Moura & Araújo, 2005). Juntamente com a ascensão social da infância, o papel familiar materno passou a se destacar no que diz respeito aos cuidados com a higiene do ambiente doméstico e com os filhos (Moura & Araújo, 2005). Destaca-se, então, o papel da mulher como responsável por preservar a casa, por manter a assepsia e as paredes brancas, como um

ser dotado de uma vocação biologicamente determinada e simbolizada pela amamentação: a de ser cuidadora (Moura & Araújo, 2005). Dentro dessa perspectiva, a mulher essencialmente estaria atada à função social, cultural e familiar de prover afeto.

De acordo com Moura e Araújo (2005) é nesse período em que o amor materno passou a ser considerado como elemento essencial no que diz respeito ao desenvolvimento infantil. A partir de então, passou a ser naturalizado e validado cultural e socialmente (Moura & Araújo, 2005), e o lugar social feminino passou a ser associado definitivamente à maternidade (Chaves, 2011).

Steiner (1976) já discutia a questão dos papéis sexuais de homens e mulheres, abarcando os scripts aos quais os indivíduos estariam sujeitos, a partir da categoria sexual à qual pertenciam. Ao realizar a *análise estrutural dos papéis sexuais* atribuídos às mulheres, o autor discute a tarefa primordial do gênero feminino: cuidar de pessoas, especialmente de seu marido e filhos. Para tanto, a mulher seria treinada para ser adaptável. Steiner (1976) diz:

No estabelecimento do núcleo familiar padrão, homens e mulheres salvam um ao outro constantemente. O pai salva a família tomando conta de negócios tais como (...) trabalhar num emprego de quarenta horas semanais; a mãe salva fornecendo quase toda proteção e amor necessários à família, ligando-se àquilo que os outros sentem e proporcionando o que necessitam (...), e, finalmente, dando aos seus filhos muito mais do que pode esperar vir a receber. (Steiner, 1976; p. 163).

De acordo com essa concepção, além de desempenhar o papel de cuidadora, de mãe, a mulher estaria atada à ideia de subserviência e de não reciprocidade do afeto empregado. Steiner (1976) traz à tona, ainda, papéis para os quais as mulheres são treinadas, ao longo de sua história de vida, para assumir. Estes papéis o autor denominou de *scripts banais para as mulheres*, atribuindo-lhes alicerces mitológicos, tais como Atena (a mulher por trás do homem), Afrodite (mulher de plástico) e Hera (a supermãe). Aqui, nos interessa este último arquétipo. Ao discorrer acerca de Hera como

arquétipo de supermãe assumido pela mulher ao longo da história, Steiner (1976) refere que:

Passa a vida cuidando e protegendo todo mundo, menos ela mesma, constantemente dá muito mais do que recebe. (...) seu valor é medido em termos daquilo que pode proporcionar aos outros. (...) o significado da vida não chega a ela mesma e seu trabalho, e sim por sua família, seu marido e seus filhos (p.172).

Embora se trate de uma referência um tanto quanto antiga, a moldura arquetípica da ideia desenvolvida possibilita discutir o papel da mulher ainda sob essa perspectiva, já que historicamente uma diversidade de padrões de subserviência e anulação da condição de sujeito ativo social, cultural e afetivamente, foi introjetada pelas mulheres. Talvez a assunção do papel de mãe seja, ainda hoje, um lugar de existência socialmente seguro para a mulher, segurança essa transmitida através das gerações (Aragão, 2006).

Steiner (1976) refere que os *scripts* funcionam como estruturas definidoras do papel feminino e masculino e são, por sua vez, altamente reforçados pela vida afora, desde a mais tenra idade. Por tal motivo constituem-se como elementos fundamentais da construção identitária (Steiner, 1976). Aragão (2006) diz, a esse respeito, que as funções tanto materna quanto paterna estão contidas na formação identitária de homens e mulheres, ao passo que ambos puderam internalizá-las ao longo de sua história de vida, principalmente ao experimentarem a condição de filhos diante de um casal de genitores.

Sobre o papel feminino desempenhado a partir da transição para a parentalidade, Aragão (2006) refere que a mãe é a via de acesso do bebê ao mundo, através do contato físico e emocional. É da mulher o papel de comunicar ao bebê seus afetos, suprir suas necessidades básicas, empregar o próprio corpo na gestação e criação de um novo ser capaz de desenvolver-se e tornar-se um adulto saudável (Aragão, 2006). A partir de tais elaborações, percebe-se que além de estar culturalmente vinculada à função materna, a mulher ainda é detentora de grande responsabilidade: ciceronear um bebê no mundo e

transformá-lo num ser potencialmente apto a adaptar-se e desenvolver-se social, afetiva e psicologicamente, de maneira adequada.

No entanto, essa discussão está pautada no papel feminino de gestar e tornar-se mãe a partir de perspectivas tradicionalistas. O lugar cultural da mulher, essencialmente marcado pela maternidade, tão bem estruturado e delimitado por essa função, estava atado à organização familiar tradicional: pai, mãe e filhos (Amaral & Guimarães, 2009). A ciência, o sistema capitalista, a inserção da mulher no mercado de trabalho e na vida pública, todas essas foram mudanças que alteraram a dinâmica da família, alteraram sua organização e, conseqüentemente, contribuíram para a aquisição de novas atribuições por parte do papel social feminino (Bottó, 2014).

Segundo Bottó (2014), a mulher, na sociedade pós-moderna – atual, nasce numa espécie de bombardeio de informações. Por um lado ela tem, introjetado através da cultura e de padrões transgeracionais, o compromisso com a assunção de papéis sociais tradicionais, e, por outro lado, a vivência da intensidade e da velocidade características da pós-modernidade (Bottó, 2014; Cerveny & Berthoud, 2002; Steiner, 1976). Apesar de uma série de modificações ocorridas especialmente a partir do século XX, a exemplo do movimento feminista que, dentre outras coisas, colocou a maternidade em questão, trazendo à tona o poder de escolha e o posicionamento ativo da mulher diante de sua própria constituição feminina (Volkmer, 2009), ainda hoje a mulher permanece marcada pelo estigma cultural de cuidadora. É a mulher a principal referência no que diz respeito ao cuidado com os filhos, com o lar; ainda é da mulher o papel de provedora do afeto fundamental (Bottó, 2014).

Aragão (2006) traz à tona a ideia de que os aspectos transgeracionais e culturais incidem, invariavelmente, sobre o que se espera de uma mulher, tanto no que diz respeito ao sistema familiar quanto ao lugar da mulher para uma determinada sociedade.

A esse respeito, Piccinini, Gomes, Lopes e Nardi (2008) referem que há, sem dúvida, uma expectativa social depositada na mulher quanto ao desejo de ter um filho (Piccinini et al., 2008). Espera-se que uma mulher em idade reprodutiva, saudável, deseje e se mobilize para gestar e dar à luz a um bebê. Embora já seja permitido à mulher doar óvulos como homens doam sêmen para perpetuação da espécie humana, somente ao fazer do próprio corpo o meio essencial para gestar uma criança, a mulher se sente cumpridora de um papel social que lhe foi atribuído (Piccinini et al., 2008). A partir de tais ideias, pode-se referir que embora a mulher tenha conquistado diversos outros espaços sociais, a função materna ainda hoje assume grande proporção, seja por dizer respeito a um passo naturalizado da trajetória de vida feminina, seja por se configurar como uma discussão embebida de estereótipos ao trazer à tona, por exemplo, a escolha de não ter filhos.

Sendo assim, cabe aqui discutirmos em que parâmetros está amparado o papel social feminino de ser, essencialmente, mãe. Inquestionavelmente, a capacidade biológica de gerar um novo ser delimitou a quem esse papel seria atribuído. No entanto, do ponto de vista cultural, quais vias convergiram para o enaltecimento dessa posição social feminina? Em que medida a categoria *mulher* foi beneficiada ou prejudicada por essa atribuição? Quais eram os interesses sociais – tanto de homens quanto de mulheres – que permitiram a assunção e a solidificação desse status como essencialmente feminino e ao qual a mulher, invariavelmente, estaria acorrentada? Não se tratam de questões fáceis de serem respondidas.

De acordo com Chaves (2011), a literatura refere que sexo e gênero são categorias distintas, sendo o primeiro relacionado a uma condição pré-cultural, natural e significado de maneiras distintas a partir de sociedades diferentes. Já a segunda, seria construída culturalmente. No entanto, a autora sinaliza que há uma ampla discussão a

esse respeito, na qual autores como Butler (2003 *citado por* Chaves, 2011) criticam a separação entre as categorias supracitadas, postulando que na cultura ocidental a categoria sexo também é construída socialmente, amparada e legitimada pelo discurso médico. A partir de tal elaboração, o sexo estaria alocado numa interseção entre cultura e biologia.

Macedo (2009) postula que a diferença entre os sexos é, no entanto, um princípio classificatório de todas as sociedades humanas. Todavia, a questão de gênero acaba por introduzir a dimensão social que marca, ideologicamente, essa diferença. A partir dessa distinção, há uma elevação da condição do indivíduo em detrimento de atribuições biologicistas e sociais a seu corpo e seu sexo. A pessoa, então, é concebida em um esquema simbólico individual e particular, através do qual define a si mesma como homem ou mulher (Macedo, 2009). Para explicitar essa ideia, a autora traz uma definição de gênero como “um conjunto de disposições pelas quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana nas quais satisfazem essas necessidades transformadas” (Barbieri, 1990 *citado por* Macedo, 2009; p.60).

Dentro dessa perspectiva, ao atribuímos antagonismos às categorias sexo masculino e sexo feminino, talvez estejamos incorrendo num erro de naturalizar uma dicotomia que não está amparada em parâmetros tão naturais assim (Chaves, 2011). Aquilo que parece ter sido biologicamente determinado ou, em outras palavras, categorizado pela natureza, assume conotações culturais (Chaves, 2011). A autora refere que antes de classificarmos um comportamento como derivado de um aspecto natural, biológico, devemos nos questionar até que ponto essa classificação é permeada por construções culturais que tentam a todo custo circunscrever a diversidade em isto ou aquilo, nesse caso, em masculino e feminino.

No que diz respeito à construção do papel social da mulher, aquilo que se condicionou como características naturalmente femininas, tais como a disposição para o cuidado, a intuição, a docilidade, a afetuosidade, a fragilidade, são construções alocadas no processo de socialização e, portanto, dizem respeito à cultura (Chaves, 2011). A autora cita um estudo de Stolk e Woulter, do ano de 1987, que demonstrou que tais referências à conduta feminina emergiram a partir da maneira como as mulheres se colocaram diante de situações de dominação e de marginalização social. A partir daí, “elas criaram novos códigos sociais para se colocarem perante os outros, compreenderem a si e expressarem o que pensam” (Chaves, 2011; p. 15). Sendo assim, a forma feminina de lidar com as situações próprias do monopólio masculino de poder acabaram se tornando parte da concepção naturalizada do que é ser mulher.

É dentro dessa abordagem que pensar a respeito de identidade de gênero torna-se mais viável do que engessar-se na concepção de sexo como categorias pré-culturais e absolutas. O determinismo postulado pelo antagonismo homem e mulher amparou a explicação das desigualdades sociais a partir das diferenças físicas existentes entre o sexo feminino e o sexo masculino (Macedo, 2009). Em contrapartida, ao pensar em categorias definidas a partir da identificação de gênero, a discussão recai sobre a importância dos processos de formação histórica, social e linguística, que se instituem nas elaborações a respeito de ser homem ou ser mulher, seja numa perspectiva subjetiva e individual, seja numa perspectiva sociocultural (Macedo, 2009).

Portanto, é possível pensar que as transformações pelas quais a categoria gênero vem passando retiram a discussão de uma vinculação arbitrária com a variável binária sexo feminino X sexo masculino. De tal forma, esse processo confere um caráter relacional e contextual à formação identitária, abrindo espaço para a contemplação de complexidades e conflitos existentes na construção de subjetividades. A partir de então,

cabe-se questionar a respeito da assunção de papéis caricatos e estereotipados, postulados ao longo do tempo como características inerentes à mulher. Pode-se questionar, portanto, o papel de mãe atribuído como primordial à feminilidade.

A despeito da atribuição clássica do vínculo mãe-bebê como primordialmente biológico, Badinter (1991), em suas elaborações em *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (título da edição brasileira editado no ano de 1991), situa sua discussão em aspectos socioculturais, para desconstruir ideias estereotipadas a respeito da maternidade. Segundo a referida autora, o amor que se estabelece entre a mãe e seu filho não é inato e decorre de uma série de variáveis contextuais, sociais e culturais.

Para amparar seus argumentos, Badinter (1991) traz uma série de pesquisas realizadas sobre gestação e sobre aleitamento materno. Tais pesquisas lançam luz sobre a negligência vivenciada por recém-nascidos ao longo dos séculos, já que eram entregues a amas de leite e dificilmente chegavam aos quatro anos de idade. Na época da burguesia, por exemplo, assumir a função de cuidadora e ocupar-se das necessidades da prole eram consideradas atividades desprestigiadas e comprometedoras da imagem das grandes damas. Tal cenário lança luz a um questionamento inevitável: haveria mesmo uma vocação inata para o exercício da maternidade? Para o amor materno?

A autora supracitada refere que o *mito do amor materno* está amparado em dois aspectos: 1) assegurar a sobrevivência e perpetuação dos descendentes; 2) a idealização da figura materna, partindo-se do pressuposto de que a partir da assunção do lugar de mãe, a mulher se sentiria completa e plena. Segundo Badinter (1991) o vínculo estabelecido entre mãe e filho estaria dissociado da ideia de instinto e se formaria, tal qual o vínculo entre pai e filho, a partir da convivência diária. Sendo assim, do ponto de vista natural e/ou biológico, não haveria distinção entre o vínculo pai-bebê para o vínculo mãe-bebê.

Por tratar-se da refutação de um princípio tão difundido historicamente, as proposições acerca do mito do amor materno geraram muita polêmica. No entanto, Badinter (1991) ampara sua discussão num percurso histórico, partindo do século XVIII, no qual lança luz a diversos aspectos que corroboram com a ideia da construção cultural do amor materno como algo inato, amparado na necessidade que a categoria sexo feminino tinha de existir socialmente.

De acordo com a autora, foi especialmente a partir do século XIX que as concepções acerca do amor materno tomaram maior propulsão social, constituindo, inclusive, noções amparadas até os dias atuais. Badinter (1991) refere que a partir da exacerbação da importância dessa função essencialmente feminina, as mulheres passaram a viver com destinos encarcerados no ciclo compreendido entre gerar, parir e amamentar. Sendo assim, outros aspectos existenciais foram negligenciados, solidificando o papel social feminino somente em *ser/tornar-se mãe* (Badinter, 1991).

Partindo-se do pressuposto levantado por Badinter (1991) de encarceramento da mulher na função de mães, é possível que, ao longo da história, tenha-se negligenciado o fato de que nem todas as mulheres têm, espontaneamente, o desejo de tornarem-se mães.

O gradiente histórico explicitado pela autora a respeito da relação de mães e filhos abrange desde uma indiferença absoluta aos cuidados com os filhos até a necessidade pungente de atender às cobranças sociais referentes ao cuidado materno, recorrentemente sofridas pelas mulheres ao longo da história. As transformações vivenciadas ao longo do tempo pela mulher foram constituídas a partir das relações de poder, de saber e de gênero, nas quais os discursos masculinistas propagavam uma constante inferiorização do papel social feminino (Badinter, 1991).

Dito isso, ao escolher a lente da Psicologia Cultural, a partir de sua abordagem semiótica, é possível pensar a cultura como uma instância integrante dos sistemas psicológicos das pessoas (Valsiner, 2012). Valsiner (2007) conceituou cultura como uma “uma espécie de cultivo dirigido por objetivos, de características ou propriedades dos objetos no processo de desenvolvimento destes” (p.19). De acordo com essa perspectiva, o conceito de *cultura* situa-se nos processos que mediam a relação que o indivíduo estabelece com seu mundo social. É a cultura que liga o sujeito ao contexto, à experiência, à vivência social, através de uma mutualidade construtiva e processual (Valsiner, 2007).

Sendo assim, ao nascer, ainda que no mundo pós-moderno, a mulher passa a operar de forma a absorver signos, sentidos, significados culturalmente disponíveis, que vão funcionar, também, como blocos construtores de sua identidade. A importância dada à maternidade, portanto, possivelmente figurará como uma das peças fundamentais nesse processo de construção identitária. Através de suas próprias experiências, no entanto, ela é capaz de lançar-se semioticamente para longe do aqui-e-agora, em busca de novos significados que deem conta do contexto no qual se encontra inserida. Esse contexto, por sua vez, pode assumir diversas configurações, adversas ou não, normativas ou não, que funcionarão como estruturas mediadoras da assunção de novos lugares da mulher diante da maternidade.

A não normatividade circunscrita na escolha de não ter filhos, por exemplo, ainda é capaz de promover certo estranhamento social (Chaves, 2011) devido ao script esperado para uma mulher adulta, fértil e saudável. A insistência em tornar-se mãe diante de contextos adversos, como uma sequência de perdas gestacionais (Volkmer, 2009) ou a coexistência de gravidez e o vírus do HIV (Moreira, 2012), são outros

exemplos de situações não normativas que dão origem a novos significados acerca da maternidade.

Tomando-se como ponto de partida a experiência da maternidade no contexto da prematuridade, que também se configura como uma ruptura não-normativa, uma descontinuidade na trajetória linear esperada, que implicações podem ser observadas a partir desse contexto? Como a mãe de um recém-nascido pré-termo vivencia esse acontecimento? Que significados são construídos acerca da maternidade a partir dessa experiência? Como esses significados são construídos? Quais recursos semióticos são utilizados para que a transição entre o que fora idealizado e o que se apresenta, de fato, seja feita? Como a mulher se percebe, então, como mãe diante do contexto que se impõe? Vale, contudo, referir que os significados construídos sobre ser mãe de um recém-nascido prematuro podem funcionar, quando confrontados com a cultura e os elementos semióticos já estabelecidos, como elementos catalisadores de um novo modo de operar diante maternidade e do status sociocultural atribuído a ser mulher. Pensando nisso, a subseção a seguir foi destinada à reflexão de elementos físicos e psíquicos vivenciados pela mulher ao longo da gravidez e da experiência do nascimento prematuro.

1.2 REFLETINDO SOBRE GRAVIDEZ E NASCIMENTO PREMATURO

Tomando-se como base o que foi discutido na seção anterior, adentraremos no contexto específico no qual o presente estudo está alocado: a experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro. Para tanto, faremos um percurso, discutindo a maternidade desde a experiência de gestar, perpassando pela construção de expectativas maternas acerca de seu bebê, e adentrando no acontecimento disruptivo configurado pelo

nascimento anterior à trigésima sétima semana de gestação, trazendo à tona alguns aspectos inerentes ao nascimento prematuro e à condição do recém-nascido pré-termo.

Sabe-se que a gravidez é um período repleto de complexidade, em que diversas mudanças são experimentadas pela gestante, desde o aspecto físico até o psíquico. De acordo com Rafael-Leff (1997), o ciclo gravídico compreende um período de suscetibilidade à emergência de conteúdos inconscientes que servirão como base, juntamente com as experiências anteriores vivenciadas pela mãe, para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê após o nascimento (Piccinini, 2004; Maldonado, 2002; Rafael-Leff, 1997).

Durante a gestação já há o prenúncio da relação que será estabelecida futuramente entre mãe e filho (Piccinini, 2004). A mãe se relaciona com o bebê especialmente através de suas expectativas e das interações vivenciadas ainda no período gestacional (Piccinini, 2004). Para Rafael-Leff (1997) essas expectativas se configuram como elo relacional já que mãe e filho, durante a gestação, são praticamente invisíveis um para o outro.

Maldonado (2002) refere que as expectativas maternas em relação ao filho são geradas em seu próprio psiquismo, a partir de experiências anteriores e de conteúdos conscientes e inconscientes que se relacionam com as expectativas geradas acerca daquele bebê. A esse respeito, Piccinini (2004) chama atenção para o período do ciclo gravídico no qual se exacerbam as expectativas e se intensifica a relação experimentada entre mãe e bebê. Tal período corresponde ao segundo trimestre de gestação, quando o feto, através de sua movimentação, comunica sua existência (Piccinini, 2004).

A percepção materna dos movimentos fetais é considerada um dos elementos mais importantes da gestação. Ela inaugura um vínculo relacional novo entre mãe e bebê e, com isso, há uma tendência de aumento nas expectativas (Piccinini, 2004). É

através da percepção da movimentação do bebê que a mãe começa a atribuir características ao temperamento do filho e, a partir do estreitamento do vínculo materno-fetal e da constante experimentação dessa interação, a mãe pode chegar a estabelecer uma comunicação efetiva, compreendendo estados e necessidades do bebê, ainda no período gestacional (Rafael-Leff, 1991; Maldonado, 2002).

Com o andamento da gravidez e a entrada no terceiro trimestre de gestação, as expectativas em relação ao feto tendem a diminuir. Dessa forma, as fantasias típicas dos trimestres anteriores desvanecem dando lugar ao bebê real (Piccinini, 2004; Stern, 1997).

Ao pensarmos nos efeitos de tamanha expectativa materna a respeito de seu bebê, encontramos aspectos positivos e aspectos negativos. Szejer (1997) ressalta que ao projetar excessivamente seus sentimentos e expectativas no feto, a mãe retira do bebê a possibilidade de ser reconhecido por ela como um indivíduo único. Dito de outra forma, o bebê passa a ser idealizado e reconhecido através das lentes maternas, suprimindo seu espaço de existência como um ser complexo e singular.

Piccinini, Gomes, Lopes e Moreira (2004) referem, no entanto, que algumas gestantes têm dificuldades de investir no bebê por medo de serem frustradas diante da realidade que se apresenta. Sendo assim, apresenta-se o oposto da situação discutida anteriormente: ao invés de retirar do filho a possibilidade de ser reconhecido quanto à sua individualidade a partir do excesso de expectativas, a mãe suprime parte de sua idealização por medo de ser frustrada ao deparar-se com seu bebê. Se pensarmos no nascimento prematuro, qual das duas situações repercutiria de maneira mais impactante no estabelecimento do vínculo mãe-bebê? A não vinculação ao longo da gestação ou a frustração das expectativas quanto ao nascimento?

É importante sublinhar que no contexto da prematuridade, expectativas e realidade geralmente se apresentam de maneiras antagônicas. A mãe que, ao longo de sua história de vida e da gestação, idealizou um bebê saudável, a termo, se depara com um bebê com capacidades interativas diminuídas e fisicamente distanciado das fantasias construídas anteriormente (Adreani, Custódio & Crepaldi, 2006; Davis & Thoman, 1987; Gorski, Davinson & Brazelton, 1970). No entanto, mesmo gestantes com gravidezes normativas e mães de bebês a termo podem atribuir ao filho somente expectativas de insucesso e morte, expressando-as através de sentimentos e sensações, além de preocupações excessivas com o filho ao longo da gravidez e no período que sucede o nascimento (Piccinini *et al*, 2004). A esse respeito, Esteves (2009) refere à existência da *preocupação materna primária*, conceito que será retomado e melhor discutido ao longo dessa seção.

Por outro lado, as expectativas maternas vivenciadas ao longo do ciclo gravídico podem funcionar de maneira positiva, na medida em que promovem o estabelecimento do lugar existencial do bebê: é a partir delas que ele passa a existir como ser humano (Szejer, 1997; Piccinini, 2004). É através do investimento de desejos e fantasias maternas que o bebê vai ganhando esse espaço no psiquismo e na vida da mãe. Afora isso, com o advento da tecnologia há cada vez mais exames através dos quais se tem acesso aos dados concretos do bebê e, embora realidade e fantasia se misturem ao longo do ciclo gestacional no psiquismo materno, o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real só se concretiza após o nascimento (Piccinini *et al*, 2004). Cabe-se ressaltar, no entanto, que ainda que elementos reais permeiem a identificação imaginária do filho, há a possibilidade de que fantasias e idealizações não correspondam à realidade (Szejer, 1997; Piccinini *et al.*, 2004;).

A despeito de pontos de interseção entre o bebê real e o bebê imaginário, algumas gestantes permanecem alicerçadas em seus desejos e fantasias no que diz respeito à construção da imagem mental do bebê (Piccinini *et al.*, 2004). Sendo assim, especialmente no terceiro trimestre de gestação, fantasias ligadas tanto ao processo imaginativo quanto a dados reais do bebê coexistem e, por sua vez, configuram a imagem mental acerca do filho que está sendo gestado, marcando um processo de transição entre fantasia e realidade que, por sua vez, poderá se sobrepor à relação mãe-bebê futuramente (Piccinini *et al.*, 2004).

Sobre o nascimento prematuro, Esteves (2009) refere um acréscimo no que diz respeito a sentimentos de angústia e insegurança na vivência materna, dos últimos meses de gestação bem como nos meses que sucedem o nascimento, sublinhando particularidades nas expectativas maternas vinculadas ao bebê nascido antes de trinta e sete semanas de gestação. De acordo com a referida autora, o estado de sensibilidade exacerbada vivenciado pela mãe no último trimestre de gestação, denominado *preocupação materna primária*, é vivenciado de maneira mais exacerbada por mães de recém-nascidos pré-termo, podendo perdurar por meses após o nascimento e reverberar no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê.

Ao nascer, o bebê se encontra numa situação de absoluta dependência. Nesse contexto, a mãe é a figura detentora da possibilidade de cuidar. Embora a relação entre mãe e bebê seja amparada pela dependência absoluta no início da vinculação, no decorrer da vida, a partir do crescimento emocional adquirido na relação mãe-bebê, esta tende a desvanecer (Lopes, 2012). No entanto, inicialmente, a mãe não existe sem o bebê e o bebê não existe sem a mãe (Esteves, 2009).

De acordo com a Teoria do Apego (Bowlby, 1989), a relação mãe-bebê é forjada já nas primeiras interações. Sendo assim, a natureza do vínculo que será estabelecido

após o nascimento é alicerçada já no período sensível. Esses padrões de relacionamento vinculados à relação primordial entre mãe e bebê poderão permear o estabelecimento dos vínculos subsequentes, ao longo da vida (Bowlby, 1989) e, conseqüentemente, o desenvolvimento psicossocial e afetivo do futuro adulto.

Nesse sentido, é possível perceber o fenômeno complexo compreendido na assunção do papel parental. Tornar-se mãe encerra uma série de modificações significativas na vida da mulher, transformando-a desde o período gestacional até os anos que sucedem o nascimento de seu filho (Esteves, 2009). Afora isso, é da genitora o papel de ciceronear o bebê diante do novo mundo no qual ele acaba de se inserir ao nascer.

Partindo-se do pressuposto de que a vinculação mãe-bebê tem início desde o período gestacional e tomando-se como base a tarefa materna de integrar afetivamente o novo bebê ao mundo, pensar na separação da díade já nos primeiros momentos de vida encerra uma série de questões acerca do desenvolvimento do bebê e das competências parentais, principalmente do ponto de vista do afeto. Segundo Esteves (2009), a separação vivenciada logo após o parto pode gerar conseqüências negativas no que diz respeito à relação mãe-bebê. No entanto, no caso do nascimento prematuro, a separação precoce da díade ocorre de maneira recorrente.

Historicamente o cuidado do recém-nascido pré-termo estava associado à extrema necessidade de assepsia (Klaus e Kennel, 1992), principalmente a partir da disseminação da crença de maior suscetibilidade à contaminação a partir do contato humano. Todavia, em estudo realizado na década de 1990, Klaus e Kennel (1992) encontraram resultados que apontavam para a inexistência de aumento significativo nas taxas de contaminação de bebês pré-termo a partir do contato com os pais. Afora isso, os referidos autores encontraram dados importantes no que diz respeito ao estímulo do

desenvolvimento físico e emocional dos bebês a partir da relação precoce com os genitores. Mediante a realização de estudos, uma série de outras pesquisas realizadas em ambiente hospitalar verificaram os benefícios da presença dos pais nesse momento crucial na vida de seus filhos e deles próprios, abrindo espaço para fomentação de ideias tais como a humanização do cuidado e a criação do Método Mãe Canguru, por exemplo.

A partir de então, o vínculo mãe-bebê assumiu outra dimensão diante do cuidado despendido ao recém-nascido pré-termo, tendo em vista sua importância no desenvolvimento global da criança (Esteves, 2009).

Do ponto de vista da experiência materna de gestar, já foram discutidas as imensas repercussões práticas e psíquicas que tornar-se mãe promove na vida de uma mulher. No contexto do nascimento prematuro, no entanto, essa experiência assume conotações específicas. De acordo com Lebovici (1987), ao defrontar-se com a incapacidade de gestar até a trigésima sétima semana de gestação, a mãe se depara também com a dificuldade de encarar a fragilidade de seu bebê.

Do ponto de vista do ciclo vital, é esperado que pais tenham a vida encerrada na vida dos filhos e não o oposto. Como a prematuridade é o nascimento mas, também, é arrebatada pelo espectro da morte, tal experiência pode vir a confundir sensações, sentimentos e posicionamentos maternos diante do bebê. De acordo com Lebovici (1987), a dor característica da interrupção do vínculo materno-fetal é vivenciada de maneira exacerbada pela mãe de um recém-nascido pré-termo. Talvez esse fato decorra da vivência de uma separação drástica tanto do ponto de vista físico, com o corte do cordão umbilical e separação do corpo da mãe e do corpo do filho (como ocorre em todos os nascimentos), quanto do ponto de vista simbólico (essa dimensão, embora também ocorra em todos os nascimentos, pode ser agravada com a separação prolongada por dias, às vezes meses, no contexto do nascimento prematuro).

O distanciamento precoce da díade acaba por promover um maior estranhamento da mãe diante de seu próprio filho. De acordo com Klaus e Kennel (1992) ao dar a luz a um recém-nascido prematuro, a mãe se defronta com um bebê muito distanciado daquele que fora idealizado ao longo da gestação. Diante disso, a mãe pode passar por um processo de luto compreendido pela constatação de que o filho real não é o filho perfeito tão desejado (Klaus e Kennel, 1992; Stern, 1997). Esteves (2009) refere ainda que algumas genitoras poderão experimentar sentimentos de inconformidade nos quais atribuem ao bebê a responsabilidade pela infelicidade vivenciada diante do nascimento prematuro.

Assim, o nascimento ocorrido precocemente parece estar circunscrito na vivência de uma experiência traumática, geradora de sentimentos e estados mentais adversos. Esteves (2009) sublinha que a angústia característica da transição para a parentalidade, mais fortemente experienciada nos primeiros momentos de mãe e bebê, tende a se acentuar. De tal forma, o desafio de tornar-se mãe de um recém-nascido pré-termo adquire proporção ainda maior, já que além de lidar com o processo de enlutamento diante do filho imaginário, ainda há a ansiedade característica da separação precoce, bem como a necessidade de lidar com a morte real, que pode ser instaurada a qualquer momento (Esteves, 2009).

Assim sendo, fica posto que a gravidez é, em si, uma transição promotora de mudanças profundas no psiquismo materno (Szejer, 1997). Quando, a essa experiência, é acrescida a intercorrência caracterizada pelo nascimento prematuro, o impacto vivenciado pode ser ainda maior. Frustração de expectativas, sentimentos de angústia, medo da perda, ambivalência diante da condição do filho e da própria condição de mãe, todos esses são elementos que parecem perpassar a experiência de tornar-se mãe de um recém-nascido prematuro. Afora todas as questões culturais envolvidas na assunção do

lugar parental, a mãe de um bebê prematuro ainda deve lidar com uma diversidade de elementos inesperados, promotores de estados emocionais confusos e dificuldades de adaptação à nova realidade. Frente a essa conjuntura, o presente estudo se propôs a aproximar-se dessa experiência através de lentes específicas, estruturadas dentro da Psicologia Cultural, como discorrido a seguir.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente estudo foi orientado pela Psicologia Cultural (Valsiner, 2002) e teve como conceitos norteadores *rupturas* e *transições* (Zittoun, 2009). O principal conceito utilizado foi o de *ambivalência* (Abbey & Valsiner, 2004), ao tratar do processo de emergência semiótica. É importante referir que esses últimos estão intimamente ligados ao conceito de *self-dialógico* (Hermans, Kempen & Van Loon, 1992).

2.1 PSICOLOGIA CULTURAL

A Psicologia Cultural é um campo do conhecimento que se debruça sobre fenômenos psicológicos que ocorrem ao longo do ciclo de vida de um indivíduo. Tal disciplina tem como foco primordial a dimensão de processo, assumindo uma perspectiva desenvolvimental, ocupando-se de processos que garantem tanto a estabilidade – automanutenção dinâmica – quanto a mudança ao longo do tempo (Silva, 2010).

De acordo com Valsiner (2007), o termo “cultura” diz respeito a uma “modificação construtiva no fluxo natural das coisas. No que se refere aos aspectos (...) dos objetos nos seus processos de desenvolvimento, pode assumir a forma de um cultivo orientado para uma meta” (p.21). Sendo assim, ao pensar cultura a partir dessa perspectiva, “o mundo total dos seres humanos é um mundo cultivado, no qual recursos naturais – nossos ou de nosso ambiente – são transformados no mundo significativo” (Valsiner, 2007; p.21). Ainda para o referido autor, pensar a existência humana é pensar, concomitantemente, cultura. Desse modo, a cultura acaba por assumir a forma de uma semiosfera de objetos permeada por eventos significativos que nos circundam e

são refletidos em nossas mentes, configurando-se como pré-requisito para qualquer sistema reflexivo sobre a natureza e sobre nós próprios (Valsiner, 2007). Ademais, em consonância com Valsiner (2007), toda ciência é um artefato cultural, de modo que sem a cultura não seria possível a existência de nenhuma ciência.

A partir desse ponto de vista, a cultura passa a ser referida como os processos pelos quais indivíduos se relacionam com o mundo à sua volta. Diz, portanto, respeito à maneira pela qual as pessoas se relacionam entre si e com o seu ambiente, de forma a constituir um processo de coconstrução, de mutualidade.

Para a Psicologia Cultural, a cultura tem um caráter processual e também dinâmico, atuando internamente nos processos psicológicos humanos, sejam eles intrapessoais – pensar, sentir e agir – sejam eles interpessoais – relação com outros seres humanos (Valsiner, 2007). Sendo assim, retira-se do termo cultura o status de entidade, deixando de percebê-la como uma espécie de organizador dos processos psicológicos humanos ou uma categoria na qual estão incluídos grupos de pessoas que, com características comuns, fazem parte (Silva, 2010). Tais considerações referem-se ao pensamento antropológico predominante do que diz respeito aos estudos culturais (Colle, 1999 *citado por* Silva, 2010).

De acordo com a perspectiva da Psicologia Cultural, pretende-se a compreensão de fenômenos psicológicos complexos, percebendo a cultura não como uma entidade dissociada do sujeito, mas como parte integrante dos processos psicológicos individuais (Valsiner, 2007). É importante referir que, a partir desse prisma, há uma validação da cultura como elemento essencial do mundo psíquico do indivíduo, bem como a valorização das experiências sociais pelas quais um sujeito passa ao longo da vida, nos diversos contextos relacionais nos quais se insere, seja a partir da língua, da etnia ou da própria nacionalidade (Silva, 2010).

No que diz respeito à pesquisa, a Psicologia Cultural que, para Valsiner (2007), “é parte da psicologia geral vista como uma ciência básica,” (p.2) se inicia a partir de uma visão microgenética para a identificação ou criação de modelos aplicáveis a um contingente maior de pessoas. Silva (2010) explicita tal ideia ao referir as etapas componentes da pesquisa através da abordagem da Psicologia Cultural:

Tal caráter de ciência básica da psicologia cultural é evidenciado em sua forma geral de construção de conhecimento, ainda de acordo com Valsiner (2007):- Faz-se a amostragem a partir de um participante (ou pequeno grupo de participantes) em sua vivência em instituições sociais;- Constrói-se um modelo generalizado do funcionamento cultural do(s) participante(s), sendo tal modelo baseado em uma análise sistêmica do indivíduo em contexto;- Este modelo é testado empiricamente com base em outro(s) participante(s), o que leva à modificação do modelo anterior. O novo modelo sistêmico é novamente testado e modificado e assim por diante; - Um modelo geral torna-se idealmente aplicável aos seres humanos genericamente, através dessa construção hermenêutica do conhecimento a respeito das pessoas como sistemas que funcionam culturalmente. (Silva, 2010, p.21)

A Psicologia Cultural possui uma bifurcação epistemológica: divide-se numa vertente semiótica e numa vertente denominada *activity-theoretic perspective*. Aqui, no presente estudo, nos interessa a Psicologia Cultural de orientação semiótica. Dentro dessa perspectiva, percebe-se o ser humano através de sua capacidade reflexiva de distanciar-se do aqui-e-agora, movendo-se do contexto imediatista no qual se encontra através da mediação semiótica. Esta, por sua vez, é a habilidade de construir e utilizar instrumentos semióticos – signos – para dar um novo sentido ou ressignificar algo (Valsiner, 2007). Sendo assim, o indivíduo é, ao mesmo tempo, ator da situação configurada em seu contexto imediato e agente reflexivo, justamente pela capacidade de lançar-se de maneira dinâmica para o passado e para o futuro, através da utilização e construção de signos (Silva, 2010).

Para uma melhor compreensão da abordagem semiótica, é preciso definir alguns conceitos. Primordialmente é preciso compreender o que é *signo* para a Psicologia Cultural. De acordo com Abbey e Valsiner (2004), os signos são construtos

substitutivos – para uma determinada pessoa – de um referente. Este, por sua vez, pode ser outro signo ou um fenômeno ocorrido (Silva, 2010). O signo tem como função básica “transformar o mundo complexo da experiência em um esquema simplificado” (Silva, 2010; p.22). Dito de outra forma, o signo transforma a complexidade do cotidiano em categorias através de um processo simples de esquematização, restringindo elementos a categorias, no entanto, facilitando a comunicação e o entendimento interpessoal (Silva, 2010). Tais signos são chamados de *signos-ponto* e dizem respeito a uma categorização mais simplificada da realidade.

Todavia, o signo também assume a função de facilitar a compreensão de fenômenos sociais complexos, o que dá origem ao processo de pleromatização e permite que o indivíduo aja, diante de um acontecimento, mesmo antes de categorizar o fato em questão. Neste caso, o indivíduo pode lançar mão de memórias de experiências passadas ou vozes internalizadas para agir diante do acontecido. Esses signos são chamados de *signos-campo* e carregam maior complexidade (Valsiner, 2007). Sentimentos, artigos de arte, tais como pinturas e esculturas, são alguns exemplos de signos-campo ou pleromatizados.

De acordo com Valsiner (2007), um signo se encontra em uso apenas numa pequena janela do tempo, alocada no que chamamos de presente. No entanto, o signo é um instrumento de mediação semiótica e, portanto, pode viajar temporalmente para o passado e o futuro antecipado, ainda não conhecido. Desse modo, Valsiner (2007) evidencia que os signos são como promotores de construções prováveis de significados para experiências que se encontram no porvir que, embora não possam ser preditas, podem ser antecipadas subjetivamente através da mediação semiótica e, conseqüentemente, da capacidade reflexiva humana, a partir de significados construídos com base em experiências passadas.

Sendo assim, torna-se perceptível que, na referida abordagem, a cultura é vista de maneira dinâmica e construcionista e como parte integrante da organização sistêmica das funções psicológicas do indivíduo (Carvalho, 2014). É através da utilização dos signos que o sujeito é capaz de transformar o seu contexto imediato, distanciando-se deste e, ao mesmo tempo, integrando-o (Valsiner, 2012). Os signos são as ferramentas culturais que dão sentido à experiência humana.

Valsiner (2012) traz à tona a existência da *cultura pessoal* e da *cultura coletiva*. A primeira diz respeito à construção subjetiva e utilização de signos de maneira ativa por parte do indivíduo. Esse processo, por sua vez, está intimamente relacionado à comunicação interpessoal e ao relacionamento com pares (Carvalho, 2014). A segunda diz respeito a um “input heterogêneo para a construção do self por seres humanos individuais” (Valsiner, 2012, p.55). É importante referir que a cultura pessoal e a cultura coletiva não são isomórficas entre si. Embora o pano de fundo cultural seja compartilhado por muitas pessoas, cada indivíduo se constitui de maneira singular através dos processos psicológicos individuais que envolvem a mediação semiótica. Ainda que um grupo de pessoas receba a mesma mensagem, esta será transformada e reconstituída de maneira única, garantindo a construção da cultura pessoal de maneira autônoma em relação à cultura coletiva. Tal elaboração se caracteriza como conceito de *transferência bidirecional da cultura* (Valsiner, 2012).

Por fim, torna-se importante referir que a Psicologia Cultural é coconstruída por diversos campos de pesquisa que se debruçam no estudo da cultura. A palavra *cultura* acaba por funcionar como uma ponte de integração que impulsiona o desenvolvimento e o crescimento cultural desse campo do conhecimento (Valsiner, 2009).

2.2 UMA BREVE DESCRIÇÃO DA TEORIA DO *SELF-DIALÓGICO*

Para que os conceitos abordados nas seções subsequentes sejam melhor compreendidos, discutiremos nesta seção a Teoria do self-dialógico, proposta por Hermans, Kempen e van Loon (1992).

De acordo com a referida teoria, o *self* tem natureza eminentemente narrativa. Trata-se de um processo desenvolvimental dialógico, permeado por múltiplas vozes, as quais funcionam como elementos promotores de construções e reconstruções narrativas a respeito das experiências vivenciadas (Hermans, Kempen & van Loon, 1992). É a partir da ideia de um *self* narrativo que Hermans e colaboradores (1992) postulam a respeito do caráter dinâmico do *self* e da possibilidade de assunção de diferentes *I-positions*.

As *I-positions*, por sua vez, são posições dialógicas assumidas pelo *self* do indivíduo, as quais funcionam de maneira relativamente autônoma entre si. Essas posições são compostas por uma tríade de instâncias do *self* organizadas em: Eu (*I*), Mim (*me*) e a narrativa do significado dos eventos vivenciados. O *I(Eu)* geralmente é a instância relacionada à autoria da narrativa, estabelecendo o *self* como autor. O *I(Eu)*, por sua vez, através da capacidade reflexiva e dos processos de mediação semiótica, é capaz de distanciar-se do evento vivenciado no aqui-e-agora e reconstruir narrativamente o passado e o presente, abrindo espaço para projeções de possibilidades imaginativas acerca do futuro desconhecido. A partir dessa capacidade de mover-se temporalmente, o Eu-autor (*I*), aquele que narra, pode modificar-se a cada nova experiência vivenciada, a cada nova narrativa construída. Já o *Me(Mim)*, referido anteriormente, é o protagonista do conteúdo narrado pelo *I(Eu)*.

Segundo Hermans e colaboradores (1992), diferentes *Eus(I)* podem se colocar na posição de narradores ao longo do tempo. A partir dessa possibilidade, diferentes histórias são narradas por autores distintos, de maneira que há uma diversidade de posições ocupadas de maneira dinâmica tanto pelo *Eu(I)* que narra, quanto pelos atores protagonistas (*Me*) das histórias narradas (Hermans, Kempen & van Loon, 1992).

Ainda sobre as *I-positions*, é preciso ressaltar que, de acordo com as postulações dos autores supracitados, existem I-positions mais e menos centrais, a esse respeito, Silva (2010) refere:

(...) aquelas sentidas como fazendo parte da pessoa que narra a história são posições internas, ao passo que as consideradas significativas para uma ou mais posições internas e fazem parte do ambiente circundante (familiares, amigos, instituições sociais, objetos, etc.) são posições externas; as posições que se encontram fora do espaço do *self* dialógico são aquelas localizadas fora do horizonte subjetivo do mesmo, a respeito das quais a pessoa não tem consciência – porém, essas posições situadas fora do horizonte subjetivo do *self* dialógico podem adentrar o espaço do *self* a qualquer momento, a depender das mudanças contextuais experienciadas pelas pessoas (Silva, 2010; p.28-29).

Diante disso, é possível perceber que a dinâmica do *self* narrativo é permeada por elementos semióticos diversos, compreendidos no contexto imediato e percebidos pelo indivíduo, mas também por elementos não percebidos alocados fora do horizonte subjetivo do indivíduo, como postulado por Silva (2010).

Contudo, devido à dialogicidade envolvida na construção e reconstrução da história narrada, os posicionamentos do *self* outrora desconhecidos pelo indivíduo podem emergir em seu campo semiótico através de novas experiências. De acordo com Hermans e colaboradores (1992), através do protagonismo vivenciado nas histórias narradas pelo *I(Eu)*, os diversos atores (*Me*), por possuírem relativa autonomia no espaço compreendido pelo *self*, podem expressar-se narrativamente, constituindo diferentes vozes que complexificam o *self* e o estruturam de maneira narrativa. Fazem

isso, portanto, a partir de modos narrativos autônomos, nos quais ficam evidentes diferenciações de visões de mundo, de experiências e de histórias narradas.

Como foi dito anteriormente, a Psicologia Cultural se utiliza da noção de *self-dialógico* postulada por Hermans e colaboradores (1992), principalmente nas elaborações acerca da Teoria da Mediação Semiótica (Valsiner, 2002) e a Teoria da Emergência Semiótica (Abbey & Valsiner, 2004).

A seguir, serão discutidos conceitos inseridos na perspectiva da Psicologia Cultural, que funcionaram como balizadores para a formulação teórico-conceitual do presente estudo. A seção seguinte diz respeito aos conceitos utilizados como marcadores operacionais, a partir de uma perspectiva mais ampla do fenômeno estudado.

2.3 RUPTURAS E TRANSIÇÕES

Dentre as elaborações teóricas que compõem a Psicologia Cultural e a retiram da condição de uma disciplina monolítica, alocando-a num status de disciplina coconstruída, está a noção de *rupturas e transições*. Tais conceitos foram cunhados e desenvolvidos por Zittoun (2009).

Para o entendimento de tais elaborações teóricas é preciso, antes de tudo, compreender que os indivíduos estão necessariamente imersos num campo cultural repleto de significados simbólicos. Estes, por sua vez, oferecem possibilidades de significações e construções de sentido bastante variadas, no que diz respeito aos acontecimentos e às relações interpessoais (Carvalho, 2014). De acordo com Zittoun e colaboradores (2003), é este campo cultural detentor de significados simbólicos e sentidos diversos, que estabelecem a continuidade da experiência humana.

Todavia, embora se pretenda observar a história de vida de maneira linear, o curso de vida é essencialmente dinâmico, caracterizando-se pelo estabelecimento progressivo de regularidades e continuidades, mas, também, de acontecimentos que instauram uma descontinuidade naquilo que era esperado (Carvalho, 2014). É justamente esse acontecimento disruptivo, que se desvia do *script* estabelecido, que caracteriza o que Zittoun (2009) chamou de *rupturas*. De acordo com a autora, o momento em que ocorre a ruptura é extremamente útil do ponto de vista da pesquisa em psicologia, já que exige que o indivíduo se reconstrua psicologicamente em torno do acontecimento para então reestabelecer o fluxo do curso de vida (Zittoun, 2009). Por tal motivo, rupturas são períodos facilitadores no que diz respeito à investigação de mudanças de trajetórias, configurando-se como laboratórios naturais.

Carvalho (2014) refere que momentos de ruptura implicam mudanças intransitivas que são facilitadas por fatores tanto internos quanto externos. Os momentos de rupturas são, portanto, pontos de bifurcação nos quais o indivíduo deve se reorganizar psiquicamente, escolhendo uma direção a ser seguida. Tal processo compreende a perda de modos progressivos de ajustamento (Zittoun, 2011) e demanda o estabelecimento de novas formas de agir e pensar (Zittoun, 2009).

Por dizerem respeito a uma descontinuidade na trajetória de vida de um sujeito, a ruptura exige uma reorganização em diversos aspectos da vida psíquica e concreta. Sendo assim, Zittoun (2009) refere o conceito de *transições*, caracterizado por múltiplos processos através dos quais o indivíduo responde à ruptura estabelecida. São processos de mudanças catalisadoras cujo objetivo é restaurar o senso de continuidade da experiência de vida, a partir de uma nova organização sustentável entre o sujeito e o ambiente no qual se encontra (Carvalho, 2014).

Para o reestabelecimento da sensação de integridade, é necessário lançar mão da construção de novos significados. Sendo assim, o sujeito acaba por recorrer tanto aos dispositivos semióticos existentes no ambiente circundante, quanto a recursos internos – experiências anteriores, características pessoais, habilidades – e externos – aconselhamentos de terceiros, elementos dispostos no ambiente, etc (Zittoun, 2009). Nesse sentido, rupturas e transições são conceitos complementares. As rupturas são acontecimentos que interrompem o fluxo contínuo do ciclo de vida e as transições são mudanças através de novas elaborações simbólicas que fornecem ao sujeito um melhor ajustamento diante das circunstâncias de vida, protegendo também o sentido de self do indivíduo (Zittoun, Duveen, Gillespie, Ivinson & Psaltis, 2003).

Por fim, ressalte-se que transições a partir de uma ruptura não normativa são mais difíceis, por se configurarem como situações não esperadas cujo suporte social e cultural é defasado em relação a situações normativas (Zittoun, 2011), como, por exemplo, a assunção natural do papel parental por parte de uma mulher saudável e adulta. Carvalho (2014) também chama atenção para outro aspecto fundamental da elaboração teórica em torno de tais conceitos: rupturas socialmente observáveis podem não ser consideradas acontecimentos disruptivos por parte dos sujeitos que as vivenciam, bem como rupturas não observáveis podem ser vivenciadas como tais e facilitadoras de transições favorecedoras de um melhor ajustamento do indivíduo à sua vivência social e cultural.

A partir do que foi discutido nessa subseção, fica posto que o acontecimento disruptivo compreendido no presente estudo é o nascimento prematuro, já que está circunscrito num episódio não normativo diante do curso natural de uma gestação. No entanto, na análise das entrevistas ele só foi sublinhado como tal a partir da percepção das participantes do estudo.

A seguir serão discutidos conceitos fundamentais para a elaboração teórica aqui pretendida. Através das noções de ambivalência e emergência semiótica, foi possível proceder uma análise microgenética do fenômeno abordado, na medida em que as entrevistas foram realizadas no desenrolar da experiência investigada.

2.4 AMBIVALÊNCIA E EMERGÊNCIA SEMIÓTICA

A noção de ambivalência, trazida à tona por Abbey e Valsiner (2004), diz respeito a uma formulação que tem como base a psicologia topológica de Kurt Lewin. Esta traz como um de seus pressupostos a proposição de que ambivalência é uma “tensão produzida por um sistema composto de um centro e no mínimo dois vetores não-isomórficos em tamanho e direção” (Abbey & Valsiner, 2004, p.4)

A elaboração desse conceito dentro da Psicologia Cultural se dá a partir dos signos. Para Abbey e Valsiner (2004), diante de uma tensão um determinado signo poderá representar satisfatoriamente o acontecimento no momento presente, no entanto, como o indivíduo tem a capacidade de projetar-se no passado e no futuro através de sua capacidade reflexiva – em que ele se desloca no fluxo temporal e é, ao mesmo tempo, ator da situação no aqui-e-agora, tal signo poderá se tornar insuficiente para explicar o acontecimento. A partir da referida situação, instaura-se uma dimensão de incerteza no desdobramento dos acontecimentos e, conseqüentemente, no processo de emergência semiótica. Esta dimensão de incerteza precisa ser superada pelo indivíduo através do processo de mediação e emergência semiótica que, neste caso, poderá ser marcado por níveis variáveis de ambivalência (Abbey & Valsiner, 2004).

Abbey e Valsiner (2004) referem que a oscilação entre graus de ambivalência promovem um processo constante de construção de significados através da emergência

semiótica. Esta, por sua vez, ocorre em um número variado de condições distintas entre si. Os autores supracitados definem três condições de emergência semiótica: 1) Nula ou *Null Condition*; 2) Irregular ou *Erratic Condition*; 3) Bifurcação de Trajetórias ou *Bifurcation of Trajectories*;

A condição Nula diz respeito a uma situação na qual um indivíduo não sabe o que significa ou o que é determinado fato, acontecimento ou objeto. Dessa forma, não há o estabelecimento de uma tensão entre *saber* ou *não saber*, entre a *certeza* e a *incerteza* (Abbey & Valsiner, 2004). De acordo com Silva (2010), nestas situações “o fenômeno é relegado ao esquecimento, como tantos outros com os quais nos deparamos e no quais não focamos nossa atenção, não ocorrendo, portanto, emergência de signos novos” (p.27).

A condição Errática refere-se a acontecimentos ou situações nas quais o sujeito se preocupa em entender o que determinada coisa é. Nestes casos, há um estado de tensão caracterizado pela experiência de ambivalência inicial mínima ou moderada (Abbey & Valsiner, 2004). Assim, o indivíduo oscila entre o *saber* e o *não saber*, configurando-se numa busca irregular de significados que, por sua vez, servirão como base para novas significações que serão construídas posteriormente (Silva, 2010). No entanto, por se constituir de maneira arbitrária e irregular, geralmente ocorre a construção de signos frágeis ou médios (Abbey & Valsiner, 2004). É importante referir que signos frágeis ou médios explicam a realidade de maneira menos taxativa que signos fortes. Outro aspecto importante a ser mencionado é a possibilidade de a condição Irregular de emergência semiótica se bifurcar em dois processos distintos: 1) Condição Errática I; 2) Condição Errática II. Cada um dos referidos processos possuem subdivisões, bifurcando-se em *a* e *b*, como representado na Figura 1:

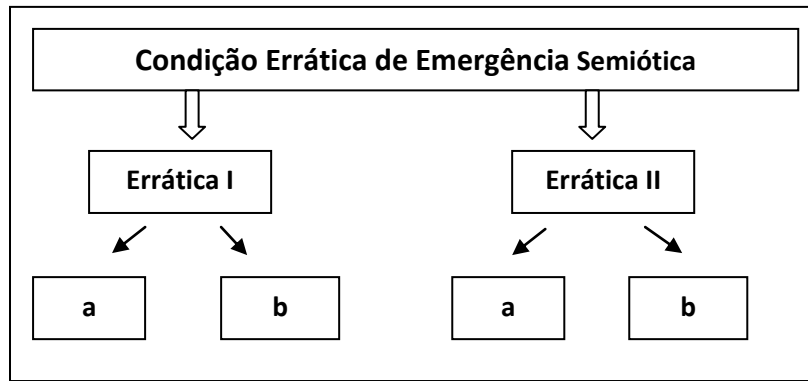


Figura 1: Condição Errática de emergência semiótica.

A condição Errática Ia se caracteriza pela emergência recorrente de signos fracos que, por sua vez, não dão conta do acontecimento de maneira satisfatória. Caso o signo explicasse o fenômeno de maneira coerente e satisfatória, caracterizar-se-ia a condição Errática Ib (Abbey & Valsiner, 2004). Já a explicação de um acontecimento através de um signo médio, baseado em experiências progressas, configura a condição Errática de emergência semiótica Iia. Caso o signo médio em questão seja posteriormente contestado e o indivíduo experimente níveis elevados de ambivalência, provavelmente o sujeito em questão entrará na condição de Bifurcação de Trajetórias (Silva, 2010). Tal condição de emergência semiótica diz respeito a:

(...) a pessoa superenfatar a incerteza, afirmando: “*Não sei e não quero saber de nada*”, reduzindo a ambivalência e retornando à condição nula. Nesse caso, tem-se a condição de Bifurcação de Trajetórias I. No entanto, em situações nas quais alguma ação tem que ser levada a cabo e a permanência de altos níveis de incerteza trazem altos custos para a pessoa (...), a utilização de signos estáveis e fortes é extremamente adaptativa. Tais signos resistentes restringem as possibilidades de significados, monologizando o outrora dialógico processo de construção de significados, mas sendo funcionais em momentos nos quais altos níveis de incerteza podem ser prejudiciais para a adaptação da pessoa a uma determinada situação (Silva, 2010, p.27).

A partir de então, configura-se a condição de emergência semiótica de Bifurcação de Trajetórias II, caracterizada pelos mais altos índices de tensão. Aqui os signos emergem a partir de dois processos, de acordo com Silva (2010):

no primeiro, há uma focalização em um aspecto da situação, ao mesmo tempo em que se ignora os aspectos dúbios do fenômeno (...); no segundo processo, *outros sociais* relevantes para uma determinada pessoa (profissionais, familiares, amigos, cônjuges, etc.) intervêm no processo de construção de significados, através do fornecimento de signos fortes a serem utilizados em situações de extrema ambivalência. Os significados oriundos de tais interações, no entanto, são coconstruídos pela pessoa a partir da aceitação, em maior ou menor grau, de tais signos fornecidos (...). (Silva, 2010; p. 27).

Diante de tais elaborações, torna-se perceptível o caráter dinâmico dos conceitos de *ambivalência* e *emergência semiótica*. São interdependentes. A partir da experiência de tensão, o indivíduo é capaz de lançar mão de recursos semióticos disponíveis para construir novos significados que deem sentido ao que está sendo experienciado no aqui-e-agora. No caso da presente pesquisa, *ambivalência* torna-se o conceito central, já que o nascimento prematuro é um acontecimento disruptivo que traz consigo a marca de uma *ambivalência primordial*: o bebê prematuro nasce com a impressão tanto da vida quanto da morte em seu próprio corpo. Afora isso, os níveis de tensão experimentados por uma mãe que espera dar à luz a um bebê a termo, mas tem o parto antecipado, pode influenciar diretamente na construção de significados acerca dessa experiência.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEFININDO PREMATURIDADE

A prematuridade se caracteriza pelo nascimento ocorrido antes de 37 semanas completas, contadas a partir do início do último período menstrual, ou seja, antes da trigésima sétima semana de idade gestacional (Porto, Coutinho, Coutinho, Bezerra & Amorim, 2013). Além do critério delimitado pelo número de semanas de gestação, o peso do bebê deve ser igual ou inferior a 2500g (Adreani, Custódio e Aparecida, 2006). É necessário, no entanto, diferenciar o bebê prematuro do *recém-nascido de baixo peso*. Um bebê nascido no período compreendido entre 38 e 40 semanas, a termo, portanto, pode apresentar baixo peso ao nascer por prejuízos no crescimento intrauterino (Gorzílio, 2013). O conceito *recém-nascido de baixo peso* pode ser utilizado tanto para fazer referência a bebês nascidos prematuramente, ou seja, antes da trigésima sétima semana de IG, ou para referir-se um bebê a termo com crescimento intrauterino prejudicado e conseqüente baixo peso na ocasião do nascimento (Gorzílio, 2013).

Devido aos avanços da medicina, bebês cada vez menores têm sido capazes de sobreviver. Criou-se, então, na década de 1990, uma classificação para o bebê prematuro de acordo com seu peso na ocasião do nascimento: peso muito baixo (*very low birthweight*), para bebês nascidos com peso inferior a 1500g, e peso extremamente baixo (*extremely low birthweight*) para bebês nascidos com peso inferior a 1000 (Linhares *et al.*1999). Em estudos mais recentes, foi instaurada uma nova classificação na tentativa de abarcar a heterogeneidade do grupo de recém-nascidos pré-termo. Tal classificação subdivide os recém-nascidos prematuros em três subgrupos: 1) Grupo I ou Pré-termo Limítrofe: nascimento ocorrido com IG abaixo de 37 semanas completas; 2) Grupo II ou Moderadamente Pré-termo: nascimento ocorrido entre 31 e 36 semanas de

IG; 3) Grupo III ou Extremamente Pré-termo: nascimento ocorrido entre 22 e 30 semanas de IG (Segre, 2002).

De acordo com o relatório de ação global sobre o nascimento prematuro, elaborado pela OMS no ano de 2012, nascem cerca de 15 milhões de bebês pré-termo no mundo, por ano. Desse contingente, é contabilizada a morte de cerca de um milhão. Sendo assim, a prematuridade se configura como a principal causa mundial de mortalidade e morbidade neonatal (Vettore, Dias, Vettore & Leal, 2013), causando por volta de 75% de mortes e anomalias em recém-nascidos não acometidos por doenças congênitas (Roman & Pernoll, 2003 *citado por* Rosa, Pires, Medeiros, Edelweiss & Martínez-Mesa, 2012).

No que diz respeito a países pobres, especialmente da África do sul e Ásia, a situação se apresenta de forma ainda mais grave, sendo a taxa de prematuridade compreendida numa proporção de doze para cada cem recém-nascidos (12%). Já em países desenvolvidos, a taxa de prematuridade costuma ser de aproximadamente 9%, ficando 0,2% abaixo do percentual de nascimentos pré-termo ocorridos no Brasil (Pizzani, Lopes, Manzini & Martinez, 2012).

A partir de uma revisão de estudos de base populacional realizados no Brasil desde o ano de 1950 até o ano de 2004, Silveira, Santos, Barros, Matijasevich, Barros & Victora (2008) identificaram o aumento da taxa de prematuridade no país. Segundo os referidos autores, 61,4% das causas perinatais de mortalidade infantil estão associadas ao nascimento prematuro, tais como hipóxia e a síndrome do sofrimento respiratório (Silveira *et al.*, 2008). No ano de 1996, as causas perinatais eram responsáveis por 49,7% das mortes infantis, chegando a 54% no ano de 2003. Tal aumento nas taxas de mortalidade infantil foi identificado em todas as regiões brasileiras. O estudo refere que em 2004, de acordo com dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE), o índice de mortes de bebês por causas perinatais chegou a 57% (Silveira *et al.*, 2008). O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por causas perinatais, por sua vez, é mais alto nas regiões Norte e Nordeste do que nas regiões Sul e Sudeste. No que diz respeito especificamente à região Nordeste, Carvalho, Pereira, Frias, Vidal & Figueiroa (2007) referem que a taxa de mortalidade infantil relacionada a óbitos ocorridos no período neonatal aumentou de 37,9%, em 1990, para 61,2% em 2002.

A partir das evidências que confirmam o aumento considerável da prematuridade no mundo, muitos estudos vêm buscando identificar novos fatores de riscos que possam estar associados ao nascimento prematuro. Afinal, trata-se de uma questão que ainda permanece com alguns aspectos incompreendidos (Rosa *et al.*, 2012), principalmente devido à sua etiologia multifatorial (Bittar, Francisco & Zugaib, 2013).

Inúmeras intercorrências no ciclo gravídico puerperal podem gerar riscos à integridade da saúde tanto da mãe quanto do bebê. Um dos fatores de risco frequentemente verificados em estudos sobre o nascimento pré-termo são as alterações placentárias, tais como placenta prévia ou deslocamento prematuro, excesso de líquido amniótico, infecções e hipóxia (Silveira *et al.*, 2008). Além disso, a idade materna tem sido apontada com um risco potencial ao nascimento prematuro, sendo esse fenômeno mais frequente em mães mais jovens e primíparas (Ramos e Cuman, 2009) ou com idade acima de 34 anos (Gorzílio, 2013). Afora isso, agentes teratogênicos como drogas, álcool ou medicamentos, dentre outros, podem interferir negativamente na manutenção da gravidez (Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca & Leite, 2003). Outras variáveis importantes são fatores sociodemográficos relacionados à classe social, ao grau de pobreza da mãe, à estrutura familiar (Adreani, Custódio e Crepaldi, 2006) e à assistência pré-natal recebida pelas mães (Vettore *et al.*, 2013; Gorzílio, 2013).

Um novo aspecto que vem sendo apontado como fator de risco nos novos estudos sobre nascimento prematuro é a história de prematuridade (Bittar, Francisco & Zugaib, 2013; Gorzílio, 2013). A história de prematuridade diz respeito a ocorrências anteriores, na história de vida da mãe, de gravidezes precocemente interrompidas e nascimentos de bebês de baixo peso e tende a ocorrer conforme a maior paridade da paciente (Vettore *et al.*, 2013). De acordo com Bittar *e colaboradores* (2013), possuir antecedente de prematuridade espontânea pode levar ao aumento de até duas vezes no risco de que o nascimento pré-termo se repita. Tal recorrência está associada ao número de partos prematuros anteriores e à idade gestacional na ocasião do nascimento. Os autores afirmam ainda que quanto maior o número de nascimentos prematuros anteriores e quanto menor for a idade gestacional na qual ocorre o parto, maior o risco.

Apesar de muitos estudos se direcionarem para a investigação de fatores biológicos e fisiológicos envolvidos no nascimento prematuro, ainda na década de 1990, algumas pesquisas se voltaram para fatores emocionais e psicológicos que poderiam figurar na caracterização de tal quadro. Entre esses fatores estão a depressão pós-parto, o estresse parental e a ansiedade (Adreani, Custódio & Crepaldi, 2006; Pattel & Prince, 2006; Thiengo, Pereira, Santos, Cavalcanti & Lovisi, 2012; Araújo, Pereira & Kac, 2007).

A gravidez é compreendida como um período sensível para o estabelecimento de sintomas depressivos (Zuchi, 2000). A depressão, por sua vez, se configura como fator de risco no desencadeamento de intercorrências no ciclo gravídico que podem levar ao parto prematuro (Zuchi, 2000; Perosa, Silveira & Canavez, 2008). Thiengo *e colaboradores* (2012) referem que crianças de mães deprimidas têm maior suscetibilidade ao baixo peso ao nascer e à prematuridade, sendo duas vezes mais suscetíveis a esses problemas do que crianças de mães não deprimidas (Patel & Prince,

2006). Sendo assim, a depressão materna, quando não tratada, pode estar associada às implicações para a saúde da mulher e para o seu funcionamento biológico podendo resultar no nascimento prematuro (Patel & Prince, 2006). Visto que a depressão promove alterações bioquímicas e hormonais no organismo, tal condição pode ocasionar uma diminuição do fluxo sanguíneo placentário e promover uma redução do crescimento fetal (Chalem, Ferri, Barros, Guinsburg, & Laranjeira, 2007), acarretando complicações no ciclo gravídico e, possivelmente, o nascimento prematuro.

Portanto, a depressão materna vem sendo descrita como fator preditivo para o nascimento pré-termo, e esse risco aumenta quando a depressão está associada a fatores como privação econômica, cuidados pré-natais precários, uso de drogas, eventos estressores, deficiência nutricional, bem como rede de apoio precária ou inexistente (Wadhwa *et al.*, 2001 citado por Thiengo *et al.*, 2012).

Thiengo *e colaboradores* (2012) afirmam que, além das considerações fisiológicas a respeito do quadro depressivo, a depressão não tratada pode aumentar as chances de a mãe utilizar substâncias psicoativas, tais como álcool e tabaco, além de influenciar no acompanhamento pré-natal, diminuindo a frequência às consultas e o cuidado com a nutrição no período gestacional (Thiengo *et al.*, 2012). Sabe-se que a utilização de álcool e drogas durante a gravidez pode, também, ocasionar o nascimento prematuro (Scochi *et al.*, 2003), assim como o acompanhamento pré-natal precário pode influenciar na ocorrência de intercorrências promotoras de baixo peso ao nascer e nascimento pré-termo (Vettore *et al.*, 2013).

O desencadeamento de um quadro depressivo no período da gestação é mais frequente em mulheres que já possuem história anterior de depressão (Barros, Santos, Lima, Fonseca & Lovisi, 2013). De acordo com Thiengo *e colaboradores* (2012), menores taxas de depressão são encontradas em mulheres que recebem

acompanhamento pré-natal adequado, que têm nível socioeconômico mais elevado e menor incidência de eventos estressores durante a vida. É importante ressaltar, no entanto, que, ainda que a história de depressão seja um fator importante para a identificação dos riscos envolvidos no estabelecimento de estados depressivos na gestante, a depressão é o transtorno psíquico verificado com mais frequência durante o ciclo gravídico (Barros *et al.*, 2013).

Além da depressão, alguns estudos investigam o papel da ansiedade no período pré-natal, como um fator predisponente do parto prematuro (Mancuso, Schetter, Rini, Roesch & Hobel, 2004). Essa relação se deve ao fato de a ansiedade ser considerada mediadora de mudanças endócrinas e de comportamentos de risco, tais como ingerir bebidas alcoólicas, fazer uso de tabaco, comer excessivamente e esquivar-se de acompanhamento pré-natal, que podem estar associados a desfechos desfavoráveis na ocasião do nascimento, sendo a prematuridade e o baixo peso ao nascer referidos na literatura de maneira recorrente (Araújo, Pereira & Kac, 2007). Segundo o referido estudo (2007) cerca de 20% das mulheres apresentam sintomatologia ansiosa no período gestacional.

De modo semelhante ao que ocorre com a depressão, a ansiedade também promove uma série de alterações fisiológicas no organismo da mãe. Essas alterações estão relacionadas à maior produção do hormônio corticotrópico (CRH) responsável pela interação com oxitocinas mediadoras da contração uterina (Mancuso *et al.*, 2004), o que poderia provocar o parto prematuro.

É importante referir que o parto prematuro não oferece complicações apenas na ocasião em que se concretiza. Sabe-se que a prematuridade e o baixo peso ao nascer estão associados a um maior risco de morte no primeiro ano de vida e a problemas desenvolvimentais ao longo da infância (Serra & Scochi, 2004). Mesmo após a alta

hospitalar a partir da estabilização completa do quadro clínico, o recém-nascido pré-termo continua sendo de alto risco, havendo um alto índice de reinternações ao longo do primeiro ano de vida, principalmente sob influência de aspectos relacionados à alimentação (Serra & Scochi, 2004). Além disso, a partir de um nascimento ocorrido antes da trigésima sétima semana, há a possibilidade de que, na vida adulta, haja maior incidência de problemas clínicos (Serra & Scochi, 2004).

Estudos produzidos na última década vêm apontando uma diversidade de desdobramentos desenvolvimentais negativos, que podem ser gerados a partir do nascimento prematuro. Turrini, Enumo, Ferrão & Monteiro (2010) referem paralisia cerebral, retardo mental, perdas auditivas, danos visuais a partir do quadro de retinopatia da prematuridade como danos mais facilmente percebidos num primeiro momento. Porém, em longo prazo, podem ser identificadas deficiências em aspectos do desenvolvimento tais como dificuldades de aprendizagem, desordens da fala e da linguagem, problemas de coordenação motora, dentre outros (Turrini *et al.*, 2010). Afora isso, problemas relacionados à imaturidade emocional, à competência social e acadêmica e à atenção seletiva são comumente citados quando se fala das possíveis consequências do nascimento prematuro (Glen, 2005). De acordo com Glen (2005), existe uma provável cadeia de acontecimentos produzida pelo avanço tecnológico no cuidado com bebês prematuros. Primeiramente, a sobrevivência de bebês cada vez menores tem sido verificada com mais frequência e, apesar disso ser um ganho muito grande no que diz respeito à saúde e à atenção ao bebê prematuro, acarreta uma série de outras preocupações, afinal de contas, quanto menor o bebê na ocasião do nascimento, maiores são as chances de apresentarem problemas no sistema nervoso central (SNC), aumentando a morbidade neurodesenvolvimental, principalmente no que diz respeito à

cognição e ao desenvolvimento neuropsicológico (Glen, 2005; Fieldman, Eildman, Sirota & Weller, 2002).

Nunes (2013) refere que devido à imaturidade da maioria dos sistemas biológicos, o bebê pré-termo está sujeito a uma série de complicações que poderão resultar em internações recorrentes durante seu primeiro ano de vida. O autor sublinha que crianças nascidas prematuramente são mais propensas a sofrer de paralisia cerebral, retardo mental, esquizofrenia e distúrbios psicológicos (Nunes, 2013). No entanto, é preciso ratificar que a qualidade de vida e o prognóstico de cada bebê pré-termo estão intimamente associados ao grau de imaturidade fisiológica dos sistemas, ao peso, às condições relativas ao nascimento e às intercorrências que decorrem do cuidado clínico oferecido ao bebê prematuro (Nunes, 2013).

Sendo assim, torna-se de suma importância estudar de maneira mais aprofundada as dinâmicas que se estabelecem nos diferentes tipos de cuidado ofertados ao bebê pré-termo. Sabe-se que a UTIN é o ambiente que mais frequentemente é associado à prematuridade, sendo uma etapa necessária para a estabilização das condições clínicas do bebê e para garantia de sua sobrevivência, principalmente para bebês nascidos com peso inferior a 1500g e num período anterior à trigésima sétima semana de idade gestacional (Nunes, 2013; Gorzílio, 2013; Pinheiro, Silva, Bessa, Cunha, Ferreira & Gomes, 2009).

A fim de discorrer de maneira mais aprofundada a respeito das modalidades de atenção à saúde do recém-nascido pré-termo investigadas nesse estudo, a seguir serão apresentadas algumas características de cada contexto em particular.

3.2 MODALIDADES DE CUIDADO OFERECIDAS AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

3.2.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Diversas intercorrências biológicas e psicológicas são descritas pela literatura como relacionadas ao nascimento prematuro e tal questão ainda permanece com alguns aspectos obscuros, devido à multifatorialidade envolvida, como dito anteriormente. Porém, quando o nascimento prematuro se concretiza, de fato, as saídas para os cuidados com o bebê pré-termo são quase sempre as mesmas. O cuidado tradicional dispensado ao bebê na UTIN é a mais comum delas, afinal trata-se de um ambiente no qual estão alocados equipamentos necessários para os cuidados iniciais com o recém-nascido de baixo peso (Gorzílio, 2013; Pinheiro *et al.*, 2009; Souza, Araújo, Costa, Carvalho & Silva, 2009) e onde se encontram profissionais de saúde especializados para lidar com tal condição adversa (Pinheiro *et al.*, 2009).

A incubadora é a representação clássica do cuidado tradicional, a UTIN. Trata-se de um dos mais importantes avanços no cuidado com recém-nascidos prematuros (Pinheiro *et al.*, 2009). Sua idealização ocorreu por parte de M. Tarnier, ainda no século XIX (Pinheiro *et al.*, 2009). Porém, a implementação e popularização do equipamento data da década de 1950 (Gorzílio, 2013), e tem por objetivo fornecer ao bebê pré-termo condições similares à vida intrauterina, tais como regulação de temperatura e ar filtrado, dentre outras (Pinheiro *et al.*, 2009). Por muito tempo foi considerada o microambiente ideal para o desenvolvimento regular e adequado do recém-nascido pré-termo (Pinheiro *et al.*, 2009), já que o nascimento prematuro implica na incompletude do desenvolvimento de aparelhos biológicos, que tornam o bebê mais vulnerável a

deficiências e atrasos desenvolvimentais (Kerstjens, Winter, Bocca-Tjeertes, Verget, Reijneveld & Bos, 2011). Porém, a permanência por períodos muito prolongados na incubadora está relacionada à incidência de alguns problemas à saúde do neonato, tais como surdez e complicações advindas da manipulação excessiva inerentes ao tratamento (Pinheiro *et al.*, 2009).

De acordo com Gorzílio (2013), considerando o nível de maturação e organização neurocomportamental, o recém-nascido pré-termo apresenta diversas semelhanças com o feto. No entanto, ao nascer antes de completar a idade gestacional adequada, o bebê prematuro se despede do ambiente intrauterino sem as condições necessárias para adaptar-se ao mundo, deixando para trás a proteção do útero da mãe, para adentrar em um ambiente estressor e com inúmeros elementos de estimulação.

Devido à quantidade de estímulos existentes no ambiente de internação de neonatos, a partir da década de 1970, estudiosos se interessaram em estudar os efeitos do ruído no contexto da UTIN no desenvolvimento de bebês prematuros (Pinheiro *et al.*, 2009). Verificando-se a influência do ruído no ambiente da UTIN e na incubadora, no estado de saúde do neonato e no estado motivacional da equipe multiprofissional, desenvolveu-se, na década de 1990, uma série de estudos considerando os níveis de pressão sonora (NPS) na UTIN e na incubadora, para a promoção de um cuidado desenvolvimental e individualizado do recém-nascido pré-termo, que garantisse melhores condições ao neonato (Pinheiro *et al.*, 2009; Danielle, Pinheiro, Kakehashi, & Balieiro, 2012).

Pinheiro *e colaboradores* (2009) referem que o cuidado desenvolvimental foi introduzido na década de 1980. Trata-se de uma estratégia criada para promover maior bem-estar e maior segurança ao recém-nascido prematuro, reduzindo o nível de ruído e a intensidade da iluminação da UTIN e da incubadora. O cuidado desenvolvimental e

individualizado do neonato pré-termo prevê, também, o menor número de manipulações do bebê quanto for possível, intercalando-as com maiores períodos de descanso (Pinheiro *et al.*, 2009).

Neille, George e Khoza-Shangase (2014) referem que embora a UTIN seja o contexto responsável por fornecer o cuidado multidisciplinar e especializado do qual o bebê pré-termo precisa para sobreviver, trata-se de um ambiente com demasiados elementos estressores que expõem o recém-nascido à possibilidade de danos desenvolvimentais de longo prazo. As intercorrências provenientes da hiperestimulação oriunda da UTIN podem ser observadas a partir de uma variedade de manifestações do neonato, tais como: estresse, irritabilidade, alteração dos ritmos cardíacos e respiratórios, alteração da pressão arterial e da oxigenação, aumento do peristaltismo e do consumo de glicose, dentre outros (Danielle *et al.*, 2012). Essas condições podem promover um retardo na recuperação e na estabilização do bebê hospitalizado (Danielle *et al.*, 2012).

Portanto, conhecer profundamente o ambiente competido pela UTIN e seus elementos estressores torna-se de suma importância, no que diz respeito ao desenvolvimento de técnicas que minimizem a exposição do recém-nascido à superestimulação e, conseqüentemente, aos danos desenvolvimentais potenciais advindos da superestimulação precoce e de condições inerentes ao nascimento pré-termo (Neille, George e Khoza-Shangase, 2014; Gorzílio, 2013; Danielle *et al.*, 2012).

Apesar dos avanços tecnológicos voltados para a estabilização e para a sobrevivência do recém-nascido pré-termo serem extremamente relevantes no que diz respeito à saúde biológica, existem outros aspectos que devem ser levados em consideração. O ambiente da UTIN se configura como um contexto muito distante da vivência no seio familiar (Danielle *et al.*, 2012). Trata-se de um contexto que promove

um distanciamento muito grande entre a idealização dos pais a respeito dos primeiros momentos de vida de seu bebê e o que de fato acontece (Szejer, 1997). Portanto, embora a UTIN seja um ambiente de alta complexidade extremamente equipado para o melhor atendimento ao bebê prematuro (Costa & Padilha, 2011), também se configura como um contexto promotor de maiores estados de sofrimento e da intensificação de sentimentos como medo, solidão, sensação de incompetência parental, culpa, principalmente quando opera como elemento dificultador de maior proximidade entre a família, especialmente entre a mãe, e o neonato (Danielle *et al.*, 2012).

3.2.2 Método Mãe Canguru (MC)

Mais recentemente, o discurso e as medidas para a humanização do cuidado estão tomando mais corpo e ganhando mais força, no que diz respeito à saúde como um todo e ao cuidado com os recém-nascidos pré-termo (Pinheiro *et al.*, 2009). Entende-se como humanização do cuidado, de acordo com a OMS (2012), a busca por considerar a individualidade de cada paciente, entendendo-o de maneira global, valorizando suas singularidades e os processos subjetivos envolvidos no adoecimento e na cura (OMS, 2012; Pinheiro *et al.*, 2009). Pinheiro e colaboradores (2009) referem que considerando a humanização do cuidado, todo aparato técnico deve ser utilizado da melhor forma possível, desde que aliado à comunicação efetiva, à escuta, ao diálogo e a métodos interpessoais que potencializam a troca de afeto.

Nessa perspectiva, foi instaurada no ano 2000, no Brasil, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, através da Portaria nº 693 (Costa & Padilha, 2011). Trata-se da promoção de uma adequação contínua da técnica a medidas que promovam a aproximação da família ao recém-nascido pré-

termo, levando-se em consideração, sempre, a melhora do quadro clínico do neonato (Costa & Padilha, 2011).

O Método Mãe-Canguru (MC), também chamado de Programa Canguru ou Programa Mãe-Canguru, foi desenvolvido originalmente em Bogotá, na Colômbia, no ano de 1978, pelos doutores Edgar Rey Sanabria e Hector Martínez Gomes, para suprir uma necessidade econômica de hospitais públicos (Moreira, Romagnoli, Dias & Moreira, 2009). No MMC, o objetivo é substituir a artificialidade da incubadora pela proximidade entre mãe e filho o quanto antes. Através do contato pele-a-pele, a mãe substitui progressivamente a incubadora, mantendo a regulação térmica do recém-nascido pré-termo (Toma, 2003) e estimulando o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

No Brasil, o MC faz parte de um conjunto de medidas políticas que visam a humanização do atendimento neonatal, implementado em inúmeras instituições de cuidado públicas e conveniadas ao Sistema Único de Saúde, o SUS (Moura & Araújo, 2005; Ministério da Saúde, 2002).

De acordo com as normas instituídas pelo Ministério da Saúde (2002), o MC é composto por três fases: 1) internamento do bebê na UTIN para estabilização do quadro clínico e dos sinais vitais do recém-nascido, com posterior quadro informativo a respeito de seu estado de saúde. Nessa fase, o contato tátil com a mãe é estimulado sempre que possível; 2) após o ganho de peso e a estabilização completa do bebê, é introduzido o contato pele-a-pele pela duração que for prazerosa para mãe e filho; 3) depois segue-se com a alta hospitalar e comprometimento da mãe na continuidade dos cuidados em ambiente domiciliar, bem como a frequência ao ambulatório (Ministério da Saúde, 2002). É importante ressaltar que a posição canguru, considerada o princípio básico do Método Canguru, pode ser ofertada em qualquer estágio de internamento do

recém-nascido pré-termo, podendo substituir total ou parcialmente o uso da incubadora (Moura & Araújo, 2005).

Toma (2003) postula que o MC tem demonstrado uma série de resultados favoráveis, como a redução da morbidade e do período de internação dos bebês pré-termo, melhoria na duração da amamentação e no senso de competência dos pais. Além de efeitos positivos mais imediatos, estudos vêm mostrando que os ganhos relacionados ao fornecimento do cuidado canguru são, também, de longo prazo. Em estudo realizado em 2002, Fieldman, Eildman, Sirota, & Weller avaliaram comparativamente os efeitos dos cuidados tradicionais e do cuidado canguru em três momentos distintos: durante a internação, três meses e seis meses após a alta hospitalar. Os resultados demonstraram que o MC, especificamente o contato pele-a-pele, tornaram a interação entre mãe e bebê mais positiva, ainda no ambiente hospitalar, com maiores demonstrações de afeto, bem como maior estado de alerta dos bebês pré-termo. Afora isso, as mães tenderam a perceber seus bebês como menos vulneráveis e demonstraram menores índices de depressão. Após três meses da alta hospitalar, a avaliação foi feita no ambiente domiciliar. Foi percebida maior responsividade em mães que forneceram o cuidado canguru aos seus filhos e o ambiente domiciliar foi considerado mais estimulante. Seis meses após a alta, os bebês foram avaliados em laboratório e demonstraram melhores taxas de desenvolvimento psicomotor (Fieldman *et al.*, 2002).

A partir dos anos 2000, uma variedade de estudos vem confirmando os benefícios do MC para o desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo. Feildman e Eildman (2003) referem o aumento das taxas de desenvolvimento neurocomportamental em bebês prematuros que receberam o cuidado canguru; Almeida, Almeida e Forti (2007) referem melhoria nos sinais vitais, tais como frequência cardíaca e respiratória; Lawn, Mwansa-Kambafwile, Horta, Barros & Cousens (2010) referem os benefícios

que o MC promove no que diz respeito à prevenção de morte neonatal e complicações oriundas do nascimento prematuro.

Para além desta questão, em toda literatura referente ao MC, seus objetivos e benefícios, a relação mãe-bebê é referida como elemento central desta modalidade de cuidado. Fieldman e colaboradores (2002), Fieldman & Eildman (2003), Toma (2003), Almeida, Almeida & Forti (2007), Moreira e colaboradores (2009), Kraljevic & Warnock (2013), (2009), Lawn e colaboradores (2010), referem que o MC auxilia a mãe na superação dos obstáculos físicos e psicológicos impostos pelo nascimento pré-termo, aumentando a possibilidade do estabelecimento de um vínculo saudável entre mãe e filho.

O MC, portanto, vem com o intuito de preencher uma brecha percebida no cuidado tradicional: o distanciamento da díade mãe-bebê. E, obviamente, suas repercussões no desenvolvimento do recém-nascido e no enfrentamento materno. Nesse sentido, a inclusão da família no processo de cuidado acaba por ser estimulada na mesma medida.

Ao tratar dessa temática, Gomes (2009) introduz a dimensão do tempo quando pensa no cuidado oferecido na UTIN. De acordo com a referida autora, no período de permanência do bebê na UTIN, todos os cuidados são de extrema precisão, porém não há respeito ao ritmo do bebê, instaurando-se uma descontinuidade no tempo e no cuidado. Os pais são ensinados a cuidar dos próprios filhos, devendo ser orientados também no que diz respeito à compreensão do que é a prematuridade (Gomes, 2009). Mas isso de fato acontece?

Em seu estudo, realizado num berçário na cidade de São Paulo, Gomes (2009) relata a observação de bebês internados na UTIN e os constantes procedimentos de coleta de exames, monitoramento, entubação, seguidos por um longo período de

solidão. Segundo o estudo, havia uma separação evidente da díade mãe-bebê no período de internação na UTIN e um aparente sentimento de anestesia diante do sofrimento da mãe e da família do bebê pré-termo (Gomes, 2009). Diante de constatações como estas, torna-se indispensável o aprofundamento do entendimento a respeito da dinâmica da UTIN e dos cuidados alternativos que visam a humanização da saúde, tais como o MC, para a promoção de maior aproximação entre mãe e bebê, assim como garantir melhores índices de desenvolvimento psicossocial e afetivo do neonato prematuro. Afora isso, entender de que maneira a dinâmica de modalidades de cuidado tão diferentes interfere na construção de significados acerca da maternidade. Este, por sua vez, pode se configurar como um novo ponto de partida para a compreensão da experiência de ser mãe de um bebê prematuro e os possíveis efeitos que essa vivência pode gerar na relação mãe-bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento do neonato pré-termo nos dias e anos seguintes à saída do hospital.

No entanto, embora o MC demonstre ser uma modalidade de cuidado viável e positiva em diversos aspectos, alguns pontos negativos podem comprometer sua implementação, sua prática e, conseqüentemente, seu sucesso. Moura e Araújo (2005) chamam atenção para a falta de clareza encontrada na construção das normativas que oficializam o Método Mãe Canguru no Brasil. Tal característica é ambivalente: em alguns momentos se traduz como flexibilidade, permitindo que cada instituição provedora desse tipo de cuidado o adapte à sua realidade e, por tal motivo, consiga promover o método; em outras situações, no entanto, dão ao Método Canguru um caráter inespecífico, aberto a uma multiplicidade de interpretações, que dificultam o controle acerca de seu formato e das possíveis reverberações no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e na relação mãe-bebê (Moura & Araújo, 2005).

Outro ponto que precisa ser debatido, quanto ao conjunto normativas do Método Canguru, é a referência familiar utilizada em sua construção. A cartilha oficial do MC, no Brasil, toma como base um modelo de família tradicional: mãe, pai e filhos, ignorando a multiplicidade de novos arranjos familiares que existem, principalmente no mundo pós-moderno (Moura & Araújo, 2005). Famílias monoparentais, famílias com recasamentos, famílias com filhos de outro casamento. Além disso, existem famílias que não possuem rede de apoio, o que dificulta a participação da mãe do recém-nascido pré-termo no MC. É importante referir que a dedicação da mãe ou adulto responsável – como descrito nas normativas- deve ser integral e deve ter a duração correspondente ao período de internamento do bebê (Ministério da Saúde, 2002). Sendo assim, é preciso levar em consideração variáveis que podem interferir no curso do provimento do MC por parte das mães, sejam elas relacionadas a qualquer sentimento de incompetência parental, a dificuldades de permanência na instituição de cuidado ou à inexistência de rede de apoio.

Todavia, apesar dos problemas explicitados, é preciso que não se perca de vista que uma proposta de cuidado à saúde não deve ser sustentada apenas pelos discursos médico e político ou normativas previamente estruturadas. De acordo com Moura e Araújo (2005), para que uma proposta de política pública ganhe força e propulsão social, ela deve ser baseada num conjunto de práticas que permitam a interação entre usuários e profissionais treinados para aplicá-la, abrangendo configurações subjetivas específicas de cada um, a fim de incidir sobre antigas configurações e gerar novos sentidos – e significados – para a política pública em questão.

Dito isso, percebe-se que a compreensão da dinâmica de um método de cuidado sensível e aproximado, como o MC, demanda acesso contínuo, observação dedicada e atenta de sua dinâmica. Ademais, requer uma multiplicidade de olhares científicos que

deem conta de sua complexidade e da inserção subjetiva de cada um dos atores que o compõem. No caso do presente estudo, o foco recaiu sobre a experiência de tornar-se mãe no contexto da prematuridade, tanto dentro quanto fora o MC.

Tendo em vista a centralidade da prematuridade como fenômeno que circunscreve a experiência de maternidade aqui abarcada, a seguir discutiremos acerca dos estudos científicos que tratam, especificamente, dessa temática.

3.3 MATERNIDADE NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE

Para verificar a organização do panorama científico acerca da temática principal do presente estudo – maternidade e prematuridade realizou-se um levantamento de artigos indexados nas seguintes bases de dados: Portal de Periódicos CAPES/MEC, Scielo, LILACS e BVS-Psi. Através da utilização dos indicadores *prematurity* e *motherhood*, foram levantados 39 artigos relevantes. Para refinar a busca, foram adicionados os indicadores *Kangaroo Mother Care*, *NICU* e *attachment*. A partir de tais indicadores, outros 26 artigos foram levantados.

Dos artigos revisados, 22 foram selecionados por possuírem maior relevância diante da discussão pretendida no desenvolvimento da presente pesquisa. Para tornar o conteúdo acessado mais claro para o leitor, os artigos foram subdivididos em quatro tópicos de discussão: 3.3.1) Impacto da prematuridade na maternidade; 3.3.2) Percepção materna do recém-nascido pré-termo; 3.3.3) Relação mãe-bebê e apego; 3.3.4) Maternidade e modalidades de cuidado oferecidas ao recém-nascido pré-termo. Este último foi dividido em dois subtópicos denominados: 3.3.4 a) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 3.3.4 b) Método Mãe Canguru.

A seguir, veremos como os estudos acessados se organizaram em torno das categorias supracitadas.

3.3.1 Impacto da prematuridade na maternidade

Na literatura científica, a respeito do estabelecimento vínculo mãe-bebê pré-termo, são encontradas algumas inconsistências quanto a seus achados: um contingente de estudos tem resultados que apontam para diferenças significativas nas interações estabelecidas entre mães e recém-nascidos pré-termo, quando comparadas às mães e recém-nascidos a termo, ao passo que outro contingente se dirige à direção oposta (Korja, Savonlahti, Haataja, Lapinleimu, Piha & Lehtonen, 2011). A fim de investigar quais fatores dão suporte e quais fatores prejudicam o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê pré-termo, Korja e colaboradores (2011) desenvolveram um estudo com o objetivo de acessar as representações maternas do vínculo estabelecido com seu filho, doze meses após o nascimento prematuro e investigar os efeitos da depressão pós-parto na construção de tais representações.

Tratou-se de um estudo longitudinal multidisciplinar comparativo, do qual participaram 38 díades compostas por mães primíparas e recém-nascidos pré-termo e 45 díades compostas por mães primíparas e recém-nascidos a termo. A hipótese inicial residia na ideia de que mães de recém-nascidos prematuros tenderiam a construir representações negativas a respeito do vínculo mãe-bebê. Afora isso, os autores acreditavam que a saúde mental materna – especialmente a sintomatologia depressiva – estaria associada à construção de representações negativas a partir da experiência de dar a luz a um neonato pré-termo. No entanto, os resultados apontaram que, embora as mães

de recém-nascidos pré-termo tenham construído representações negativas do vínculo estabelecido com seu bebê em comparação ao grupo composto por díades de mães de recém-nascidos a termo, não havia correlação entre saúde mental e a construção de representações negativas. Tais estudos vão de encontro a postulações presentes na literatura, que afirmam que a saúde mental da mãe está intimamente associada à construção de representações negativas sobre o recém-nascido pré-termo e ao desempenho de suas funções maternas (Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet & Muller-Nix, 2010).

Ainda sobre o estado emocional materno diante da experiência da prematuridade, foi revisado um estudo de caso cujo objetivo era verificar os impactos emocionais da prematuridade e, em seguida, do diagnóstico de retinopatia na parentalidade. Para tanto, foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas que, posteriormente, foram analisadas através de análise de conteúdo de Bardin. Após análise de dados, duas macrocategorias foram referidas: o impacto da prematuridade na parentalidade e o impacto do diagnóstico de retinopatia na parentalidade. Aqui nos interessa discutir os achados da primeira categoria em questão.

Os resultados referiram a experiência de prematuridade como uma grande frustração para os pais. Para a mãe, a impossibilidade de ver a barriga crescendo até seu ponto máximo foi alvo de sentimentos e estados emocionais negativos. Tal achado corrobora com as postulações de Brazelton (1998) sobre o corpo grávido. O autor postula que, no contexto da prematuridade, perder o corpo grávido é vivenciado como um duro golpe na autoestima materna. Retira-se a possibilidade materna de gestar e perceber-se como cuidadora, bem como a possibilidade de garantir a saúde, o bem-estar do filho (Brazelton, 1998). Ademais, os autores encontraram referências a estados

emocionais negativos, tais como angústia e tristeza, diante da internação do bebê na Unidade de Terapia intensiva Neonatal (Kreutz & Bosa, 2013).

Kreutz e Bosa (2013) referem ainda, a emergência de sentimentos de medo diante da possibilidade da morte do recém-nascido pré-termo e a sensação materna de ser, ela própria, prematura, já que fora surpreendida por um nascimento ocorrido antes do momento esperado (Kreutz & Bosa, 2013). Tais achados corroboram com aqueles encontrados no estudo de Cypriano e Pinto (2011), com três casais e uma mãe, pais de recém-nascidos prematuros, em que as mães referiram a impossibilidade de apropriar-se do lugar de cuidadoras e de assumir o papel materno diante da prematuridade do filho e do aparato médico da UTIN. As mães colocaram, ainda, que só se sentiriam ativas em sua maternagem a partir da transição para o cuidado domiciliar (Cypriano & Pinto, 2011).

Sobre os cuidados maternos no contexto da prematuridade, Reyna, Brown, Pickler, Myers e Younger (2012) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a interação mãe-bebê durante a amamentação. Tratou-se de um estudo descritivo longitudinal, no qual foi verificada a frequência de comportamentos selecionados no período de três meses, em 10 díades. O objetivo operacional era identificar mudanças comportamentais que sinalizassem o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê a partir da interação na amamentação. Os resultados demonstraram que, aos três meses após o nascimento, a mãe demonstra atenção e preocupação diante da tarefa de amamentar, no entanto há pouca interação entre a díade. Afora isso, o estudo demonstrou que o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo está diretamente ligado à evolução das interações mãe-bebê (Reyna *et. al*, 2012). Tais resultados abrem espaço para discutir-se tanto a assunção do cuidado materno ainda no período de internação do recém-nascido, quanto a tensão experimentada pela mãe, diante da tarefa de cuidar, podendo a equipe

multidisciplinar e o aparato médico serem vistos como impeditivos, como referido por Cypriano e Pinto (2011). Já que segundo Kreutz e Bosa (2013), a partir do nascimento prematuro, ela assume uma condição de insegurança no desempenho de sua função parental.

Corroborando as ideias apresentadas no parágrafo anterior, Dimenstein (2000) encontrou, em seu estudo, dificuldades maternas no relacionamento com a equipe multidisciplinar da UTIN, bem como ansiedade diante da impossibilidade de assumirem o cuidado de seus filhos. A aparelhagem característica da internação também foi referida como ansiogênica, assim como o isolamento familiar e o medo da morte inspirado pela condição de prematuridade de seus filhos (Dimenstein, 2000). Todavia, a despeito dos resultados encontrados no estudo de Korja e colaboradores (2011), Dimenstein (2000) refere que embora as representações maternas da prematuridade sejam negativas a maioria das mães participantes do estudo referiu-se ao bebê como fruto de inspiração a partir da luta pela sobrevivência que travavam cotidianamente. Algumas entrevistadas relataram ser esse o motivo de suportarem a adversidade da experiência de prematuridade (Dimenstein, 2000).

Dito isto, fica posto que a prematuridade representa uma experiência de grande impacto na maternidade. Ademais, trata-se de uma experiência fomentadora de estados emocionais antagônicos e, em certa medida, ambivalentes. Vida e morte se comunicam constantemente com o psiquismo materno, intercalando-se diante da necessidade de significar a experiência vivenciada. Além disso, o aparato tecnológico, a equipe multidisciplinar e o ambiente hospitalar parecem roubar à mãe sua função primordial: cuidar do filho recém-nascido. Diante deste contexto, como a mãe, munida de vivências anteriores, da idealização do filho no período gestacional, das fantasias acerca da

maternidade, constrói meios de lidar com essa experiência tão particular? Em certa medida, o presente estudo se debruça sobre este tipo de questionamento.

É importante referir que, partindo dos estudos revisados sobre o impacto da prematuridade na maternidade, percebe-se uma tendência de abarcar tal temática a partir do viés qualitativo. Em sua maioria, são estudos de cunho idiográfico. No entanto, é importante ressaltar que essa tendência foi verificada de maneira mais efetiva em território brasileiro. Aqui, consta um estudo internacional que se movimenta em sentido oposto, adotando a perspectiva quantitativa, ao passo que outro estudo internacional intercala métodos quantitativos e qualitativos, configurando um estudo misto.

A seguir, discutiremos acerca da percepção materna diante do recém-nascido prematuro.

3.3.2 A percepção materna do recém-nascido prematuro

Dentro dessa temática foram selecionados apenas dois estudos que tratam da percepção materna da vulnerabilidade do recém-nascido pré-termo e as repercussões verificadas na relação mãe-bebê. Em estudo realizado com o objetivo de investigar a correlação entre a percepção parental de vulnerabilidade infantil (PPVC)¹ e piores índices desenvolvimentais aos 12 meses de idade, de recém-nascidos prematuros, verificou-se que quanto maior o índice de percepção de vulnerabilidade diante dos filhos nascidos prematuramente, menores são os índices desenvolvimentais das crianças aos 12 meses de idade. Verificou-se também que perceber os filhos como mais vulneráveis dificultou o desenvolvimento de comportamentos adaptativos, principalmente em crianças que não apresentavam indicadores médicos de

¹ PPVC é definido como o aumento da percepção parental de vulnerabilidade dos bebês, a partir de doença ou prejuízo, secundária à separação, que pode ser real ou temida, fantasiosa ou antecipatória (Allen e colaboradores, 2004).

vulnerabilidade (Allen, Janeen, Legault, Naughton, Pivor, & O'Shea, 2004). Esses achados podem estar associados ao impacto da prematuridade na maternidade e a tendência de superproteção que pode ser gerada a partir de tal experiência (Samra, McGrath & Wey, 2010; Moreira, Romagnoli, Dias & Moreira, 2009). Os autores também identificaram que o estado emocional da mãe, na ocasião do nascimento, está associado a maior percepção de vulnerabilidade diante do recém-nascido prematuro (Allen *et al.*, 2004).

Ainda sobre a percepção materna da vulnerabilidade do filho, um estudo quantitativo realizado com os objetivos de avaliar se a história de nascimento prematuro tardio estava associada à percepção de vulnerabilidade e à superproteção das mães em relação a seus bebês, e identificar quais características psicossociais e demográficas funcionam como preditoras da percepção materna de vulnerabilidade do bebê e comportamentos de superproteção (Samra, McGrath & Wey, 2010). Afora isso, os autores pretenderam determinar se a utilização dos serviços de saúde é mais frequente por recém-nascidos prematuros, quando comparados a neonatos a termo, e se a percepção de vulnerabilidade e comportamentos superprotetores maternos influenciam nessa busca pelo aparato médico.

Os resultados apontaram para a não existência de correlação significativa entre variáveis demográficas maternas e a percepção de vulnerabilidade. Por outro lado, referiram que tal aspecto pudesse estar relacionado com a homogeneidade da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e a impossibilidade de avaliar a associação de outras variáveis com a percepção de vulnerabilidade. Os resultados apontaram, ainda, para a existência de correlação positiva significativa entre a percepção materna de vulnerabilidade e a emissão de comportamentos superprotetores diante do filho prematuro. Não foram referidos resultados consistentes no que diz respeito à maior

busca dos serviços médicos, a partir de maiores índices de percepção de vulnerabilidade (Samra, McGrath & Wey, 2010).

Diante dos resultados de ambos os estudos, torna-se possível pensar que o impacto promovido pelo nascimento prematuro nas mães, promove um aumento na percepção do recém-nascido pré-termo como vulnerável e frágil. Sendo assim, a relação mãe-bebê passa a ser estabelecida por esse prisma, havendo maior emissão de comportamentos parentais superprotetores. Tal condição pode incidir de maneira negativa no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo através, por exemplo, da evitação parental de situações normativas promotoras de desafios e crescimentos inerentes ao processo desenvolvimental de qualquer ser humano. Outro aspecto que merece atenção é que no contexto da prematuridade, a relação mãe-bebê parece estar pautada exclusivamente no atendimento das necessidades clínicas do recém-nascido, havendo uma maior preocupação materna em apreender procedimentos, em realizar as tarefas que lhe são impostas, perdendo de vista o aprofundamento do laço estabelecido entre mãe e filho (Reyna *et al.*, 2012). Para aprofundarmos a nossa discussão acerca do vínculo mãe-bebê, discutiremos, na próxima seção, estudos referentes a esta temática.

3.3.3 Relação mãe-bebê e Apego

Os seres humanos são dotados de um princípio primário que tem por objetivo procurar contato e manter o vínculo com outros significativos (Bowlby, 2002). Dependendo do outro, portanto, é uma característica inata embora seja representada de forma patológica em nossa cultura (Bowlby, 2002). A primeira relação de dependência que o ser humano estabelece é com sua mãe (ou figura substitutiva provedora de cuidado). A presença da figura de apego primária inaugura uma vinculação que, por

excelência, deve promover sensação de aconchego e segurança. Para tanto, é necessário que haja elementos interacionais que garantam acessibilidade e receptividade, já que, de acordo com McFarlane & van der Kolk (1996), é a relação de apego, vivenciada de maneira segura, que dará ao indivíduo a proteção fundamental contra sentimentos de desamparo e ausência de significados.

Por tratar-se de um tema de grande importância, muitos estudos foram desenvolvidos para estudar as formas de apego estabelecidas nos mais variados contextos. No que diz respeito ao contexto da prematuridade, não é diferente. Eidelman, Leckman e Kuint (1999) propuseram um estudo que, na época, se colocava na direção oposta dos estudos vigentes. Os autores se propuseram a investigar o vínculo mãe-bebê a partir da perspectiva materna, retirando-se da tendência de estudá-lo a partir do viés desenvolvimental da criança. O estudo analisou a experiência materna do nascimento prematuro diante de três condições distintas: a) proximidade; b) separação; c) perda. Para tanto, foram entrevistadas 99 mães, as quais foram divididas em três grupos experimentais: a) 29 mães de recém-nascidos a termo (proximidade); 2) 30 mães de recém-nascidos pré-termo com condições clínicas estáveis sem necessidade de internação na UTIN (separação); 3) 32 mães de prematuros extremos com condições clínicas e prognósticos desfavoráveis (perda). Todos os partos foram naturais, com exceção daqueles circunscritos no último grupo. É importante referir que o objetivo da pesquisa era identificar níveis de preocupação da mãe com seus filhos, a partir da verbalização de sentimentos e pensamentos maternos, vinculando-os com experiência de apego.

Os resultados demonstraram que mães de recém-nascidos a termo reportaram níveis médios e altos de preocupação com seus filhos, através de pensamentos sobre a saúde e o bem estar de seus filhos, mesmo experimentando a proximidade e o

estabelecimento precoce do vínculo mãe-bebê. As mães de recém-nascidos pré-termo com condições estáveis, experimentavam um acréscimo de preocupação com seus filhos mediante a separação, repercutindo na construção de representações negativas acerca da vinculação estabelecida com seu bebê. Já as mães do grupo experimental 3 demonstraram um decréscimo significativo de níveis de preocupação a partir da noção de perda iminente. Ademais, os comportamentos sensíveis e de apego eram mais recorrentes em mães de recém-nascidos a termo. É importante referir que os autores encontraram, em seus resultados, a associação entre altos níveis de preocupação e sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como a redução de comportamentos maternos sensíveis a partir de maiores níveis de ansiedade e depressão. Sendo assim, é possível pensar que a saúde mental materna está intimamente associada ao estabelecimento do vínculo mãe-bebê e conseqüentemente ao desenvolvimento socioemocional do recém-nascido pré-termo.

Ainda sobre a emissão de comportamentos sensíveis maternos e o estabelecimento do apego, um estudo realizado com 40 díades, dentre as quais 20 eram compostas por mães e recém-nascidos extremamente prematuros e 20 por mães e recém-nascidos a termo, teve por objetivo identificar quais variáveis estavam mais associadas à emissão de comportamentos sensíveis na interação mãe-bebê. As principais variáveis eram as representações maternas de suas primeiras experiências de apego e a experiência estressora promovida pelo nascimento prematuro. Os autores levantavam a hipótese de que o apego seguro experimentado pelas mães, em suas relações significativas primárias, funcionaria como um fator de proteção diante do impacto promovido pela prematuridade (Coppola, Cassiba e Constantini, 2007). Os achados revelaram que, de fato, mães com apego seguro emitiam mais comportamentos sensíveis na interação com seus filhos prematuros, ao passo que mães com apego

inseguro tendiam a sentir-se intimidada diante da tarefa desafiadora de prover cuidado a um recém-nascido pré-termo (Coppola, Cassiba e Constantini, 2007). Isso corrobora a literatura da Teoria do Apego, na qual é possível identificar o apego seguro materno como principal variável associada à sensibilidade materna, no estabelecimento do vínculo mãe-bebê (Bowlby, 2002).

O estudo investigou, ainda, se os comportamentos sensíveis maternos estavam mais fortemente associados à reação traumática materna diante do nascimento prematuro ou ao grau de prematuridade do bebê. Quanto a estes aspectos, os autores referiram que ambos influenciam na emissão de comportamentos sensíveis maternos (Coppola, Cassiba & Constantini, 2007). No entanto, uma mãe segura é uma mãe livre quanto aos seus próprios vínculos de apego e, por tal motivo, é capaz de emitir comportamentos sensíveis, mesmo em situações de cuidado desafiadoras como aquelas existentes no contexto da prematuridade.

Ansermet e Muller-Nix (2011) realizaram um estudo longitudinal exploratório com trinta famílias de recém-nascidos pré-termo. Os resultados referiram haver forte correlação entre a severidade dos resultados perinatais e problemas no vínculo mãe-bebê, aos doze meses de idade corrigida da criança. Este achado a postulação apresentada pelo estudo de Coppola, Cassiba e Constantini (2007), ao referir que há correlação entre o grau de prematuridade do bebê e a emissão de comportamentos sensíveis maternos. Sendo assim, ao se colocar de maneira menos sensível, a mãe se comporta de maneira menos responsiva, o que pode influenciar no tipo de apego derivado dessa relação primária e no desenvolvimento global do neonato pré-termo em longo prazo.

Meijssen, Wolf, van Bakel, Koldewijn, Kok, e van Baar (2011), por sua vez, ao entrevistarem mães de recém-nascidos de grau de prematuridade extremo, tanto em

ambiente hospitalar quanto em ambiente domiciliar (um mês após a alta do bebê), verificaram a incidência de sentimentos negativos das mães no primeiro encontro com o filho prematuro. Foram referidos sentimentos ambivalentes sobre o cuidado domiciliar diante da insegurança na realização dos cuidados básicos. A partir de então, é possível levantar a hipótese de que a amostra do referido estudo era composta por mães de apego inseguro, já que de acordo com estudo de Coppola, Cassiba e Constantini (2007), mães com apego inseguro têm dificuldades de emitir comportamentos sensíveis na interação mãe-bebê e de fornecer cuidado diante de situações desafiadoras. Afora isso, a insegurança vivenciada ao suprir as necessidades básicas do bebê pode estar associada à emissão de comportamentos menos sensíveis e responsivos, o que pode implicar numa vinculação disfuncional entre a díade (Coppola, Cassiba & Constantini, 2007; Eidelman, Leckman & Kuint, 1999).

As pesquisas supracitadas demonstram a relevância de observar o impacto promovido pelo nascimento prematuro no psiquismo materno. Pensamentos ambivalentes diante do cuidado, sentimentos negativos no primeiro encontro com o filho pré-termo, altos níveis de preocupação com o estado de saúde do bebê, angústia diante da separação, são aspectos que estão atrelados à maneira como a mãe enfrentará a situação adversa circunscrita pela prematuridade. Por tal motivo, a mãe deve ser vista como elemento fundamental de estudos e aprofundamentos sobre a temática, para que sejam construídas intervenções eficazes e para que haja maior instrumentalização dos serviços de saúde (Coppola, Cassiba & Constantini, 2007; Eidelman, Leckman & Kuint, 1999; Samra, McGrath & Wey, 2010).

Na seção seguinte, discutiremos a respeito da tríade formada por mãe, bebê e modalidades de cuidado oferecidas ao recém-nascido pré-termo.

3.3.4 Maternidade e modalidades de cuidado oferecidas ao recém-nascido pré-termo

O nascimento prematuro é marcado pela multifatorialidade (Bittar, Francisco & Zugaib, 2013). Diversas intercorrências podem influenciar na ocorrência do parto no período que antecede a trigésima sétima semana de gestação. Sendo assim, a prematuridade é um tema amplo, que traz inúmeras particularidades, sejam vinculadas ao grau de prematuridade do recém-nascido pré-termo, sejam vinculadas ao impacto que promove na vivência materna, seja no que diz respeito aos futuros aspectos desenvolvimentais do bebê. No entanto, quando o parto ocorre prematuramente, há a necessidade de encaminhamento do recém-nascido para Unidade de Terapia Intensiva. Lá são verificados os sinais vitais do bebê e sua condição clínica é analisada pelo médico responsável. É sobre a UTIN que falaremos a seguir.

a) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é considerada por alguns autores como a modalidade de cuidado tradicional no contexto da prematuridade (Fieldman *et al.*, 2002). Trata-se de um ambiente asséptico, onde estão alocados os equipamentos necessários para o cuidado com o recém-nascido pré-termo (Gorzílio, 2013; Pinheiro *et al.*, 2009; Souza *et al.*, 2009). Tem como símbolo principal a incubadora que, por muito tempo, foi considerada o microambiente ideal para o desenvolvimento do recém-nascido de baixo peso fora do útero materno, já que oferece ao bebê condições similares à vida intrauterina, principalmente no que diz respeito à regulação de temperatura (Gorzílio, 2013). De acordo com Souza e colaboradores

(2009), trata-se de um equipamento projetado para permitir a visualização do neonato prematuro através do vidro, visando diminuir a distância experimentada pela díade mãe-bebê.

No entanto, por tratar-se de um ambiente extremamente asséptico e onde são internados os recém-nascidos com condições mais fragilizadas de saúde, há restrições quanto à entrada de familiares e a manipulação dos bebês. Sendo assim, cabe-se pensar: qual o impacto que esse tipo de cuidado promove na maternidade? Que interferências a separação precoce da díade promove na vinculação mãe-bebê e no estabelecimento do apego? A partir dessas e de outras questões, diversos estudos foram realizados para compreender o impacto da UTIN na vivência da parentalidade, bem como no estabelecimento da relação mãe-bebê.

Souza e colaboradores (2009) referiram que a representação materna da UTIN é permeada por significados, sentimentos, dificuldades e incerteza atrelados à quebra do simbolismo do encontro mãe-bebê logo após o parto e ao afastamento precoce imposto pelo método de cuidado e sua aparelhagem.

Em estudo descritivo de abordagem qualitativa, objetivou-se identificar sentimentos, experiências e expectativas parentais diante da primeira visita à UTIN. Foram entrevistadas 9 mães e 1 pai. Sobre o período que antecede a visita, os autores referiram tratar-se de um conjunto de momentos marcados pela imagem popularizada da unidade de terapia intensiva, compreendida como um espaço complexo, destinado a pacientes clinicamente graves e com pouca chance de sobrevivência. Diante de tal ideia, os sentimentos mais recorrentes foram de angústia e medo da perda. Algumas mães referiram, ainda, a ida à UTIN como uma obrigação, já que desejavam esquivar-se do enfrentamento da condição do filho internado. Outras mães relataram a expectativa de

que o encontro fosse tranquilizador, diante da possibilidade de conhecer o real estado de saúde do bebê.

Quanto aos sentimentos vivenciados já dentro da UTIN, foram encontrados sentimentos contraditórios, sendo medo o sentimento mais relatado pelos participantes. Os pesquisadores postulam que essa associação está atada à ideia de finitude e medo da morte, constantemente associada à prematuridade e à UTIN. Para algumas mães, a primeira visita à UTIN foi vivenciada a partir de intenso sofrimento psicológico e sentimento de pena, principalmente associados ao aparato tecnológico representado pela incubadoras, pelos tubos e sondas. Outras, no entanto, relataram perceber o filho como um símbolo de superação, tal como foi identificado no estudo de Coppola, Cassiba e Constantini (2007) referido anteriormente. A equipe multidisciplinar, por sua vez, foi vista como elemento facilitador da superação da imagem negativa vinculada à UTIN a partir da inspiração de confiança nas mães e pais acessados pelo estudo.

Outro estudo qualitativo, que teve por objetivo identificar limites e possibilidades do cuidado materno no contexto da UTIN (Ditzz, Sena, Motta & Duarte, 2011), também referiu a relação entre mães e equipe multidisciplinar como facilitadora da iniciação parental do cuidado com o neonato prematuro. Foram entrevistadas 11 mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia intensiva Neonatal e 11 profissionais de saúde componentes da equipe multidisciplinar.

Os resultados apontaram que a demarcação do lugar parental materno só é possível a partir do fornecimento de cuidados ao recém-nascido pré-termo. No entanto, os profissionais de saúde participantes da pesquisa referiram não haver o aproveitamento das habilidades maternas no cuidado despendido ao neonato prematuro. Dessa forma, as mães relataram a percepção de que através da observação dos cuidados

realizados pela equipe multidisciplinar, adquiriam autoconfiança e aproximação com a atividade, abrindo espaço para realizá-la posteriormente.

Ademais, foi referido pela maioria das mães que a abertura do ambiente hospitalar compreendido pela UTIN só é possível a partir da missão da instituição de cuidado, já que é preciso que o hospital opte pelo oferecimento de atenção à saúde global e pela humanização do cuidado (Ditzz *et al.*, 2011). É importante sublinhar que algumas mães relataram a dificuldade de assumir o cuidado com o filho diante da falta de conhecimento específico, ao passo que os profissionais de saúde ressaltaram a importância da participação materna. A esse respeito Scochi e colaboradores (2003) postulam a necessidade do engajamento da equipe multidisciplinar no incentivo à participação materna nos cuidados com o recém-nascido pré-termo.

Devido ao antagonismo de opiniões expressado pela equipe e pelas mães, os autores postularam a UTIN como um ambiente preenchido por uma *dimensão cuidadora*. Tal conceituação diz respeito ao caráter dinâmico verificado no cuidado, ora assumido pela mãe, ora assumido pela equipe (Ditzz *et al.*, 2011).

Ditzz e colaboradores (2011) referiram sentimentos de inadequação vivenciados pelas mães de recém-nascidos pré-termo no ambiente da UTIN. As mães relataram sentir-se incluídas e excluídas do cuidado, alternada e recorrentemente. Sobre o desconforto materno no referido contexto de cuidado, Serra e Scochi (2004) encontraram resultados semelhantes. Ao entrevistar cinco mães de neonatos prematuros internados, os autores encontraram sentimentos de incômodo materno diante do ambiente da UTIN. Além disso, relataram sentimentos negativos ao conviver com procedimentos médicos de alimentação aos neonatos prematuros, precisando de assistência para realização da amamentação, e ao se defrontarem com a fragilidade de seus bebês (Serra & Scochi, 2004).

A partir da explicitação de tais estudos, percebe-se que ainda hoje a UTIN é representada como ambiente distanciado do esperado, na perspectiva parental. Mães sentem-se como forasteiras num universo marcado pelo conhecimento médico e pela necessidade de garantia de sobrevivência por intermédio de aparato tecnológico. No entanto, para recém-nascidos pré-termo com quadro clínico estabilizado, outras modalidades de cuidado são possíveis. O Método Mãe-Canguru (MC), por exemplo, é um modelo de atenção a neonatos prematuros, que visa a aproximação da díade mãe-bebê e carrega, em suas premissas, a ideologia de humanização do cuidado. A seguir, serão apresentados estudos sobre a maternidade e o contexto circunscrito pelo MC.

b) Método Mãe-Canguru

Como dito anteriormente, o Método Mãe-Canguru tem como objetivo primordial substituir a artificialidade do cuidado conferido ao neonato prematuro, pela proximidade entre mãe e bebê. Sua premissa principal é o cuidado pele-a-pele, que funciona como substitutivo gradativo da regulação térmica promovida pela incubadora (Toma, 2003). Dessa forma, a díade mãe-bebê tem a oportunidade de, mesmo no contexto da prematuridade, estabelecer um vínculo precoce.

Em estudo realizado no início dos anos 2000, Fieldman e colaboradores (2002) realizaram uma análise quantitativa de índices desenvolvimentais de recém-nascidos prematuros que receberam o cuidado tradicional (UTIN) e prematuros que receberam o cuidado canguru. O principal objetivo do estudo era comparar a eficácia das modalidades de cuidado em questão. O estudo também objetivava identificar como o Método Canguru afetava a relação pais-bebê e o desenvolvimento dos recém-nascidos pré-termo. Para tanto, as díades foram acessadas em três momentos distintos: ao

completar 37 semanas de idade gestacional, aos três meses de idade corrigida (em ambiente domiciliar) e aos seis meses de idade corrigida, em ambiente hospitalar, para avaliação de índices desenvolvimentais (Fieldman *et al.*, 2002).

Os resultados do estudo demonstraram que após o provimento do canguru houve uma melhora significativa nas interações da díade, às 37 semanas de idade gestacional. As mães passaram a emitir comportamentos mais responsivos, além de demonstrarem maior afetividade, comportamentos de toque e adaptação frente às necessidades de seus filhos. Por outro lado, os recém-nascidos pré-termo permaneceram mais tempo em estado de alerta. A respeito da avaliação da relação pais-bebê, ambos os pais demonstraram comportamentos mais sensíveis em direção às necessidades do filho e ofereciam um ambiente domiciliar adequado aos bebês. Na ocasião de avaliação de índices desenvolvimentais, os pesquisadores referiram que os bebês apresentaram níveis adequados de desenvolvimento cognitivo e psicomotor (Fieldman *et al.*, 2002). O referido estudo lançou luz, portanto, à possibilidade de provimento do canguru sem prejuízos ao desenvolvimento infantil, tendo em vista, além dos índices desenvolvimentais acima da média, o incentivo ao estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

Sobre os efeitos do Método Canguru na relação mãe-bebê, Moreira e colaboradores (2009) referem que o cuidado canguru promove efetivamente a vinculação da díade. Tal postulação foi fruto do estudo realizado com 8 mães de recém-nascidos prematuros que ofereceram o cuidado canguru a seus filhos. O referido estudo teve como objetivo investigar os efeitos do Método Mãe-Canguru na relação mãe-bebê.

Os resultados encontrados apontaram a vivência do nascimento prematuro como promotor de estados mentais maternos negativos. As mães relataram vivenciar pavor diante da fantasia de morte iminente de seus filhos, pois independente do quadro

clínico, tendiam a associar a prematuridade à extrema fragilidade. Por tal motivo, os encontros iniciais entre mãe e bebê foram marcados pelo contraste entre a idealização materna do bebê gestado e o bebê real. No entanto, embora todas as mães referissem seus filhos como vulneráveis e frágeis, a percepção da vulnerabilidade mostrou-se promotora de um estado ambivalente diante do cuidado: afastava as mães de seus filhos por fomentar sentimentos de insegurança, mas as aproximava por convocá-las ao cuidado sensível. Neste contexto, os autores referem que o cuidado canguru oferece a recuperação do tempo perdido para a díade, podendo a separação abrupta oriunda do nascimento prematuro ser, finalmente, superada (Moreira *et al.*, 2009).

Sobre a percepção materna do Método Mãe-Canguru, Nirmala, Rekha e Whashington (2006) realizaram estudo composto por uma amostra não probabilística de 50 díades. As díades eram formadas por recém-nascidos pré-termo e mães em condições psicológicas estáveis. Mãe e bebê foram observados em quatro *settings*² distintos: a) momentos antes de iniciar-se o provimento do cuidado canguru; b) meia hora depois de iniciar-se o provimento; c) momentos antes de finalizar-se o provimento; 4) uma hora depois de descontinuar-se o provimento do cuidado canguru. Cada *setting* foi avaliado em dias distintos e consecutivos, com o objetivo de observar possíveis mudanças nos parâmetros psicológicos apresentados pelo recém-nascido pré-termo. Os autores não encontraram nenhuma alteração significativa nos parâmetros observados. No entanto, a representação materna do Método Mãe-Canguru configurou-se de maneira positiva. Como conclusão, os pesquisadores referiram o MC como factível por limitações de infraestrutura (Nirmala, Rekha & Whashington, 2006).

A partir dos estudos referidos nessa sessão, é possível se pensar em inconsistências a respeito do Método Mãe-Canguru e seus efeitos na relação mãe-bebê e

² A expressão *setting*, aqui, assume o significado de *situação*.

no desenvolvimento da criança. Sabe-se que o MC é um método eficaz do ponto de vista desenvolvimental (Fieldman *et al.*, 2002), no entanto, por não possuir infraestrutura comparável à UTIN, pode ser considerado inseguro e não mantenedor da segurança e do bem-estar do neonato prematuro (Nirmala, Rekha & Whashington, 2006). Embora o panorama científico apresente uma série de estudos que visam apreender a eficácia de métodos de cuidado, há ainda a necessidade de investigar o efeito do MC na experiência materna de tornar-se mãe de um recém-nascido prematuro. Seria o contexto do MC promotor de maior autoconfiança materna? Haveria, através do provimento do cuidado canguru, um acréscimo no que diz respeito à percepção da autoeficácia parental? Quais seriam os significados construídos sobre a maternidade, a partir da experiência de tornar-se mãe de um prematuro dentro do contexto de cuidado circunscrito pelo MC? Há, de fato, maior vinculação da díade?

Por fim foi possível verificar, a partir dos estudos revisados nessa sessão, que a temática da maternidade no contexto da prematuridade está vinculada a quatro principais áreas de concentração: 1) Impacto da prematuridade na maternidade; 2) Percepção materna do recém-nascido pré-termo; 3) Relação mãe-bebê e apego; 4) Modalidades de cuidado oferecidas ao recém-nascido pré-termo.

A respeito dos estudos de natureza quantitativa, há uma profusão de postulações teóricas e empíricas que, por sua vez, produzem resultados antagônicos e inconsistentes em relação à temática abordada. Nesse caso, tais “inconsistências” podem estar associadas aos caminhos metodológicos assumidos por cada estudo que, no caso dos estudos quantitativos revisados, são diversificados.

Já os estudos qualitativos acessados são suplantados pelas mesmas decisões metodológicas, com pouca variabilidade interna. Tais características podem estar conduzindo os pesquisadores para os mesmos resultados, chegando a uma saturação

empírica no que diz respeito às conclusões postuladas. Por tal motivo, cabe-se pensar: Que outros elementos, mecanismos, significados, estão envolvidos na experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro? Que caminhos metodológicos podem nos levar a desvendar outros aspectos de tal fenômeno? Foi, também, a partir desses questionamentos que o presente estudo assumiu uma trajetória distinta daquelas compreendidas nos estudos revisados ao longo do processo de pesquisa. Acreditando que, possivelmente, ao olhar para o fenômeno com outras lentes teóricas e metodológicas, poder-se-ia chegar a outros impactos promovidos pela prematuridade na experiência materna.

4. JUSTIFICATIVA E OBJETO DO ESTUDO

A partir da revisão de literatura realizada, foi possível perceber algumas tendências do panorama científico debruçado sobre o fenômeno da prematuridade. Pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Pelo Ministério da Saúde, no ano de 2012, bem como os estudos realizados por Adreani, Custório e Aparecida (2006) e Linhares, Carvalho e Martinez (1999) se ocupam em definir a prematuridade e alocar a multiplicidade de condições clínicas de recém-nascidos pré-termo em classificações específicas como, por exemplo, as definições de *very low birthweight*, para bebês nascidos com peso inferior a 1500g, e peso extremamente baixo *extremely low birthweight*, para bebês com peso inferior a 1000g na ocasião do nascimento. Além disso, tais estudos se debruçam na definição de aspectos clínicos e físicos de recém-nascidos de baixo peso.

Outras pesquisas realizadas por Feldman e colaboradores (2002) e Vettore e colaboradores (2013), tratam da associação entre prematuridade e mortalidade infantil, chegando à conclusão de que a prematuridade é responsável pelo maior índice de mortalidade neonatal e uma das principais causas de mortalidade infantil. Dados comprovados também pela OMS (2012). Silveira et al (2008), Ramos (2009), Scochi et al (2003), Adrani, Custódio e Aparecida (2006), Vettore et al (2013), Bittar, Francisco e Zugaib (2013), Perosa et al (2008), Patel e Prince (2006), Thiengo et al (2012), Araújo, Pereira e Kac (2007) trazem à tona fatores de risco relacionados ao nascimento pré-termo como, por exemplo: história de prematuridade – que diz respeito ao histórico materno de outros nascimentos prematuros, idade da mãe, uso de agentes teratogênicos, classe social, acesso à assistência médica e pré-natal de qualidade, alterações placentárias, ansiedade e depressão, dentre outros.

A partir da definição do que é a prematuridade e do mapeamento de fatores de risco, estudos dedicam-se a estudar, basicamente, três dimensões relacionadas ao fenômeno em questão: 1) saúde mental materna – Raad, Cruz e Nascimento (2014), Piccinini et al (2004), Moreira et al (2009), Furlan et al (2003), Allen et al (2004), Schappin, Venema e Jongmans (2013), Kraljevic e Warnock (2013), Coppola, Cassiba e Constantinni (2007); 2) desenvolvimento do bebê pré-termo – Linhares et al (2000), Thomas, Lima, Tavares e Oliveira (2005), Vanderveen et al (2009), Fieldman e Eildman (2012), Fieldman et al (2002); 3) tipo de cuidado oferecido ao recém-nascido pré-termo – Fieldman et al (2002), Schappin, Venema e Jongmans (2013), Lamy et al (2005), Forcada-Guex et al (2010), Lawn et al (2010), Charpak et al (2005), Ludington-Hoe (2013), Nirmala, Recka e Washington (2006).

Embora o presente estudo se situe basicamente na terceira dimensão apresentada acima, a diferença de perspectiva é clara. Enquanto o campo científico mapeado tem como principal objeto de pesquisa a eficácia de cada método de cuidado a partir da medição de índices desenvolvimentais e taxas clínicas dos recém-nascidos pré-termo ao longo do tempo, e, também a verificação da relação da díade mãe-bebê a partir de uma perspectiva biologicista, com o auxílio de escalas e questionários estruturados para medição de constructos tais como responsividade, adesão da mãe ao tratamento ou cuidado do filho prematuro, dentre outros; ou assumem caminhos metodológicos semelhantes, promotores de resultados saturados, o presente estudo se propõe a olhar para a experiência materna do nascimento prematuro com outras lentes.

Ao utilizar a perspectiva da Psicologia Cultural, propôs-se a realização de uma análise microgenética do fenômeno, analisando processos de emergência semiótica compreendidos na construção de significados acerca da maternidade, diante da experiência disruptiva circunscrita no nascimento prematuro. Diante da literatura

revisada, não foi possível encontrar nenhum estudo que se debruçasse sobre tal fenômeno através desta perspectiva teórico-conceitual.

Sabe-se que o ambiente circundante de uma situação vivenciada é componente de uma semiosfera repleta de recursos semióticos, que podem ser utilizados pelo indivíduo na construção de significados para sua experiência. Por tal motivo, essa pesquisa objetivou analisar como o processo de emergência semiótica se organiza em torno de modalidades de cuidado ao recém-nascido pré-termo, tão diferentes entre si e possuidoras de recursos semióticos específicos. Objetivou-se, portanto, compreender *se* e *como* as diferenças competidas pela UTIN e pelo MC influenciam no processo de construção de significados de maternidade. A partir de contextos distintos, são construídos significados de maternidade diferentes mediante a experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro? Ou, ainda, a semiosfera disponível em cada contexto de cuidado interfere no processo de construção desses significados? De que forma? Os níveis de *ambivalência* compreendidos na referida experiência são diferentes, dadas as condições específicas de cada modalidade de cuidado? A aparente dicotomia existente entre o MC e a UTIN é percebida pelas mães como tal? Que fatores estão envolvidos na apreensão e no enfrentamento do fenômeno ora imposto: a maternidade no contexto da prematuridade? Essas são algumas das questões que impulsionaram a proposição deste estudo.

Tem-se conhecimento, a partir do mapeamento da literatura disponível sobre o tema, que o MC já obteve uma diversidade de confirmações acerca de sua eficácia, tanto na ocasião do nascimento prematuro em si, quanto em longo prazo, verificando-se taxas desenvolvimentais muitas vezes superiores às taxas dos bebês que receberam somente o cuidado tradicional da UTIN. Nesse sentido, muitos estudos aqui mencionados comprovaram a eficácia do MC e identificaram uma hierarquia favorecedora de tal

método, quando comparado ao cuidado tradicional (UTIN), no que diz respeito à estabilidade clínica e ao desenvolvimento do bebê prematuro.

Na cidade de Salvador – embora essa informação não seja fruto de uma pesquisa bibliográfica e sim de uma inserção no meio hospitalar – as maternidades particulares não oferecem o cuidado canguru, tendo como única alternativa o cuidado ofertado na UTIN. Já entre as maternidades públicas, é possível identificar algumas que oferecem o MC como alternativa de cuidado às mães e às famílias dos recém-nascidos pré-termo. É sabido que o MC prevê total disponibilidade da mãe – ou adulto responsável, já que a regulação térmica que o recém-nascido pré-termo precisa é ofertada pela premissa básica do cuidado canguru: o contato pele-a-pele. Esse contato diz respeito à posição canguru, que deve ser provida pela mãe 24h por dia, havendo a possibilidade de substituição por outro ente familiar nos momentos em que a mãe necessitar atender às suas próprias necessidades básicas.

Todavia, devido a uma série de fatores, dentre os quais estão a existência de mais filhos, a necessidade de trabalhar fora, o cuidado com a casa, muitas mães se recusam a prover tal cuidado ao filho recém-nascido. Talvez também por esse motivo, os hospitais não estabeleçam o MC como protocolo oficial, já que a missão de uma instituição de saúde é salvaguardar a vida de seus pacientes, garantindo sua sobrevivência. Além disso, ainda que o MC seja uma alternativa viável e mais eficaz para o cuidado com o recém-nascido pré-termo, o próprio método prevê o exame clínico e a estabilização do bebê antes de ser iniciado, e tais procedimentos são realizados no ambiente da UTIN.

Outra questão reside na possibilidade de haver a disseminação da crença que, de fato, a UTIN é mais segura e, portanto, mereça ser considerada como única e exclusiva alternativa de cuidado. Outra possibilidade diz respeito à questão econômica inerente ao

sistema capitalista no qual estamos imersos: ao ofertar o cuidado tradicional a instituição de cuidado ganha mais dinheiro. É possível que isso explique porque somente os hospitais particulares da cidade não oferecem o canguru como alternativa viável de cuidado ao bebê prematuro, embora haja a possibilidade de conveniar-se ao HumanizaSUS e suas políticas públicas.

Contudo, embora todas essas questões tenham motivado a proposição deste estudo, a motivação primordial residia na compreensão do processo de construção de significados de maternidade a partir de contextos de cuidado tão distintos. Também, na apreensão de como esses significados reverberavam na constituição do *self* das mães acessadas. Tal curiosidade se justificou pelo desdobramento que essa experiência pode ter, tanto no que diz respeito ao período de internamento do bebê e à saúde mental da mãe, quanto no que diz respeito às consequências dessa vivência na relação mãe-bebê e, por conseguinte, no desenvolvimento do neonato pré-termo. Afora isso, a possibilidade de enxergar essa experiência em sua dimensão processual sugeriu a abertura de novas lentes complexificadoras fenômeno abordado. Sendo assim, a partir de um subtexto empírico, tornou-se possível fomentar uma discussão teórico-conceitual que, talvez, possa auxiliar no processo de coconstrução da perspectiva científica aqui empregada, a Psicologia Cultural.

Para além disso, houve uma justificativa social: considerou-se que a partir da narrativa das mães seria possível identificar elementos positivos e negativos de cada método de cuidado, inclusive no que diz respeito à adaptação e adesão ao cuidado com o recém-nascido pré-termo e à relação com a equipe multiprofissional. Assim, o estudo seria relevante para endossar a inclusão da política pública que preconiza o Método Canguru também em hospitais particulares, promovendo uma maior discussão a respeito da humanização da própria UTIN. Ademais, seria possível identificar novos elementos

que favorecessem a criação ou o reforçamento de serviços de atendimento, cuidado e acolhimento de mães e famílias de recém-nascidos prematuros nas instituições hospitalares.

Outro ponto importante a ser referido situa-se na proposta inicial de identificar dinâmicas de atuação dos profissionais de saúde, a partir da perspectiva do receptor do serviço prestado. Nesse caso, a mãe do neonato pré-termo.

Por fim, a partir do processo compreendido na realização deste estudo, foi possível acessar a qualidade multifatorial do fenômeno abordado, identificando sua centralidade na experiência das mães acessadas que fazem parte da discussão do presente estudo, mas abrindo brecha para a relativização dessa disrupção como mais uma, dentre tantas, vivenciadas pelas mulheres ao longo de suas histórias de vida.

5. PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETIVOS

5.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Como o processo de emergência semiótica ocorre diante da experiência disruptiva caracterizada pelo nascimento prematuro a partir da vivência materna na UTIN/MC?

5.2 OBJETIVO GERAL

Analisar como se constroem os significados de maternidade diante da experiência do nascimento prematuro, a partir da análise do processo de emergência semiótica circunscrito na vivência de modalidades de atenção à saúde do neonato pré-termo distintas entre si (UTIN e MC).

5.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar como os elementos semióticos disponíveis nos contextos de cuidado acessados interferem no processo de emergência semiótica diante da experiência do nascimento prematuro;
- Identificar como a *ambivalência* interfere no processo de construção de novos significados de maternidade diante da experiência disruptiva vivenciada pelas mães entrevistadas;
- Analisar como as mães acessadas compreendem a UTIN e o MC;
- Analisar como as mães entrevistadas significam a alta hospitalar e o cuidado doméstico após a experiência disruptiva promovida pelo nascimento prematuro.

6. MÉTODO

O presente estudo diz respeito a uma pesquisa qualitativa, concebida como uma trajetória circular acerca do que se deseja investigar através da observação-investigação de elementos significativos do fenômeno abordado (Martins & Bicudo, 1989). Portanto, tem como fonte direta de dados o ambiente natural no qual a experiência é vivenciada, produz dados predominantemente descritivos e processos de análise de dados essencialmente indutivos (Martins & Bicudo, 1989). Possui caráter idiográfico no qual o pesquisador busca unidades de significado através da saturação de leitura do material transcrito. As leituras se organizam de forma a permitir, inicialmente, a aproximação do pesquisador diante do fenômeno, através do relato do participante e, posteriormente, a organização em unidades de significados que sejam pertinentes diante do fenômeno que se pretende apreender (Martins & Bicudo, 1989). De acordo com Sato (2007), estudos de caráter idiográfico trazem em seu bojo uma espécie de rastreamento microgenético do fenômeno que se objetiva estudar.

É uma pesquisa *narrativa*, compreendida como um estudo que analisa eventos narrativos e histórias relatadas por narradores individuais acerca de suas experiências e a realidade construída a partir de suas histórias de vida (Laville & Dionne, 1999) e que busca configurar uma forma de compreender uma determinada experiência (Clandinin & Connely, 2000). Bruner (2002) refere a narrativa como um meio a partir do qual emergem memórias, crenças, ideias, sentimentos e aspectos subjetivos daquele que narra, sendo conduzida a partir da interação com o outro e com a cultura. Tais narrativas são carregadas de sentidos que se organizam em torno de um núcleo de fatos ou eventos da vida de maneira individual e criativa, e possui caráter *instrumental*, estruturado através das narrativas de história de vida apreendidas em situação de conversação (Stake, 2006).

De acordo com definição de Stake (2006), o caráter instrumental³ diz respeito ao estudo de um caso específico, cuja análise subsidiará a discussão de um determinado tema ou teoria (Stake, 2006). Embora o presente estudo se debruce sobre a análise de apenas dois casos (um representativo de cada contexto), estes foram analisados sobre a perspectiva instrumental supracitada.

Sendo assim, tendo em vista a temática abordada, a qual diz respeito à experiência do nascimento prematuro e cujo objetivo principal foi apreender o processo de construção de significados de maternidade a partir da experiência mencionada, escolheu-se o delineamento metodológico *estudo de casos múltiplos* (Yin, 2001). Trata-se de uma abordagem metodológica cujo foco é a compreensão aprofundada de casos típicos, representativos de um contingente maior de casos, dos quais se tornam representantes (Laville & Dionne, 1999). Refere-se ainda a um delineamento que busca preservar características holísticas e significativas de um evento componente de um determinado contexto da vida real (Yin, 2001).

6.1 PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

As participantes desse estudo foram mães de neonatos prematuros nascidos com 30 semanas de idade gestacional, cujos filhos estavam sob o cuidado da equipe multiprofissional de saúde na UTIN e no ambulatório do MC. Uma mãe foi acessada durante o internamento de seu bebê no contexto de cuidado compreendido pela UTIN e a outra mãe enquanto provia ativamente o cuidado canguru no ambulatório do MC. Embora o objetivo inicial recaísse sobre a inclusão de mais participantes, a disparidade das características apresentadas pelos neonatos prematuros acabaram por interferir

³ O presente estudo tem caráter instrumental por destinar-se à utilização do subtexto empírico como subsídio para o aprofundamento da discussão teórico-conceitual. A referida justificativa ampara-se nas postulações de Stake (2006) acerca de estudos de interesse instrumental e estudos de interesse intrínseco.

significativamente no processo de pesquisa. Afora isso, optou-se pela realização de análises mais aprofundadas das experiências acessadas, considerando as similaridades sociodemográficas apresentadas pelas participantes. Ademais, as intercorrências vivenciadas em contexto hospitalar acabaram por monopolizar a atenção das genitoras, distanciando-as da possibilidade de dar continuidade às entrevistas procedidas.

Os critérios de inclusão para seleção das participantes foram: 1) idade gestacional na ocasião do parto (trinta semanas); 2) participação no cuidado com o filho (através de visitas à UTIN ou provimento ativo do cuidado canguru); 3) condições clínicas estáveis do recém-nascido pré-termo.

É importante referir que na ocasião da primeira entrevista, os filhos das mães acessadas apresentavam quadros estáveis de saúde e possuíam prognóstico médico favorável. No entanto, devido à instabilidade característica da prematuridade, algumas intercorrências se sucederam no decorrer do período em que os encontros entre pesquisadora e participante ocorreram.

As narrativas foram acessadas somente em contexto hospitalar devido às oscilações das condições de saúde dos bebês e conseqüente postergação da alta hospitalar. No entanto, apesar de não ter sido possível realizar a etapa domiciliar pretendida (na qual as mães seriam novamente entrevistadas com o intuito de identificar o processo de transição para o ambiente doméstico e assunção do protagonismo no cuidado com o bebê), foram investigadas projeções imaginativas acerca do referido período. Sublinha-se, no entanto, que além da investigação da transição hospital-casa, as entrevistas que seriam procedidas em ambiente domiciliar tinham por objetivo verificar modificações nos significados de maternidade (e nos processos de emergência semiótica) na medida em que o momento crítico (simbolizado pelo nascimento prematuro e a experiência circunscrita na maternidade) já haveria sido ultrapassado e, portanto, o conteúdo

narrado poderia ter sido modificado em função de maior elaboração dos conteúdos provenientes dos episódios vivenciados.

Ainda, as participantes do estudo possuem similaridades ao status socioeconômico, classe social e nível de escolaridade. Tais condições foram melhor delimitadas a partir da aplicação prévia das Ficha de Dados Sociodemográficos e Ficha de Caracterização do Caso, que se configurou como um processo de triagem ao qual as potenciais participantes foram submetidas mediante explicação e autorização das mesmas.

Embora a instituição na qual o estudo foi realizado seja vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e portanto destinada somente ao atendimento público, a triagem foi um recurso utilizado para a garantia de maior homogeneidade das mães acessadas a fim de favorecer a ênfase na diferenciação primordial sugerida por este estudo: os contextos de cuidado ao qual os recém-nascidos foram submetidos e a repercussão de tais contextos na construção de significados de maternidade.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada numa maternidade de referência em atendimento à gestação de alto risco, especializada em assistência a recém-nascidos com necessidade de cuidados especiais referentes à imaturidade na ocasião do nascimento ou por possuírem algum tipo de patologia. Trata-se de uma instituição integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), não havendo qualquer convênio com planos de saúde particulares.

A maternidade é reconhecida pela excelência no atendimento a mães com gestações de alto risco, bem como no cuidado e tratamento de recém-nascidos pré-termo ou

portadores de patologias, e, já nos primeiros quatro anos de funcionamento, tinha registro de cerca de 35000 partos ocorridos em suas instalações e sob sua atividade.

Possui equipe de mais de 1.200 pessoas, contando com 238 leitos, dentre os quais estão alocados 180 leitos de Unidade Aberta (caracterizado por alojamento conjunto), 20 leitos de UTI Neonatal, 20 leitos de Unidade Semi-Intensiva Neonatal e 10 leitos para provimento do Método Mãe-Canguru. Afora isso, possui 10 leitos de UTI para adultos, um sistema completo de apoio diagnóstico e terapêutico, composto por Laboratórios de Análises Clínicas, Unidade de Bioimagem e Agência Transfusional. Realiza consultas de pré-natal em ambulatório especializado em gestações de alto risco.

A referida maternidade se localiza em um bairro periférico da cidade de Salvador, Bahia.

6.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados para obtenção dos dados necessários para a investigação do fenômeno foram: 1) Ficha de Dados Sociodemográficos (ANEXO II); 2) Ficha de Caracterização do Caso (método de cuidado e idade gestacional); 3) Entrevista Narrativa⁴ e Temário.

A Ficha de Dados Sociodemográficos teve como objetivo coletar informações tais como: idade, estado civil, grau de escolaridade, grupo religioso, atividade profissional, renda mensal, número de filhos e dados para contato. A utilização de tal instrumento se justificou por ser fundamental na caracterização das mães acessadas, bem como por oferecer a possibilidade de ressaltarem-se características individuais de cada participante, permitindo maior aprofundamento na ocasião da entrevista.

⁴ Trata-se de uma entrevista composta por uma pergunta disparadora do relato; o temário se justifica pela necessidade de aprofundamento de pontos específicos da narrativa que visem responder o problema de pesquisa. Afora isso, a entrevista narrativa é, em si, conversacional (Volkmer, 2013), sendo o relato corrido uma idealização do método.

A Ficha de Caracterização do Caso se justificou pela necessidade de conhecer as características de cada recém-nascido prematuro, tendo em vista estabelecer o grau de prematuridade na ocasião do nascimento, o tempo de permanência na UTIN para estabilização de quadro clínico e o método de cuidado predominante durante o internamento. Sendo assim, esse instrumento auxiliou, também, na caracterização das mães a partir das características de seus filhos (relacionadas à prematuridade) bem como da modalidade do cuidado dispensado ao neonato pré-termo com a qual tiveram mais contato.

A entrevista narrativa, por sua vez, se configurou como principal instrumento de coleta de dados voltado ao problema de pesquisa proposto pelo presente estudo. É importante referir que as questões componentes do roteiro de entrevista (ou temário) dizem respeito a insumos importantes apontados pela literatura acerca do tema estudado, bem como à perspectiva teórico-metodológica desta pesquisa. O temário aqui apresentado se organiza em torno dos seguintes eixos: 1)A experiência do parto prematuro; 2)Significados de maternidade construídos ao longo da história de vida; 3) Relação mãe-bebê e emergência de novos significados de maternidade; 4) Relação com o contexto de atenção ao recém-nascido pré-termo; 5)Transição para o cuidado doméstico (ANEXO IV). Esse último aspecto, no entanto, sofreu alterações na ocasião das entrevistas, já que foi referido de maneira prospectiva e imaginativa.

O temário não teve como objetivo nortear a narrativa da participante. Suas principais funções disseram respeito ao aprofundamento da investigação em torno de momentos narrativos importantes diante do problema de pesquisa e dos objetivos propostos pelo estudo. Funcionando, também, como roteiro norteador na ocasião da análise de dados.

De acordo com Jovchelovitch e Bauer (2002), a entrevista narrativa se configura como uma via adequada à investigação aqui proposta, por se tratar de uma técnica de entrevista não estruturada e em profundidade. Por tal característica, antes da pesquisadora se utilizar das questões elencadas no temário supracitado, foi lançada uma proposição disparadora: *“A senhora poderia, por favor, me contar como foi o parto e como tem sido pra você esses dias aqui na maternidade?”*. Ao final do relato, foi questionado se a participante gostaria de acrescentar mais algum aspecto em sua narrativa. A partir de resposta negativa, foram utilizadas as questões dispostas no eixo temático referido.

6.4 PROCEDIMENTOS

6.4.1 Procedimentos de coleta de dados

As participantes foram contatadas por intermédio do Núcleo de Ensino e Pesquisa da instituição na qual a coleta de dados foi realizada. As mães acessadas foram escolhidas por conveniência a partir do processo de triagem referido nos itens 6.1 e 6.3.

No primeiro contato, realizou-se o esclarecimento dos procedimentos envolvidos na pesquisa e foi ofertada a possibilidade de participação no estudo. Posteriormente, as mães que aceitaram ser entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informadas a respeito da total abertura para o esclarecimento de eventuais dúvidas ao longo do processo de coleta de dados, bem como acerca da opção de interromperem sua participação no presente estudo. É importante referir que todas as mães acessadas, mesmo aquelas que desejaram interromper a participação ou que apresentavam disparidade nos aspectos

sociodemográficos e circunstanciais ora propostos, assinaram previamente o TCLE (ANEXO I). Ainda, todas elas foram informadas da possibilidade de não participação, caso não correspondessem ao perfil de participante pretendido pelo presente estudo.

Após o primeiro contato, a coleta de dados foi procedida em duas etapas: 1) Aplicação da ficha de dados sociodemográficos e da ficha de caracterização do caso (triagem); 2) Procedimento da entrevista narrativa. Esta última, por sua vez, se desdobrou em três encontros com cada participante que tiveram como objetivo o aprofundamento de trechos narrativos importantes para a discussão pretendida bem como para esclarecimento de aspectos específicos do conteúdo narrado.

As aplicações da Ficha de Dados Sociodemográficos e da Ficha de Caracterização do Caso foram procedidas já no primeiro encontro com as mães participantes. Através dos referidos instrumentos, a pesquisadora visou caracterizar as participantes quanto às similaridades, bem como quanto às características pessoais de cada uma. Além de realizar o processo de triagem já mencionado.

Posteriormente, foram realizadas as Entrevistas Narrativas. Primeiramente, foram esclarecidos alguns aspectos a respeito da entrevista (ver ANEXO IV) e, logo em seguida, foi proposta a pergunta disparadora: ***“A senhora poderia, por favor, me contar como foi o parto e como tem sido pra você esses dias aqui na maternidade?”***. Após o fim do relato, a pesquisadora questionou: ***“A senhora gostaria de falar mais alguma coisa?”***. Em seguida, foram utilizadas questões disponíveis no roteiro de eixos temáticos, com o intuito de aprofundar o relato de pontos narrativos pouco comentados, de fundamental importância para a apreensão da experiência materna diante do nascimento prematuro e para o atendimento dos objetivos do presente estudo. É importante ressaltar que todas as entrevistas foram audiogravadas.

Há, no entanto, uma salvaguarda a ser feita: a proposta inicial de realização de entrevistas também em ambiente domiciliar (compreendidas especialmente pelas questões dispostas no eixo 5 do temário utilizado) não foi concretizada no curso desse estudo. Essa interdição se justificou pelo processo natural de desenvolvimento dos neonatos prematuros cujas mães foram acessadas e a ocorrência de algumas intercorrências. Ademais, por se tratarem de mães residentes em cidades do interior do estado da Bahia, a maternidade preconizou o estabelecimento de maior tempo de internamento, visando maior ganho de peso dos bebês em função da distância existente entre o ambiente hospitalar e a casa das participantes. Desse modo, a pesquisadora buscou investigar pensamentos, sensações, sentimentos e projeções acerca do período pós-alta hospitalar marcado pelo retorno ao lar. Agora, no entanto, na companhia de seus bebês.

6.4.2 Procedimentos de análise de dados

Inicialmente, a pesquisadora procedeu de forma a caracterizar a história pessoal de cada participante. Para tanto, as entrevistas realizadas foram transcritas e lidas repetidas vezes. Para essa etapa, foram também utilizados os dados obtidos através da aplicação da Ficha de Dados Sociodemográficos e da Ficha de Caracterização do Caso. Em seguida, foi realizado um relato do enredo da história pessoal de cada participante, lançando mão dos recursos referidos acima.

Após a caracterização da história de cada participante a partir do conteúdo narrado, as entrevistas transcritas passaram a ser fonte da análise de conteúdo categorial, como proposto por Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998). De acordo com as

referidas autoras, há duas dimensões analíticas na pesquisa narrativa, uma holística que se opõe à categorial e uma de conteúdo que se opõe à forma.

A dimensão holística, em oposição à categorial, se refere à unidade de análise. Uma análise holística teria como base a integralidade da narrativa, ao passo que a análise categorial é realizada por intermédio da eleição de subtextos específicos componentes do subtexto global (Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber, 1998).

A dimensão de oposição dentre forma-conteúdo diz respeito ao conteúdo, em si. A pesquisa narrativa pode concentrar-se no subtexto geral ou buscar significados específicos no subtexto narrado (Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber, 1998).

A partir de então, as autoras propõem quatro combinações analíticas: 1) conteúdo holístico; 2) conteúdo categorial; 3) forma holística; 4) forma categorial. Tendo em vista o problema de pesquisa e os objetivos do presente estudo, a análise das entrevistas foi procedida mediante a proposta referida abaixo:

a) *conteúdo categorial* – teve como objetivo investigar as condições de emergência semiótica, levando em consideração situações perpassadas por *ambivalência* (Abbey & Valsiner, 2004), com o intuito de encontrar significados de maternidade construídos pelas mães de recém-nascidos prematuros antes, durante e após a experiência de cuidado (UTIN ou MMC), visando à inclusão da dimensão processual e temporal da construção de significados. A análise foi guiada pela identificação de trechos da entrevista narrativa perpassados por diferentes graus de ambivalência que, por sua vez, foram representados por categorias elencadas a partir das condições de *emergência semiótica* propostas por Valsiner e Abbey (2004): 1) Nula ou *Null Condition*; 2) Irregular ou *Erratic Condition*; 3) Bifurcação de Trajetórias ou *Bifurcation of Trajectories*.

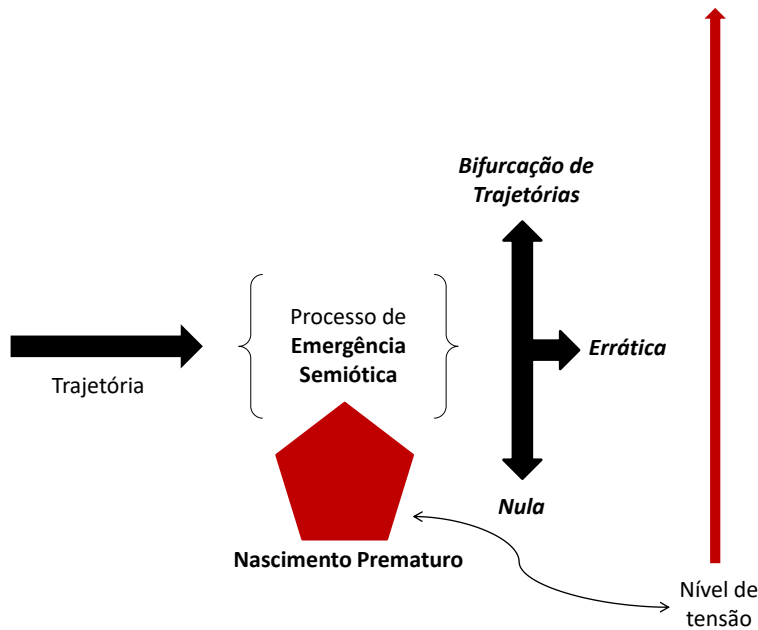


Figura 2: Representação gráfica de análise de conteúdo categorial

Os procedimentos de análise mencionados nos parágrafos acima foram testados em entrevistas piloto, também realizadas em ambiente hospitalar, com mães cujas características atendiam aos critérios de inclusão referidos no item 6.1.

Por fim, para analisar os dados obtidos a partir da realização das entrevistas, a pesquisadora procedeu da seguinte forma: a) transcreveu e leu a narrativa da mãe participante; b) identificou pontos de tensão em trechos da narrativa; c) utilizou indicadores conceituais,⁵ identificando *condições de emergência semiótica* perpassadas por *ambivalência* nos trechos identificados; d) criou categorias de análise; e) definiu as categorias de análise; f) analisou os trechos destacados a partir das categorias de análise criadas - essas categorias definidas com base nas *condições de emergência semiótica* propostas por Abbey e Valsiner (2004); g) identificou os novos significados de maternidade que emergiram a partir da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro.

⁵ Dizem respeito ao processo de codificação da entrevista através de indicadores derivados do conceito central da pesquisa (ambivalência).

As categorias de análise criadas a partir dos dados obtidos foram:

- a) **Nula – A** – essa categoria diz respeito à emergência de signos que não promovem no sujeito o surgimento de tensão significativa. São situações nas quais um signo funciona como explicação taxativa para um determinado acontecimento, fato ou objeto, não havendo tensão significativa entre o *saber* e o *não saber*, entre a *certeza* e a *incerteza*. É o processo de emergência semiótica que, geralmente, passa despercebido pelo indivíduo e no qual não há a emergência de novos signos. Exemplo⁶: ao olhar pela primeira vez para seu filho prematuro, Joana percebeu como ele era diferente. Hesitou entre querer e não querer saber o porquê e deixou pra lá.
- b) **Emergência semiótica de condição errática – B** – essa categoria diz respeito a uma busca irregular por significados que expliquem determinado fato, acontecimento ou objeto. O indivíduo realiza uma busca irregular por signos, promotora de um nível de tensão mínimo ou moderado. Essa busca errática ou irregular funciona como base para o desenvolvimento posterior de significados, através da criação de direções possíveis em relação ao futuro, promovendo a emergência de signos frágeis ou médios. Essa categoria foi subdividida em duas subcategorias:
- b.1) **Moderadamente Ambivalente I – B1** – essa subcategoria diz respeito à emergência sucessiva de signos fracos que não conseguem explicar satisfatoriamente um determinado fato, acontecimento ou objeto. Exemplo: ao ser informada sobre o seu internamento emergencial para realização do parto, aos oito meses de gestação, Lavínia lança mão de signos representativos de

⁶ Todos os exemplos referidos aqui são hipotéticos.

experiências anteriores para explicar a situação atual. Sendo assim ela significa o internamento como *internamento para exames de rotina*, ignorando o que está prestes a acontecer. Ao perceber que tal signo não funciona para explicar o acontecimento em questão, Lavínia passa a experimentar um nível moderado de tensão em função da emergência semiótica de um signo frágil, não explicativo da situação e a necessidade de um novo signo que explique o que está acontecendo. Essa segunda configuração está alocada na subcategoria seguinte.

b.2) Moderadamente Ambivalente II – B2 – essa subcategoria diz respeito à emergência de signos médios que funcionam como explicações satisfatórias para um fato, acontecimento ou objeto num determinado momento da trajetória do indivíduo, podendo ser substituído por outro signo, posteriormente. Exemplo: ao perceber que o internamento não se deu por questões de rotina, Lavínia experimenta níveis moderados de tensão competidos na busca irregular por uma nova explicação (um novo signo) que dê conta, satisfatoriamente, do que está acontecendo com ela. Ao lançar mão de recursos semióticos disponíveis na semioesfera contextual⁷ (a notícia de que seria internada para realização do parto, por exemplo, ou o encaminhamento para o centro cirúrgico), Lavínia adere à seguinte explicação para o internamento: “o nascimento do meu bebê acontecerá antes do previsto porque eu estou muito ansiosa para conhecê-lo”. Esse signo a coloca de volta numa condição de *não-tensão*, já que explica, ao menos momentaneamente, o que está lhe acontecendo na referida situação.

c) Condição de emergência semiótica por Bifurcação de Trajetórias – C – esta categoria diz respeito à emergência semiótica a partir da experimentação de altos

⁷ Diz respeito ao contexto circundante nos quais estão dispostos signos e elementos semióticos que interferem na experiência e dos quais o indivíduo pode lançar mão para significar ou dar sentido ao objeto, fato ou acontecimento vivenciado.

níveis de tensão, numa situação na qual um signo médio, que anteriormente servia como explicação para um fato, acontecimento ou objeto, é posto em dúvida pelo indivíduo. Essa categoria foi subdividida em duas subcategorias:

c.1) **Bifurcação de Trajetórias I – C1** – essa subcategoria diz respeito ao processo de emergência semiótica no qual o indivíduo experimenta um nível tão alto de tensão que resolve intensificar o posicionamento diante da incerteza, recusando-se a dar um significado para determinado fato, acontecimento ou objeto, retornando à condição nula de emergência semiótica. Exemplo: ao ficar sabendo que daria à luz a três bebês, ao invés de dois, Luciana recusa-se a acreditar na equipe médica, sentindo-se angustiada e bastante nervosa. Luciana sente taquicardia e muito medo, sentindo-se cada vez mais tensa e agoniada. Na tentativa de acalmar-se, resolve ignorar a nova informação e continuar focada no trabalho de parto. Tal ação a leva de volta a baixos níveis de tensão e de intensificação da incerteza, colocando-a em condição nula de emergência semiótica. Ela simplesmente *não quer saber*.

c.2) **Bifurcação de Trajetórias II – C2** – essa subcategoria diz respeito às situações que devem ser enfrentadas a qualquer custo pelo indivíduo, mesmo sob altos níveis de tensão. Nessas situações, a utilização de signos rígidos (também chamados de signos fortes) é bastante adaptativa e funcional para o indivíduo. Sendo assim, lança-se mão de signos fortes que tendem a monologizar o processo de construção de significados, diminuindo as possibilidades de emergência semiótica. Embora a utilização de signos estáveis promova a diminuição de caminhos semióticos para o surgimento de novos signos, são funcionais no que diz respeito à adaptação do indivíduo a uma situação promotora de altos níveis de incerteza. Exemplo: ao receber a notícia de

que teria três filhos ao invés de dois, já na sala de parto, Larissa aderiu ao signo forte “*Deus é o senhor de tudo e sabe o que faz*” para explicar a situação do parto na qual experimentava altos níveis de tensão e incerteza.

6.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo se encontra de acordo com os parâmetros éticos estabelecidos no Código de Ética Profissional do Psicólogo, a partir da Resolução CFP N° 011/97, de 20 de outubro de 1997 e, também, mediante a Resolução CFP N° 016/2000 que trata da realização de pesquisa em psicologia com seres humanos. Desse modo, essa pesquisa se propõe à produção de conhecimentos que possam vir a agregar reflexões para à prática profissional. Nesse caso, mais especificamente profissionais atuantes em instituições hospitalares que trabalhem diretamente com recém-nascidos pré-termo, suas mães e família.

O Projeto de Pesquisa foi devidamente encaminhado para o Comitê de Ética, através da Plataforma Brasil, a fim de abarcar todos os aspectos éticos envolvidos neste estudo. Levando-se em consideração, especialmente, o recorte empírico realizado, a partir do qual mães de recém-nascidos prematuros seriam acessadas ainda em ambiente hospitalar. Somente após a aprovação do projeto, a pesquisa teve início.

Portanto, foram salvaguardados os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, mediante o esclarecimento dos pressupostos compreendidos neste estudo e acerca da possibilidade de interrupção da participação caso considerassem necessário. Ademais, a pesquisadora permaneceu atenta ao procedimento compreendido pela realização das entrevistas para que qualquer inconveniente identificado fosse solucionado, inclusive, a partir da interrupção do processo de

pesquisa. Garantindo, ainda, uma escuta atenta e cuidadosa mediante a temática delicada e à experiência ainda em processo.

Como benefícios identificados, acredita-se que o contexto promovido pelas entrevistas narrativas pode ter sido favorecedor na comunicação de estados emocionais incômodos bem como acerca das dificuldades enfrentadas durante o processo de internamento, tanto no que diz respeito às condições do bebê quanto ao relacionamento com a equipe multiprofissional.

7. ANÁLISE DE DADOS - CONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADOS DE MATERNIDADE A PARTIR DE CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA SEMIÓTICA PERPASSADAS POR AMBIVALÊNCIA

Nesta seção, abordaremos os processos envolvidos na emergência de novos significados de maternidade, tomando como marco central o nascimento prematuro. O referido acontecimento foi estabelecido como principal evento disruptivo em torno do qual todo conteúdo narrado se organiza.

A partir do que foi elencado nos objetivos deste estudo, o processo de construção de significados de maternidade será abordado através dos seguintes eixos conceituais: 1) Condições de Emergência Semiótica; 2) Ambivalência; 3) Self-dialógico. A partir de então serão avaliadas as condições de emergência semiótica a partir da análise categorial ora proposta.

Como foi descrito na seção de metodologia, a análise dos dados foi procedida a partir da perspectiva conteúdo-categorial, proposta por Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber (1998) e os resultados encontrados serão referidos ao longo dessa seção. Inicialmente serão apresentadas as sinopses dos dois casos analisados, um caso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e um caso do ambulatório Mãe Canguru e, posteriormente, serão apresentadas as análises realizadas através da eleição de episódios significativos perpassados por diferentes níveis de *ambivalência*, derivados do conteúdo narrado por cada participante.

7.1 CASO 1 - MARIA

Maria⁸, na ocasião das entrevistas, era uma mulher de trinta anos de idade, casada, católica, primípara e mãe de um bebê recém-nascido. Embora tenha almejado tornar-se mãe durante boa parte de sua vida, desde a adolescência mais precisamente, os planos de engravidar se tornaram mais intensos há dois anos, desde que se casou com seu então marido. De acordo com Maria, seu companheiro, que também demonstrava enorme vontade de tornar-se pai, tornou-se grande incentivador e promotor de uma situação favorável para a chegada de um bebê. É importante referir que apesar de trazer à tona a adolescência como a fase do ciclo de vida que lhe trouxe uma vontade concreta de ser mãe, Maria contou a respeito das brincadeiras, nas quais ela fingia ser mãe de bonecas com aspecto fiel ao de bebês reais, deixando claro que eram suas preferidas.

Maria e Jorge, seu marido, trabalham em uma fábrica de sapatos e, juntos, conseguem uma renda mensal de pouco mais de dois salários mínimos. Maria possui segundo grau completo e almeja fazer uma faculdade. Tal desejo, todavia, tornou-se ainda maior a partir do nascimento de sua filha.

Luiza, a filha recém-nascida de Maria, nasceu com idade gestacional de trinta semanas devido a uma intercorrência causada por deslocamento de placenta e consequente sangramento. Essa intercorrência se concretizou no dia em que Maria completava sete meses de gravidez e realizava o mesmo ritual desde o descobrimento da gestação: fazia um bolo e chamava os amigos para comemorar mais um mês, desde que se descobrira grávida. Nesse dia, no entanto, não houve tempo para que o bolo fosse servido e a confraternização realizada. Afinal, segundo a narrativa de Maria, Luiza já estava sem oxigênio algum dentro de seu útero e o nascimento prematuro foi, na

⁸ É importante salientar que todos os nomes utilizados ao longo da análise, na descrição de casos e episódios, são fictícios.

verdade, a única forma de ambas sobreviverem à gravidez que, posteriormente, confirmou-se como gestação de alto risco.

Maria relatou ter se sentido sozinha na ocasião do parto já que seu marido ficou em sua cidade, no interior, para resolver qualquer coisa que fosse necessária, relacionada ao desfecho do nascimento que estava prestes a ocorrer. Sendo assim, Maria foi acompanhada pela sogra. Todavia, no momento em que solicitaram sua entrada na sala de parto, por saber, através do serviço de triagem da maternidade em questão, que se tratava de um parto de alto risco, ela se sentiu intimidada e preferiu não entrar. Sobre esse momento, Maria relatou ter sentido muito medo e muita solidão, apesar de sempre referir-se à sogra como alguém que *nunca a abandonou*.

Após o nascimento de Luiza, Maria foi encaminhada para a UTI sendo impossibilitada de ver sua filha logo após o nascimento. Ela relatou ter se sentido triste por não receber sua filha nos braços, ainda na sala de parto, mesmo sabendo que, por ser prematura, isso não aconteceria. Por tal motivo, Maria se alicerçou na ideia de que o estado de sua filha não era tão grave (já que atribuía o fato de não ter tido sua filha nos braços, na sala de parto, ao nascimento prematuro), decepcionando-se, no entanto, ao vê-la com os equipamentos da UTIN, no dia seguinte ao parto, em companhia de seu marido.

Sobre o primeiro encontro com Luiza, Maria relatou ter sido impactante olhar o seu bebê cheio de tubos e monitores e que aquela imagem a deixou entristecida e estarecida, já que imaginou, a partir do que viu, que o estado de sua filha era demasiadamente grave e dificilmente ela sobreviveria.

Luiza fora encaminhada à UTIN logo após seu nascimento e lá permaneceu por 12 dias. Nesse intermédio, Maria obteve alta médica e precisou deixar o hospital. Segundo a participante, esse foi o pior momento vivenciado dentro da maternidade:

teria que ir para casa de braços vazios e deixar sua filha sob o cuidado de pessoas especializadas, gentis, porém desconhecidas. Maria, em sua narrativa, contou que ao deixar sua filha na UTIN e voltar para casa, sentia uma sensação muito ruim. Sensação essa, que, segundo sua narrativa *não desejaria nem para o pior inimigo*.

Durante o referido período, era inevitável que ela pensasse na morte como uma possibilidade para seu bebê. De acordo com Maria, todas as vezes que ela ia para casa e deixava Luiza no hospital sentia medo de voltar e não encontrá-la viva. Fora isso, dois fatores influenciavam diretamente no aumento ou na diminuição da apreensão de Maria, quanto ao estado de saúde da filha: a instabilidade do quadro (ora Luiza estava intubada, respirando com ajuda de aparelhos, ora Luiza permanecia sem qualquer auxílio tecnológico para respirar e se alimentar) e a notícia da morte de outros bebês, filhos de mães que ela conhecia.

Sobre esta segunda situação, Maria contou que ao ir até o banco de leite, retirar o alimento necessário para nutrir sua filha de três em três horas, as enfermeiras comentavam entre si e até a abordavam, referindo-se à morte de outros bebês. Além do mais, as próprias mães que conviviam naquele espaço também tendiam a desenvolver conversações a este respeito. Maria contou que se sentia imensamente apreensiva e que deixar a filha naquela situação era ser perseguida pela ideia da morte que, segundo ela, acabava sendo o *centro das atenções*.

A UTIN, para Maria, se caracterizava como um ambiente incômodo e promotor de estados apreensivos. No entanto, por ser um contexto altamente controlado, acabava sendo motivo de segurança, já que sabia que sua filha estava sendo cuidada em tempo integral por uma equipe especializada. Ainda sobre a equipe, Maria se referiu com enorme carinho a médicos e enfermeiras, deixando claro que o seu relacionamento com a equipe multidisciplinar era bastante amistoso. Alguns profissionais específicos até

ganharam maior carinho e admiração de Maria, por terem servido de porta-vozes fiéis da condição clínica de Luiza, explicada detalhadamente à mãe apreensiva.

Corridos doze dias do nascimento de Luiza, Maria recebeu a notícia de que seu bebê subiria para o ambulatório do MC. No entanto, no dia anterior ao recebimento da notícia, Maria relatou ter ficado o dia inteiro com uma boneca que, por sua vez, era réplica de um bebê. Segundo Maria, se tratava de uma boneca pequena, praticamente com as mesmas proporções de Luiza, semelhante a um bebê real, que funcionou como objeto de treinamento para a etapa que estava por vir. Ela contou que durante o período que passou com a boneca, seus parentes – anfitriões de Maria em Salvador – perguntavam a todo instante o que ela fazia *brincando de boneca*. Maria respondeu que estava treinando, pois no dia seguinte teria sua filha nos braços o dia inteiro. Ao narrar tal passagem, Maria deixa claro que não sabia, concretamente, que Luiza seria transferida para o canguru. No entanto, intuitivamente, ela sabia que sim. Sua intuição, por sua vez, foi confirmada no dia seguinte, ao chegar à maternidade, ficar ao lado da incubadora e, finalmente, receber a notícia, já no meio da tarde, de que a transferência ocorreria. Como resposta resoluta à família e aos seus próprios medos, Maria ligou para o taxista que a pegaria na maternidade, no final do dia, e dispensou seus serviços.

Na ocasião do primeiro encontro entre pesquisadora e participante, Maria e Luiza estavam no ambulatório canguru há 21 dias, totalizando 33 dias de internamento, no geral. Sobre o novo ambiente, Maria relatou se sentir bastante à vontade. Ela contou que ao chegar no MC sentiu-se bastante sozinha. No entanto, passados poucos dias, conheceu toda a equipe de profissionais. Maria se referiu a todos com muito carinho.

Durante sua primeira semana no ambulatório canguru, Maria contou ter sentido *sua vida renovada*, já que pôde ver muitos bebês na mesma condição de sua filha e retirar o peso que sentia das costas, pois acreditava ter sido fraca e incapaz de segurá-la

por nove meses na barriga. Ela se culpava bastante pela precipitação do nascimento de Luiza, principalmente durante sua passagem pela UTIN. No MC, entretanto, Maria se sentia empoderada, detentora dos conhecimentos necessários para cuidar de seu bebê. Segundo ela, o MC é um ambiente que eleva a autoestima das mães, já que ensina tudo que elas precisam saber para lidar com bebês prematuros, deixando-as aptas a realizar todo tipo de cuidado e, por tal motivo, eleva também a sensação de exercício concreto da maternidade. Maria contou que se sentia “*mais mãe*” de Luiza depois que chegou ao canguru.

Ao longo dos períodos de conversação, Maria contou como aprendeu a dar banho, relatando todos os detalhes. Contou, também, a respeito da evolução de Luiza quanto à mamada. Segundo ela, Luiza começou mamando através da sonda, passando pela seringa, pela técnica do dedinho⁹, até aprender a mamar no seio da mãe. Sobre essa última etapa, Maria relatou uma conversa tida com a psicóloga da maternidade, na qual foi aconselhada a conversar com Luiza sempre que possível, mostrando para ela – através das palavras – que ela era capaz de mamar, de crescer e se desenvolver. Maria, ao colocar isso em prática, teve a grata surpresa de, no terceiro dia, ter sua filha mamando em seu seio.

Maria contou, emocionada, que os bebês não são ligados às mães pelo cordão umbilical. Os bebês são ligados às mães pela amamentação. É ali, segundo ela, que a mãe se sente completa. É ali que a mãe se sente segura de que ela é tudo que o seu bebê precisa.

Ao longo de sua narrativa, Maria deixou clara a evolução percebida em Luiza. O peso aumentou, o reflexo de sucção foi aprendido, a capacidade de interação se elevou e ela passou a reconhecer mais facilmente as necessidades da filha. Contou, ainda, que o

⁹ A técnica do dedinho diz respeito à colocação de uma sonda no dedo mínimo da profissional de saúde para que o bebê prematuro seja estimulado na aquisição do reflexo de sucção.

marido estava ansioso para tê-las em casa, já que suas visitas precisavam ser espaçadas em razão do trabalho, e que ela própria estava só esperando Luiza ganhar o peso necessário para a alta, pois sabia que a filha venceria qualquer adversidade fora dali.

Na ocasião do último encontro, Maria demonstrava total segurança na maneira de lidar com Luiza e se referia à sensação de segurança que sentia ao ver os bebês que iam às revisões (componentes da terceira etapa do Método Mãe-Canguru), afinal, conforme relatou, já eram bebês *grandes, fortes, gorduchos* e extremamente saudáveis.

Ao vivenciar o dia-a-dia do canguru, Maria se referiu ao nascimento prematuro como única alternativa possível para que ela e a filha pudessem estar juntas, caso contrário, ela não estaria ali para contar essa história. Fora isso, Maria relatou que a antecipação do parto foi um acontecimento de Deus ou do acaso, que permitiu que ela visse o rostinho da filha mais cedo. Ademais, contou que a posição- canguru funcionava como uma oportunidade para sentir a filha como se estivesse ainda no útero, já que, aos sete meses, quando ela começava a sentir os primeiros movimentos de Luiza em sua barriga, aconteceu o parto prematuro.

Por fim, Luiza havia se desenvolvido bastante, estando a apenas 250g da alta hospitalar. Esse dado era referido por Maria constantemente como uma alegria e como demonstração da expectativa de, finalmente, poder levar seu bebê para casa.

Na seção subsequente serão apresentados os episódios mais significativos derivados do subtexto narrativo global da participante. É importante sublinhar que todos eles foram selecionados a partir de o indicador conceitual caracterizado por *ambivalência*.

7.1.1 Episódios – Caso Maria

Como fora exposto anteriormente, essa seção se destina à apresentação dos episódios selecionados mediante cuidadosa leitura da entrevista de Maria. A partir da utilização de um indicador configurado pelo conceito de *ambivalência* (Abbey e Valsiner, 2004), foram escolhidas passagens narrativas características de diferentes processos de emergência semiótica, os quais serão apresentados ao longo do texto aqui disposto.

Cabe-se sublinhar que para além da utilização do indicador conceitual supracitado, os episódios analisados circunscreveram eventos narrativos relatados incisivamente pela participante, sugerindo a relevância atribuída a cada um deles. Ademais, os sucessivos encontros realizados entre pesquisadora e participante funcionaram, também, como ratificadores das escolhas realizadas e aqui apresentadas. Desse modo, os episódios selecionados para análise e a devida justificativa para sua escolha estão dispostos no quadro abaixo:

EPISÓDIO	Justificativa para a escolha
1) Da primeira intercorrência ao nascimento prematuro	Esse episódio foi escolhido por representar o primeiro contato de Maria com a possibilidade de tornar-se mãe de um bebê prematuro. Afora isso, carrega uma complexidade importante do ponto de vista das elaborações teóricas e empíricas aqui pretendidas, caracterizando-se como evento narrativo perpassado por diferentes níveis de <i>ambivalência</i> .
2) O parto	Caracteriza-se como principal evento disruptivo narrado pela participante. Ademais, configura-se como marco central do desenvolvimento de todo conteúdo narrado, bem como dos novos significados de maternidade construídos ao longo da experiência.
3) Deixando o hospital de braços	Caracterizou-se, para a participante, como

vazios	uma ruptura bastante severa, promotora de estados emocionais negativos. Ela referiu-se a esse acontecimento como uma espécie de reedição constante da perda iminente. Por tal motivo, foi destacado como evento significativo diante da experiência investigada.
4) Brincando de boneca e assumindo integralmente o papel de mãe	Esse episódio diz respeito à transição de um método de cuidado para outro. Aqui ficam claras nuances empregadas no relacionamento da participante com o contexto de cuidado competido pela UTIN, bem como pelo MMC.
5) Mamando no seio materno	Este episódio diz respeito à concretização do sentimento de maternidade, a partir do momento em que a filha da participante adquire o reflexo de sucção. Episódio a partir do qual são construídos diversos significados positivos para a experiência vivenciada, restaurando a integridade do <i>self</i> da participante, bem como da estabilidade no curso de vida.

Tabela 1

Relação dos episódios do Caso Maria e respectiva justificativa para escolha

Destarte apresentação inicial referida acima, os episódios serão apresentados de maneira mais aprofundada nas subseções a seguir. É importante sublinhar que a ordem dos trechos narrativos destacados foi, em algumas circunstâncias, reorganizada pela pesquisadora de forma a obedecer ao aspecto cronológico em que os acontecimentos se sucederam.

a) Episódio 1 – Da primeira intercorrência ao nascimento prematuro

O primeiro episódio escolhido a partir da narrativa de Maria diz respeito à ocasião em que o parto prematuro se anunciou. Foi escolhido por representar uma passagem na qual a participante vivenciou altos níveis de tensão, ambivalência e

incerteza diante de uma situação recorrente e bastante conhecida e, também, por configurar um espaço simbólico (e concreto) de transição entre a gestação e o nascimento.

Como dito anteriormente, diante de um contexto já naturalizado, emergiram, na semiosfera¹⁰ circundante, novos signos que instauraram grande nível de ambivalência na experiência de Maria. Trata-se do costume desenvolvido por ela de fazer um bolo e convidar seus amigos para confraternizar e comemorar cada mês de sua gestação. A este respeito Maria disse:

“Todo mês eu fazia um bolo. Aí eu chamava os colegas e ia comer lá em casa, o bolinho dela. Todo dia 20 eu fazia um bolinho pra comemorar o mês dela”.

A partir dessa fala de Maria e da contextualização realizada ao longo de todo conteúdo narrado, fica claro que o signo “bolo” trazia consigo um espectro de significados e sentidos que confluíam para a ideia de “comemoração”. Funcionava, portanto, como símbolo do desenvolvimento sadio de sua gestação.

Como já havia um desejo prévio e um planejamento para a realização do sonho de ser mãe, ao fazer o bolo e convidar seus amigos, Maria significava aquela experiência de alegria através de um rito compartilhado com pessoas próximas e queridas. Sendo assim, a situação trazida à tona no referido trecho narrativo, deixa claro que não havia qualquer experimentação de tensão no ato de preparar o bolo, convidar os amigos e comemorar mais um mês de gestação. Havia uma linearidade sustentada por experiências prévias e, também, pela noção generalizada da duração de uma gestação normal: nove meses. Além disso, Maria sustentava a crença de que sua filha nasceria no dia 25 de dezembro, já que fora a data em que ela conheceu o marido e, por tal motivo, se tratava de um dia significativo. Ademais, o signo *bolo* parece cumprir a função de materialização de um signo promotor generalizado: se trata de uma expressão complexa

¹⁰ Caracterizada pelo espaço cultural composto por dispositivos semióticos (signos).

e, portanto, pleromatizada da experiência afetiva pessoal hipergeneralizada. Sendo assim, o objeto concreto (o bolo em si) simbolizado através do referido signo (e do ato de cozinhar), desenha uma trajetória fronteira e interligadora de passado e futuro, condensando sentimentos relacionados à comemoração de uma concepção concretizada e um nascimento alocado no *porvir*, bem como planos e expectativas relacionadas ao bebê e à transição para a maternidade sendo, para além disso, compartilhado com outros sociais significativos para a participante. Maria relatou:

“Eu fazia o pré-natal e ela podia nascer até o dia 26 de dezembro. E eu dizia assim, ‘ela vai nascer dia 25’. Porque eu conheci o pai dela no dia 25 de dezembro e eu dizia que ela ia nascer no dia 25 de dezembro (risos)”.

A partir do que fora dito anteriormente, fica posto que Maria sustentava sua crença de que o nascimento ocorreria no dia 25 de dezembro, amparada pela evocação mnemônica de eventos afetivamente positivos e marcantes – tais como o dia em que conheceu seu marido, bem como pelo prognóstico médico e pela internalização de pressupostos biológicos, naturais e naturalizados, como a duração de uma gestação. A data *25 de março* funcionava como um signo complexo, amparado por uma diversidade de propriedades, que justificavam a projeção imaginativa de Maria a respeito do nascimento de sua filha: seria um nascimento saudável, regular, aos nove meses de gestação, ocorrido na mesma data em que conhecera seu marido.

No entanto, no dia anterior à comemoração de sete meses de gestação (30 semanas) Maria cozinhou um bolo, como de costume. Deixou-o em cima da mesa e foi dormir, esperando confraternizar com os amigos e marido no dia seguinte. Mas, durante a madrugada, sentiu-se mal. Sobre este momento, Maria disse:

“Começou com uma cólica, 1h10 da manhã, na terça-feira, quando completava trinta semanas, aí eu senti uma cólica, como quem tava menstruando”.

A partir deste instante, o contexto se modificou. Emergiu na semiosfera imediata um novo signo, *cólica*, este, por sua vez, funcionou como um alerta para que Maria investigasse melhor o que estava acontecendo. Nesse momento, a *cólica* funcionou como um signo indexical, sugerindo a existência de um elemento diferente e inesperado (circunscrito no espaço do próprio corpo e relacionado às sensações e capacidades perceptivas da participante), para o qual a atenção de Maria devia se dirigir. Não era natural, portanto, que naquela altura da gravidez ela sentisse cólica, tampouco que houvesse qualquer sangramento presente. Para certificar-se do que estava acontecendo, Maria se engajou numa série de ações com o intuito de lidar com um evento inesperado, localizado no próprio corpo:

“Aí levantei, fui no banheiro. Cheguei no banheiro tava lá um sangramento. Aí eu chamei meu marido, aí ele ligou lá pra casa da mãe, pra poder ela vir me buscar. Aí cheguei no hospital, eu tava com 1cm de dilatação”.

A partir do conteúdo narrado, podemos perceber o surgimento de novos signos pouco explicativos da experiência vivenciada: uma mulher, aos sete meses de gestação, é surpreendida por uma cólica intensa e um sangramento. Sendo assim, a relativa linearidade vivenciada pela participante ao longo dos sete meses de gestação, amparada pelo signo *gravidez* e pela comemoração dos ciclos mensais, subsidiada e representada pelo signo *bolo*, fora quebrada com a sucessão de fenômenos biológicos percebidos pela participante e referidos a partir de dois novos signos: *cólica* e *sangramento*. É importante sublinhar, no entanto, que tal qual o signo *cólica*, emergente no campo sógnico imediato como uma sensação anormal e digna de alarme, o signo *sangue* configurou-se, também, como signo tipo índex. Do próprio corpo de Maria, emergiu um signo incontestável, apreensível através da sensação fisiológica de sangrar, pela capacidade de enxergá-lo e admitir sua existência através de inúmeros canais perceptivos. Ambos, *cólica* e *sangue*, funcionaram como signos promotores de

possibilidades imaginativas alocadas no futuro, de maneira antecipatória, para as quais a atenção de Maria se dirigiu de maneira errática e ambivalente.

O referido episódio, portanto, pode ser alocado na categoria **Moderadamente Ambivalente I (B1)**, já que Maria, ao vivenciar níveis de tensão, iniciou uma busca irregular por signos que dessem sentido à sua experiência. Inicialmente o signo *cólica* não foi suficientemente explicativo do evento experienciado. Configurou-se uma novidade emergente no contexto imediato, que a colocou em dúvida quanto à segurança de sua gravidez. Todavia, esse signo, em si, embora tenha sido promotor da busca por novas referências semióticas no que dizia respeito à gestação, não concedeu a Maria a possibilidade de explicar a situação vivenciada e o conseqüente retorno à condição de não-ambivalência.

Sendo assim, Maria se dirigiu até o banheiro em busca de explicações complementares, que a ajudassem a compreender o que estava acontecendo. Ao chegar ao destino pretendido, um novo signo se apresentou *sangramento (sangue)*. A partir de então, a associação entre novos elementos semióticos, *cólica* e *sangramento*, trouxeram à tona uma possível explicação à situação vivenciada “*posso estar perdendo meu bebê*”¹¹.

Nesse momento, Maria entrou na condição de emergência semiótica errática de signos médios, representada pela categoria **Moderadamente Ambivalente II (B2)**, na qual o sujeito encontra um signo de força média que funciona como explicação satisfatória a um fato, acontecimento ou objeto, num determinado momento da trajetória do indivíduo. Dito de outro modo, o signo *sangue*, naquele momento da trajetória de Maria, serviu como justificativa para que ela compreendesse o risco que sua filha corria e buscasse ajuda médica. Possivelmente essa *certeza momentânea* estava amparada na

¹¹ Algumas sentenças colocadas entre aspas em texto corrido funcionam como uma paráfrase livre do conteúdo narrado pelas participantes.

ideia de que, durante a gestação, não é natural que uma mulher sangre, sendo o próprio sangue sintoma alarmante no que diz respeito à continuidade da gravidez.

Embora essa progressão de novos signos tenha funcionado para a formulação de uma explicação imaginativa e lógica para aquele momento específico – *se estou sangrando, logo minha filha corre riscos*, não houve diminuição significativa dos níveis de incerteza. Maria permaneceu apreensiva, ignorando o que viria, de fato, a acontecer horas depois.

É possível pensar, a partir do que fora dito, que os níveis de ambivalência e incerteza de Maria não estavam associados apenas aos signos referidos. A *cólica* e o *sangue* eram indicativos de uma incerteza, alocada no presente e corroborada por inúmeras possibilidades imaginativas, regulatórias da conduta de Maria na ocasião da intercorrência. Para além do alarme disparado a partir dos eventos vivenciados, houve a ascensão de tais signos à condição de símbolos. Eram, *cólica e sangue*, símbolos encerrados na possibilidade de perda iminente e, considerando-se o desfecho da situação, da prematuridade concretizada do nascimento de Luiza.

Após a constatação da presença do sangramento e do risco iminente para o feto, Maria procurou o hospital de sua cidade:

“Aí cheguei no hospital. Eu tava com 1cm de dilatação, aí eu fui ligar... Quer dizer, eu ligar não. Minha irmã ligou mais meu marido, pro obstetra que fazia o acompanhamento, e eu não tive retorno dele até hoje (risos)”.

Chegando ao hospital, Maria obteve confirmação de sua suspeita: sua filha corria risco. Afinal, em apenas trinta semanas de gestação, ela havia entrado em trabalho de parto, já apresentando 1cm de dilatação. Sendo assim, o contexto circunscrito pelo hospital e pela equipe médica forneceu a Maria mais um signo *1cm de dilatação* que, juntamente com os signos *cólica* e *sangue*, confirmaram a projeção, outrora imaginativa, de Maria acerca do risco que sua filha corria. Sendo assim, emergiu

no campo semiótico um desdobramento narrativo bastante adequado para significar aquela experiência: “*se eu sangrei e estou com 1cm de dilatação, minha filha corre o risco de nascer prematuramente*”. Aqui se cabe pensar que, ao invés de encerrar a possibilidade de futuro no nascimento prematuro, Maria tenha se sentido apreensiva quanto à sobrevivência da filha: se ela sentiu cólica, sangrou e entrou prematuramente em trabalho de parto, era possível que o desfecho da intercorrência estivesse atado à ideia de perda.

Embora o campo sígnico imediato tenha fornecido dispositivos de mediação semiótica reguladores da conduta de Maria, diante do nascimento iminente de sua filha, a explicação criada momentaneamente não foi suficiente para colocá-la de volta a níveis irrelevantes de incerteza. A natureza do acontecimento em questão figurou como elemento estressor e promotor de uma condição de ambivalência crescente, já que embora fosse possível saber a respeito da intercorrência através de todos os signos emergentes, seus desdobramentos eram, efetivamente, desconhecidos. Cabia à participante se movimentar em busca de significados que dessem conta do fato vivenciado.

Outro aspecto de extrema relevância na narrativa de Maria foi a supressão de um outro significativo bastante presente ao longo de sua gestação: o obstetra. A figura constante do médico, referência durante todo o período gestacional, foi suprimida do contexto imediato no qual Maria se encontrava, já que ao requisitá-lo, não houve resposta afirmativa. A este respeito, Maria disse:

“Ele nem sabe que eu ganhei bebê. Ele nem sabe que eu ganhei bebê. Aí eu tive que vir pra aqui, pra Salvador, às pressas [...]Eu tava com muito sangramento. Tava com hemorragia já. E ela estava em cima do meu estômago. A placenta tinha deslocado”

A equipe médica que atendeu Maria em sua cidade de origem havia decidido transferi-la para uma maternidade de referência, o que foi potencializado pela

dificuldade de estabelecer contato com o médico que a acompanhou durante o pré-natal. Sendo assim, Maria foi lançada à nova empreitada, destituída de recursos simbólicos que a amparassem na versão anterior, contada a si mesma sobre sua gravidez, e as novidades emergentes no contexto imediato. No momento referente ao trecho narrado em destaque, a participante estava em trabalho de parto, aos sete meses de gestação, com intenso sangramento, sem a companhia de seu marido e sem o acompanhamento de seu médico de referência. No entanto, ela possuía outros recursos semióticos que, mesmo diante da incerteza vivenciada, suplantaram uma narrativa temporária, imbuída de significados, que funcionaram como elo entre o passado e o futuro que se apresentaria.

Além da ausência de seu médico, Maria ainda estava sofrendo com uma série de intercorrências físicas que funcionavam de prenúncio para o que viria a seguir:

“Eu tava com muito sangramento. Tava com hemorragia já. E ela estava em cima do meu estômago. A placenta tinha deslocado. Foi uma gravidez de alto risco (...).”

Ao chegar à maternidade, Maria passou pelo serviço de triagem e prontamente foi encaminhada para a sala de parto. Foi realizada uma cesariana, e Luiza nasceu em condições de saúde bastante precárias.

“Eu cheguei aqui 6h10 da manhã, aí passou pela triagem... Demorou só um tempinho a triagem. Aí eu passei pelo consultório lá, a médica foi super gentil, me tratou super bem, foi rápido também... Eu sei que 10h19, eu tinha ganhado já, ela. Eu tava com medo”.

Maria pôde confirmar que, de fato, o primeiro signo *sangue*, símbolo de que algo não estava adequado no que diz respeito a uma gestação saudável, serviu como uma espécie de gatilho para uma experiência de apreensão e medo. Primeiro um sangramento, seguido de uma hemorragia, perpassando pelo medo que ela sentia de que algo estivesse errado com sua filha, a confirmação dos médicos de que ela tinha 1cm de dilatação, a necessidade de deslocar-se para uma maternidade maior e mais bem

preparada e, por conseguinte, o nascimento prematuro de sua filha, funcionaram como um caminho lógico, satisfatoriamente explicativo, para o que fora experimentado. Mas, ao mesmo tempo, fizeram parte de uma situação estressora e promotora de sentimentos negativos tais como o medo que ela relata ter sentido após o nascimento de seu bebê.

É importante referir que a situação vivenciada por Maria e circunscrita nesse episódio, se configurou como uma sequência de eventos complexos. Por tal motivo, uma profusão de signos e significados foi percebida: a proliferação de signos e significados atribuídos à experiência, por Maria, parece ter servido de sustentáculo à instabilidade da própria configuração de eventos. Dito de outro modo, houve a emergência compulsória de uma série de signos, em microjanelas temporais alocadas no presente e, prospectivamente, alocadas num futuro antecipado, que funcionaram como alicerce desenvolvimental para Maria. Através de uma construção errática e de bases pouco firmes, Maria foi capaz de ultrapassar o evento crítico e dirigir-se semioticamente para significados positivos referentes à experiência vivenciada.

Nesse episódio ficou claro que a partir do surgimento de um novo signo na semiosfera circundante, a participante deu início à tentativa de dar um significado substancial ao que estava sendo vivido por ela. No entanto, inicialmente, configurou-se uma busca errática por signos de baixa rigidez e, por conseguinte, insuficientes para subsidiar significativamente o referido acontecimento, mas, ao mesmo tempo, promotores de uma maior abertura dialógica para que novas versões imaginativas emergissem e pudessem dar conta do fato experienciado.

Sublinha-se que, no trecho narrativo destacado aqui, circunscrito entre a descoberta do sangramento e o parto, houve uma sequência de condições de emergência semiótica, configuradas da seguinte maneira: a e b) Moderadamente Ambivalente II (B2) – a partir da emergência dos signos médios *cólica* e *sangue*, Maria construiu uma

explicação satisfatória para o evento experienciado: “*se senti cólica e estou sangrando, logo posso estar perdendo meu bebê*”; c) Bifurcação de Trajetórias II (C2) – quando o outros significativos representados pela equipe médica confirmam o trabalho de parto através do signo *1cm de dilatação* e da prescrição da transferência para uma maternidade de referência, em outra cidade, construindo, sequencialmente, um significado bem fundamentado para sua experiência:

“senti cólica, estou sangrando, tenho 1cm de dilatação, os médicos me transferiram para a capital: estou em trabalho de parto e há algo de errado com a minha gravidez”.

Embora esse episódio tenha contemplado trechos narrativos que trazem à tona eventos relacionados ao parto prematuro, em si, o referido acontecimento será retomado com maior aprofundamento no episódio a seguir.

b) Episódio 2 – O Parto

Este episódio foi selecionado por se tratar de um evento crucial, determinante para que todo o conteúdo narrado pudesse ser desenvolvido. Trata-se do demarcador central do presente estudo, a partir do qual toda narrativa se organiza. Afora isso, foi relatado de maneira bastante incisiva e significativa pela participante.

Após ser transferida para a maternidade de referência e passar pelo serviço de triagem, como descrito no episódio anterior, Maria entrou na sala de parto para realizar uma cesariana. Seu marido, de acordo com a participante, ficou na cidade de residência do casal para resolver o que fosse necessário diante do evento inesperado que se apresentou. Sobre esse momento, Maria contou:

“(...) quando ganhei ela, eu entrei na sala de parto sozinha. Porque meu marido não veio comigo, porque tava trabalhando. Não foi nem por causa do trabalho que minha sogra veio comigo. E aí ele acabou ficando pra resolver certas coisas se precisasse e

minha sogra veio aqui comigo. Só que na hora de entrar na sala de parto, ela também não teve coragem de entrar”.

Maria deixou claro o quanto estava apreensiva na ocasião do parto. Ela havia passado por uma série de situações que deflagraram uma intercorrência severa promotora de um parto antecipado. Ademais, não tinha a companhia de seu marido, tampouco a referência médica de seu obstetra. Sendo assim, fica posto que Maria ultrapassou uma série significativa de instabilidades, a partir das quais foi perdendo referências acerca dos desdobramentos que ocorreriam até que o parto se concretizasse.

É possível perceber, ainda, que no relato de Maria estão presentes falas da equipe médica trazendo à tona novas informações (signos) a respeito de sua gravidez. Ao se referir às conversas desenvolvidas pelos médicos *eu ouvia os médicos falando que era de risco e eles falaram pra minha sogra que iam fazer tudo pra salvar eu e ela*, e, posteriormente, ratificar o medo que sentia ao entrar na sala de parto sozinha, Maria refere o quanto estava incerta acerca do desfecho daquela situação. Sendo assim, é possível inferir que a participante estava vivenciando um alto grau de tensão, elevando seus níveis de incerteza diante do nascimento da filha. Aqui, parece haver uma ligação entre o signo *medo* e a condição do *não saber sobre o desfecho do parto*. Ademais, o signo *medo*, então relatado, assumiu grande complexidade na narrativa da participante, configurando-se como signo pleromatizado.

Maria faz uso de explicações cedidas por outros significativos, tais como “*meu marido precisou ficar para resolver coisas*”, para reduzir seus níveis de tensão, caracterizando a categoria **Moderadamente Ambivalente – B2**, já que a explicação cedida pelo marido funcionou como explicação satisfatória ao menos para aquele momento da trajetória da participante.

Outro ponto perpassado por níveis de ambivalência, no trecho narrativo apresentado acima, é caracterizado pela dificuldade da sogra de Maria em entrar na sala

de parto. Maria tinha como acompanhante a mãe de seu marido e imaginou que seria acompanhada, também, na sala de parto. Sobre isso, Maria disse:

“Eu entrei sozinha (risos). Morrendo de medo! Era a primeira vez, eu não sabia o que ia acontecer, eu ouvia os médicos conversando que era de risco... E aí elas falaram pra minha sogra que iam fazer de tudo pra salvar eu e ela. E aí minha sogra com medo de entrar na sala de parto e eu com medo de entrar sozinha (risos)[...]A gente sempre espera que tenha alguém que acompanhe a gente, que a gente conhece, que a gente confie. Mas eu tava sozinha lá dentro. Ela ficou lá fora esperando. Mas ela não me abandonou não. Não saiu não. Ficou o tempo todo esperando, só que eu só vi ela de tarde, porque eu tinha ficado na UTI. Só vi ela a tarde. E a bebê eu só vi no dia seguinte”.

Ao relatar que esperava ser acompanhada durante o parto e, posteriormente, confirmar que a sogra não entraria com ela na sala de parto, os níveis de tensão se elevaram concomitantemente ao sentimento de medo fortemente relatado pela participante. É importante destacar que ao dizer que *a gente sempre espera que tenha alguém que acompanhe a gente, que a gente conhece, que a gente confie. Mas eu tava sozinha lá*, Maria significa a experiência de desamparo vivenciada. Além disso, é possível discutir que a imagem de *“parturiente acompanhada na sala de parto”* faz parte de um sistema de crenças, cultivado muito antes da intercorrência vivenciada e do consequente nascimento prematuro.

Pelo exposto acima, esse episódio pode ser alocado na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**. Tal categorização se justifica por se tratar de uma sequência de rearranjos semióticos que permitiram a Maria reduzir o nível de tensão vivenciado e ultrapassar o evento disruptivo em questão. No entanto, o nível de tensão experimentado foi se alargando num continuum existente entre a primeira ausência – a do marido, a ausência do médico e a ausência subsequente da sogra na sala de parto. Todavia, se tratava de uma situação impossível de ser evitada e, por tal motivo, era de suma importância que Maria lançasse mão de signos rígidos, tais como a fé em Deus ou

a fala dos médicos, para reduzir os níveis de tensão experimentados e dar prosseguimento à situação experienciada.

Ao receber a notícia que seria encaminhada para a sala de parto, Maria se amparou na certeza de que sua sogra a acompanharia. Certeza esta, suplantada em crenças anteriores ao acontecimento em questão e, possivelmente, fortemente retroalimentadas ao longo de sua trajetória gestacional (talvez até imaginativa, projetiva, no período que antecedeu a concepção). No entanto, quando sua sogra se amedronta diante da gravidez, agora considerada de risco, a certeza de Maria é posta em questão. Eleva-se, então, o nível de ambivalência vivenciado pela participante. Posteriormente, é possível inferir que Maria aderiu à fala da sogra também a partir da identificação de uma intersecção de experiências afetivas, ambas significadas através do signo *medo*. A palavra *medo*, portanto, se configurou como um *signo âncora*, cuja funcionalidade era significar a experiência em questão, admitindo toda complexidade que um signo pleromatizado carrega. Ademais, os signos representados pelas falas da equipe médica, tais como *gravidez de risco*, *vou fazer tudo para salvar a vida delas duas*, acabaram por subsidiar de maneira lógica e coerente, a conduta da sogra, aceita por Maria para que, então, ela pudesse enfrentar o nascimento de Luiza considerando justificável o medo da sogra e o dela própria.

No que diz respeito ao sentimento de desamparo, Maria se referiu à sogra como alguém que *não a abandonou*, que “*ficou todo o tempo assistindo fora da sala de parto*”. Através desses recursos semióticos, Maria foi capaz de reduzir os níveis de tensão vivenciados e lidar com as intercorrências que se apresentaram.

Dissecando-se os trechos narrativos destacados anteriormente e atentando-se para as condições de emergência semiótica caracterizadas pelas categorias utilizadas no presente estudo fica posto que Maria, ao aderir à explicação da sogra de que ela própria

ficara com medo de adentrar no centro cirúrgico, retorna à condição *nula de emergência semiótica* somente após a experimentação de altos níveis de tensão. Este processo de emergência semiótica pode ser categorizado pela **Bifurcação de Trajetórias I – C1**, já que ao perceber que entraria na sala de parto sem a companhia da sogra, Maria resolveu aderir à explicação fornecida, intensificando seu posicionamento diante da incerteza, recusando-se a dar um significado para o fato em questão, retornando à condição nula de emergência semiótica.

Todavia, no que diz respeito à incerteza diante do desfecho do nascimento que se anunciava, ao experimentar níveis elevados de tensão, Maria aderiu à fala de outros significativos, tais como a equipe médica, utilizando signos tais como *vamos fazer de tudo para salvar as duas* e a permanência da sogra atrás do vidro da sala de parto, para construir dois significados importantes para o evento vivenciado: *minha sogra não me abandonou, eu não estou sozinha e os médicos me tranquilizaram ao dizerem que fariam de tudo para nos salvar*. Sendo assim, embora o signo *medo* tenha tido papel preponderante durante a experiência do nascimento prematuro, o campo sógnico imediato, e toda sua complexidade, foi capaz de circunscrever a experiência da participante de maneira a subsidiar sua superação. Portanto, podemos categorizar tal evento narrativo em **Bifurcação de Trajetórias II - C2**, já que Maria, ao aderir à fala dos médicos e à ideia de não abandono como signos rígidos e satisfatoriamente explicativos do fato experienciado, monologizou o sistema semiótico, garantindo, no entanto, a possibilidade de ultrapassar o momento crítico.

c) Episódio 3 – Deixando o hospital de braços vazios

Este episódio contempla toda narrativa da participante em torno de seus encontros com a filha, no período em que o bebê permaneceu internado na Unidade de

Terapia Intensiva Neonatal, bem como do encontro interditado logo após o nascimento. Estão alocadas, aqui, diversas passagens nas quais Maria narra tanto suas constantes visitas às instalações UTIN, como o relacionamento com a equipe de saúde, até o desfecho temporário, porém relatado como período dramático, de ter que deixar o hospital sem sua filha nos braços.

É importante destacar que o episódio em questão foi trazido à tona pela participante, recorrentemente, ao longo do conteúdo narrado. Ademais, foi possível observar elementos disponíveis na literatura científica a respeito do fenômeno da prematuridade, os quais lançaram luz sobre a importância de se discutir, progressivamente, sobre métodos de cuidado, relação mãe-bebê no ambiente hospitalar e a relação da genitora com a equipe de saúde multidisciplinar.

O recorte aqui evidenciado tem início logo após o nascimento de Luiza. Diante da gravidade da situação presenciada na sala de parto, onde foi deflagrado o deslocamento de placenta e a condição de hipóxia neonatal, Maria foi, imediatamente, encaminhada para a UTI sem, contudo, ter podido segurar a filha nos braços após seu nascimento. Assim, antes de deixar a sala de parto, Maria viu-se diante de grande incerteza. Referindo-se ao parto, ela disse:

“Foi difícil, complicado, mas deu tudo certo. Porque poderia ter um resultado pior, né? Mas a pior parte pra mim foi quando eu ganhei ela, que eu não vi ela, vim ver depois no dia seguinte, que eu só saí da UTI, que o médico me liberou, no dia seguinte. No dia que eu desci pra ver ela”.

Nesse momento, Maria se percebeu diante de mais uma situação inesperada. O momento imediato após o nascimento, que é culturalmente coroado com a intersecção da díade mãe-bebê, através da posição- canguru, foi permeado por um espaço vazio: não houve a possibilidade de carregar sua Luiza no colo. Nesse momento, após ter vivenciado uma série de intercorrências promotoras do nascimento prematuro de seu

bebê, Maria não sabia o que pensar a respeito do estado de saúde de Luiza. Foi quando o médico adentrou, novamente, no centro cirúrgico para prestar esclarecimentos. Sobre isto, Maria relatou:

“Eu não adormeci, mas quando terminou, ele me chamou e disse assim ‘Maria?’, eu disse ‘oi’, ele nem me chamou de mãe, que chama sempre de mãe, né?! Aí ele falou assim ‘você tem religião?’, eu disse assim ‘tenho’. Aí ele falou assim ‘qual a sua religião?’, aí eu ‘Católica’. Aí ele disse assim ‘quando sair daqui, pegue sua filha e vão na Igreja agradecer a Deus, porque vocês duas estão salvas pela vontade de Deus, porque seu parto foi de alto risco’.

Os níveis de incerteza vivenciados por Maria quanto ao estado de saúde de Luiza foram, momentaneamente, elevados pelas falas iniciais do médico. Ao perceber o subtexto clínico a partir de um signo faltante, bastante significativo para a participante, Maria sentiu-se incerta quanto a sobrevivência de Luiza. A ausência do signo *mãe* elevou os níveis de incerteza da participante acerca do desfecho do parto prematuro.

É importante destacar que, embora o signo *mãe* se configure como signo complexo, pleromatizado e imbuído de uma gama infindável de significados amplamente compartilhados culturalmente, a partir de eventos experienciados ao longo do curso de vida, indivíduos constroem sua *cultura pessoal*, sublinhando significados a partir da especificidade das próprias experiências afetivas. Sendo assim, ao se perceber diante da impossibilidade de ver a si própria atribuída sob o signo de *mãe* por um outro significativo, Maria se lançou semioticamente para o futuro num movimento oscilatório, que a colocava ora diante da possibilidade de morte, ora diante da possibilidade de vida. O signo *morte* simbolizando a não ascensão ao status de mãe e o signo *vida* simbolizando o extremo oposto. Ao percorrer os estágios gestacionais através de ritos comemorativos e simbólicos, Maria construiu um mundo pessoal (ou parte de sua cultura pessoal) balizado em crenças acumuladas ao longo da história de vida e

retroalimentado pelos sucessivos ganhos do feto durante o período gestacional que antecedeu a trigésima semana.

No entanto, ao prosseguir sua fala, o obstetra deu à participante, novos elementos semióticos, que funcionaram como signos rígidos promotores de um significado temporário para aquela experiência: “*foi difícil, mas deu tudo certo*” e “*ela não veio pro meu braço porque é prematura*”.

A ausência do signo *mãe* elevou os níveis de incerteza de Maria diante do estado de saúde de sua filha. No entanto, a semiosfera circundante, através da fala de outro significativo, o médico obstetra, forneceu a Maria dois signos rígidos: “*você e sua filha estão salvas*” e “*estão salvas pela vontade de Deus*”. A partir de tais alicerces semióticos, Maria foi capaz de superar os níveis de ambivalência vivenciados, sendo transferida para a UTI sem, contudo, ter visto a filha. Esse trecho narrativo pode ser alocado na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**, já que houve a necessidade de aderir a um signo rígido fornecido pelo contexto semiótico imediato, para significar o acontecimento recentemente vivenciado. Mesmo que Maria, nessa ocasião, estivesse suprimindo possibilidades imaginativas coerentes para o desenvolvimento da experiência em questão, tais como o quadro clínico da filha, a existência de sequelas, a necessidade de permanecer intubada, foi através da adesão à fala do médico e da monologização do processo de construção de significados, que a participante pôde ultrapassar o período crítico aqui evidenciado.

É importante referir que a contraposição entre o signo *salvas pela vontade de Deus* e o signo *parto de alto risco*, pode ter interferido na maneira como ocorreu o processo de mediação semiótica. Se por um lado mãe e filha estavam *salvas pela vontade de Deus*, havia, por outro, a concretização de um nascimento de *alto risco*. Do mesmo modo que tais signos podem funcionar como orientadores semióticos para

direções antagônicas (*salvas* em direção à vida e *alto risco* em direção à possibilidade de morte), podem, contudo, reforçar semioticamente as projeções imaginativas antecipadas por Maria, no presente, sobre o estado de saúde de Luiza: “*se a gravidez foi de alto risco e estamos salvas pela vontade de Deus, estamos muito bem*”, retirando-se de questão qualquer antecipação de futuro que admita a possibilidade de perda iminente.

No dia seguinte ao parto, Maria recebeu a notícia de que poderia deixar a UTI para visitar Luiza. No entanto, a participante relatou ter tido dificuldades para aderir à consigna da equipe de saúde por temer defrontar-se com o estado real de saúde de sua filha. Somente a partir do pedido do marido e do seu conseqüente deslocamento à maternidade para visitar o bebê, é que Maria resolveu descer às instalações da UTIN. A este respeito, a participante relatou:

“Eu nem ia descer, na quarta-feira. Só desci porque meu marido veio pra poder ver a bebê. Mas eu não queria nem descer, pra poder não ver ela daquele jeito. Eu não sabia como ela ia tá. Eu não sabia que ia tá daquele jeito. Eu não pensava que ia ver ela naquela situação. Eu pensei que ia tá menos grave do que tava”.

A partir do trecho narrativo destacado acima, é possível perceber que o significado temporário construído para dar seguimento à estabilidade necessária diante da experiência disruptiva, era insuficiente para explicar toda a complexidade da situação. O signo rígido fornecido pelo obstetra ainda na sala de parto, *vocês duas foram salvas pela vontade de Deus*, funcionou como signo promotor para uma gama de construções semióticas futuras a respeito do estado de saúde do bebê, dentre as quais não estavam admitidas possibilidades negativas sobre seu quadro clínico. A necessidade dos sistemas psicológicos humanos de voltarem ao estado de homeostase, reduzindo os níveis de incerteza vivenciado nas bifurcações semióticas ao longo do curso de vida, pode ter operado aqui como elemento crucial para a monologização do processo de emergência semiótica. No entanto, ao visitar a filha na UTIN, novos signos emergiram

no campo signíco imediato, obrigando Maria a ressignificar o evento vivenciado. Sobre o primeiro encontro com Luiza, a participante disse:

“Ela tava muito debilitada. Eu pensei que ela tava melhorzinha do que eu imaginava. Mas eu cheguei lá, tava pior. Ela tava toda com aparelho nas mãozinhas, nos pezinhos, no coração, na boca, no nariz, na cabeça... Foi como o médico disse mesmo, que foi uma vitória ter sobrevivido”.

A partir do trecho referido acima, é possível perceber que embora Maria tenha aderido à fala do médico para ultrapassar o momento crítico de incerteza, havia sim a internalização de desfechos negativos orientados para o futuro. Ao relatar *“pensei que ela estava melhorzinha do que eu imaginava”*, Maria traz à tona a ambivalência ainda vivenciada a respeito do estado de saúde de Luiza. Havia, portanto, dois caminhos semióticos configurados numa bifurcação: de um lado Maria queria acreditar que o quadro da filha era favorável; do outro, no entanto, havia uma série de elementos contextuais que deflagravam a gravidade da situação. Aqui, novamente, fica evidenciado o movimento oscilatório, localizado num continuum cujos extremos são circunscritos pelos signos *vida* e *morte*. Todo o contexto experiencial da participante, portanto, acaba por existir num espaço simbólico representado pela *não-morte* e *não-vida*.

Maria, em vista disto, estava diante de um campo signíco complexo, permeado por diversos objetos que, para além de sua concretude, simbolizavam o estado de saúde debilitado de sua filha. Os aparelhos, os tubos, a incubadora, todos esses signos eram símbolos claros da prematuridade de Luiza e se configuravam como signos rígidos circunscritos pela semiosfera imediata.

No seu primeiro encontro com Luiza, Maria foi surpreendida por uma série de novos signos que a colocaram de novo em condição de incerteza. O estado de saúde de sua filha antecipado semioticamente no período em que permaneceu, ela própria, na UTI, era incoerente com a realidade que se apresentou. Através da emergência de novos

signos tais como *incubadora, aparelhos médicos, tubos*, Maria construiu um novo significado “minha filha está muito debilitada”. Esse processo de emergência semiótica pode ser categorizado como **Bifurcação de Trajetórias II – C2**, já que signos rígidos se apresentaram no campo sógnico imediato, fornecendo à participante uma explicação taxativa e coerente para o estado de saúde de Luiza. O significado construído anteriormente, de que sua filha estaria em melhores condições clínicas, deu lugar à constatação do estado debilitado no qual o bebê se encontrava. Dito de outro modo, a condição clínica de Luiza e todo o aparato clínico utilizado para tratá-la eram signos fortemente representativos da realidade vivenciada. Ainda sobre o primeiro momento com Luiza, Maria disse:

“Eu descí lá pra UTIN, aí ela tava lá dentro da incubadora, toda entubada, toda entubada, com aparelhinho do nariz, monitor de coração, pressão. Quase sem vida nenhuma, né?! Pelo jeito... Aí foi difícil, porque você nunca espera ver um filho naquela situação, né?! A gente espera com tanto carinho, com tanto plano, prepara tanta coisa, pra quando chegar no dia, não é nada daquilo que você esperava. Aí foi difícil”.

É possível inferir, por conseguinte, que o primeiro encontro de Maria com Luiza foi marcado por uma série de constatações difíceis. O bebê gestado muito antes da concepção não era coerente com o bebê real. Os planos de Maria diante da maternidade foram, nesse momento, frustrados, e ela precisou prosseguir por um caminho diferente do que fora escolhido e idealizado ao longo de sua história de vida. Um aspecto importante do trecho destacado acima é a emergência de um novo significado para a experiência de ver a filha na incubadora. Para Maria, Luiza estava *quase sem vida nenhuma*. Diante de todo aparato tecnológico da UTIN e da aparência da filha (completamente dissociada da aparência do bebê idealizado), a participante percebe o bebê como destituído de vida. Simbolicamente, o recém-nascido pré-termo e todos os aparelhos clínicos necessários para mantê-lo vivo, parecem ter sido, para a interpretante, signos de morte.

Outro aspecto importante, a ser destacado a partir do que fora referenciado no trecho acima, é a explicitação da frustração vivenciada com o nascimento prematuro. Ao encontrar, pela primeira vez, com a filha, Maria pôde vislumbrar o distanciamento entre aquilo que fora idealizado e aguardado por ela e a realidade que se apresentava. Sobre os sentimentos envolvidos nessa ocasião, Maria declarou:

“Eu senti uma sensação de...como é que fala? De fraqueza. Porque eu não senti que eu fui forte o suficiente pra levar ela até os nove meses”.

Apesar de todas as intercorrências biológicas referidas pela equipe médica, Maria construiu um significado para o nascimento prematuro a partir do qual carregava a atribuição de culpa pelo acontecido. Luiza tinha nascido prematuramente, então, porque Maria não foi “suficientemente forte para sustentar uma gravidez até os nove meses”. Posteriormente, ao vislumbrar a filha tão debilitada, com todos os monitores, tubos e aparelhos, Maria recorreu à intersecção entre afeto e significado, atribuindo ao signo *culpa* o subsídio do significado construído. O referido signo, por sua vez, constitui-se como signo complexo, pleromatizado, configurado como um enorme campo de fenômenos afetivos dificilmente comunicados através do subtexto narrado (Valsiner, 2012).

No mesmo dia do primeiro encontro entre Maria e Luiza, a participante recebeu alta da UTI e foi encaminhada à enfermaria. Chegando às novas instalações, Maria defrontou-se com uma realidade dolorosa. A este respeito, ela disse:

“No leito que eu fiquei, na enfermaria que eu fiquei, todas as mães tava com o bebê e o meu não tava. Aí, quando foi pra mim sair, aí, é, a gente cai em desespero”.

A participante precisou lidar com a ausência de sua filha, evidenciada de maneira mais incisiva pela presença de outros recém-nascidos no quarto em que ocupava. Se tomarmos o signo *presença* como orientação semiótica, nesse contexto específico, era a *PRESENÇA DO BEBÊ DO OUTRO* que deflagrava de maneira mais

evidente a condição oposta *A NÃO-PRESENÇA DO MEU BEBÊ*. Afora isso, através do que fora percebido na visita à UTIN, os signos mais preponderantes para o sistema intrapsicológico em questão funcionaram como facilitadores para que a participante construísse versões semióticas para aquilo que era, naquele momento, possível, porém não provável: *“minha filha está debilitada é possível que a culpa seja minha”*.

Com o passar dos dias, Maria obteve melhoras em seu quadro clínico e recebeu alta hospitalar. O que podia ter sido recebido como uma boa notícia em outro contexto clínico, revelou-se uma situação extremamente dramática para a participante. Embora houvesse a possibilidade de deixar o hospital e hospedar-se na casa de parentes residentes na cidade, Maria teria que deixar Luiza sob os cuidados da equipe multidisciplinar da UTIN. Sobre esse episódio, ela contou:

“Mas o pior dia, ainda, foi quando eu tive alta e tive que deixar ela. Sair de braços vazios daqui de dentro. É a pior coisa da vida. Tavam falando, eu acho que eu não tenho inimigo, mas se eu tivesse, eu não desejava nem pro meu pior inimigo uma situação dessa”.

[...]

Aí, quando foi pra mim sair, aí, é, a gente cai em desespero.

[...]

Eu chegava em casa e chorava, chorava, chorava... Porque eu deixava ela aqui sozinha. Sozinha entre aspas, né? Porque os médicos e enfermeiros era bom. Mas a gente queria tá por perto, né?”.

Ao receber alta e perceber que sairia do hospital sem seu bebê, o signo *“sair de braços vazios”* emergiu no campo semiótico imediato. Maria, após dar a luz à sua única filha, teria que deixá-la sob os cuidados de terceiros. *Sair de braços vazios* era, para a participante, significado como a *pior coisa da vida*, à qual ela não desejaria *nem para o pior inimigo*. Afora isso, o signo *desespero*, assim como os signos *medo* e *culpa* anteriormente referidos pela participante, funcionou como regulador semiótico, para uma gama de comportamentos e atitudes realizadas por Maria ao longo do internamento da filha. Nesta ocasião, o processo de emergência semiótica pode ser categorizado em

Bifurcação de Trajetórias II – C2. Ao experimentar altos níveis de tensão, Maria aderiu a uma explicação taxativa a respeito da situação apresentada: “*sair de braços vazios é a pior coisa da vida*”, limitando os espaços para que novas construções semióticas pudessem orientá-la, de maneira diferenciada na transição sucessiva à referida ruptura.

Após receber alta, Maria se hospedou na casa de parentes e passou a realizar visitas diárias à maternidade. Inicialmente sentiu-se insegura quanto ao estado de saúde da filha, desacreditando na possibilidade de melhora. Aqui, ao admitirmos a existência de um movimento oscilatório, de trajetória pendular, à experiência de tornar-se mãe na prematuridade, o signo preponderante para a participante era o de *morte*. A este respeito, Maria disse:

“Eu não tinha a sensação de que ela ia viver. Por mais que as pessoas falassem que ela tava bem, que ia sobreviver, dizia que ia dar tudo certo. Mas eu não tinha aquela confiança de acreditar. Eu pedia muito a Deus, mas eu sempre com aquele pezinho atrás, com medo. Tinha dia que vinha ver ela e não podia (...).

[...]

É, sempre vinha, como a morte que era como se ela (a morte) fosse o centro das atenções. Porque pelo estado que ela ficou, toda entubada... Ela era...era...ela era toda pequenininha, toda frágil, respirava só por aparelho... Mas só que quando eu chegava lá, ela se movimentava. Dava uma alegria (risos)”.

Experimentando altos níveis de incerteza, a participante se sentiu, durante boa parte de sua trajetória, temerosa quanto à sobrevivência da filha. No trecho narrativo destacado acima, Maria deixa claro a dificuldade de aderir ao discurso evidenciado pela equipe de saúde quando se defrontava com a imagem da filha na incubadora. A participante, portando, iniciou uma busca errática por signos frágeis que eram sucessivamente descartados, na tentativa de experimentar alguma estabilidade em relação à realidade vivenciada. A referida busca pode ser alocada na categoria **Moderadamente Ambivalente I – B1**, na qual o indivíduo faz uso de signos frágeis para explicar determinado fato, no entanto, há uma constante e crescente contestação

dos significados atribuídos ao acontecimento. Embora em outro momento da trajetória de Maria, as consignas e orientações tenham funcionado como signos rígidos e incontestáveis, nessa ocasião figuraram como meras explicações temporárias que, por sua vez, não tinham força frente a representatividade dos signos *frágil, só respirava por aparelhos, intubada*.

A circunscrição da experiência materna no espaço simbólico existente entre os limites da *morte* e da *vida*, ou seja, o espaço significativo representado pela *não-morte* e *não-vida*, acabou por ser evidenciada por Maria ao relatar que *não tinha a sensação de que a filha ia viver*, mesmo diante do prognóstico favorável fornecido pela equipe médica. No entanto, havia a oscilação entre a vontade de *acreditar*, o *pensamento de que ia dar tudo certo* e a dificuldade de aderir a tais significados de maneira mais estável. Para reduzir os níveis de incerteza diante do campo sígnico complexo que a rodeava, Maria recorreu à fé em Deus para acreditar na possibilidade de melhora de Luiza. Esse processo de emergência semiótica pode ser circunscrito na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**, por se configurar na busca por um signo rígido (*fé em Deus*) para reduzir a tensão vivenciada e engajar-se, novamente, na crença de melhora de seu bebê. Ademais, a própria interação mãe-bebê acabava por fornecer signos promotores de movimento pendular em direção ao signo *vida*: por exemplo, a movimentação do recém-nascido quando em companhia da mãe. O movimento de Luiza, apreendido por Maria através dos canais perceptivos e sensoriais, era um signo tipo índice que, no entanto, foi acrescido de grande complexidade ao ser referido a partir do signo-campo *alegria*. Este, por sua vez, emergiu como resultado da experiência subjetiva da participante ao se relacionar com sua filha e foi mediado semioticamente de forma a constituir-se como signo pleromatizado, funcionando como um *interpretante*

emocional mediante a experiência afetiva da participante ao perceber o movimento do bebê.

O movimento oscilatório já referido, recorrentemente percebido ao longo da narrativa da participante, era fomentado por uma profusão de signos e significados, ora descartados ora mantidos, que ofereciam à Maria a possibilidade de ajustar-se psiquicamente à sucessão de rupturas vivenciadas ao longo do internamento de Luiza. Em uma passagem muito específica do subtexto¹² narrado, Maria contou a respeito de suas idas constantes ao banco de leite, para retirar o alimento necessário para prover a nutrição de Luiza. Sobre esses recorrentes episódios, Maria disse, ainda falando sobre o medo da perda:

“Sempre bate aquele pensamento, sempre. Sempre bate aquele pensamento, lógico que tem aquele pensamento positivo pra dar certo, mas quando vê que um não deu certo, a gente pensa que a gente será a próxima. Tinha dia que vinha ver ela e não podia, ou ia no banco de leite e a menina falar assim ‘olha, a bebê de fulana morreu, a bebê de fulana morreu’, aí eu ficava pensando “meu Deus, será se é a minha?”.

“É, aí eu ia lá no banco de leite, aí diziam assim “sabe o bebê de não sei quem?”, eu disse “sim”, “O bebê de não sei quem morreu. O bebê de não sei quem morreu”. Aí sempre eu ficava pensando, será que o próximo, será que vai ser a minha? Porque tinha um bebê de uma lá que tava animado, quando chegava no dia seguinte, tava morto. Aí as meninas dizia “olha, o bebezinho de fulana só esperou ela ir pra casa”. Morreu no dia seguinte. Eu ficava com medo de ir e, quando chegasse, receber a notícia da minha. Sempre passava isso pela cabeça. Porque eu vinha um dia sim, um dia não, porque não dava, porque eu tava cheia de ponto, não podia vim todos os dias. Passava o dia todo sentada na cadeira, não tinha conforto nenhum. Mas eu ficava com medo”.

O primeiro trecho narrativo destacado acima denota a busca errática por signos frágeis que funcionavam momentaneamente como explicações plausíveis para o evento vivenciado, alocando-se na categoria **Moderadamente Ambivalente I – B1**. O signo *pensamento positivo* se constituía, por exemplo, como uma orientação da equipe médica a todas as mães cujos bebês estavam internados na UTIN. Segundo os profissionais de

¹² Aqui diz respeito ao produto (conteúdo narrado) das narrativas.

saúde, ao engajar-se numa atitude positiva diante do quadro clínico dos filhos, as mães estariam ajudando a curá-los através de uma *energia de amor*. A participante, portanto, fazia um esforço contínuo para se manter serena e atenta à necessidade de agir positivamente, quando em companhia do bebê, sendo persuadida do contrário quando se deparava com novidades semióticas, tais como o impedimento de ver a filha em determinada visita ou a notícia da morte de outros recém-nascidos pré-termo, que a colocavam novamente em dúvida sobre a saúde de Luiza. É importante destacar que aqui, novamente, a opinião da equipe médica que em várias passagens da narrativa da participante funcionou como signo rígido, como verdade absoluta, nessa ocasião se constituiu como signo de força representacional moderada.

Ao chegar ao banco de leite e ouvir notícias sobre o falecimento de outros recém-nascidos a partir da interação com a equipe de saúde e com outras mães, Maria entrava em contato com uma realidade difícil de ser digerida, que lhe provocava estados emocionais demasiadamente negativos. Levando-se em consideração o que foi narrado pela participante, ao ir para casa e deixar a filha nas instalações da maternidade, havia uma espécie de reedição da perda: tornava a ir para casa de braços vazios, levando consigo o medo de não encontrar sua filha viva no dia seguinte. Do ponto de vista semiótico, ir para o hospital e encontrar a filha com vida e, deixar o hospital sem a filha nos braços, a colocava de volta no movimento semiótico pendular orientado pela polaridade *vidaXmorte*, alocando a experiência no continuum onde nenhuma das possibilidades significadas havia, de fato, se concretizado.

O contexto circunscrito no espaço do banco de leite fornecia à Maria signos que funcionavam de maneira antagônica em seu mundo intrapsíquico. Se, por um lado, recém-nascidos em melhores condições de saúde (quando comparados à Luiza) tinham suas vidas interrompidas por circunstâncias clínicas, estava posto, para a participante, a

possibilidade de sua filha ser a próxima. Diante da emergência do signo *morte de outro bebê*, levando-se em consideração o signo *bebê mais esperto*, Maria tinha, por um momento, suas certezas duramente construídas colocadas em cheque. Nesse contexto, Maria vislumbrou o futuro, antecipando semioticamente a possibilidade circunscrita na perda da filha: “*se outros bebês mais espertos morreram, a minha filha pode ser a próxima*”.

Os signos *morte*, *perda* e *medo* funcionaram como uma tríade semiótica de força representacional significativa, conduzindo a participante a se orientar principalmente para a possibilidade de perda, caracterizando-se como condição de emergência semiótica **Moderadamente Ambivalente II – B2**, já que, apesar de vivenciar altos níveis de tensão, a participante continuava oscilando entre temer a perda e acreditar na vida, sem, contudo, destacar a possibilidade de perda como significado mais fortemente arrojado e aceitável para o período vivenciado.

Mesmo vivenciando uma sucessão de microrrupturas¹³ ao longo do período de internamento de Luiza, Maria se familiarizou gradativamente com a rotina do hospital. Passou a visitar a filha em dias alternados em função do custo do deslocamento e da falta de conforto oferecida pelas instalações da maternidade. Durante as visitas, a participante permanecia numa cadeira colocada ao lado da incubadora, na qual ficava durante todo o dia¹⁴. Sobre esse momento, Maria contou:

“Toda vez que eu ia pra lá, ficava lá, do lado da incubadora, do lado dela, eu sentia que eu tava passando o amor que aos nove meses eu passaria pra ela, eu tava passando ali, aos sete. Com antecedência”.

A partir de todo conteúdo narrado por Maria, ficou claro que à medida que Luiza apresentava melhoras em seu quadro clínico, se tornava mais fácil aderir à cultura compartilhada pela equipe multidisciplinar da UTIN. O ato de sentar-se durante todo o

¹³ Essa ideia será retomada na seção destinada à discussão dos resultados encontrados;

¹⁴ Na maternidade em que a pesquisa foi realizada, a UTIN é um espaço de livre acesso para a mãe durante 24h por dia.

dia ao lado da incubadora, fazia a participante acreditar em sua contribuição diante dos progressos desenvolvimentais da filha. Aqui, o signo *passando amor* funcionou como regulador semiótico para a construção de um novo significado positivo para o evento disruptivo central (o nascimento prematuro): “*ela nasceu mais cedo para que eu pudesse dar amor com antecedência*”. Ademais, o referido signo operou como mediador das ações de Maria em relação às circunstâncias impostas pelo quadro de prematuridade de seu bebê.

Com o passar dos dias de internamento, Maria pôde se habituar com a dinâmica da UTIN, estabelecendo um bom relacionamento com a equipe de saúde. A relação positiva com os profissionais se devia, principalmente, à facilidade de comunicação e à clareza com que as informações eram dadas. A este respeito, Maria disse:

“Muito bem (referindo-se ao relacionamento com a equipe). Todos os que eu perguntava, me davam o diagnóstico todo certinho. Tinha um médico lá, Dr. Bruno (nome fictício), que toda vez que eu chegava lá, ele tava de plantão. Ele dizia ‘Qualquer dúvida, você venha, você me chame’. Não deixava a desejar. Qualquer tipo de pergunta. Até pergunta que eu tinha medo de perguntar, ele já me dizia e eu já saía aliviada, de lá”.

Sobre a pergunta que receava realizar, Maria referiu:

“Se o quadro dela era estável ou era, como é que se diz, ou era de risco. Aí sempre ele dizia ‘não se preocupe, o quadro dela é estável, o coração dela bate bem, a pressão dela tá boa’. É! Era a pressão, o coração, os batimentos, a respiração, então era essa a pergunta que eu queria fazer. Antes de eu perguntar, ele já me respondia isso aí. Eu saía muito aliviada. Não tenho nem explicação pra falar”.

A voz do médico Bruno era, para a participante, signo de representatividade forte, ao qual ela aderiu com mais facilidade, apaziguando a incerteza a respeito da melhora da filha. A partir das primeiras experiências no ambiente circunscrito pela referida modalidade de cuidado, bem como do bom relacionamento com a equipe e da adaptação ao contexto da UTIN, Maria pôde construir sua opinião. Sobre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Maria disse:

“Não é o melhor lugar do mundo mas, no momento que você está lá dentro, você sente que você tá segura. Porque eles estão fazendo tudo, ali, pra salvar a vida do bebê, do seu, do de qualquer uma ali. Eles são muito dedicados. Eles são bem, é todo mundo atencioso. Toda hora tava olhando a medicação, a pressão, a temperatura... Tudo controlado. Tudo certo. É um lugar que não é bom pra ninguém tá lá, mas quem tá lá, tá bem cuidado. Digo por experiência própria, porque se ela não tivesse bem cuidada, e primeiramente Deus, se não fosse eles, ela não estaria aqui. Não estaria aqui de maneira nenhuma. Nem eu contando, que eu não estaria aqui mais, né?! (risos). Estaria em casa, e nem ela estaria aqui, no meu colo”.

Maria significou a UTIN como um *lugar seguro* que, por sua vez, não era o *melhor lugar do mundo*, mas foi essencial para a recuperação de Luiza. Os signos *controlado, dedicados, fazendo de tudo para salvar a vida do bebê* funcionaram como promotores da construção de significado positivo, a posteriori, do ambiente circunscrito UTIN. Embora a participante tenha apresentado uma série de atribuições negativas ao contexto de cuidado em questão, a partir da experiência periódica nas instalações da unidade e, certamente, do progresso desenvolvimental e clínico de Luiza, Maria foi capaz de ressignificar o ambiente, outrora hostil, como positivo, benéfico e essencial para os ganhos obtidos. Sublinha-se o aspecto temporal na medida em que os significados positivos obedeceram uma trajetória crescente concomitantemente à gradativa melhora do bebê.

É importante destacar que, a partir do que fora narrado no trecho acima, é possível pensar que para Maria os signos *Deus* e *equipe de saúde dedicada* tiveram graus de representatividade semelhantes, no processo de construção de significados a respeito da UTIN, embora o signo *Deus* pareça possuir posição hierárquica superior na organização intrapsíquica da participante.

Após a vivência de períodos marcados por grande intensidade nas instalações da UTIN, Maria estava prestes a receber a notícia de transferência de Luiza para o ambulatório canguru. Embora não houvesse nenhuma consigna médica explícita a esse respeito, a partir de dispositivos semióticos gradativamente apreendidos do campo

sígnico imediato e da constante melhora dos índices desenvolvimentais do bebê, a participante antecipou imaginativamente uma possibilidade de futuro bastante desejada: a possibilidade de permanecer com a filha em tempo integral, desempenhando a função materna de maneira mais incisiva a partir do aprendizado disponibilizado pela equipe do MC. O próximo episódio, por sua vez, discorre sobre essa transição.

d) Episódio 4 – Brincando de bonca e assumindo integralmente o papel de mãe

O quarto episódio escolhido diz respeito aos acontecimentos que circunscreveram a experiência de Maria, na ocasião da transição de um método de cuidado para outro: sua filha, após passar um período significativo na UTIN estava, agora, pronta para ser cuidada no ambulatório do Método Mãe-Canguru.

Fica evidente, através da narrativa da participante, que o processo de transição da UTIN para o MC abarca desde as impressões obtidas pela mãe durante a permanência de sua filha na unidade de terapia intensiva, até as projeções imaginativas que ela fazia do MC, na ocasião de recebimento da notícia da subida para o aludido ambulatório. É importante, ainda, sublinhar que a narrativa obtida diz respeito ao período posterior à concretização da transição e à adaptação diante de um novo ambiente de cuidado, com aspecto físico, equipe de médicos e métodos de atenção diferenciados, bem como de uma maior participação de Maria no cuidado direto com seu bebê. Tal aspecto pode influenciar sensivelmente na maneira como a participante se refere aos contextos de cuidado, bem como na ressignificação e reformulação dos significados atribuídos a cada parcela da experiência e da vivência no hospital como um todo.

Dito isso, seguiremos a análise a partir de uma cena simbólica, trazida à tona pela participante, no momento em que ela discorria a respeito de sua experiência na UTIN e a pesquisadora questionou sobre o recebimento da notícia de alta da filha da UTIN e conseqüente mudança para o ambulatório do MC.

“Ai, inexplicável! Porque eu passei um dia antes com uma bebê, uma bebê não, uma boneca, desse tamanho. Menor do que ela, do tamanho dela, no colo, na casa de minha prima, que eu tava na casa dos parentes, aqui. Aí eles perguntavam assim ‘por que tá com essa boneca o dia todo?’. E eu disse ‘porque amanhã eu vou estar com minha filha o dia todo’. Eu falei mesmo assim pra ela. Eu não sabia, não. Eu falei assim ‘eu to treinando, eu to treinando, que amanhã eu vou tá com minha filha o dia todo’. E, realmente, quando deu 14:30h, a médica me falou que ela ia subir pra aqui”.

Maria, diante de toda oscilação característica do fenômeno da prematuridade e, mais especificamente, da sucessão de rupturas vivenciadas em decorrência das mudanças no estado de saúde de Luiza, amparou-se cada vez mais no signo *fé em Deus* como sustentáculo para a crença de que seu bebê melhoraria para ultrapassar os altos níveis de incerteza vivenciados. A partir do conteúdo narrado pela participante, ficou claro que à medida que houve um ajustamento ao contexto da UTIN e as sucessivas investidas da equipe de saúde em comunicar o estado de saúde do bebê, houve um acréscimo significativo na sensação de estabilidade (a despeito das oscilações já conhecidas) da participante diante da experiência vivenciada.

O trecho destacado acima faz referência a uma passagem na qual Maria atribuiu uma espécie de *intuição materna* à certeza da melhora e conseqüente transferência de Luiza para o ambulatório do MC. No entanto, é possível inferir que a partir de elementos concretos, tais como ganho de peso, retirada de aparelhos para medição de saturação e oxigenação do bebê, e das falas de outros significativos representados pela equipe multidisciplinar, Maria foi, gradativamente, construindo um território semiótico cujo principal desfecho imaginativo do futuro, projetado no presente, era o recebimento

de alta da UTIN. É importante referir que a postura resoluta da participante diante da instabilidade da situação vivenciada acaba por sugerir a experimentação de altos níveis de ambivalência que, por sua vez, parecem ter sido amenizados pela monologização semiótica concretizada pela adesão a signos rígidos.

Na fala da participante, fica posto que ela fez uso de um *recurso simbólico* configurado pela boneca, cujas proporções se assemelhavam ao bebê real, para transitar pelo episódio narrado. A boneca se tornou recurso simbólico na medida em que ajudou a participante a se ajustar diante da situação apresentada, funcionando como suporte e semiótico para a construção de significados. Para Zittoun (2011), o recurso simbólico funciona como facilitador dos processos que compõem a transição desenvolvimental do indivíduo. Sendo assim, a utilização de artefatos culturais que, por sua vez, estejam distanciados da realidade vivenciada do sujeito e que sejam meios pelos quais haja imposição de significado à experiência, configura o processo de utilização de recursos simbólicos no processo de construção de significados.

No caso da participante, ao passar o dia inteiro segurando a boneca, ela pôde se distanciar imaginativamente da realidade vivenciada recorrendo à utilização de recursos simbólicos para amparar sua crença de que a filha receberia alta. Cabe discutir que a realidade concreta, embora permeada por signos que confluíssem para a ideia de melhora, ainda era circunscrita pela UTIN e a possibilidade recorrente de mudanças no quadro clínico de Luiza. Outro ponto que merece atenção é o signo *intuição materna*, compartilhado e ensejado pela cultura ocidental, que foi utilizado pela participante para significar a descoberta, então antecipada e não justificada, de que o bebê seria transferido para as instalações do Método Mãe-Canguru. Segundo Maria, mesmo na ausência de qualquer consigna ou sugestão médica, ela sabia que sua filha receberia alta. Na ocasião da entrevista, sua expressão facial, seus gestos e o contexto no qual o

episódio foi narrado, demonstraram claramente o caráter sobrenatural atribuído à referida certeza e um conseqüente contentamento, orgulho de si própria, por deter essa informação mesmo antes de sua comunicação por parte da equipe de saúde.

O referido episódio pode ser categorizado em **Bifurcação de Trajetórias II – C2**, já que a participante fez uso de signos aparentemente incontestáveis, tais como *fé em Deus* e *intuição materna* para significar sua experiência, reduzindo os níveis de incerteza anteriormente vivenciados. A utilização da boneca como recurso simbólico serviu, no entanto, para subsidiar o percurso semiótico adotado, servindo como uma espécie de *amuleto*¹⁵ para Maria. Isso fica mais explícito quando ela narra a respeito da atitude da família ao vê-la com a boneca, considerando-a como alguém distanciada de equilíbrio psicológico devido à fragilização decorrente do longo internamento da filha.

Após passar o dia inteiro com a boneca, numa espécie de treinamento para a etapa competida pelo ambulatório do Método-Canguru, Maria se dirigiu, no dia seguinte, à UTIN. A participante deixou previamente acordado o serviço de táxi que a levaria de volta pra casa, como sempre fazia na ocasião de suas visitas periódicas ao hospital. Esse dado forneceu a confirmação narrativa de que, de fato, Maria não tinha acesso real à possibilidade de transferência de seu bebê para outro departamento da instituição de cuidado. Sobre aquele dia na maternidade, Maria contou:

“Eu passei o dia todo lá com ela, do lado da UTIN, da UCI, lá do lado da incubadora. Aí a médica disse assim “mãe, você vá almoçar”, e eu disse “não, não to com fome ainda não”. Eu passava o dia todo sentada do lado dela. Não saía nem pra tomar água. Todo, todo, todo. Aí o pessoal ‘vai almoçar’, e eu ‘não, não to com fome não, eu to bem’. Aí ‘Vá, pra ficar forte. Tem que comer pra dar leite’. Aí eu disse ‘não, mas eu tenho leite, aqui meu leite’. Que eu tirava o leite 14h pra ir lá pro banco de leite, pra ela tomar 15h”.

“(...) ficava lá, do lado da incubadora, do lado dela, eu sentia que eu tava passando o amor (...)”.

¹⁵ Essa expressão foi utilizada porque, a partir da perspectiva da participante, ao permanecer com a boneca houve a potencialização da possibilidade de transferência da filha para o ambulatório canguru, através da fé absoluta investida no ato de brincar e na crença de que aquele ato exerceria influência “espiritual”/“energética” na direção da melhora do bebê.

A partir do que era compartilhado pela equipe de saúde, Maria acreditava que ao passar o dia inteiro ao lado de Luiza, ela estava se responsabilizando pela melhora da filha. Esse significado era mediado pelo signo *passar amor*, recorrentemente mencionado pela participante ao longo da narrativa. Estar ao lado da incubadora era estar constantemente *passando amor* para o bebê. Na medida em que a participante recorreu a signos rígidos, tais como *fé em Deus* e *intuição materna* para amparar sua crença de que Luiza receberia alta, monologizando o contexto semiótico e atribuindo caráter de certeza ao conteúdo projetado, é possível inferir que houve a construção de uma tríade semiótica no qual os signos *fé em Deus* e *intuição materna* estavam invariavelmente atrelados ao ato de *passar amor* e, com isso, garantir a melhora do recém-nascido.

No trecho destacado, a participante se amparava de maneira taxativa à certeza então desenvolvida e se recusava a realizar qualquer outra atividade durante o dia. Como foi narrado por Maria, havia recusa diante da própria necessidade de se alimentar. Cabe destacar que o campo sógnico imediato era composto por signos antagônicos ao significado construído por Maria para aquela situação. Luiza continuava na incubadora e ainda havia a consigna médica de frequência ao banco de leite para retirar alimento necessário para nutrição do bebê, ainda nas instalações da UTIN. Ao lançar mão de recursos simbólicos arrojados e difundidos culturalmente, como *fé em Deus* e *intuição materna*, a participante foi capaz de distanciar-se reflexivamente do contexto imediato, orientando-se para uma meta futura, construída e imaginada, diferenciada dos signos emergentes na semiosfera circundante. Dessa forma, a ambivalência que, invariavelmente, perpassava a construção de significados para a experiência vivenciada foi momentaneamente suprimida ou reduzida. É possível pensar que a capacidade dos sistemas psicológicos humanos de, através da mediação semiótica, se lançarem

reflexivamente para o futuro garante, em certa medida, a estabilidade necessária para que eventos de grande criticidade sejam ultrapassados sem maiores danos ao *self*.

Após se recusar a sair da UTIN, Maria saiu em busca de informações a respeito do estado de saúde de sua filha junto à médica plantonista. Nessa ocasião recebeu a notícia de que Luiza, de fato, subiria ao ambulatório canguru.

“(...) duas e meia eu fui conversar com a médica sobre o quadro dela. Aí ela me falou ‘Não, mãe. Sua filha é uma menina esperta, é uma menina linda, bem cuidada, então ela vai subir hoje pro canguru’. Aí eu liguei pro rapaz que vinha me buscar no fim da tarde e aí falei: ‘não venha me buscar não, que eu vou ficar com a minha filha’. E até então, to aqui, desde o dia 02. Não me arrependo de ter chegado nesse dia 02 e de estar aqui com ela (risos). To aqui desde o dia dois e, provavelmente, no final dessa semana nós iremos sair”.

Nesse momento, a redução dos níveis de incerteza anteriormente vivenciados passou a ser amparada na emergência de um novo signo de grande força representacional: a fala da médica. Esse signo rígido, por sua vez, funcionou como elemento confirmador daquilo que a participante já intuía. Novamente, esse trecho narrativo pode ser alocado na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**, já que a participante aderiu a um signo rígido simbolizado pelo prognóstico concedido pela médica e a confirmação e transferência para o ambulatório canguru. É importante referir que, a partir desse evento, Maria pôde se organizar de maneira mais estável diante do evento disruptivo caracterizado pelo nascimento prematuro, o que pode ter auxiliado o processo de construção da narrativa e a consequente atribuição de diferentes características simbólicas e pessoais aos dois contextos de cuidado pelos quais passou.

O processo de transição de Luiza das instalações da UTIN para o ambulatório do MC foi perpassado por altos níveis de ambivalência. No entanto, com a adesão a signos fortes, Maria pôde ultrapassar o período crítico e reduzir os níveis de incerteza diante da

situação vivenciada. A seguir serão explorados os acontecimentos circunscritos no contexto do MC, após a transferência da díade para suas instalações.

e) Episódio 5 – Mamando no seio materno

Este episódio terá como elemento principal o processo de aquisição do reflexo de sucção, perpassando pela tensão vivenciada por Maria ao perceber a dificuldade do bebê em aderir ao método natural de mamada. Após inúmeros ganhos desenvolvimentais, a recém-nascida continuava se alimentando através da sonda, o que deixava a participante incerta quanto ao desenvolvimento da filha e à possibilidade de recebimento de alta hospitalar. Sentimentos negativos, tais como o medo da perda, continuaram a emergir diante da diminuição do peso do bebê e a ansiedade da participante em estabelecer um vínculo mais aprofundado com sua filha.

Chegando ao ambulatório do MC, Maria encontrou um ambiente completamente diferente do que fora experienciado na UTIN. Essa questão, por sua vez, será discutida com mais profundidade na sessão 7.1.2, cujo foco é a contraposição entre os métodos de cuidado, a partir do conteúdo narrado pela participante. Sobre uma das primeiras mudanças significativas adquiridas a partir do novo contexto de atenção à saúde do recém-nascido pré-termo, Maria contou:

“(...) quando eu vim pra aqui (se referindo ao MC), eu vi que todos os bebezinhos aqui era do mesmo tempo do que ela, eu acabei me aliviando, que não foi culpa minha, dela ter nascido antes do tempo. Porque eu pensava que eu que tinha feito alguma coisa, que não tinha comportado ela na barriga. Mas depois que eu cheguei aqui, que eu vi todas as meninas com os bebês tudo de sete meses, e até muito menorzinho do que ela, a pessoa até se anima, se alegra mais, né?! (risos). Que a gente vê que nosso bebê não é tão fraco quanto os outros”.

Maria havia construído um significado anterior para o nascimento prematuro de sua filha, no qual o signo *culpa* figurava como promotor de sentimentos negativos. A participante acreditava que a intercorrência vivenciada estava associada à possível

incapacidade de seu corpo em sustentar a gravidez até os nove meses. Ressalte-se que esse significado foi sustentado até o momento da transição e chegada ao ambulatório canguru.

Todavia, ao chegar ao novo ambiente de cuidado, Maria entrou em contato com outras mães e outros recém-nascidos que apresentavam condições de saúde inferiores às apresentadas por Luiza. Tal situação já havia sido experienciada na UTIN a partir de outra perspectiva: embora houvesse recém-nascidos cujos quadros clínicos eram mais severos que o de seu bebê, todos eles estavam internados na UTIN, sem perspectiva de transferência para o MC e, mais efetivamente, de alta hospitalar. Diferentemente do que fora posto na unidade de terapia intensiva, o ambulatório canguru comportava recém-nascidos menores e menos desenvolvidos que Luiza que, no entanto, estavam na última fase que antecedia a ida para casa.

Com esse novo pano de fundo, a participante foi capaz de construir um novo significado para a experiência vivenciada no presente, ressignificando o parto e os motivos pelos quais ele fora antecipado. Fica posto, portanto, que a semiosfera circundante e os elementos semióticos disponíveis nos contextos circunscritos pela UTIN e pelo MC eram sensivelmente diferentes entre si, fornecendo signos diversos à participante que, por sua vez, culminaram em processos de mediação semiótica e construção de significados distintos. Desse modo, é possível pensar que o contexto imediato e os signos emergentes na experiência subjetiva de Maria, a partir de sua entrada no MC, parecem ter funcionado como elementos canalizadores do processo de emergência semiótica, de modo que significados mais positivos são construídos a partir de experiências semiótico-afetivas vinculadas ao estado de saúde de seu bebê: quanto mais estável o quadro clínico, mais positivos são os significados emergentes. É relevante sublinhar, também, que o caráter complexo das experiências afetivas aqui

discutidas impossibilita a apreensão e a expressão destas de maneira equiparada à dimensão que possuem na vida da participante.

O novo contexto semiótico apresentou novos signos à participante. O signo *bebês menos desenvolvidos que o meu*, emergente no campo sógnico imediato de Maria, funcionou como signo promotor na medida em que ocupou uma posição hierárquica dominante nos mecanismos de auto-regulação semiótica inerente ao processo de significação. Dessa forma, tal signo influenciou de maneira incisiva a postura da participante, influenciando sua forma de agir, pensar e sentir diante do novo contexto de cuidado e, principalmente, diante da prematuridade da filha. É importante destacar que o próprio processo de transferência pode ter se configurado como um signo tipo símbolo: a partir da perspectiva do interpretante (Maria), a transferência simbolizava a melhora no quadro clínico de Luiza. Sendo assim, o processo de emergência semiótica caracterizado pelo trecho narrativo destacado acima, pode ser alocado na categoria **Moderadamente Ambivalente II – B2**, já que a participante vivenciou certo nível de tensão diante do contexto de atenção à saúde ainda desconhecido, no entanto, amparou-se em signos de força representacional média, tais como *bebês menos desenvolvidos que o meu* e *transferência para o canguru* para construir um novo significado para a experiência vivenciada no presente e ressignificar a experiência passada, marcada pelo evento disruptivo caracterizado pelo nascimento prematuro.

O fato de existirem outras mães nas mesmas condições que Maria, também forneceu à participante a ideia de que não havia necessidade de culpabilização, pois se tratava de um evento disruptivo presente no curso de vida de diversas outras mulheres. A possibilidade de trocar experiências, de estar num ambiente no qual o cuidado materno era realizado de maneira mais efetiva e aproximada, influenciou a maneira como a participante reajustou sua narrativa em torno do nascimento prematuro. Isso

ficou claro a partir da consideração do conteúdo narrado a partir de uma perspectiva global. No trecho abaixo, Maria deixa claro o quanto se sentiu mais tranquila ao ser transferida para o ambulatório canguru:

“(...) aqui ajuda bastante o desenvolvimento da criança. Bota em cima da mãe. A mãe pensa, fica com o psicológico bem diferente do que fica lá embaixo. Quando tá lá embaixo, você sabe que seu filho tá ruim. Não tá bem”.

Torna-se perceptível, no entanto, que para além dos recursos oferecidos pelo novo ambiente de atenção ao recém-nascido pré-termo, a crescente melhora do bebê impulsiona o processo de estabilização psíquica da paciente. Todavia, cabe pensarmos a respeito do ambulatório do MC ser, ele próprio, o signo máximo do progresso clínico e do desenvolvimento do recém-nascido prematuro, figurando de maneira expressiva na construção de significados acerca da experiência de tornar-se mãe de um bebê nascido prematuramente. Talvez, no extremo oposto dessa construção, esteja a UTIN, como referido pela participante no trecho narrativo destacado acima.

Embora a transferência para o ambulatório do MC tenha se concretizado, com o passar dos dias, algumas dificuldades desenvolvimentais foram vivenciadas por Luiza. O processo de amamentação figurou como elemento mais significativo para a participante, já que referiu de maneira incisiva o percurso vivenciado pela filha. Este foi caracterizado pela alimentação por sonda através da técnica do dedinho e, posteriormente, através da utilização de seringa. No entanto, Maria contou o quanto ansiava por ter a filha se alimentando em seu seio, desejando que seu bebê não mais passasse mal ao ingerir leite por vias artificiais. Com o passar dos dias, a equipe multidisciplinar se mobilizou de forma a aplacar os níveis de ansiedade vivenciados pela participante e potencializar a aquisição do reflexo de sucção do bebê. Maria relatou:

“Porque ela tomava (leite) na sonda, aí passou pra tomar na seringa. Ela passava muito mal. E aí a psicóloga me ensinou a conversar com ela. E deu certo! (risos). Foi

três dias conversando com ela. Sexta, sábado e domingo. Na segunda-feira ela começou a mamar. Eu conversei com ela e na segunda-feira ela começou a mamar. A médica chegou aqui 'Não! Não acredito! Mariazinha tá dando mama! Xô ir buscar a máquina que é pra eu tirar uma foto'. Aí tirou, conversou coma fonoaudióloga, viu que ela tava se sentindo confortável, e aí ela tá mamando sozinha”.

O trecho destacado acima diz respeito a um evento perpassado por algum nível de ambivalência, pois diante de constantes progressos do bebê, a participante se defrontou com a dificuldade da filha em adquirir o reflexo de sucção, deixando-a incerta quanto ao período necessário para que a alta hospitalar se concretizasse. Afora isso, uma gama complexa de sentimentos e estados emocionais podem ter sido envolvidos na nesta experiência visto que culturalmente há uma propagação massiva da amamentação como símbolo maior da conexão existente entre a díade mãe-bebê.

Maria, diante da dificuldade da filha, aderiu ao conselho da psicóloga e passou a conversar diariamente com Luiza. Aqui cabe destacar a ascensão do bebê a um espaço concreto e simbólico mais elaborado, considerando todo processo de internamento do recém-nascido. Inicialmente, nascida às trinta semanas de gestação, internada na UTIN, necessitando da ajuda de aparelhos para respirar e da incubadora como reguladora de temperatura corporal, Luiza era percebida pela mãe como um bebê prematuro, frágil, pequeno, distanciado do bebê real. Após a admissão no MC e o frequente estímulo à interação da díade, Maria começou a ressignificar as impressões apreendidas diante da filha, admitindo-a como mais esperta, mais forte, chegando, finalmente, a considerá-la como outro indivíduo, complexo e capaz de interagir normalmente, inclusive, através do estabelecimento de a conversação sugerida pela psicóloga. Além disso, Maria era elemento fundamental para que Luiza se engajasse de maneira mais efetiva no processo de mamada.

A partir do referido episódio, a participante pôde construir um novo significado para maternidade, em seu aspecto mais amplo. Isso ficou claro quando Maria

disse: “*Acho que o filho não tá ligado à mãe no cordão umbilical, que vai lá e corta. E sim a mama. Porque você tá alimentando ele. É bom. Você sente que tá alimentando de verdade*”.

A participante, portanto, exerceu sua autonomia diante de uma bifurcação evidenciada por uma premissa cultural e biológica: o bebê e a mãe estão ligados pelo cordão umbilical, recriando a ligação da díade a partir da própria experiência. Signos e significados, derivados de experiências anteriores, orientaram a participante na construção de uma narrativa repleta de sentidos para ela própria e coerentemente reforçada pelo contexto no qual estava alocada. Ao dizer que *filho não está ligado à mãe pelo cordão umbilical e sim pela mama*, Maria foi capaz de construir um significado positivo para todo percurso vivenciado, desde a intercorrência promotora do nascimento prematuro, perpassando pelo parto marcado pelo signo *medo*, pelos longos dias de internamento na UTIN e, finalmente, adentrando no contexto do ambulatório canguru, no qual se sentia detentora de um papel mais ativo e efetivo diante do desenvolvimento da filha.

7.1.2 Maria, a UTIN e o MMC

Nesta subseção serão referidos trechos da narrativa de Maria que denotem sentimentos e impressões diante dos contextos de cuidado distintos explorados nesse estudo: a UTIN e o MMC. Foram selecionadas, a partir de todo conteúdo narrado, passagens que evidenciam contraposição de opiniões, impressões e sensações da participante diante dos ambientes citados.

Quando a pesquisadora questionou se a participante sentia que UTIN e MMC tinham diferença, Maria disse perceber muita diferença:

“Muita! Muita! Ela chegou aqui muito diferente do que ela tá agora. Ela era muito mais frágil. Hoje eu to pesando 1,072kg (imitando a ‘voz’ da criança). Um quilo

setecentos e vinte e dois (disse enfaticamente, consertando o que havia dito antes). Eu to pertinho de ir pra casa (imitando a 'voz' da criança)''.

Nesse caso, a diferença percebida pela participante, diante dos contextos de cuidado estava condicionada à percepção que tinha do bebê. Esse aspecto pode ter influenciado de maneira generalizada a transição entre a UTIN e o ambulatório canguru e as opiniões formadas acerca de cada um dos ambientes de atenção ao recém-nascido pré-termo. Essa ideia é corroborada pelo conteúdo narrado expresso no trecho abaixo:

“(...) a UTIN vai tá ali pra salvar a vida. E o canguru vai renovar a sua vida. Porque aqui ajuda bastante o desenvolvimento da criança. Bota em cima da mãe. A mãe pensa, fica com o psicológico bem diferente do que fica lá embaixo. Quando tá lá embaixo, você sabe que seu filho tá ruim. Não tá bem. E quando vem pra aqui pra cima, você sabe que é a segunda etapa, que ele tá bem, que ele vai passar pela terceira, que a terceira é ir pra casa. Então, eu não tenho medo do meu filho, qualquer coisa. Pode ser que o plano de Deus seja outro, mas eu tenho certeza que ela vai vencer. Que ela, pro que ela tava lá embaixo, pro que ela tá aqui em cima, hoje, não tem nem comparação! Nem se compara! Nada, nada, nada. E ela melhora a cada dia”.

A experiência de Maria, como foi visto na análise dos episódios, foi marcada por uma sucessão de microrrupturas que conferiram certa instabilidade diante do que fora vivenciado. O período de internamento na UTIN, por sua vez, foi mais fortemente circunscrito pela referida característica, já que novidades a respeito do estado de saúde do bebê emergiam constantemente nesse contexto. Afora isso o estado de saúde de Luiza era sensivelmente mais delicado, o que pode ter influenciado diretamente na maneira como a participante significou a sua experiência e, conseqüentemente, o discurso retrospectivo a respeito das impressões e sensações diante da unidade de terapia intensiva. Por outro lado, a transferência para o ambulatório do MC significava, ela própria, uma melhora do quadro clínico do bebê, o que pode ter influenciado no acréscimo de autoestima de Maria, bem como na percepção a respeito do novo ambiente de cuidado.

É importante destacar que a participante se utilizou de signos muito bem delimitados e específicos para se referir a cada um dos ambientes de atenção, dirigindo-se à UTIN como aquela que *salva a vida* e ao MC como aquele que *renova a vida*. Ademais, a unidade de terapia intensiva foi fortemente associada à precariedade das condições de saúde, ao passo que o MC passou a ser associado à crescente melhora.

Levando-se em consideração todo subtexto narrado por Maria, ficou claro que, embora tenha sido acessada no período em que provia o cuidado canguru à Luiza, o ambiente de cuidado mais recorrentemente mencionado dizia respeito à UTIN. Ao referir-se ao MC, a participante salientava características positivas da experiência, tais como auxílio ao desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, efetivação do cuidado materno, aproximação da díade mãe-bebe, bem como acréscimo da autoestima materna. Esse último aspecto, por sua vez, foi reforçado na narrativa da participante à medida que Maria atribuiu somente à *vontade de Deus* (algo que estava fora de seu alcance) qualquer nova intercorrência que destituísse Luiza do seu então estado de saúde, demonstrando segurança no cuidado dispensado à filha.

Sublinha-se que, embora a participante tenha se referido ao contexto do MC como promotor de autoestima, a ideia de acréscimo de autoconfiança materna parece estar intimamente associada ao gradativo ganho de protagonismo no cuidado com o bebê. A partir dessa premissa, é possível pensar que o MC se configura como uma modalidade de cuidado mais efetiva no empoderamento das mães de recém-nascidos pré-termo na medida que as instrumentaliza e as incentiva no exercício da função parental. Outro aspecto que pode estar interligado a essa experiência afetiva diz respeito à temporalidade expressada através dos crescentes avanços desenvolvimentais do bebê, a qual, nesse caso, retirou Luiza da condição de grande intabilidade clínica e a colocou num processo ascendente de melhora.

Em outro trecho de sua narrativa, a participante tornou a contrapor os dois contextos de cuidado, trazendo à tona aspectos positivos da UTIN sem, no entanto, deixar de associá-la a signos negativos. Maria disse:

“A UTIN não é ruim... não é ruim assim... Não é ruim os profissionais, não é ruim os cuidados. Mas não é a mesma coisa de tá aqui em cima. Que você tem contato com o bebê, que você troca, que você alimenta, que você limpa, que você cuida. E lá nada disso você poderia fazer. Na UTIN eles até incentiva, porque já é a preparação pra vir aqui pra cima. Eles incentivam você alimentar na sondinha, eles botam pra você limpar. Mas aqui em cima eles ensinam tudo que eu tenho que fazer lá fora”.

Em sua fala, Maria deixa claro quais elementos do ambiente da UTIN a agradavam. O incentivo promovido pela equipe de saúde e o relacionamento com os profissionais foram aspectos recorrentemente referidos pela participante ao longo da entrevista. No entanto, a partir do trecho narrado, bem como das outras passagens da entrevista destacadas na sessão de análise dos episódios, fica posta a preferência de Maria pelo ambulatório canguru. É nesse último ambiente de atenção, que a participante encontra a possibilidade de exercer o papel de mãe de maneira ativa, através do cuidado direto com seu bebê. Fora isso, ela atribuiu ao MC a possibilidade de aprender como cuidar de um recém-nascido pré-termo, conferindo aspecto educativo à experiência então vivenciada. A esse respeito, Maria relatou:

“Então aqui, o bom daqui, do Canguru, é isso. Você aprende tudo. Tudo que você vai precisar fazer lá fora com seu bebê, ele te prepara aqui dentro. Como você cuidar dela, como você dar um remédio, dar um banho. Que não é como dar um banho numa criança de nove. Tem outra preparação, pra dar um banho. A gente enrola num paninho, pra dar um banho, pra não passar tanto frio. E no outro não, né? A gente bota na banheira, vai jogando água, e dá banho, né? Esse aqui tem que preparar com um paninho, todo ajeitadinho”.

O caráter educativo das iniciativas existentes no ambulatório canguru parece ter relação direta com o acréscimo de autoestima referido pela participante. Esse aspecto fica claro na fala a seguir:

“Mais! Porque eles aqui preparam a gente pra gente poder cuidar dela lá fora. Então, é bom! Porque a gente aprende como dar um banho nela, porque como eles são pequenininho, não é como um bebê de nove, de 3kg, 2kg, né?! Eles são sempre 1,5kg pra baixo. Vai recuperando com o tempo, aqui. Então eles ensinam a gente, aqui, a dar um banho, a dar remédio, a dar leite, a pegar no peito, a levar pra fazer um exame. Tudo é a gente que faz. Mas é bom, que a gente aprende. Eu gosto do incentivo que eles fazem. Porque se deixasse pra gente fazer, ia chegar em casa e a gente não saberia de nada. Eu tinha medo de pegar ela, porque é muito pequenininha. Agora não, eu largo ela aqui (se referindo ao peito) e tudo bem”.

Outro ponto que merece ser destacado na narrativa de Maria é a especificidade do MC, quando diante de sua experiência de vida. Por ter sido vítima de uma intercorrência promotora do nascimento aos sete meses de gestação, a participante foi impedida de vivenciar algumas fases da gravidez. Uma delas diz respeito à movimentação do bebê ainda no ambiente intrauterino. De acordo com Maria, não houve tanto tempo para que ela experimentasse a interação mãe-bebê ainda no período gestacional. Maria contou:

“Porque bota o canguru e parece que ela tá dentro da barriga. A sensação da posição canguru é de que ela tá dentro de você. Porque nem deu pra sentir. Assim, quando eu comecei a sentir ela, foi a hora que nasceu. Porque eu sentia ela bem pouco, por causa do movimento do trabalho. Aí eu não sentia. Só quando chegava em casa. Agora quando bota ela no canguru, eu sinto as perninhas dela mexer, os bracinhos... Dá até pra sentir o movimento do coração, da respiração, claro. Então você sente como se fosse na barriga mesmo. É um método que dá certo mesmo. É por isso que eu boto de manhã e de tarde. De manhã e de tarde”.

Sendo assim, o significado atribuído ao MC foi de uma espécie de retorno às experiências interrompidas pelo nascimento prematuro. Ao colocar a filha na posição canguru, Maria tinha a sensação de que ela estava, ainda, dentro de sua barriga. É possível inferir que nas entrelinhas do conteúdo narrado, o *retorno à barriga da mãe* seja perpassado pela necessidade de proteger, de acolher, de devolver à filha o aconchego interdito. Cabe, também, pensar na possibilidade de o signo *culpa*,

anteriormente atribuído como significado preponderante diante do nascimento prematuro, permanecesse – nesse período da narrativa – operando no sistema psíquico da mãe, como elemento semiótico pertinente, porém numa posição hierárquica menos elevada.

É importante destacar que, além da possibilidade de devolver a experiência do ambiente intrauterino para a filha, Maria tinha a oportunidade de vivenciar aspectos perdidos pela interrupção da gestação. Esse aspecto, portanto, pode estar associado à construção de significados positivos para a experiência de tornar-se mãe de um recém-nascido pré-termo, a partir da mediação de signos fornecidos pela semiosfera imediata circundante.

Por fim, diante do que fora narrado pela participante, fica posto que, em sua experiência, o contexto circunscrito pela UTIN foi relacionado majoritariamente à impressões, emoções, sensações negativas. Já o MC foi considerado contexto educativo, potencializador do ganho de autoestima materna e incentivador da integração da díade mãe-bebê, constituindo-se, por conseguinte, certa contraposição no que diz respeito aos significados construídos e à experiência vivenciada.

7.2 CASO 2 – MADALENA

Madalena é uma mulher de vinte sete anos de idade, casada e mãe de um bebê recém-nascido. Na ocasião da primeira entrevista, a participante se declarou como não pertencente a nenhuma religião. No entanto, com o desenrolar do processo de internamento de seu filho, verbalizou a vontade e a necessidade de aderir a uma crença religiosa. Atualmente é dona-de-casa. Trabalhou anteriormente num *call center*, embora possua formação técnica em segurança do trabalho. É casada com Vicente há dois anos.

Ele trabalha com música e realiza serviços como técnico de redes (Tecnologia da Informação). A família tem renda média de pouco mais de dois salários mínimos e reside numa cidade do interior da Bahia.

Madalena é a terceira filha do casamento de seus pais e possui três irmãos, dentre os quais o mais novo é o mais distanciado, já que ele e a irmã não possuem uma boa relação desde a infância. A figura mais significativa na história de vida narrada pela participante é sua mãe, Margarida. No entanto, quando Madalena completou dezesseis anos, o vínculo de mãe e filha foi interrompido em função de uma doença crônica que tirou a vida de Margarida. A partir de então, Madalena passou a dividir a casa somente com seus irmãos, já que seu pai trabalhava viajando e chegava a passar três meses fora.

Pouco tempo após a morte da mãe, a irmã mais velha de Madalena se casou e, em seguida, mudou-se para a própria casa. O irmão mais velho, por sua vez, já residia na capital na ocasião da morte de Margarida. Sendo assim, convivendo com a ausência do pai, bastante periférico, Madalena passou a dividir a casa somente com o irmão mais novo. Esse período, segundo ela, foi de grande instabilidade emocional, visto que havia perdido a pessoa que considerava mais importante em sua vida e era obrigada a conviver com um irmão com o qual não possuía uma relação cordial. Afora isso, tinha que lidar com o vazio deixado pelo pai, que, após a morte da esposa passou a estender o prazo em que ficava fora do lar.

Madalena relatou um episódio ocorrido pouco tempo depois da morte de Margarida, a partir do qual a sua relação com o pai se tornou ainda mais distante. Madalena havia começado a se relacionar com um rapaz de sua cidade. Ele morava no centro urbano ao passo que ela residia numa área mais afastada, considerada zona rural. Certo dia seu namorado foi visitá-la e ambos perderam a noção do tempo assistindo a um filme na televisão. Como se tratava de uma cidade do interior, que possuía um

sistema precário de transporte público e o rapaz não possuía veículo próprio, Madalena ofereceu a sua casa como hospedagem circunstancial, pois não havia outra alternativa. Tudo transcorreu naturalmente. Todavia, quando o pai retornou de viagem, foi avisado de que o namorado de sua filha havia dormido na casa dele, aproveitando-se de sua ausência. Tal situação desencadeou uma séria briga entre pai e filha e resultou na expulsão de Madalena da casa onde residiam. Ela, então, foi acolhida pela família de seu namorado, com quem conviveu por alguns anos. Foi nesse relacionamento que a participante engravidou pela primeira vez.

A primeira gravidez de Madalena foi bastante traumática. Todo período gestacional foi marcado por uma série de intercorrências, dentre as quais estavam fortes dores abdominais, enjoos recorrentes e dificuldade de alimentar-se corretamente. Embora houvesse uma série de indícios de que a gravidez transcorria fora dos padrões de normalidade, Madalena e seu marido não recorreram às consultas de pré-natal para averiguar o porquê do mal-estar contínuo. Às vinte e nove semanas gestação, a participante sentiu fortes dores e resolveu ir ao hospital. Chegando lá foi confirmado o início do trabalho de parto e, poucas horas depois, ela havia dado a luz a seu primeiro filho. Fatalmente, o bebê nasceu com o estado de saúde bastante precário e não resistiu, falecendo pouco tempo após o nascimento. Madalena relatou não possuir dados sobre o motivo pelo qual o óbito aconteceu, no entanto foi informada pelo médico de que, caso houvesse estrutura hospitalar adequada, tal qual uma UTIN, possivelmente seu filho teria resistido ao nascimento prematuro.

A partir da experiência traumática, como referida pela participante, seu casamento não se sustentou. Ela e o primeiro marido se separaram e Madalena se mudou de cidade. Cerca de um ano e meio depois, conheceu Vicente, seu atual marido e logo foram morar juntos. Vicente não tinha o desejo de se tornar pai, todavia, com o

decorrer do relacionamento passou a considerar a paternidade como um objetivo, um sonho a ser alcançado ao lado da esposa. Já Madalena, que antes de sua primeira gravidez jamais havia pensado em tornar-se mãe, cultivava a enorme vontade de realizar a transição para a maternidade, principalmente após a interdição vivenciada. Segundo ela, embora não houvesse o desejo prévio de se tornar mãe, ao vivenciar as etapas do ciclo gestacional, acompanhar o crescimento dos seios, da barriga, o vínculo entre ela e seu bebê foi se tornando cada vez mais intenso e a vontade de ser mãe cresceu na mesma proporção. Após a perda, a única certeza que Madalena tinha era de que queria adentrar no universo da maternidade, engravidando novamente até os vinte sete anos, “tendo ou não marido”, como relatou incisivamente.

No atual casamento, contou que as conversações acerca de se tornarem ou não pais eram recorrentes. Ambos compartilhavam esse desejo, no entanto, esperavam adquirir melhores condições financeiras para que, então, dessem seguimento ao plano. No entanto acabaram sendo surpreendidos por uma gravidez não planejada que, de todo modo, os deixou imensamente felizes. A gravidez transcorreu sem nenhuma dificuldade, diferente do que acontecera na gestação anterior. Por esse motivo, a participante relatou não ter correlacionado as experiências gestacionais ao longo do segundo ciclo gravídico. Todavia, em vários trechos da narrativa, ficou claro que inevitavelmente comparações eram feitas, principalmente a partir da experimentação de alguma sensação negativa, fosse física ou emocional. Madalena vivenciou diversas situações de angústia em função do medo que sentia de perder um filho novamente. Apesar disso, existia um movimento constante na tentativa de dissociar uma experiência da outra, reforçada pelas características gestacionais completamente diferenciadas em relação à anterior.

Apesar de a gravidez ter transcorrido dentro da normalidade, poucos dias antes de completar sete meses de gestação, Madalena foi surpreendida pela perda de líquido amniótico. Assim que a intercorrência foi percebida, no período da manhã, Vicente resolveu levar a esposa ao hospital da cidade. No entanto, os recursos eram escassos e ambos foram encaminhados à outra instituição de cuidado, localizada numa cidade próxima, um pouco mais desenvolvida. Chegando lá, após exames clínicos, o casal foi informado de que Madalena havia perdido todo o líquido amniótico e que precisava ser transferida para um hospital de grande infraestrutura. Apesar da necessidade de transferência, Madalena contou ter ficado extremamente calma, pois imaginava que chegaria ao hospital e tomaria algum medicamento para sustentar a gravidez até os nove meses. No entanto, não foi isso que aconteceu. Ao passar pelo serviço de triagem da maternidade localizada na capital do estado, Madalena foi encaminhada à enfermaria, onde ficou por três dias, recebendo medicação intravenosa, com o objetivo de acelerar o desenvolvimento do cérebro e dos pulmões do bebê, para que, então, o nascimento pudesse ocorrer em melhores condições. Todavia, a intenção da equipe médica era de permitir que Madalena permanecesse grávida pelo máximo de tempo que fosse possível.

Após três dias de internamento, Madalena sentiu fortes dores abdominais cuja causa era uma infecção contraída pelo feto. Por tal motivo, o nascimento precisou ser antecipado e a equipe médica administrou a medicação necessária para a realização de parto induzido. Algum tempo depois, somente na companhia de Vicente, Madalena começou a sentir fortes contrações. A enfermeira, no entanto, há poucos instantes, havia informado que ela ainda estava com 5cm de dilatação e o bebê só nasceria quando chegasse a 10 cm. Mesmo assim Madalena sentiu que seu filho nasceria antes do previsto e colocou a mão entre as pernas, verificando que, de fato, estava certa. Logo após dizer ao marido que Inácio, seu filho, nasceria naquele instante, o nascimento se

concretizou. Madalena contou que Vicente intencionou amparar o bebê, mas depois recorreu à equipe de enfermagem para finalização do processo. Ela contou ter sentido muita dor, o que atribuiu ao fato de o parto ter sido induzido. Apesar disso, considerou a experiência extremamente rápida.

Uma vez concretizado o nascimento, Madalena pode carregar seu filho nos braços. Ela contou ter experimentado dois sentimentos ao mesmo tempo. O primeiro deles dizia respeito a um amor profundo, impossível de ser descrito ou explicado a alguém que nunca experienciou a maternidade. O segundo se referia ao medo de que Inácio passasse muito tempo sem os cuidados necessários e, conseqüentemente, de que o levassem à UTIN o quanto antes. E assim foi feito. Pouco tempo depois de ter ido ao colo da mãe, Inácio foi encaminhado à unidade de terapia intensiva neonatal, onde permaneceu até o último encontro entre a pesquisadora e a participante, totalizando, na ocasião, 55 dias de internamento. Madalena, por sua vez, ficou internada por três dias na enfermaria da maternidade, recebendo alta logo em seguida. Houve, portanto, a necessidade de deixar as instalações do hospital e confiar os cuidados de seu bebê à equipe de saúde. Embora acreditasse plenamente no comprometimento dos profissionais da UTIN, Madalena se referiu a esse momento como bastante difícil e promotor de estados emocionais negativos.

Durante o processo de internamento, a instabilidade era a única certeza de Madalena. O quadro clínico do filho que, durante os primeiros dias, comportou-se de maneira ascendente a partir do aumento de peso, do fortalecimento da imunidade e da conseqüente saída da incubadora, rapidamente entrou em declínio após a verificação da necessidade de ser realizada uma cirurgia para desobstrução do trânsito gastrointestinal. Posteriormente ao procedimento cirúrgico, Inácio entrou novamente numa curva desenvolvimental ascendente. Entretanto, passada cerca de uma semana da cirurgia, o

bebê contraiu uma infecção que foi tratada por antibióticos. A medicação, por sua vez, também influenciou na imunidade da criança, que entrou num quadro de comorbidade caracterizado pela persistência da infecção e a presença de uma pneumonia.

Diante de condições clínicas precárias, Inácio voltou à incubadora e aos aparelhos de medição de saturação de oxigênio, CPAP e sonda para alimentação. Durante todo o processo, Madalena relatou ter sentido muito medo de perder seu filho. Segundo ela, os médicos e enfermeiros foram de grande auxílio, já que informavam exatamente o que estava acontecendo com Inácio e a incentivavam a permanecer forte para fortalecer, também, o estado de saúde de seu filho. Apesar disso, a participante contou ter sido extremamente difícil manter-se bem, diante da instabilidade clínica de seu bebê, preferindo abster-se de algumas visitas, para não demonstrar sua fragilidade e piorar as condições vivenciadas por Inácio. Segundo Madalena, o estado emocional da mãe influencia diretamente no processo de recuperação do filho. Para a participante, uma mãe que se coloca de maneira fragilizada diante do filho em sofrimento é uma mãe que está, de certa forma, negando a ajuda requerida pelo próprio bebê. Nas ocasiões em que se sentia enfraquecida, Madalena contava com o incentivo do marido e, do mesmo modo, quando Vicente demonstrava fragilidade, era ela quem o acalmava.

Embora tenha relatado constantemente o bom relacionamento com a equipe de saúde e a impossibilidade de reclamar de qualquer aspecto do hospital, considerando a grande infraestrutura voltada para a recuperação de Inácio e a postura dos profissionais de saúde era recorrentemente referida como sensível e comprometida, Madalena vivenciou duas situações que considerou negativas. A primeira delas diz respeito à abordagem incisiva da equipe de enfermagem à participante, ao considerar que ela não havia retirado leite suficiente para a alimentação adequada de Inácio. No entanto, Madalena ia ao banco de leite todos os dias onde retirava mais leite do que o requerido

diariamente, com o intuito de garantir a nutrição correta de seu bebê. Posteriormente, foi verificado que se tratava de um equívoco dos profissionais do setor, o que deixou Madalena bastante contrariada. A segunda situação, por sua vez, foi de extrema gravidade. A mãe de Inácio verificou que o medidor de saturação de seu bebê estava quebrado. Recorreu diversas vezes à equipe de saúde, que, por sua vez, informava que o aparelho estava funcionando normalmente. No entanto, Madalena permanecia o dia inteiro na UTIN, ao passo que a equipe multidisciplinar estava em processo constante de mudança a partir do escalonamento de turnos. Sendo assim, a participante sabia que, de fato, o aparelho não estava em seu perfeito estado de funcionamento e podia estar fornecendo índices equivocados aos médicos e enfermeiros. Somente após muita insistência, o monitor foi trocado e Madalena pode se sentir, novamente, segura.

Na ocasião da última entrevista, a participante contou que estava mais tranquila diante do desenvolvimento do filho. Inácio havia ganhado quatrocentos gramas em pouco tempo e estava, novamente, fora da incubadora. Apesar disso, ainda permanecia com o medidor de saturação e continuava a alimentar-se por sonda. No entanto os médicos estavam otimistas com o progresso do bebê. Ela referenciava este progresso, também, à vontade de Deus. Contou que embora não tivesse religião, sentia-se desejosa de aderir a uma crença religiosa para criar o filho. Ela e Vicente passaram a frequentar a igreja após o procedimento cirúrgico vivenciado por Inácio.

Segundo a participante, na noite de *reveillón*, ela estava experimentando extrema angústia diante do declínio da saúde do filho, porém após visitar a igreja e conversar com o pastor, sentiu-se mais calma quanto ao progresso clínico de seu bebê. Ela contou que o pastor aconselhou-a a entregar seu filho nas mãos de Deus e ter fé, que então, haveria o recebimento de uma boa notícia após a virada do ano. Esta seria a respeito da alta hospitalar de Inácio. Faltando quinze minutos para a virada do ano,

Madalena e Vicente retornaram à maternidade para passarem seu primeiro réveillon ao lado do filho. Inácio estava dormindo, mas pouco tempo depois, acordou e os olhou com bastante atenção e curiosidade, logo depois, começou a chorar, tentando arrancar a sonda. Para Madalena isso foi um indício de que seu bebê estava melhorando e parte de uma experiência que considerou bastante especial.

Por fim, Madalena demonstrou vontade de ser encaminhada ao ambulatório canguru, considerando que no referido contexto seria instrumentalizada quanto aos cuidados adequados e necessários diante da prematuridade de Inácio. Referiu que não se tratava de um bebê normal, de nove meses, e que por tal motivo precisava ser tratado de maneira especial. Afora isso, Madalena verbalizou sua insegurança quanto ao processo de alta. Para ela era mais importante permanecer no hospital, que possuía excelente infraestrutura, do que ir para casa e não ter como socorrer o filho caso fosse necessário.

Na seção subsequente serão analisados cinco episódios significativos evidenciados na narrativa da Madalena, todos eles foram selecionados a partir de o indicador conceitual caracterizado por *ambivalência*.

7.2.1 Episódios – Caso Madalena

Tal como fora referenciado anteriormente, essa seção se destina à apresentação de episódios significativos selecionados mediante cuidadosa leitura da narrativa da participante. Os referidos episódios foram escolhidos a partir da utilização de um indicador caracterizado pelo conceito de *ambivalência* (Abbey e Valsiner, 2004) e se configuram como passagens narrativas características de diferentes processos de emergência semiótica, os quais serão apresentados ao longo da análise aqui realizada.

Ressalte-se que o processo de seleção de episódios supramencionado também levou em consideração a ênfase dada por Madalena às passagens narrativas aqui destacadas, sugerindo a relevância atribuída a cada uma delas. Ademais, a sucessão de encontros realizados entre pesquisadora e participante tiveram a função de ratificar a eleição dos aspectos analíticos aqui compilados. Dito isto, os episódios selecionados para análise e a devida justificativa para sua escolha estão dispostos no quadro abaixo:

EPISÓDIO	Justificativa para a escolha
1) Da intercorrência ao nascimento prematuro	Esse episódio foi escolhido por representar o primeiro contato de Madalena com a possibilidade de tornar-se mãe de um bebê prematuro pela segunda vez. Ademais, constitui-se como uma passagem narrativa carregada de complexidade e de elementos pertinentes à discussão teórica aqui pretendida.
2) O parto induzido	Além de ter sido referido pela participante de maneira bem incisiva, se caracteriza como evento disruptivo central a partir do qual toda narrativa foi desenvolvida. Afora isso, se trata de o acontecimento essencial para o desenvolvimento do presente estudo.
3) Internamento na UTIN	De acordo com a narrativa da participante, sua maior preocupação era com a estrutura do hospital. Nesse episódio é possível perceber a mediação de signos alocados na história pessoal de construção de significados, a partir da utilização de dispositivos semióticos relacionados à perda anterior como mediadores da experiência circunscrita no presente. Para além disso, se constitui como a diferença primordial estabelecida entre as participantes desse estudo: o contexto de cuidado.
4) A intercorrência cirúrgica	Esse episódio circunscreve experiências disruptivas de grande dimensão para a participante ocorridas durante o período de internamento na UTIN. Tais experiências são de grande relevância para o desenvolvimento das elaborações teóricas aqui pretendidas.

5) Infecção, pneumonia e morte

Esse episódio se configura a partir da sucessão de eventos disruptivos promotores de oscilações no estado psíquico da participante. Na ocasião do terceiro encontro o processo de transição diante das rupturas supracitadas estava em curso e se configurou num importante contexto empírico para a compreensão da experiência da participante a partir do referencial teórico escolhido.

Tabela 2

Relação dos episódios do Caso Madalena e respectiva justificativa para escolha

a) Episódio 1 – Da intercorrência ao nascimento prematuro

O presente episódio foi escolhido por representar uma passagem da experiência da participante perpassada por altos níveis de ambivalência e incerteza quanto ao prosseguimento de sua gestação. Diz respeito ao dia em que Madalena percebeu que havia perdido líquido amniótico e considerou tratar-se de um indício de que havia algum problema com sua gravidez.

É importante referir que a participante já havia passado pela experiência de perder um bebê nascido, também, pouco antes de completar sete meses de gestação. Sabe-se que experiências anteriores influenciam a maneira como o indivíduo apreende a situação presente e como lida com as circunstâncias estabelecidas no aqui-e-agora (Valsiner, 2007).

A referida situação teve início quando Madalena acordou e percebeu que havia algo de errado: estava perdendo líquido pouco antes de completar sete meses de gestação. Ao pedir ajuda a Vicente, ambos decidiram que seria mais prudente buscar ajuda médica. No entanto, o médico da cidade resolveu encaminhá-los para outro hospital localizado na cidade vizinha. Ao chegarem lá, Madalena foi submetida a exames clínicos que constataram a perda quase total do líquido amniótico. Alarmado com a situação, o médico orientou que ela fosse transferida para um hospital com maior

infraestrutura, atuando, por sua vez, como facilitador da transferência de Madalena para uma maternidade de referência em gestações de alto risco, localizada na capital do estado. Sobre isto, a participante contou:

“Porque eu comecei a perder líquido em casa, de manhã, e aí meu marido me levou pra Camaçari, o hospital de lá, aí quando chegou lá, que fez o exame, o médico falou que eu já tinha perdido quase todo o líquido. E que eu tinha que vim para cá urgente, para esse hospital, que se ele nascesse lá, não teria suporte. Aí a gente veio, só que até aí eu ainda estava calma, porque eu achei que ia chegar aqui, tomar algum medicamento e ia segurar”.

Este episódio pode ser alocado na categoria **Moderadamente Ambivalente II – B2**, já que a partir de um signo tipo índice caracterizado pelo líquido amniótico perdido em casa, no período da manhã, Madalena foi lançada à condição de ambivalência diante do futuro de sua gestação, o que a impulsionou a buscar ajuda médica. Ao chegar ao primeiro consultório médico foi prontamente transferida. A primeira transferência, por sua vez, pode ter funcionado como intensificador de estados emocionais negativos já vivenciados pela participante. Ao narrar a respeito dessa situação, Madalena referia constantemente o signo *nervosa* como referencial afetivo colado à experiência destacada. Chegando à segunda instituição de saúde, Madalena foi examinada e constatou-se perda significativa de líquido amniótico. Os exames e o diagnóstico do médico funcionaram como signos de representatividade média, suficientemente explicativos para a situação vivenciada, o que permitiu que a participante aderisse à consigna clínica de transferência para uma maternidade de referência.

Outro aspecto de extrema relevância no trecho narrativo destacado acima, diz respeito à experiência prévia de Madalena. Como foi relatado pela participante, ela já havia perdido um bebê com a mesma idade gestacional, a partir de uma intercorrência que antecipou o parto. Com base nesse dado, é possível inferir que Madalena tenha evocado memórias de sua história de vida que serviram de base para a decisão de

prosseguir com a transferência para um hospital com maior infraestrutura. Esta ideia foi corroborada com o trecho narrativo a seguir:

“Antes do primeiro, se falasse em UTI eu dizia ‘ai, não quero ir’, não sei o quê. E quando eu vi que eu precisei de UTIN e não tinha, eu já comecei a ver por outro ângulo. Eu já comecei a ver que UTIN é uma coisa necessária pra esses momentos. Porque como aconteceu com o primeiro, eu precisei e não tive, o segundo quando eu fui pra Camaçari e o médico falou que o bebê ia nascer, que eu já tinha perdido líquido, a primeira coisa que eu pensei foi UTIN. Ai eu falei ‘a gente precisa ir pra um lugar que tenha UTIN’, pra não acontecer o que aconteceu com o primeiro. Porque se tiver, a possibilidade dele sobreviver é maior”.

Embora Madalena estivesse se referindo especificamente a respeito do contexto da UTIN, ela deixou claro que sua preocupação com a infraestrutura do hospital estava intimamente relacionada com sua história de vida, já que na gravidez anterior ela foi informada de que, caso houvesse recursos necessários, seu bebê teria sobrevivido ao nascimento prematuro. Sendo assim, tal como os elementos semióticos caracterizados pelos exames clínicos e pela consigna médica, a evocação mnemônica de uma experiência específica de sua história de vida a orientaram na tomada de decisão diante da novidade emergente no campo sógnico imediato. É importante destacar que Madalena construiu uma possibilidade imaginativa para o futuro ainda incerto a partir do diagnóstico médico e dos exames realizados: ela acreditava que, ao chegar à nova instituição de cuidado, seriam administrados medicamentos que interditarium o nascimento prematuro, permitindo-lhe prosseguir com a gestação até os nove meses. Contudo, ela refutou um signo emergente na semiosfera circundante, caracterizado pela fala do médico ao referir: *“o bebê vai nascer, pois você já perdeu quase todo o líquido amniótico”*. A antecipação projetiva do futuro de Madalena e de seu bebê não abria espaço para que essa possibilidade emergisse de maneira significativa, ocupando lugar secundário no mundo intrapsíquico da participante. Isso ficou claro a partir do seguinte conteúdo narrado: *“Foi inesperado, porque eu não esperava que acontecesse o que aconteceu e quando eu fui transferida pra cá eu não esperava que ele fosse nascer”*.

Ao chegar à maternidade de referência, Madalena foi encaminhada ao serviço de triagem onde foram realizados novos exames. Embora o diagnóstico anterior tenha sido, de fato, confirmado pela equipe de saúde, novas informações foram introduzidas na situação vivenciada pela participante:

“E aí foi tudo diferente, porque eles já falaram que era grave, que eu podia perder o bebê e que eu podia também morrer. Aí eles passaram o medicamento para ver se conseguia manter ele no tempo de tomar os medicamentos para desenvolver o pulmão dele e o cérebro porque era muito pequenininho”.

A partir desse momento da narrativa, o signo *morte* passou a fazer parte da experiência de Madalena. Diante do que fora evidenciado pela equipe médica, havia a possibilidade de ela e seu filho não resistirem ao quadro no qual se encontravam. Apesar disso, os profissionais optaram por administrar medicação com o objetivo de acelerar o desenvolvimento do coração e dos pulmões do bebê, durante o tempo em que fosse possível postergar o nascimento. Este período, por sua vez, foi perpassado por constantes situações nas quais Madalena vivenciou intensivamente a incerteza a respeito da sobrevivência de seu bebê. Sobre isso ela contou:

“Eu cheguei aqui e já esperava dos médicos, quando eu vinha fazer o exame pra ouvir o coraçãozinho dele, eu já ficava assustada. E a medica falava: ‘está ouvindo o coração?’. Ai já aliviava, eu ouvia. Quando demorava de ouvir, que eles ficavam procurando muito, eu já ficava nervosa. Ela dizia ‘não fica nervosa não mãe, ele se mexe muito, seu neném se mexe muito’. E desde a barriga que ele se mexia demais (...)”.

Este trecho narrativo pode ser alocado na categoria **Moderadamente Ambivalente I – B1**, quando o indivíduo adere a signos de força representacional frágil, recorrentemente, construindo e desfazendo significados, a partir de novidades emergentes no campo semiótico circundante. Na situação destacada acima, Madalena se encontrava apreensiva quanto ao estado de saúde de seu bebê. Afora isso, sua própria condição clínica a colocava em posição de alarme. Ao ser submetida ao exame de ultrassonografia, através do qual escutaria os batimentos cardíacos do feto, Madalena

ficava apreensiva, incerta quanto à existência de vida em seu útero. O silêncio funcionava como signo intensificador do estado de apreensão, levando-a a pensar mais efetivamente na possibilidade de morte. Ao ouvir, no entanto, os batimentos cardíacos de seu bebê, os signos *silêncio* e *morte* eram substituídos pelos signos *presença de batimentos cardíacos* e *vida*, fazendo-a acreditar na ideia de que tudo transcorria da melhor maneira possível. Essa ideia era, ainda, reforçada pelo campo sógnico imediato, a partir da fala de um outro significativo personificado no médico: “*não fique nervosa não, seu neném se mexe muito*”.

Após quase três dias completos sendo medicada, Madalena recebeu a notícia de que seu bebê havia contraído uma infecção. A partir de então os médicos resolveram induzir o parto. A novidade emergente na semiosfera circundante intensificou a incerteza vivenciada por Madalena, que, por sua vez, passou a sentir bastante medo de perder novamente um filho. A este respeito, a participante referiu:

“Como foi tudo muito rápido, as únicas coisas que eu sentia mesmo era preocupação e medo, muito medo de perder ele. Eu pedia a Deus o tempo todo que se fosse para levar ele que me levasse, deixasse ele, porque eu sempre quis ter filho e esse daí mais ainda, por ter perdido o outro. Então, esse daí, mais ainda”.

Ao perceber que o parto prematuro se concretizaria, Madalena referiu sua experiência como promotora de estados de preocupação e medo que funcionaram como recursos semióticos mediadores da situação vivenciada e constituintes do significado atribuído pela participante ao evento narrado. Afora isso, diante da possibilidade de perder seu bebê, Madalena se alicerçava na fé em Deus, designando a Ele o desfecho da situação vivenciada. Esse acontecimento pode ser categorizado como **Bifurcação de Trajetória II – C2**, já que diante de grande ambivalência a participante adere a um signo de força representacional rígida para reduzir os níveis de tensão e significar a experiência vivenciada mediante monologização do sistema semiótico. Além disso, a participante realiza uma espécie de permuta imaginária, oferecendo a uma entidade

superior e intangível a sua própria vida em razão da preservação da vida do filho. Esse movimento semiótico foi intensificado pela perda outrora vivenciada por Madalena, através da capacidade reflexiva dos sistemas psicológicos de se distanciarem do aqui-e-agora em busca de recursos semióticos que suplantem os significados construídos na situação circunscrita no presente. É pertinente ressaltar a intensidade da experiência afetiva ora vivenciada pela participante, já que ela se propõe a abdicar da própria vida para que seu filho sobreviva.

No entanto, ao ser questionada se considerava os signos *medo* e *preocupação* como comunicadores de uma intersecção afetiva e emocional entre as vivências de ambas as gravidezes, Madalena disse:

“Eu acho que não. Porque eu tentava diferenciar bastante começando pela minha gravidez. Porque lá na outra, eu sentia muita dor, eu não conseguia comer nada. A única coisa que eu comia era quiabo. Nem água! Até água, se eu bebesse, eu vomitava. E o daí não. O daí foi tranquilo. Eu comia tudo e nem enjoava. Então foi muito diferente. Aí eu lembrava bastante quando eu sentia algo anormal. Então quando eu sentia alguma dor assim, no pé da barriga, eu já imaginava ‘será que vai ser igual ao outro?’. Pedia a Deus pra não ser. E que se fosse que não deixasse eu perder ele, mas eu tentava ao máximo manter a diferença”.

Embora a participante considerasse as duas experiências de gravidez diferentes entre si, o intenso e contínuo esforço em mantê-las dissociadas já funciona como indício para acreditar numa constante *interação semiótica* entre elas. Apesar de os ciclos gestacionais terem transcorrido de maneira diferenciada, a partir da emergência de indícios de anormalidade na gestação de Inácio, tais como dores abdominais, o movimento retrógrado em direção à vivência de perda anterior se concretizava. Recursos semióticos eram evocados mnemonicamente de forma a subsidiar a construção imaginativa futura de que, se havia algo anormal, era possível que seu novo bebê não resistisse, tal qual o recém-nascido anterior. Este movimento semiótico, percebido a

partir da perspectiva da temporalidade, redimensiona a experiência, colocando em foco o caráter processual e complexo da construção de significados.

Observa-se, portanto, uma trajetória configurada numa espécie de hiato no processo de construção de significados, a partir do qual é possível perceber uma série de aproximações entre a experiência anterior de perda e a vivência alocada no aqui-e-agora. As referidas experiências, no entanto, se diferenciam especialmente no que diz respeito ao desfecho configurado mediante o nascimento prematuro.

Com o objetivo de aprofundar a discussão a respeito da experiência vivenciada por Madalena, a seguir serão analisadas as condições de emergência semiótica de eventos narrativos alocados no episódio delimitado pelo nascimento prematuro.

b) Episódio 2 – O parto induzido

Esse episódio diz respeito ao momento em que o nascimento prematuro se concretizou. Tudo teve início quando Madalena soube que seu bebê havia contraído uma infecção e, por tal motivo, a equipe médica resolveu induzir o parto. Ao ser questionada sobre sentimentos e sensações vivenciados nessa ocasião, Madalena relatou:

“Medo, preocupação. Mais medo mesmo, medo dele não resistir, de perder ele. Minha preocupação não era comigo, era mais com ele mesmo. (...) Porque como eu já tive o que aconteceu primeiro, desde quando eu descobri que estava grávida que já comecei a ficar com medo, de acontecer de novo, de eu perder esse, porque eu sempre quis ter filho”.

“E quando aconteceu e eu tive que ir para a sala de parto eu fiquei com medo de acontecer a mesma coisa. Mesmo estando no hospital com suporte, mas sempre a gente fica com medo”.

Madalena se sentia apreensiva quanto ao nascimento de Inácio. Os planos da equipe médica, anteriormente definidos, objetivavam fornecer a medicação promotora

de aceleração desenvolvimental do feto por três dias, ao menos. No entanto, houve a necessidade de antecipar o parto em decorrência do quadro infeccioso já referido. É importante destacar que esta foi a segunda intercorrência vivenciada pela participante durante o ciclo gravídico. A primeira se configurou através da perda do líquido amniótico ainda no ambiente domiciliar e, em seguida, a infecção contraída pelo bebê já na maternidade. Cabe ressaltar que a perda do líquido funcionou como um signo índice, indicando que havia algo errado com a gravidez, ao passo que a infecção se caracterizou como um elemento semiótico advindo do ambiente externo, já que passou a fazer parte do campo sógnico imediato da participante a partir da comunicação estabelecida com a equipe médica.

De acordo com o que foi relatado por Madalena, fica posto que o momento configurado pela notícia de que o parto seria antecipado foi promotor de níveis altos de ambivalência. Inicialmente, pela linearidade pretendida então rompida – o bebê não completaria três dias recebendo estímulo medicamentoso ainda no útero da mãe e, posteriormente, pela evocação de memórias referentes ao filho perdido, também em decorrência de um nascimento prematuro.

Diante desse panorama, os signos *medo* e *preocupação* funcionaram como comunicadores da complexidade afetiva vivenciada por Madalena nos momentos que antecederam imediatamente o parto prematuro. Um aspecto que merece ser destacado é a utilização do signo *medo* de maneira mais incisiva pela participante ao narrar sobre o acontecimento referido, transformando-o num significado coerente para o fato experienciado. Ademais, as recorrentes tentativas de Madalena em se distanciar da experiência anterior de perda, durante o período gestacional, parecem ter perdido a força diante da incerteza instalada acerca do desfecho da nova gravidez. Sabe-se que ao se relacionar com a cultura, o indivíduo se distancia e se aproxima, concomitante e

constantemente, da situação específica na qual está imerso (Valsiner, 2012), sendo orientado por sua própria história de construção de significados. Sendo assim, é possível perceber que ao vivenciar uma situação semelhante à que fora vivida anteriormente, Madalena adere a signos impregnados de afeto e significados, orientados semioticamente pela experiência pregressa.

A partir do que fora explorado nos parágrafos anteriores, cabe-se pensar no movimento semiótico pendular outrora referido, já que, ao evocar mnemonicamente e orientar-se semioticamente através de sua história de signos e significados, Madalena oscila entre o nascimento, o desejo de ser mãe e, portanto, o signo *vida*, ao passo que, ao remeter-se à perda anterior e verificar similaridades entre o passado e o presente, a participante adere ao signo *medo*, intimamente associado à ideia de perda e, conseqüentemente, ao signo *morte*. Diante desse raciocínio, é possível inferir que a verbalização da permuta negociada com Deus, na qual a própria vida é oferecida em troca da vida do filho, funcionou como uma reparação semiótica mantenedora de certo nível de estabilidade diante da situação estressora então configurada.

Ainda na enfermaria, em companhia de Vicente, Madalena passou pelo exame de toque. O obstetra responsável pelo parto verificou, nessa ocasião, que a participante possuía apenas cinco centímetros de dilatação e informou ao casal que o nascimento ocorreria somente quando ela alcançasse dez centímetros, encaminhando-a, no entanto, à sala de parto. Porém, a situação não prosseguiu como esperado. Sobre isto, a participante contou:

“O médico fez o exame de toque em mim e estava com 5 centímetros de dilatação e são 10 centímetros pra nascer. Ai ele falou: ‘Ainda está com 5cm. Daqui a pouco ela vai ter o neném. Leva pra sala de parto’. então as enfermeiras estavam se organizando, preparando a sala de parto, a incubadora e ele nasceu com a dilatação 5cm. E foi muito rápido, quando eu falei ‘meu bebê está nascendo’, que eu vi a cabeça, eu nem tinha colocado as pernas no gancho ainda, ai eu falei ‘meu bebê vai nascer’. Quando eu falei isso ele nasceu. Ai meu marido ainda ia pegar e lembrou

que não podia e chamou elas correndo aí elas foram lá e fizeram o procedimento porque foi muito rápido. Ele foi rápido em tudo”.

O encaminhamento à sala de parto foi realizado de maneira tranquila, pois a participante havia recebido uma consigna médica coerente à situação vivenciada. Sendo assim, Madalena não foi lançada a uma condição promotora de altos níveis de ambivalência, possibilitando alocação do episódio destacado na categoria **Moderadamente Ambivalente II – B2**, na qual o indivíduo adere a um signo de representatividade média para significar um fato, objeto ou acontecimento, em determinado momento de sua trajetória, o qual poderá ser substituído, posteriormente, a partir de novos elementos semióticos emergentes na semiosfera contextual.

É importante referir que o processo de encaminhamento à sala de parto foi alocado na categoria supracitada por ter sido, pouco tempo depois, refutado a partir da concretização antecipada do nascimento prematuro e, conseqüentemente, da emergência de signos rígidos no campo sógnico imediato. No entanto, caberia uma discussão acerca da representatividade do signo configurado pela fala do outro significativo, o obstetra. Ademais, é preciso relativizar a possibilidade de, devido à grande mobilização afetiva envolvida no nascimento, a participante ter perdido de vista a temporalidade envolvida na sucessão de acontecimentos e ignorado a existência de um espaço de tempo suficiente para a continuação e efetivação do processo de dilatação de seu corpo em razão do parto.

De acordo com o que fora relatado pela participante, em decorrência de sensações corporais, ela soube que seu bebê estava nascendo. A partir do momento em que buscou confirmação de que o nascimento havia sido iniciado, Madalena recorreu ao marido para ratificar o acontecimento. Este momento pode ser alocado na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**, já que Madalena foi lançada a uma condição promotora de altos níveis de incerteza quanto ao desfecho do nascimento, que embora

tenha sido referido pelo médico como um evento que aconteceria algum tempo depois, a partir de maior dilatação da passagem da participante, teve início também de maneira antecipada. Ao verificar que, de fato, Inácio estava nascendo, Madalena foi obrigada a enfrentar a situação que se concretizara prematuramente. Posteriormente, a participante aderiu ao signo *rápido* para significar de maneira global a experiência vivenciada: “*tudo aconteceu muito rápido porque meu filho é rápido em tudo*”. Cabe-se destacar que ao longo da narrativa, Madalena se utiliza de o referido signo para atribuir significado a diversos aspectos da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro, condicionando-o a uma qualidade atribuída à personalidade do filho.

Diante do que fora explorado nos parágrafos anteriores, fica posto que o nascimento de Inácio envolveu uma série de acontecimentos inesperados. Desde a verificação de perda de líquido amniótico, perpassando a infecção e consequente necessidade de indução do parto, até à refutação da consigna médica e a antecipação do parto ainda no ambiente da enfermaria. Cabe-se destacar que esse último aspecto ocorreu em diferentes níveis: primeiro no que diz respeito ao ciclo gravídico, depois diante do estímulo medicamentoso cujo ciclo fora interrompido e, em última instância, pelo nascimento concretizado quando se pensava haver somente cinco centímetros de dilatação. Ao ser questionada sobre os sentimentos e sensações envolvidos no momento do parto, Madalena relatou:

“Como foi tudo muito rápido, as únicas coisas que eu sentia mesmo era preocupação e medo, muito medo de perder ele. Eu pedia a Deus o tempo todo que se fosse para levar ele que me levasse, deixasse ele, porque eu sempre quis ter filho e essa daí mais ainda, por ter perdido o outro. Então, esse daí, mais ainda. E ver passando por aquilo tudo o amor aumenta, porque você tá vendo que ele tá em perigo, sei lá, aumenta bem mais. A preocupação aumenta. Porque a gente se preocupa quando ele tá na barriga, a gente se preocupa. Eu senti algumas dorezinhas na gravidez e aí tinha a preocupação de mãe, mas quando chega nesse momento é bem, bem mais intenso. Que a preocupação é maior. E a gente tá vendo ali na cara da gente que a gente pode a qualquer hora perder, receber a notícia...”

Portanto, é possível afirmar que a experiência anterior de perda exerceu significativa influência na maneira como Madalena vivenciou o parto de Inácio. Os signos *medo* e *preocupação* figuraram de maneira recorrente na narrativa da participante, funcionando como comunicadores da complexidade afetiva vivenciada na situação circunscrita pelo nascimento prematuro. É importante referir que, no momento em que diversas intercorrências confluem para um parto de alto risco e, para além disso, inesperado em diversos níveis, se estabelece o movimento semiótico pendular orientado mais especificamente em direção ao signo *morte*. A tendência de significar a experiência a partir do espectro da perda, pode ser verificada no momento em que a participante, novamente, realiza uma permuta imaginária com Deus (aqui funcionando como signo forte e detentor da capacidade de evitar o óbito do bebê), oferecendo a sua vida em troca da recuperação e da sobrevivência de seu filho. Sendo assim, postula-se que embora o nascimento tenha se concretizado, a participante continuou a experimentar altos níveis de ambivalência e incerteza, buscando algum nível de estabilidade ao alicerçar-se na crença em uma divindade. Portanto, essa situação pode ser alocada na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**, diante da monologização do sistema semiótico e adesão a um signo de representatividade rígida, em função da necessidade de reduzir os níveis de tensão experienciados. A incerteza vivenciada se torna ainda mais clara quando a participante refere que a qualquer momento, naquela situação, ela podia ter recebido a notícia de morte de seu bebê, mesmo diante do nascimento concretizado.

Afora isso, Madalena deixa claro que se preocupava com a saúde do filho, ainda no período gestacional. No entanto, a partir da possibilidade de perda iminente, a participante relata acréscimo no amor. É possível pensar que diante da possibilidade de morte, Madalena construiu um significado coerente para a diversidade de estados

emocionais aos quais estava sendo submetida, alicerçado na história de construção de significados ao longo de sua história: *“Se eu já perdi um filho logo fico mais preocupada em perder esse. Fora isso, já que eu posso perder esse e eu desejo tanto ser mãe, meu amor por ele aumentou significativamente em função da perda em potencial”*.

É possível inferir que a interrupção da vida de Inácio seria, para Madalena, um atestado da condição de interdição da própria maternidade em sua trajetória de vida.

Apesar de tantas complicações vivenciadas no período que antecedeu o parto, Madalena pôde segurar Inácio nos braços logo após seu nascimento. Ao narrar sobre esse aspecto específico de sua experiência, a participante começa a deixar claro a existência de um micromovimento semiótico pendular caracterizado pela duplicidade e pelo antagonismo das sensações vivenciadas diante do acontecimento. Afora isso, é importante ressaltar que tal movimento semiótico é perpassado, quase sempre, por níveis variados de ambivalência. Relatando acerca do que sentiu no momento em que teve seu filho em seu colo pela primeira vez, Madalena disse:

“Não sei nem te explicar o que foi que eu senti, alegria, preocupação também, que ele tirasse rápido para ele não morrer e queria que ele ficasse comigo. Foram duas reações diferentes: foi uma querendo que ele ficasse para ficar mais um pouco perto de mim e uma querendo que levasse logo pra salvar a vida dele”.

O trecho narrativo destacado acima sublinha os antagonismos, frequentemente relatados pela participante, diante da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro. É possível inferir que, diante do que foi vivenciado por Madalena e, do mesmo modo, por Maria, a prematuridade se configurou como um fenômeno a partir do qual diversas ambivalências são experimentadas em níveis distintos entre si. Partindo-se dessa ideia, pode-se considerar a possibilidade de haver uma espécie de *ambivalência primordial da prematuridade* caracterizada pela dicotomia *morte X vida*, num continuum existente entre esses dois signos e a tomada de decisão, submetida ao antagonismo projetado nas possibilidades imaginativas referentes ao estado de saúde do

bebê. No segmento da narrativa destacado acima, este antagonismo pode ser verificado no momento em que Madalena narra ter desejado ficar perto do filho logo após o nascimento e, ao mesmo tempo, desejado que Inácio fosse prontamente levado à UTIN.

Como forma de síntese a respeito da experiência do parto prematuro, Madalena se referiu primeiramente à dor e depois à impossibilidade de explicar ou dimensionar o que chamou de *amor de mãe*. Ademais, fez questão de salientar a presença do marido durante todo o processo. A seguir serão apresentados trechos da narrativa que denotam, respectivamente, a dor experienciada no parto e os sentimentos da participante na ocasião do primeiro encontro com o bebê:

“O parto foi rápido, foi doloroso né? Porque parto dói. Mas induzido dói muito mais! Mas foi super rápido. (...)foi parto normal, meu marido presenciou tudo, acompanhou, ele apoiou o nascimento”.

“Eu só chorei, senti um amor que a gente não tem como explicar. Só quando é mãe pra saber. Não tem como definir. É muito diferente! A gente pensa que... Eu mesma pensava que tinha como definir. Quando eu perguntava e as mães falavam ‘ah, não tem como definir’, eu achava que tinha. Eu achava que era igual ao amor que a gente sente pelo marido, que o filho sente pela mãe, mas não é não. É bem diferente. É infinito”.

É possível perceber, a partir dos trechos narrativos elencados acima, o lugar fundamental ocupado pelo marido durante o nascimento de Inácio. Possivelmente, a figura de Vicente se configurou como único ponto concreto de linearidade diante de tantos eventos inesperados. Além disso, o acompanhamento da gestante à sala de parto, principalmente pelo pai da criança, circunscreve uma ideia culturalmente difundida, fazendo parte do imaginário generalizado a respeito da maternidade. Aliás, tal aspecto, por sua vez, foi referido de maneira incisiva pela participante Maria, ao relatar seu encaminhamento solitário ao centro cirúrgico, o que, para ela, foi elemento promotor de estados emocionais bastante negativos. Outro aspecto que merece ser destacado é a construção de um novo significado de maternidade, a partir do qual Madalena ressignificou sua experiência anterior quanto à possibilidade de definir o amor materno.

Mediante o que foi referido pela participante, pôde-se perceber a expressão simbólica de um campo afetivo hiper generalizado de valência positiva. Este, por sua vez, está alocado no extremo do contínuo existente entre *vida e morte*, visto seu antagonismo em direção às situações simbolizadas a partir do campo afetivo de valência negativa emergente diante de experiências configuradas pela possibilidade de perda iminente de seu filho. Tal reflexão, por sua vez, pode ser estendida à participante Maria.

c) Episódio 3 – Internamento na UTIN

Este episódio diz respeito ao período em que Inácio ficou internado na UTIN. É importante referir que foram aqui compiladas, situações nas quais Madalena vivenciou momentos de relativa ambivalência diante do estado de saúde do filho, bem como de seu relacionamento com a equipe de saúde. Cabe ressaltar que foram utilizados trechos narrativos referentes aos sentimentos e sensações da participante, diante do ambiente circunscrito pela UTIN, com o objetivo de contextualizar as referidas situações vivenciadas.

Após o nascimento de seu bebê, Madalena foi encaminhada novamente à enfermaria, onde ficou internada por três dias. Durante seu internamento, a participante pôde visitar Inácio na UTIN. Sobre o primeiro encontro com o filho, ela relatou:

“Eu fiquei triste por ele estar ali, numa incubadora, na UTIN. Mas ao mesmo tempo feliz porque ele teve a UTIN. Porque se ele não tivesse, ele não ia sobreviver. Então tem que agradecer por ter essa oportunidade de ter os cuidados que ele tem aqui. Entendeu? Pra que ele possa ficar bem. Eu sei que tudo que está sendo feito aqui é pra ele ficar bem. Então a gente fica triste, realmente. Porque não é isso que nenhuma mãe quer pro filho. Mas ao mesmo tempo a gente fica feliz, que ele tá tendo a oportunidade que muitas outras mães, muitas outras crianças, não têm. Como o meu primeiro não teve. Porque se tivesse esse suporte que tem aqui, talvez o outro estivesse vivo também. Entendeu?”.

“Porque a incubadora é pra manter a temperatura deles, os aparelhos são de monitoramento, outros pra medicamento. Então são necessários”.

Diante da imagem do filho na incubadora, Madalena vivenciou sentimentos antagônicos, tal qual fora relatado pela participante na ocasião em que segurou seu filho nos braços após o parto. Do mesmo modo que se sentia triste por observar seu bebê na incubadora, com tubos e aparelhos diversos, Madalena se sentia agradecida por ter a oportunidade de oferecer ao filho todo o aparato necessário para salvaguardar sua sobrevivência. É importante ressaltar que, em todo momento, a experiência anterior de perda figurava como balizador da vivência circunscrita no aqui-e-agora. O relato do médico, que realizou seu parto anterior, a respeito da possibilidade de sobrevivência de seu primeiro filho caso houvesse a estrutura necessária, funcionou como uma voz internalizada significativa e promotora de certa estabilidade psíquica diante do contexto da UTIN. Abaixo serão apresentados trechos da narrativa de Madalena que confirmam esta ideia:

“Porque sempre foi dito, pelo primeiro, que se tivesse UTIN, que se tivesse neonatal, que ele ia resistir, que ele não teria morrido”.

“Por ter acontecido com o primeiro, e quando eu fui pra Camaçari o médico falou que ele tinha que vir pra cá, que ele precisava de UTIN, eu já pensei que realmente ele ia precisar. Porque o outro eu perdi. Então pra não perder ele, tinha que ter. Minha preocupação maior era com a estrutura do hospital. Que eu pensava que se fosse pra qualquer hospital não ia ser muito bom pra ele. (...) Que eu sabia que realmente ele precisava. Realmente ele precisa”.

“Antes de Inácio, eu achava que a UTIN era, que se por ventura acontecesse tudo de novo, seria o melhor lugar. Porque foi por falta disso que eu perdi o primeiro filho. Por falta de UTIN”.

Ao afirmar que Inácio de fato precisava da UTIN para sobreviver, Madalena demonstra ter construído um significado coerente com a situação vivenciada: *“a UTIN é necessária para que meu filho sobreviva”*. Tal significado, por sua vez, parece estar intimamente relacionado com a perda do primeiro filho, como dito anteriormente. Afora isso, a semiosfera contextual circunscrita pela unidade de terapia intensiva forneceu à

participante uma série de signos que corroboraram o significado construído, tais como: *equipe especializada, estrutura necessária, oportunidade de cuidado, equipe atenciosa*, como fora relatado por Madalena ao longo de sua narrativa.

Outro ponto importante se refere ao movimento semiótico pendular, caracterizado pela oscilação da construção de significados em torno dos signos de *vida* e *morte*. Ao afirmar que se sentiu triste diante da imagem do filho na incubadora, ressaltando que *nenhuma mãe gostaria de ver o filho naquela situação*, referindo-se ao estado de saúde precário do bebê, Madalena se direciona para o signo *morte*. Por outro lado, considerando o aparato da UTIN necessário para a garantia da sobrevivência de seu filho, ancorando suas certezas em sua história de vida e de construção de significados, Madalena redireciona o referido movimento oscilatório para o signo *vida*.

Após três dias de internamento, Madalena recebeu alta hospitalar. Este acontecimento se configura numa situação perpassada por ambivalência, já que a participante teve que deixar as instalações da maternidade sem o filho nos braços, refutando a regra culturalmente compartilhada de que a díade mãe-bebê, após poucos dias na maternidade, recebe alta hospitalar em conjunto. Sobre tal ocasião, Madalena referiu:

“Eu fiquei internada, fiquei três dias e depois eu fui para casa, e como não tinha lugar pra mim aqui eu ficava indo e voltando”.

“Primeiro, quando eu fui era muito difícil, porque para uma mãe deixar um bebê prematuro precisando dela aqui sozinho, é complicado. Mas depois eu tive que entender que não tinha espaço e que o espaço se tivesse seria para outras mães que moravam mais longe, que é mais difícil do que eu de vim para cá. Aí pela distância também, porque são três horas de viagem e custo, aí eu vinha um dia sim um dia não, dependia do meu dinheiro, ou dois dias não e um dia sim”.

Mediante alta hospitalar, Madalena foi obrigada a retornar à sua cidade, já que o hospital dispunha de poucos leitos para abrigar mães de recém-nascidos pré-termo mais debilitados ou que morassem em municípios mais distantes. Os signos *difícil* e *complicado* foram utilizados pela participante para significar o referido acontecimento,

pelo fato de que não havia possibilidade de permanecer no ambiente hospitalar. Ademais, é possível perceber através do relato da participante, a construção de um significado consistente de maternidade: ainda que houvesse uma equipe multidisciplinar treinada e competente, ao deixar a maternidade e ir para casa, Madalena estava relegando seu filho à condição de solidão, já que era dela que ele precisava naquele momento. Dito de outro modo, independente da condição clínica de um bebê, sua maior necessidade diz respeito à presença e ao cuidado maternos. Diante do impeditivo contextual concretizado na ausência de leitos, à participante não restou escolha senão aderir à referida explicação, resignando-se à única alternativa possível: ir e vir, dia sim, dia não, de acordo com suas possibilidades financeiras. Embora tenha se resignado à única solução, Madalena referiu sentimentos de preocupação e agonia, quando em ambiente domiciliar:

“Eu fui até em casa ontem, anteontem, e eu fiquei agoniada porque eu acho que ele acostuma, né? Acostuma me ver ali toda hora. E passar um dia todo sem vim ver, eu já fiquei agoniada. Falei ‘ele deve tá sentindo minha falta’”.

“Quando eu vou pra casa, algumas vezes, fazer alguma coisa, buscar roupa, por exemplo, eu já durmo preocupada pra chegar logo o outro dia, pra chegar e ver como ele tá. Quando eu chego, o primeiro lugar que eu vou é lá, perguntar aos médicos. Então, mãe de bebê prematuro é preocupação. Preocupação e medo o tempo todo”.

A partir do que fora destacado nos trechos narrativos acima, fica posto que a participante experimentou sentimentos negativos ao ter que deixar o ambiente hospitalar sem o filho. Mediante uma condição difícil de ser modificada, ao menos naquele momento, ela se utilizou dos signos *preocupação* e *medo* para construir uma explicação satisfatória para o acontecimento vivenciado. Afora isso, esses signos deram subsídio à construção de um sentido amplificado a respeito da experiência de tornar-se mãe de um recém-nascido pré-termo: *“ser mãe de um bebê prematuro é preocupação e medo o tempo todo”*. Essa condição de emergência semiótica pode ser alocada na categoria **Moderadamente Ambivalente II – B2**, por se configurar numa busca errática por

signos médios, que fornecessem explicações satisfatórias ao evento experienciado. No entanto, devido à grande reprodução de tal ideia ao longo da narrativa, cabe, pois, discutir a representatividade dos signos referidos e do então significado de maternidade construído pela participante.

Após passar alguns dias oscilando entre ambiente domiciliar e as instalações da maternidade, Madalena conseguiu uma vaga no quarto destinado às mães de recém-nascidos internados na UTIN. Concomitantemente a esse evento, Inácio apresentou avanços desenvolvimentais significativos, a partir dos quais o uso de alguns equipamentos, tais como a incubadora, deixou de ser necessário. Nessa ocasião, Madalena pode segurar seu filho pela segunda vez. Sobre isto, a participante contou:

“Eu tive medo de carregar, porque ele era muito pequenininho, muito molinho. Eu tive medo. Mas ao mesmo tempo eu chorei quando carreguei ele. (...) Mas é uma sensação boa. Você sentir que ele é seu. Eu fico falando toda hora ‘esse é meu, meu neném’. Parar de carregar os outros, agora esse é meu. E às vezes a ficha não cai que é meu. É meu bebê? Ai eu fico assim, parada, olhando. Mas é uma sensação maravilhosa. Melhor vai ser quando eu puder dar banho, vestir, levar pra casa, botar pra dormir. Mas eu já boto ele pra dormir aqui. Boto ele pra dormir, já pego ele sozinha. Porque aí na UTIN a gente não pega eles só não. Elas têm que colocar. Só que eu já pego ele só”.

Madalena se sentiu insegura ao carregar Inácio pela primeira vez na UTIN. Esse medo pode estar associado à dificuldade de executar funções características do exercício da maternidade, no ambiente hospitalar, afinal, a partir da narrativa da própria participante, os cuidados destinados aos recém-nascidos internados da UTIN são de responsabilidade da equipe de saúde. Embora a maternidade de referência tenha uma cultura incentivadora do estabelecimento do vínculo mãe-bebê, ainda no ambiente da unidade de terapia intensiva, devido à condição clínica de alguns bebês a aproximação da díade se torna circunstancialmente dificultada. Ao ser questionada sobre os sentimentos envolvidos na ocasião em que segurou Inácio pela primeira vez no contexto da unidade de terapia intensiva, Madalena explicitou:

“(...) lá dentro é outras pessoas que fica cuidando dele. Você só fica observando. E você carregando não. Você sente que é seu, você pode dar cheiro, você pode colocar pertinho de você. Então eu me sinto mais mãe quando eu pego ele. Quando eu limpo a boquinha, quando eu faço qualquer coisa que eu faço, que não vejo as enfermeiras fazendo, eu me sinto mais mãe. Me sinto melhor”.

Sendo assim, fica posto que o provimento de qualquer tipo de cuidado ao próprio filho fornecia à participante a sensação de exercício concreto da maternidade. O lócus parental, destituído a partir da necessidade de cuidados especiais, decorrentes da condição de prematuridade de Inácio, parece ter sido gradualmente restituído, na medida em que Madalena desempenhava alguma função inerente à condição de parentalidade então conquistada. Essa ideia foi sugerida a partir do trecho narrativo no qual a participante refere: *“eu me sinto mais mãe quando eu faço qualquer coisa”*, referindo-se ao protagonismo assumido em relação cuidado dispensado ao bebê.

É importante referir que a assunção da posição de protagonista no cuidado, possivelmente estava atada ao crescente índice de melhora de Inácio. Partindo-se do pressuposto de que a incubadora funcionava como signo icônico, associado à ideia de fragilidade do estado de saúde do bebê, ao tornar-se desnecessário, a ausência do equipamento acabou por configurar um complexo semiótico associado à ideia de melhora do quadro clínico do recém-nascido. A partir de tal configuração, a participante pôde carregar seu filho no colo o que, além de concretizar o status de melhora de Inácio, pode ter funcionando como recurso simbólico na medida em que lançou a participante para fora da situação circunscrita no aqui-e-agora, abrindo espaço para novas possibilidades imaginativas em relação ao futuro da díade. Ademais, Madalena pôde se lançar semioticamente às situações nas quais carregou outros recém-nascidos nos braços, recrutando sua história de construção de significados para ajustar-se à situação vivenciada e construindo projeções futuras para a relação mãe-bebê fora do ambiente hospitalar. Sabe-se que os recursos simbólicos são facilitadores dos processos

desenvolvimentais do indivíduo ao longo do curso de vida. Afora isso, a experiência bem sucedida de segurar seu bebê forneceu à Madalena a segurança necessária para ultrapassar a mediação realizada pela equipe de saúde, tornado-a apta a retirar Inácio do leito da UTIN por iniciativa própria.

Apesar de ter adquirido maior autoconfiança, Madalena vivenciou uma situação crítica que elevou os níveis de tensão experimentados diante da condição clínica do bebê. Ao carregar Inácio nos braços, a participante percebeu que a oxigenação do recém-nascido sofreu decréscimo, deixando-a alarmada. Ademais, o evento estressor relatado passou a ocorrer repetidamente. Sobre isso, Madalena narrou:

“E já caiu algumas vezes na minha mão, e eu fiquei em pânico, sem saber o que fazer”.

O hábito de tomar a iniciativa ao retirar seu filho do berço foi ameaçado pelo evento referido acima. Diante de um signo rígido configurado pelo número decrescente indicado no monitor do aparelho de medição da saturação de oxigênio, Madalena foi lançada a uma condição na qual experimentou altos níveis de ambivalência. Sabe-se que a queda na saturação de O₂ indica baixa de oxigenação no organismo do recém-nascido pré-termo. Sendo assim, o movimento semiótico oscilatório entre os signos *vida e morte* reagiu de maneira compulsória ao evento emergente na semiosfera contextual, caracterizando uma experiência afetiva mais tarde referida como *pânico*. Sendo assim, ao vivenciar níveis altíssimos de incerteza diante do quadro clínico de Inácio, Madalena acabou por aderir a um signo rígido caracterizado pela *crença no saber especializado da equipe de saúde*, relegando o protagonismo do cuidado ofertado a Inácio aos profissionais da UTIN. Tal acontecimento pode ser alocado na categoria **Bifurcação de Trajetórias II– C2**. É possível inferir, no entanto, que no intermédio entre a adesão a

um signo de força representacional rígida, Madalena se movimentou erraticamente em busca de significados satisfatórios à experiência vivenciada.

À medida que, recorrentemente, seguiu vivenciado situações similares, Madalena maximizou a vigilância diante dos aparelhos utilizados por Inácio. Além disso, por dispensar bastante tempo diariamente às visitas à UTIN, a participante se tornou cada vez mais familiarizada com o contexto de cuidado, promovendo acréscimo no senso crítico diante do funcionamento adequado dos equipamentos. A partir disso, a participante foi capaz de identificar o mau funcionamento do aparelho medidor da saturação e chamar atenção da equipe de saúde. A este respeito, Madalena referiu:

“Eu tive até um problema com o monitoramento da saturação dele, que tava com defeito. (...) quando eu ia e vinha, eu sempre ficava observando. Que eu observo tudo. É meu filho! Então eu fico toda hora olhando. Olho o dos outros funcionando, o dele tá parado. Quando ele cai eu chamo, ‘ó, tá caindo a saturação’. Então eu já vinha observando esse aparelho há muito tempo. Só que elas falava ‘é normal’. Só que tipo, hoje é uma médica, uma enfermeira, mais tarde é outra, amanhã já é outra. Então por mais que uma veja que tá funcionando, a outra vai vim, não tá no horário da outra, a outra vai vim e vai tá funcionando. Mas a gente tá ali o tempo todo. A gente sabe que não tá. Aí eu tive que chamar três ao mesmo tempo e falar ‘Olha, isso aqui é um monitoramento, não tá funcionando. Vocês tomam conta de vários bebês. Se vocês tiverem olhando pra um, olha pro dele e vê que tá assim, tá normal, e tiver acontecendo alguma coisa com ele?’. Aí que trocaram”.

A partir do que foi referido no trecho destacado é possível perceber que a participante exercia papel ativo diante da UTIN. Mediante o comportamento disfuncional do aparelho medidor de saturação, Madalena recorreu a elementos comparativos, tais como os monitores de outros bebês, para confirmar sua impressão. Tal evento pode ser alocado na categoria **Moderadamente Ambivalente I – B1**, na qual o indivíduo inicia uma busca errática por signos de força representacional frágil, colocando-os constantemente em dúvida e substituindo-os por outros signos disponíveis na semiosfera circundante. Neste caso, a participante se sentiu ligeiramente incerta a respeito do funcionamento do monitor medidor de saturação, recorreu à equipe de enfermagem para comunicar o acontecimento e recebeu a consigna de que o aparelho

estava funcionando adequadamente. Posteriormente, ao perceber que realmente havia um problema, Madalena observou o medidor na perspectiva comparativa diante dos outros aparelhos disponíveis na UTIN, ratificando a possibilidade de mau funcionamento e chegando a uma conclusão taxativa para o evento vivenciado. Esse último posicionamento da participante pode ser alocado na categoria **Moderadamente Ambivalente II – B2**, já que a partir da adesão a um signo de representatividade média, Madalena foi capaz de construir um significado coerente para a situação vivenciada, convencendo a equipe médica a trocar o aparelho defeituoso.

Embora Madalena tenha vivenciado situações problemáticas, tais como o evento anteriormente referido e a dificuldade de a equipe multidisciplinar em encontrar o leite retirado por ela diariamente, para proceder à alimentação de Inácio, a participante relatou possuir um bom relacionamento com o quadro de funcionários do hospital, especialmente da UTIN. Sobre isto, Madalena disse:

“Tem muita gente aqui que fala mal, que reclama. Não tem o que reclamar. Mesmo que diga ‘ah, é obrigação deles’, mas têm muitos hospitais que também têm obrigação e o tratamento não é igual. Pelo menos na UTIN, é muito cuidado que eles têm com os bebezinhos. E não só cuidado. Parece que eles criam afinidade, carinho. (...) carrega, fica com pena de ter que fazer algum procedimento quando eles tão dormindo, pede desculpas ‘a titia vai ter que furar’, conversa com eles, entendeu? Então eu só tenho a agradecer aqui pelo cuidado que eles tiveram comigo, quando eu fiquei internada, e que eles tiveram e tá tendo com meu filho”.

“Então, eu vim pra um hospital desse eu só tenho a agradecer aqui. Agradecer às meninas, às técnicas, às enfermeiras, os médicos. Que eles tão lutando pela vida de um desconhecido. Eles tão lutando pela vida do meu filho”.

É possível inferir, no entanto, que o bom relacionamento desenvolvido com a equipe de saúde esteja vinculado, também, à experiência de perda vivenciada anteriormente. Visto que o primeiro filho da participante não pôde ser submetido ao cuidado necessário, os profissionais de saúde passaram a ser alocados no mesmo continuum de significados atribuídos por Madalena à UTIN. Para além disso, as experiências positivas vivenciadas no contexto da unidade de terapia intensiva

circunscreveram um complexo semiótico a partir do qual a participante pôde construir significados positivos diante do internamento do filho e da necessidade de relacionar-se com a equipe multidisciplinar. A partir da referida conjuntura, o impacto do cuidado realizado pelos profissionais de saúde possivelmente reverberou de maneira amplificada no psiquismo de Madalena. Ademais, a maternidade na qual o estudo foi realizado é, de fato, referência na atenção à gestação de alto risco e a recém-nascidos prematuros.

A seguir será analisado um episódio no qual a participante se vê diante de uma situação perpassada por altos níveis de tensão, caracterizada pela ruptura da linearidade configurada no processo de melhora de Inácio. Tal ruptura, no entanto, foi apreendida pela participante como algo normativo diante da condição de prematuridade do filho.

d) Episódio 4 – A intercorrência Cirúrgica

Este episódio diz respeito à ruptura no processo de desenvolvimento de Inácio: a necessidade de passar por uma cirurgia. O bebê vinha apresentando melhoras significativas ao longo do internamento, as quais permitiram sua saída da incubadora e ganho de peso considerável. No dia anterior à verificação da intercorrência promotora da intervenção cirúrgica, Inácio estava pesando cerca de 2,5kg que, diante da política da maternidade, é considerado peso suficiente para propiciar a alta hospitalar. A intervenção foi realizada para que se tomasse conhecimento a respeito do motivo pelo qual o bebê não aceitava o leite materno. A partir do procedimento cirúrgico, foi verificada a existência de uma obstrução entre o estômago e o intestino que, por sua vez, impedia o fluxo natural do alimento no organismo da criança, interferindo nos processos de digestão e absorção dos nutrientes necessários.

A partir da identificação do declínio do quadro clínico de Inácio, Madalena foi lançada a uma condição ambivalente, uma vez que, desde que fora internado na UTIN, seu bebê apresentara somente ganhos desenvolvimentais, caracterizando o acontecimento problemático como uma ruptura na linearidade circunscrita no processo de desenvolvimento do recém-nascido. A tal respeito a participante relatou:

“Em um mês ele tá com 2,4kg! A gente vê muitas mães aqui com o bebê de cinco meses aqui, quatro meses aqui, ainda no CPAP. E o meu só ficou basicamente duas semanas, depois começou a respirar sozinho. Ver outros também de muito tempo, ainda na incubadora, e ele já tá fora. E aí a gente vai só pensando positivo. Só que aí veio o probleminha do leite, ele teve que fazer cirurgia, sem ao menos saber o que ele tinha. Teve que abrir ele pra saber o que ele tinha”.

O trecho narrativo destacado acima deixa claro o processo de desenvolvimento de Inácio. Em trinta dias de internamento o bebê já havia dado sinais de sensível melhora. No entanto, a relativa linearidade vivenciada por Madalena diante do quadro clínico de seu filho foi rompida pela necessidade de realização da cirurgia. Afora isso, a própria cirurgia era, metaforicamente, a representação da condição ambivalente vivenciada pela participante, já que não havia qualquer indicativo do motivo pelo qual o recém-nascido estava rejeitando o leite materno. A intervenção cirúrgica foi, ela própria, uma busca por elementos concretos que pudessem caracterizar a condição de saúde do bebê. De acordo com Madalena, a atitude positiva durante o internamento do filho havia sido rompida por uma intercorrência indesejada e promotora de estados emocionais negativos. Madalena referiu:

“Eles falaram que aqui é como um elevador: um dia você tá lá em cima, outro dia você tá lá embaixo. Num dia você pode receber várias notícias boas, no outro dia você pode receber não tão boas assim ou no outro só notícia ruim. Mas a gente nunca espera receber notícia ruim, principalmente quando você tá vendo só notícias boas. Só desenvolvimento, só bem”.

Diante do que fora referido pela participante, é possível inferir que a partir do recebimento de uma notícia negativa, houve a internalização de uma característica

inerente à prematuridade: a instabilidade. Sendo assim, a intervenção cirúrgica funcionou como um signo de representatividade média, auxiliando Madalena na construção de um significado coerente para a experiência vivenciada. Esse acontecimento pode ser alocado na categoria **Moderadamente Ambivalente – B2**.

O processo de emergência semiótica alocado na categoria supracitada, por sua vez, se prolongou a partir da emergência de novos signos na semiosfera circundante. A emergência do signo *elevador* a partir da fala de um outro significativo, passou a representar satisfatoriamente a realidade vivenciada, dando conta significativamente das instabilidades vivenciadas ao longo do processo de internamento de Inácio, reforçando a internalização de uma característica típica do quadro de prematuridade. Contudo, é importante sublinhar que o caráter satisfatório competido à representatividade do signo diz respeito a uma explicação plausível ao acontecimento, fato ou objeto. Nada tem a ver, todavia, com a construção de um significado positivo diante do contexto da prematuridade, o qual, por muitas vezes, foi referido a partir da atribuição de significados negativos ao longo das narrativas de ambas as participantes. Ainda sobre o caráter oscilatório do quadro clínico de um bebê prematuro, a participante relatou:

“(...) pela prematuridade sempre ter recaída, nunca é aquela questão, como um bebê normal. Nasceu, ficou um tempo no hospital e depois foi pra casa. O prematuro não. Um dia ele tá bem, no outro dia ele não tá. Eu já durmo pensando no outro dia. Se ele vai tá bem. Quando eu vou pra casa, algumas vezes, fazer alguma coisa, buscar roupa, por exemplo, eu já durmo preocupada pra chegar logo o outro dia, pra chegar e ver como ele tá. Quando eu chego o primeiro lugar que eu vou é lá, perguntar aos médicos. Então, mãe de bebê prematuro é preocupação. Preocupação e medo o tempo todo”

O trecho narrativo destacado acima sublinha a voz internalizada da equipe médica no processo de construção de significados acerca da prematuridade. Madalena refere como diferença primordial entre recém-nascidos a termo e pré-termo a condição de instabilidade à qual o bebê prematuro é lançado. Outro ponto que merece atenção diz respeito à vivência de níveis significativos de tensão ao deixar o ambiente hospitalar a

partir de uma necessidade circunstancial. A participante relata estados emocionais negativos através dos signos *medo* e *preocupação* que, por sua vez, passam a ser incorporados a mais um significado construído acerca de tornar-se mãe de recém-nascido pré-termo: “*ser mãe de bebê prematuro é preocupação e medo o tempo todo*”. É importante referir que, ao se distanciar do contexto circunscrito pela UTIN, Madalena vivencia um hiato entre signos concretos fornecidos pelo referido contexto de cuidado e a busca de informações acerca do estado de saúde de Inácio. Este hiato, por sua vez, é perpassado por níveis significativos de ambivalência aos quais Madalena se adapta, evocando mnemonicamente referências semióticas a partir de experiências anteriores vivenciadas no contexto hospitalar. É possível inferir que o nível de tensão entre *saber* e *não saber* a respeito do filho somente é reduzido a partir do retorno à UTIN e da busca imediata por notícias médicas.

Diante do que fora relatado pela participante, é possível pensar que o caráter oscilatório inerente à condição de prematuridade, referenciado pela equipe médica e, posteriormente, internalizado e ressignificado pela participante, reitera a existência do movimento semiótico pendular caracterizado pela construção de significados alocados no continuum existente entre os signos *vida* e *morte* – no espaço simbólico e existencial representado por seus complementares *não-morte* e *não-vida*. Além disso, cabe se discutir a respeito de micromovimentos semióticos pendulares, alocados numa linha temporal contemplada pela experiência de tornar-se mãe de um recém-nascido prematuro, os quais se caracterizam pela oscilação entre signos de menor representatividade, que podem ser compulsoriamente criados e descartados pelas participantes. Outro ponto que merece ser referido é que, a cada novidade, um novo movimento semiótico-pendular tende a acontecer até a retomada da sensação de continuidade diante de um evento disruptivo e inesperado.

Ao relatar a respeito da cirurgia de Inácio, Madalena trouxe à tona o aspecto relacional com a equipe médica da UTIN. De acordo com a participante, foi de extrema relevância a natureza do vínculo estabelecido com as médicas componentes da equipe para fosse desenvolvida uma atitude mais positiva diante da intercorrência da qual seu bebê fora acometido. Isso fica claro a partir do trecho narrativo destacado abaixo:

“Tem uma cirurgiã que é uma senhora médica. Que ela passa segurança pra você. Ela não é médica só ‘ah, seu filho vai fazer cirurgia e pronto’. Ela passa segurança. ‘Oh, seu filho vai fazer cirurgia, tente entregar ele de coração, pense positivo, vai dar tudo certo’. Ela passa positividade pra você. (...) quando eu soube da cirurgia por outra médica eu fiquei triste. Eu chorei, não dormi. Mas depois que ela conversou comigo, eu falei ‘não, pode fazer a cirurgia’. E no dia eu tava super tranquila. No dia da cirurgia dele eu tava muito tranquila. Eu sabia que ia dar certo. E deu”.

Sendo assim, ao tomar conhecimento da intervenção cirúrgica através de uma médica um tanto quanto mais distanciada, Madalena vivenciou estados emocionais bastante negativos. No entanto, ao conversar com a cirurgiã, ela pôde aderir à consigna médica, a qual dizia respeito tanto à cirurgia quanto à atitude que a participante devia procurar assumir diante do quadro clínico de Inácio. Este acontecimento pode ser alocado na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**, já que ao vivenciar níveis elevados de tensão, a participante aderiu a um signo de forte representatividade, caracterizado pela fala da cirurgiã, retornando à condição de relativa estabilidade, o que pode ser ratificado a partir da fala de Madalena ao narrar sua tranquilidade na ocasião da cirurgia do bebê.

A atitude positiva desenvolvida pela participante está intimamente associada à relação com a equipe médica. Ao longo de sua narrativa, Madalena deixou claro o quanto os funcionários da UTIN incentivavam o estabelecimento de uma conduta materna otimista, principalmente quando em companhia do filho recém-nascido. Abaixo estão elencados dois trechos narrativos que denotam, respectivamente, o incentivo da equipe de saúde e a atitude adotada pela participante:

“Porque eu tento, como os médicos e os enfermeiros fala, que teve até a médica que disse que a mãe é o remédio do filho. Que a gente precisa ser forte, passar tranquilidade pro bebê, passar segurança”.

“Quando eu tô triste demais eu prefiro não ver ele. Que se não for pra passar segurança, se não for pra passar sensações positivas pra ele, eu prefiro não passar nada. (...) Ele tá precisando de mim. E não que eu chegue lá e diga ‘oh, não vai dar. Eu tô triste porque você tá doente’. Eu não tenho que passar isso. Pra ele eu tenho que passar ‘oh, eu to aqui. Sua mãe tá aqui, tá te passando força. Você vai ficar bem’. Essas coisas que eu acho que a gente tem que passar pra eles no momento em que eles tão.”.

Embora Madalena se mantenha firme na tentativa de permanecer numa atitude positiva, a condição oscilatória do quadro clínico de Inácio a coloca, constantemente, diante da dificuldade de cumprir tal consigna. Pelo referido motivo, a participante evita realizar visitas à UTIN em ocasiões nas quais se sente demasiadamente fragilizada. Por outro lado, na maior parte do tempo de internamento de seu bebê, Madalena conseguiu manter uma conduta que, para ela, funcionava como facilitadora essencial do processo de recuperação de seu filho. É importante referir, no entanto, que a vivência de emoções negativas é absolutamente natural mediante interrupção abrupta do ciclo gravídico e, nesse caso, do conseqüente nascimento prematuro. Apesar de o posicionamento da equipe multidisciplinar objetivar o estabelecimento de um espaço terapêutico promotor de menores prejuízos à experiência da díade, o acolhimento a estados emocionais negativos se faz necessário nesse contexto já que a experiência materna está à mercê do da oscilação característica da prematuridade. Sobre isso, Madalena contou:

“(...) tudo que a gente sente a gente passa pra eles. Mas às vezes não tem como aguentar. Não tem, não existe. A gente não resiste, chora, mas tem que ficar forte”.

“Eu fico triste por ele estar nessa situação, mas não me sinto culpada não. Porque eu fiz o possível nessa gravidez. Na outra eu até me senti culpada (...). E com esse não. Com esse eu tive um cuidado a mais. Eu acho que é um problema comigo mesmo. Quando eu fico triste é mais pela situação. Tá aqui também não é fácil. Por ele tá passando por isso”.

Diante do que foi relatado nos trechos destacados acima é possível perceber a instabilidade emocional vivenciada por Madalena. Possivelmente a atitude positiva fora significada pela participante como um cuidado materno promotor da melhora do recém-nascido pré-termo diante de um contexto de atenção à saúde constritor das funções parentais. Ao admitir a dificuldade de se manter constantemente nessa postura, Madalena abre espaço para a emergência de sentimentos prejudiciais à estabilidade psíquica experimentada. Ao lançar mão do signo *culpada*, mesmo em perspectiva de negação, a participante constrói uma alternativa semiótica na qual o referido signo, outrora negado, figura como possibilidade de significação coerente para a situação vivenciada.

Além de internalizar a necessidade de se manter uma conduta favorável a partir do incentivo da equipe de saúde, Madalena referiu encontrar no próprio filho a fonte da força necessária para o enfrentamento das adversidades decorrentes da prematuridade.

“(...) no dia que a gente soube da cirurgia mesmo, meu marido começou a chorar. Aí ele foi e apertou o dedo do meu marido. Apertou com tanta força que chega os dedinhos dele ficou tudo branquinho assim. Tipo passando força, entendeu? Falando assim ‘Olhe, não fique assim não. Eu sou assim, pequeno, e tô forte. Por que tá chorando assim? Eu vou ficar bem’. E foi o que aconteceu. Ele ficou bem mesmo. Em quatro dias tinha fechado. Quatro não. Três dias. Ele começou a tomar o leite com quatro. Tava bem sequinho. Ele não teve febre, não teve nenhuma reação”.

“(...) eles são fortes. São tão pequenininhos, mas têm uma força que você não imagina. Eles tão ali lutando pela vida deles e a gente aqui pensando que não vai dar certo. Entendeu?”.

Surpreendidos pela notícia da cirurgia, Madalena e seu marido passaram a vivenciar níveis significativos de incerteza diante do estado de saúde de Inácio. A cena narrada no primeiro trecho destacado acima foi referenciada de maneira bastante significativa pela participante. Diante da possibilidade de perda amplificada pela intervenção cirúrgica iminente e o conseqüente decréscimo do estado de humor, a experiência da participante (bem como a de seu marido) estava então alocada no outro

extremo do movimento semiótico pendular, orientado, portanto, pelo signo *morte*. Todavia, a pressão da mão do bebê acabou por mediar, a partir da mente interpretante da mãe, a emergência de recursos semióticos tais como *passando força* e *eu vou ficar bem*, incontestavelmente atrelados ao signo *vida*. Esse acontecimento pode ser alocado na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**. A partir da experimentação de grande ambivalência, a participante aderiu a um signo de força representacional rígida emergente no campo sógnico imediato, reduzindo os níveis de incerteza vivenciados. Posteriormente, Madalena pôde construir um significado coerente, a partir do qual atribuía ao bebê prematuro a ideia de força e superação.

Afora isso, a ação do bebê configurada na cena narrada, pode ser percebida como signo promotor da construção de um complexo semiótico, cuja função era subsidiar a estabilidade psíquica necessária para que a participante ultrapassasse o momento crítico. Através da evocação mnemônica de símbolos difundidos culturalmente (tais como a mão de bebê que, ainda no ventre da mãe, aperta a mão do médico sugerindo que sua vida estava salvaguardada, utilizada posteriormente como publicidade; ou o reflexo do recém-nascido saudável de apertar intensamente objetos e, até, o dedo da mãe ou de outras pessoas que interagem com ele), a participante pode ter se distanciado do aqui-e-agora, construindo possibilidades imaginativas positivas para o desfecho da situação e significando, por fim, a ação do bebê como símbolo de *força*.

Ademais, o desfecho da intervenção cirúrgica acabou por corroborar a crença constituída por Madalena ao longo da experiência. De fato, após poucos dias de recuperação, Inácio já demonstrava sinais claros de melhora. Além disso, como fora relatado pela participante, o bebê não vivenciou nenhuma reação adversa no processo de recuperação durante os quatro dias que sucederam a cirurgia. De acordo com Madalena:

“Ele foi rápido em tudo, até pra recuperação, só que aconteceu isso aí, se não fosse isso ele já tava em casa. Que o peso dele, ele pega peso rápido, ele se recuperou rápido da cirurgia, ai dentro ele sempre teve estável, saiu rápido do oxigênio”.

Por fim, a necessidade de aderir a signos de representatividade rígida com o objetivo de suprimir os níveis de tensão vivenciados, foi substituída pela emergência de signos médios promotores de maior dialogicidade ao sistema semiótico e suficientemente explicativos para o acontecimento experienciado. A melhora do quadro clínico de Inácio, posterior ao evento cirúrgico, forneceu ao campo sógnico imediato novos elementos semióticos, tais como *saída do oxigênio* e *ganho de peso acelerado*.

O próximo episódio analisado diz respeito à condição extrema de incerteza à qual Madalena foi lançada após aparente recuperação pós-cirúrgica de seu bebê. Afora isso, eventos estressores de grande dimensão ocorreram no contexto da UTIN, amplificando os sentimentos negativos vivenciados pela participante.

e) Episódio 5 – Infecção, pneumonia e morte

Este episódio diz respeito ao período que sucedeu a intervenção cirúrgica de Inácio. Apesar de o bebê ter se recuperado rapidamente do procedimento, sua condição de saúde debilitada o predispôs a contrair uma infecção. Madalena referiu esse momento como bastante difícil e, partindo-se da perspectiva empregada no presente estudo, tratou-se de uma ocasião perpassada por altos níveis de ambivalência. Imediatamente após o recebimento da notícia de quadro infeccioso, Madalena presenciou a morte de outro bebê internado na UTIN. Ademais, após o trágico evento, a participante foi informada de mais uma condição negativa a respeito do estado clínico de seu bebê que, por sua vez, encontrava-se bastante distanciado do processo

desenvolvimental ascendente vivenciado antes da cirurgia. Sobre este período, a participante relatou:

“Esses dias foi altos e baixos. Foi a fase pesada. Antes do natal ele começou...Eu percebi que ele tava muito molinho. Eu comecei a ver que ele tava muito quietinho. Muito molinho, que ele não é assim. Aí eu perguntei pra médica o que ele tinha, aí ela falou que ele tinha pegado uma infecção e que ia fazer os exames pra confirmar. Aí eu já fiquei preocupada, porque um bebê cirúrgico, pegar infecção é meio complicado”.

A participante percebeu uma modificação significativa no comportamento do filho, evidenciada pela diferença interacional vivenciada pela díade. A partir de então, o processo de interação diferenciado emergiu na semiosfera circundante como um signo tipo índice, indicando um possível declínio no quadro clínico de Inácio. O signo *molinho* foi utilizado pela participante para descrever o evento experienciado, a partir de uma conduta comparativa entre o comportamento do recém-nascido antes da intervenção cirúrgica e poucos dias após o procedimento, e o comportamento assumido por Inácio naquele momento. Utilizando-se da capacidade dos sistemas psicológicos humanos de se distanciarem do presente em busca de referências semióticas de experiências anteriores e, conseqüentemente, na capacidade imaginativa de criar possibilidades para o futuro, Madalena construiu um caminho lógico de significados para o acontecimento circunscrito naquele momento: *“meu filho não é quietinho e passou por uma cirurgia, logo se está ‘molinho’ porque há algo de errado com ele”.*

Ao perceber que Inácio apresentava modificações comportamentais importantes, Madalena foi lançada a uma condição de incerteza diante do estado de saúde de seu bebê. Sendo assim, tal acontecimento pode ser alocado na categoria **Moderadamente Ambivalente II – B2**, pois a participante se utilizou de um signo de representatividade média (amparado em sua história de significados) para explicar o evento experienciado. No entanto, ratificar a impressão de que seu bebê estava com o

estado de saúde debilitado elevou o nível de tensão vivenciado, conduzindo a participante à busca por uma explicação mais taxativa. A partir de então, Madalena se dirigiu à médica em busca de mais informações, confirmando que Inácio havia contraído uma infecção. Embora a fala de um outro significativo tenha constantemente funcionado como signo rígido para a participante, a necessidade de confirmação a partir de exames clínicos, também evidenciada pela médica, conservou o estado ambivalente de Madalena diante da condição do filho. Esse movimento oscilatório na busca de dispositivos semióticos satisfatórios para explicar a situação vivenciada parece estar circunscrito numa espécie de *zona de ambivalência e tensão* existente entre as condições de emergência semiótica caracterizadas pelas categorias aqui abordadas. Desse modo, a construção de significados posta nesse ponto da trajetória da participante parece estar num espaço existente entre condições referidas, respectivamente, pelas categorias **B1** e **B2**.

Posteriormente, Madalena referiu ter obtido a confirmação de quadro infeccioso pela equipe médica. A partir de então, os níveis de incerteza acerca do estado de saúde do bebê foram diminuídos mediante os resultados incontestáveis dos exames realizados, realocando a condição de emergência semiótica anteriormente referida, na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**. Todavia, embora a condição ambivalente diante da confirmação ou não da infecção tenha sido reduzida, é possível inferir que o estado de saúde do bebê colocou a participante diante de uma ambivalência generalizada, caracterizada pela incerteza a respeito da sobrevivência do bebê. A partir dos signos *preocupada* (já utilizado por Madalena em outros eventos críticos vivenciados) *bebê cirúrgico*, *infecção* e *complicado*, construiu-se um *complexo semiótico* direcionador do movimento pendular semiótico ao signo *morte*. Dito de outro modo, nessa etapa da experiência narrada pela participante, a conjuntura configurada

pela UTIN, pelo declínio do estado de saúde de Inácio e pelas confirmações clínicas de quadro infeccioso, constituíram um direcionamento semiótico mais proeminentemente direcionado para significados construídos em torno do signo *morte*.

Além do diagnóstico de infecção, Madalena foi surpreendida por mais uma notícia negativa relacionada ao estado de saúde de seu bebê, reforçando o nível de tensão mencionado anteriormente. Sobre isso, a participante contou:

“(...) quando foi depois, dois dias depois, três dias, mais ou menos, que eu fui lá. Porque eu sempre to perguntando o quadro dele. Aí a médica falou que ele tinha pegado pneumonia. Aí eu já fiquei mais nervosa ainda, eu comecei a chorar”.

Passados três dias da confirmação da infecção e da utilização de antibióticos, Madalena recebeu a notícia de que, mediante a baixa da imunidade ocasionada pela medicação, Inácio havia contraído uma pneumonia. Essa nova informação lançou a participante à condição de extrema tensão diante da possibilidade de que seu bebê não resistisse. A esse respeito, Madalena disse:

“De repente, acontecer isso e de repente ele voltar tudo de novo, aí é meio difícil de aceitar. Chorei muito quando eu vi ele naquela situação. Saturação caindo. Mas a gente tem que ter fé, acima de tudo. Confiar em Deus, e pensar que tudo vai dar certo”.

O declínio desenvolvimental de Inácio foi, portanto, vivenciado pela participante com muita dificuldade. A postura associada à necessidade de fortalecimento diante do bebê, anteriormente assumida, deixou de ser possível de ser alcançada. Diante da fragilidade então experimentada, Madalena recorreu à *fé em Deus* para amparar-se emocionalmente, circunscrevendo o processo de emergência semiótica na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**, quando em razão de elevado nível de incerteza, o indivíduo recorre a um signo rígido para restaurar sua integridade psíquica, através da monologização semiótica do sistema psicológico diante de determinado acontecimento. É possível pensar que a incerteza vivenciada a partir do diagnóstico de Inácio, representada pelos signos *molinho* e *infecção*, foi destituída a partir do

diagnóstico oficial de *pneumonia* em comorbidade com outro quadro infeccioso. Logo em seguida, no entanto, a ambivalência existente a partir dos signos *vida e morte* reestabeleceu níveis significativos de incerteza experimentados pela participante, principalmente por se tratar de uma tensão existente em um nível mais generalizado e complexo de o processo de construção de significados ora verificado no contexto da prematuridade. Processo esse intensamente carregado afetivamente. Desse modo, cabe-se discutir a ocorrência do movimento semiótico-pendular através de ambivalências secundárias que, por sua vez, subsidiam a ambivalência dominante caracterizada pela polaridade *vidaXmorte*.

Para além disso, outro recurso semiótico foi utilizado por Madalena a partir da adesão à fala de um outro significativo caracterizado pela mesma médica outrora mencionada pela participante, Melissa. Sobre isso, a participante referiu:

“(...) ela me informou também ‘oh, ele vai ter que usar essa sondinha de novo, mas é só pra avaliar ele, mas nada de ter pena que seu bebê não precisa de pena. Tem que ter força. Tem que passar força pra ele’. Carregou, conversou com ele. E isso é bom, porque a gente, do jeito que tá fragilizada, receber força de um médico, é melhor! Porque os médicos sabem realmente o que tá passando com ele. Entendeu?”

Apesar da interação com a equipe médica ter sido considerada pela participante como ferramenta fundamental para aquisição de certa estabilidade emocional, os acontecimentos circunscritos no ambiente da UTIN funcionavam como recorrentes promotores de estados afetivos negativos. Em uma das visitas realizadas a Inácio, Madalena assistiu a uma cena bastante impactante e ansiogênica: a morte de um recém-nascido internado no leito ao lado de seu próprio bebê. O referido acontecimento foi narrado pela participante no trecho destacado abaixo:

“Aí o bebê da colega faleceu, lá no quarto. Aí eu vendo tudo aquilo, o bebê dela também foi bebê cirúrgico, também pegou infecção, só que da infecção pegou fungos, aí morreu. E eu vi tudo, porque quando eu fui ver o meu filho, o bebê dela os médicos tavam reanimando, intubando. Eu vi tudo. Aí quando eu saí ela tava chorando. Aí eu ainda tentei ajudar, só que eu acabei chorando também. Aí aquilo já ficou na minha mente. Aí já começou a ver por outro lado. Porque eu tento, como os médicos e os

enfermeiros fala, que teve até a médica que ela disse que a mãe é o remédio do filho. Que a gente precisa ser forte, passar tranquilidade pro bebê, passar segurança. Só que eu não tava mais conseguindo fazer isso. Que eu tava vendo meu filho piorando e vi a situação do outro bebê. Aí ficou muita coisa na minha cabeça”.

Afora a natureza negativa da cena que fora trazida à tona pela participante, havia alguma similaridades entre o recém-nascido que falecera e o filho de Madalena. Os signos *cirúrgico* e *infecção*, vistos pela participante como intersecção entre Inácio e o bebê que chegou a óbito, funcionaram como gatilhos semióticos para a antecipação imaginativa de um futuro possível, porém indesejado. Madalena, a partir desse momento, sofreu intensificação da incerteza diante do desdobramento do quadro clínico de Inácio e um acréscimo significativo na experiência de medo, frente à possibilidade de morte iminente. Ademais, a atitude positiva incentivada pela equipe de saúde, e apreendida por Madalena como consigna primordial no que diz respeito à evolução do estado de saúde de seu bebê, deixou de ser algo possível de ser sustentado nesse momento específico do curso de vida da participante. Perante o quadro infeccioso e a pneumonia e, para além disso, a audiência direta da morte de um recém-nascido pré-termo, Madalena se sentiu incapaz de permanecer otimista quanto ao desfecho do internamento de seu filho, mesmo sob constantes tentativas de Vicente. Sobre isto, Madalena disse:

“(...) o outro bebê dela era maior que o meu, mais esperto que o meu. O dela foi de nove meses. Todo mundo brincava com ele aí. Era do lado do meu bebêzinho. E vê a situação que ela ficou, parecia que era comigo. Então eu acho que foi isso que me desestabilizou. E meu marido também falou ‘você não pode ficar assim, que ele tá precisando de você agora. Você desse jeito só vai piorar’. Eu falei ‘não, não consigo. Eu sou humana também’. Não adianta tá o tempo todo tentando ser forte, pra passar uma segurança pra ele, que vai chegar uma hora que a gente fraqueja. A gente não guenta. E foi o que aconteceu comigo”.

A partir do que fora relatado pela participante, fica posto o grau de fragilização vivenciado diante desse acontecimento. Mesmo com o apoio veemente do marido, Madalena se sentia incapaz de sustentar o otimismo dos primeiros dias de internamento

de Inácio. Outrossim, é possível perceber que o movimento comparativo realizado pela participante entre o bebê que falecera e seu próprio filho resvalava, também, nas diferenças existentes entre eles. No entanto, as referidas diferenças se alicerçavam na ideia de que o recém-nascido falecido se resguardava em condições clínicas e desenvolvimentais mais favoráveis àquelas nas quais Inácio se encontrava. Sendo assim, o referido trecho narrativo trouxe à tona as dificuldades vivenciadas por Madalena em aceitar outra possibilidade senão o desfecho marcado pelo signo *morte* para o estado de saúde então apresentado pelo seu bebê.

A situação crítica vivenciada por Madalena foi amplificada pela participação involuntária na cena de morte de outro recém-nascido. É possível inferir que a trajetória de vida da participante, marcada pela morte de um filho por ocasião de um nascimento prematuro, influenciou no posicionamento empático assumido por ela diante da colega que acabara de perder o bebê. Para além disso, é pertinente pensar que a posição caracterizada pela empatia, então assumida por Madalena, pode estar atrelada aos acontecimentos componentes daquele ponto de sua trajetória. Este, por sua vez, caracterizado por uma série de eventos estressores e altamente mobilizadores afetivamente.

É importante ressaltar que embora a evocação de conteúdos anteriormente vivenciados influencie no modo como o indivíduo experimenta o acontecimento alocado no aqui-e-agora, o campo sógnico imediato, circunscrito pela UTIN, forneceu à participante uma série de elementos semióticos promotores de crescente tensão diante das condições de saúde de Inácio. Levando-se em consideração o panorama apresentado, é possível pensar que tal evento promoveu, inicialmente, uma busca errática por signos que suplantassem uma explicação satisfatória para o que fora experienciado. No entanto, considerando-se os níveis de ambivalência experimentados e

a dificuldade de aderir ao significado sugerido pela sequência de acontecimentos vivenciados (obstrução, cirurgia, infecção, pneumonia e morte), a participante se refugiou na incerteza, retornado à condição nula de emergência semiótica. Sendo assim, o referido acontecimento pode ser alocado na categoria **Bifurcação de Trajetórias I – C1**.

Não obstante, as frequentes visitas de Madalena às instalações da UTIN a colocavam diante de novas notícias acerca do estado clínico de seu filho. Neste período, todavia, as notícias não figuravam de maneira positiva. Sendo assim, cada vez mais emergiam, na semiosfera circundante, signos que deflagravam o declínio da saúde de Inácio e intensificavam o caráter oscilatório da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro, vivenciada pela participante. A oscilação característica da prematuridade, portanto, promoveu o retorno à condição de ambivalência experimentada mediante os acontecimentos referidos anteriormente. Ao ser questionada sobre tal período, Madalena relatou:

“Eu já não sabia mais o que fazer. Eu pedi a todos os meus conhecidos pra orar, meus amigos, minha família. Aí eu fui pra igreja. Aí chegou lá o pastor falou umas coisas lá comigo. Falou que eu ia levar ele pra casa, que antes do ano novo eu ia receber uma notícia boa. Que era pra eu aliviar meu coração. Aí eu já vim mais tranquila depois da igreja. Aí eu falei com meu marido. Ele falou que tava todos os dias, 3h da manhã, fazendo oração por ele. Aí eu melhorei um pouquinho. (...) Isso foi dia 24”.

Com base no que fora explicitado no trecho destacado acima, é possível pensar que mediante a intensificação de incerteza a respeito do prognóstico do filho, Madalena recorreu a um signo de representatividade rígida, *fé em Deus*, para garantir certa estabilidade diante do período crítico então vivenciado, alocando o referido acontecimento na categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2**. Ademais, é importante ressaltar que o signo rígido representado pela *fé em Deus* foi concretamente representado pela Igreja, o templo para onde a participante se dirigiu, e pela fala de um

outro significativo caracterizado pela figura de o pastor que, por sua vez, proferiu palavras confortadoras, segundo Madalena, que funcionaram como signos promotores de um novo processo de autorregulação diante do contexto vivenciado e de retomada de certa sensação de continuidade.

Ao retornar à maternidade, Madalena se dirigiu à UTIN, como sempre fazia após algum período distanciada das instalações do hospital. Todavia, notícias recebidas não foram boas. O estado de saúde de Inácio havia sofrido novo declínio, o que fora comunicado pelo médico:

“Quando foi dia 25, o médico falou comigo que ele não tava bem, que ele tava muito mal. Que ele não tava aceitando a dieta, ele tava botando muito resíduo pra fora. Já tava saindo sangue. Tava sangrando pelo nariz também. Aí eu fiquei mais preocupada ainda, mas eu confiei. Eu confiei em Deus. Entreguei em nome de Deus”.

Diante de uma situação impossível de ser evitada, Madalena permaneceu alicerçada no signo rígido *fé em Deus* como única saída semiótica possível para os acontecimentos sucedidos com seu bebê. De acordo com a participante, a partir do momento em que percebeu que a recuperação de seu filho estava para além dos esforços exaustivos realizados por toda a equipe multidisciplinar, decidiu aderir a uma vertente religiosa. É importante sublinhar que no primeiro encontro ocorrido entre a pesquisadora e a participante, esta se declarou dissociada de qualquer religião ou pensamento religioso. Ratificando o seu posicionamento a partir da postura do marido que, segundo Madalena, era completamente avesso a qualquer culto ou crença dessa ordem. É possível inferir que esta modificação foi precipitada pela necessidade de enfrentamento de situações críticas associadas à experiência de tornar-se mãe de um recém-nascido pré-termo. Afora isso, Madalena aderiu a um discurso culturalmente difundido, segundo o qual salienta-se a necessidade de educar crianças a partir de uma orientação religiosa, garantindo, assim, a idoneidade e estabilidade emocional diante das mazelas do mundo. Sobre isto a participante referiu:

“Agora eu vou ter (se referindo à religião). Agora eu preciso ter uma. Inclusive eu já falei pra Deus que eu vou criar meu filho na igreja. Que eu acho que é o melhor caminho. O mundo de hoje não é... Não é fácil criar um filho no mundo não. Não é fácil mesmo. O mundo tá muito difícil pra criar um mundo assim longe de Deus. E até meu marido também, que não gostava nem que falasse de igreja, vai. Ele tá indo pra igreja (...).”

A partir do que foi relatado no trecho acima, fica posto que a decisão de adesão à religião foi endossada pela mudança de comportamento também apresentada pelo marido da participante. Ademais, é importante salientar que o trecho destacado diz respeito à narrativa em torno de um período crítico, configurado pela morte do recém-nascido que ocupava o leito ao lado de Inácio e os recorrentes decréscimos sofridos pelo estado de saúde do bebê. Sendo assim, ao referir *eu preciso ter uma*, a participante alocou a filiação religiosa num status de necessidade. Inferiu-se, portanto, que essa nova necessidade disse respeito ao processo de autorregulação, vivenciado a partir da ida à Igreja e, conseqüentemente, da emergência de novos signos no campo sógnico circundante, dentre eles o signo *fé em Deus*

Com o passar dos dias, as notícias provenientes da equipe médica da UTIN foram subsequentemente ascendendo à condição positiva, ratificando a postura da participante diante da nova necessidade identificada. Sobre as informações recebidas acerca do quadro clínico de Inácio, Madalena disse:

“(...) ele foi tomando os antibióticos, foi melhorando mais, a infecção diminuiu. A médica falou que a pneumonia era só duas manchinhas nos pulmões. Que já tava melhor também. Aí quando foi no dia 31, não, no dia 26, 27, ele parou de sangrar. O sangue parou, do nariz também. Aí quando foi dia 31, o mesmo médico que falou pra mim que ele não tava bem, falou comigo que ele tava ótimo. Que ele só precisava, agora, pegar a quantidade de leite certo. Que ele já tá, tá saturando bem, o O2 tá bem melhor, não tá mais caindo direto, a infecção já tá quase toda curada, a pneumonia também já curou, o sangue cessou, ele parou de botar resíduo pra fora. Então foi altos e baixos”.

A monologização do sistema semiótico em função da adesão a um signo de representatividade rígida, se configurou como escolha adaptativamente funcional para a

participante. Ademais, ao significar a experiência vivenciada entre o declínio de saúde de Inácio e a ascensão de seus índices desenvolvimentais como um período de *altos e baixos*, a participante acaba por reiterar a ideia de oscilação inerente à prematuridade. Outrossim, a partir da perspectiva do presente estudo, a característica oscilatória referida por Madalena ratifica a existência de um movimento semiótico pendular, alocado no continuum existente entre os signos *vida e morte*. No entanto, é importante referir que o espaço existente entre os signos alocados nos extremos do movimento pendular é composto de micromovimentos semióticos pendulares, precipitados por uma sucessão de microrrupturas que promovem a quebra da linearidade pretendida, intensificando a construção de significados acerca da experiência vivenciada, tornando-a, por vezes, compulsória.

Mediante a vivência alocada neste episódio, caracterizada por intercorrências inesperadas e promotoras de agravamento do estado de saúde de seu bebê, Madalena referiu se sentir segura diante da equipe multidisciplinar e das instalações da UTIN. Por tal motivo, revelou certo receio de receber alta hospitalar, já que os cuidados com Inácio estariam somente sob sua responsabilidade. Sobre isso, a participante relatou:

“(...) tem muita gente que fica ‘ah, eu quero logo ir com meu filho embora pra casa’, eu também quero que ele vá. Mas se for pra ele ficar aqui e ir pra casa 100%, eu prefiro que ele fique. Como essa infecção que ele pegou aqui. Ele pegou aqui. Teve os cuidados logo. E se fosse em casa? Seria muito difícil. Então se for de acontecer qualquer coisa, que aconteça logo enquanto ele tá aqui. Pra ele ir pra casa todo bom. Que não vai ter a mesma coisa. Não vai ser a mesma coisa. Que aqui tá tudo rápido. Caiu a saturação dele, os médicos já tá tudo ali pra colocar o aspirador. Porque se for pra casa, daqui até a gente levar em algum lugar”.

“Porque aqui a gente tá vendo pelo monitor quando a saturação tá caindo. E lá vai ter que ser no olhometro mesmo. Eu vou ter que saber quando ele não tá bem. Ter que saber o que fazer. Então isso me preocupa”.

Diante dos trechos acima, é possível inferir que as projeções imaginativas acerca do período pós-alta hospitalar são influenciadas por certa debilidade na

autoconfiança que, por sua vez, parece estar vinculada à realização de cuidados maternos e a sua eficácia perante as características desenvolvimentais de um recém-nascido pré-termo. Essa ideia pode ser ratificada a partir do seguinte período narrado por Madalena:

“Eu falei até pro meu marido que eu não vou dormir, por um bom tempo. Eu vou ficar o tempo todo olhando se ele tá respirando. Se ele tiver muito quietinho eu vou lá ficar olhando, se tá mostrando que ele tá bem. Eu acho que eu vou ficar, ainda, meio traumatizada”.

O caráter oscilatório e extremo da prematuridade e, particularmente, aquilo que fora experimentado pela participante, circunscreveram sua experiência de maneira idiossincrática. Ademais, projeção imaginativa de um futuro permeado pela insegurança diz respeito, também, à experiência anterior de perda e à história de construção de significados da participante. Para além da dificuldade de projetar o período pós-alta sem intercorrências, Madalena significou sua experiência como algo que ultrapassa os limites do exercício da maternidade, condicionando o transbordamento das funções maternas à prematuridade e à interdição do processo de planejamento da chegada de um bebê a termo. Sobre isto, ela referiu:

“(...) eu sempre falei que eu ia ter muito amor pelo meu filho, que eu ia cuidar, ia fazer o possível. E eu to fazendo mais do que o que eu já fazia. Porque eu tinha esse pensamento em ele nascer normal, como qualquer bebê, nove meses, com tudo arrumadinho, quarto, as coisinhas compradas. E aí, como ele veio antes, eu to passando o que eu queria passar, antes do tempo. E mais intenso, por conta da preocupação e o medo. O medo de perder. Que o meu medo maior é esse”.

De acordo com Madalena, a experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro se assemelha ao que ela pensava sobre maternidade no que diz respeito ao amor, ao cuidado e à realização de tudo quanto for possível para garantia da vida e do conforto do filho. No entanto, a interdição da construção do quarto e da aquisição de acessórios necessários para acomodação de um recém-nascido é identificada pela participante como uma diferença básica entre dar a luz a um bebê pré-termo e dar a luz a um bebê a

termo. Ademais, Madalena significa a maternidade diante da prematuridade através do signo *intenso*, considerando-a maximizada diante daquilo que considera ser o exercício da maternidade normatizado, comum. Essa intensidade, por sua vez, está associada ao *medo* e à *preocupação*.

Destaca-se que, ao sublinhar o signo *medo* como representativo de sua experiência diante da prematuridade de Inácio, a participante abre espaço para uma amplitude de fenômenos afetivos não claramente delimitados. Todavia, a partir do momento em que outro signo emerge, tal qual o signo *medo de perder*, o signo utilizado anteriormente passa circunscrito por uma especificidade que limita a sua amplitude semiótica. Neste caso, o signo *medo* passa a figurar como *medo de perder* e, por sua vez, se interliga com o caráter oscilatório da prematuridade, produzindo o significado hierarquicamente majoritário da experiência vivenciada: “*meu maior medo é esse, o medo de perder meu filho*”.

Na próxima seção serão discutidos os processos de emergência semiótica ora referidos, a partir das elaborações teóricas compreendidas pela articulação dos construtos denominados de *microrrupturas* e *movimento semiótico-pendular*. Para além disso, serão explorados aspectos pertinentes do processo de construção de significados numa perspectiva comparativa entre os casos abordados nesse estudo.

8. DISCUSSÃO - POLARIDADE *MORTEXVIDA*: SIGNIFICADOS DE MATERNIDADE CONSTRUÍDOS NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE

No presente capítulo serão abordados os principais significados de maternidade construídos pelas participantes a partir da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro. Outros significados poderão ser utilizados, ao longo da discussão, como elementos de contraposição entre aquilo que se imaginava a respeito da transição ao lugar materno e a maneira como os acontecimentos se sucederam concretamente. É importante sublinhar que os processos de emergência e mediação semiótica são aqui compreendidos numa dinâmica desenvolvimental tangenciada por experiências afetivas que, por sua vez, são comunicadas através de signos. Nessa perspectiva, a experiência de dar a luz a um recém-nascido pré-termo e, posteriormente, de vivenciar o internamento a partir de um contexto de cuidado específico (ou dois, como no caso de Maria), abarca uma série de recursos existenciais compreendidos entre o afeto (os sentimentos; as sensações) e o conteúdo narrado pelas participantes. Dito de outro modo, é preciso deixar claro que as análises realizadas no presente estudo dizem respeito à abordagem teórica dos acontecimentos a partir da Psicologia Cultural, levando-se em consideração todo subtexto desenvolvido por cada mãe, em particular. Não obstante, não há qualquer pretensão de abarcar a experiência afetiva das mães acessadas em toda sua complexidade.

Afora isso, as elaborações teóricas derivadas dos processos analíticos compreendidos no presente estudo também serão objetos dessa seção, tomando-se como elementos principais as condições de emergência semiótica identificadas a partir de episódios perpassados por ambivalência de acordo com os objetivos do trabalho, bem como a construção de dispositivos teoricamente embasados facilitadores da

compreensão do objeto de estudo, em particular os construtos: *microrrupturas* e *movimento semiótico-pendular*.

A partir dos casos analisados foi possível perceber que a construção de significados de maternidade (bem como acerca do MC e da UTIN) se deu a partir do diálogo constante entre as mães acessadas, seus respectivos parceiros, a equipe multidisciplinar componente de cada ambiente de atenção à saúde do recém-nascido pré-termo e as mães dos demais bebês internados. Ademais, a trajetória pessoal de cada uma das participantes exerceu forte influência na maneira em que foram internalizados os discursos normativos de maternidade e as idiossincrasias verificadas em cada experiência específica. Sublinha-se, no entanto, as modificações percebidas no processo de construção de significados de maternidade como inerentes à relação dialógica estabelecida com o outro e com o contexto circundante, ocorridas no tempo irreversível em função de sucessivos acontecimentos emergentes (*microrrupturas*).

Adotando-se alegoricamente o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento, de Bronfrenbrenner (2005), com o objetivo de organizar inicialmente a discussão aqui pretendida, é possível observar que a construção de significados de maternidade se deu a partir de diferentes níveis: a) **individual** – sentimentos e emoções vivenciados pelas mães acessadas ao longo do internamento de seus filhos; b) **microssistema** – caracterizando a prematuridade como contexto a partir do ambiente de cuidado no qual a experiência sofreu constante desdobramento mediante a interação da participante com seu bebê, com a equipe de saúde, com o parceiro e com as mães dos demais recém-nascidos internados; c) **mesossistema** – compreendido pela maternidade de referência com sua cultura e política de funcionamento às quais promove o incentivo da aproximação da díade mãe-bebê em qualquer fase do internamento do recém-nascido (aqui está incluída a intersecção entre os contextos de cuidado e, portanto, a

possibilidade de migrar de um microsistema para o outro); d) **macrossistema** – compreendido pelos discursos canônicos culturais a respeito da maternidade. Cabe-se sublinhar que o modelo aqui adotado prevê o caráter dialógico dos campos interativos, compreendendo os contextos de desenvolvimento como sistemas em constante relação de interdependência e em recíproca interação (Bronfenbrenner, 2005).

Apesar de verificar-se o constante diálogo entre os diferentes níveis contextuais nos quais as participantes acessadas estavam imersas, serão abordados de maneira mais proeminente, no presente estudo, o **nível individual** e o **microsistema**. É importante ressaltar, no entanto, que a prematuridade pode ser compreendida, em si mesma, como um contexto comum ao qual ambas as participantes foram submetidas, diferenciando-se, todavia, a partir do contexto de cuidado nos quais seus bebês estavam internados na ocasião da realização das entrevistas.

No **nível individual** foram abarcados os aspectos afetivos vivenciados por cada uma das mães durante o processo de internamento de seus filhos, bem como pensamentos e sensações evocados a partir dos acontecimentos ocorridos. Já no **nível micro** foram identificadas relações dialógicas entre as participantes e seus companheiros, a equipe de saúde e as mães de outros recém-nascidos internados, a partir de um posicionamento de self dominante, caracterizado pelo *Eu-mãe*. Afora isso, é importante ressaltar a influência constante do **macrossistema** na medida em que as participantes, bem como a equipe de saúde, reproduziam recorrentemente discursos culturalmente compartilhados a partir de enunciados imbuídos de significativa canonicidade, principalmente acerca da maternidade e do posicionamento materno diante do recém-nascido pré-termo.

Dessa forma, sublinha-se que embora os aspectos idiossincráticos de cada experiência de maternidade, em particular, bem como o contraste elucidado entre os

contextos de cuidado tenham sido o foco deste estudo, o **macrossistema** é compreendido como uma grande matriz cultural, sócio-histórica, de natureza semiótica (Rossetti-Ferreira, Amorim & Silva, 2004), na qual estão imersos os aspectos aqui analisados.

Diante do que fora referenciado nos parágrafos anteriores e da representação alegórica realizada a partir do modelo Bioecológico de Bronfenbrenner, serão abordadas, nas seções subsequentes, características idiossincráticas e dialógicas das experiências analisadas a partir do seguinte eixo organizador: a) Microrrupturas e Movimento Semiótico-Pendular; b) O processo de emergência semiótica através da ambivalência; c) O processo de mediação semiótica na reorganização de I-positions. Ademais, serão propostas algumas considerações acerca da força representacional dos signos.

8.1 A PREMATURIDADE COMO EVENTO DISRUPTIVO CARACTERIZADO POR MICRORRUPTURAS NORMATIVAS E O MOVIMENTO SEMIÓTICO-PENDULAR

Mediante análise dos casos apresentados foi possível perceber uma característica comum à experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro: a instabilidade vivenciada. Sabe-se que a condição de prematuridade é por si mesma, compreendida como um estado eminentemente marcado por flutuações e instabilidades no que diz respeito ao quadro clínico do recém-nascido pré-termo, como referido na revisão de literatura ora apresentada. Tal como foi relatado por Madalena, “*é como um elevador: um dia você tá lá em cima, outro dia você tá lá embaixo. Num dia você pode receber várias notícias boas, no outro (...) só notícia ruim*”. Todavia, considerando a experiência materna como elemento central e o arcabouço teórico-metodológico aqui

empregado, torna-se possível ampliar o raio de discussão a fim de compreender o objeto de estudo sobre bases microgenéticas e semióticas.

Analogamente à condição inerente à própria prematuridade, a experiência materna nesse contexto é permeada por constantes instabilidades, principalmente no que se refere ao processo de emergência (e mediação) semiótica. Sabe-se que a construção de significados ocorre numa pequena janela temporal à qual denominamos de *presente*, este compreendido como uma fronteira entre o passado e o futuro, e, portanto, imbuído de significados construídos ao longo do curso de vida e do futuro antecipado através de caminhos semióticos imaginativos. Sendo assim, a existência humana está circunscrita numa extensão temporal sempre orientada para o futuro (Valsiner, 2012). Esta, por sua vez, se utiliza de recursos semióticos (signos) para estabelecer uma conexão entre passado, presente e futuro, construindo sugestões para os acontecimentos alocados no devir ou, de acordo com Abbey e Valsiner (2004) para o “imediato (e não tão imediato) futuro” (p.03).

No que diz respeito à experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro, o futuro imaginado parece se encerrar em uma dualidade de possibilidades: a sobrevivência ou a morte do recém-nascido (embora cada uma delas represente uma gama imensa de possibilidades experienciais). Apesar da aparente simplicidade do enunciado anterior, o processo de construção de significados nesse contexto parece estar atado uma complexidade subsidiada pelos signos *vida* e *morte*. Tomando-se como ponto de partida a postulação de Valsiner (2012) de que o processo mental-reflexivo inerente à construção de significados é uma ferramenta de mediação e organização afetiva entre o indivíduo e o mundo ao seu redor, é possível pensar que os signos *morte* e *vida*, e, mais ainda, os signos alocados no continuum existente entre ambos, exercem a função

comunicativa de estados emocionais antagônicos, complexos e por vezes oscilatórios, diante do quadro de prematuridade apresentado pelos bebês.

É importante referir que a natureza pleromatizada dos signos supracitados acaba por abarcar em cada um deles uma diversidade de interpretações, antagonismos e ambivalências, conferindo-os características complexas comunicadoras de estados afetivos diversos. No entanto, diante da experiência disruptiva não normativa caracterizada pelo nascimento prematuro, os signos *vida* e *morte* parecem assumir o status de generalizações, funcionando como **metassignos** em relação aos demais signos emergentes de hierarquia inferior, considerando os sistemas regulatórios semióticos das participantes acessadas. Sendo assim, passam a funcionar como signos promotores canalizadores de ações futuras (e de antecipações imaginativas de um futuro incerto). De acordo com Valsiner (2012), um signo se torna **signo promotor** na medida em que assume a condição de versão generalizada, tangenciando ações futuras principalmente a partir de sua internalização sob forma de sentimentos.

A partir da análise categorial realizada, foi possível mapear os processos de emergência semiótica ocorridos com cada participante, em particular. Salvaguardadas as pequenas diferenças encontradas entre ambas (discutidas na seção 8.2), tornou-se perceptível a multiplicidade de condições de emergência semiótica alocadas num mesmo episódio, diante de um mesmo acontecimento, caracterizando inicialmente a busca errática por signos frágeis, seguida da busca por signos relativamente estáveis, até a emergência de novo elemento semiótico (evento, acontecimento ou microrruptura) promotor de acréscimo de ambivalência e posterior adesão a signos de força representacional rígida. Sendo assim, foi possível verificar a instabilidade vivenciada nos processos de construção de significados diante da experiência disruptiva em questão. Todavia, a profusão, por vezes compulsória, de construção de significados ora

descartados, ora reforçados, foi tangenciada por um movimento semiótico oscilatório de trajetória pendular alocado num continuum existente entre os signos *vida* e *morte* (Figura 3).

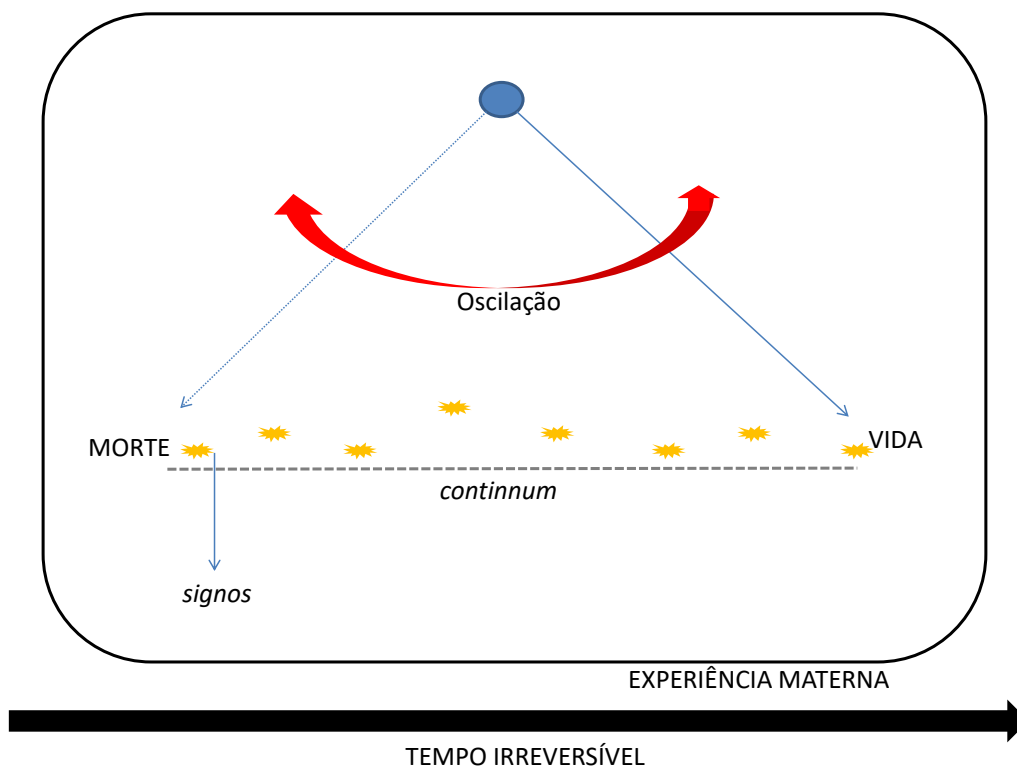


Figura 3
Movimento Semiótico-pendular

Mediante o que fora explorado nos parágrafos anteriores, é possível pensar a prematuridade como um **evento disruptivo não normativo** de maior dimensão composto por **microrrupturas**¹⁶ (que na condição de prematuridade são normativas, esperadas). Estas, por sua vez, estimulam o processo de emergência semiótica a partir do qual são originados significados temporários de maior ou menor abertura reflexiva. Esses significados, contudo, embora funcionais e promotores de certa estabilidade na *transição* das microrrupturas típicas da prematuridade, são recorrentemente descartados e substituídos por versões mais generalizadas, ora aproximadas ao signo *vida*, ora

¹⁶ Cabe ressaltar que a dissertação em curso “Significados de maternidade para mulheres vítimas de violência obstétrica” da mestrandia Patrícia Brito Ribeiro de Oliveira (UFBA) está desenvolvendo uma discussão que guarda alguma semelhança com o desdobramento teórico ora proposto.

aproximadas ao signo *morte*, configurando o movimento semiótico-pendular orientado por metassignos (vida e morte). Note-se que o termo **microrrupturas** não está associado à atribuição de menor valoração ou à referência de experiências qualitativamente inferiores umas às outras. Pretende-se, somente, sublinhar o nascimento prematuro como um evento disruptivo (microsistema) no qual estão alocadas outras rupturas características do fenômeno da prematuridade, porém idiossincráticas diante de cada trajetória em particular (bidirecionalidade entre os microsistema e o nível individual).

É importante referir que os significados considerados transitórios dizem respeito à mediação semiótica de elementos sígnicos dispostos na semiosfera circundante (também caracterizada pela UTIN e pelo ambulatório do MC) e da emergência de novos signos alocados no continuum existente entre os metassignos supracitados. Diante dessa perspectiva, pode-se pensar na experiência materna de tornar-se mãe de um bebê prematuro como essencialmente ambivalente: o nascimento marcado pela prematuridade é, antes de qualquer coisa, um rito de boas-vindas a uma nova vida que se anuncia e um rito marcado pela apreensão diante da possibilidade de ser encerrado num espectro de morte. O recém-nascido pré-termo, portanto, abriga em seu próprio corpo, símbolos de vida e morte, caracterizando um antagonismo essencial, cuja capacidade de significação está atrelada à apreensão do interpretante correlacionada à modalidade de atenção à saúde e à etapa de cuidado à qual o bebê está imediatamente submetido, bem como ao seu quadro clínico.

A exemplo do que fora discutido até aqui, considerando os casos analisados e, mais especificamente, o caso de Maria, é possível identificar a progressão de emergência semiótica atrelada ao signo *vida* na medida em que o bebê transita entre os contextos de cuidado caracterizados inicialmente pela UTIN e posteriormente do MC,

numa trajetória gradativa. Ao referir que a UTIN existe para *salvar a sua vida* e o MC para *renovar a sua vida*, a participante abre espaço para reflexões a respeito da pluralidade semiótica alocada no primeiro significado construído, o qual fornece a possibilidade de pensar no signo *salvar* como intercâmbio semiótico entre a vida (A) e a morte (non-A – signo campo configurado por todas as possibilidades de desdobramentos futuros não mencionadas no presente). Se há algo para ser salvo, é porque algo corre perigo. É importante sublinhar que esse significado foi trazido à tona no momento em que sua filha já havia recebido alta da UTIN e estava sob os cuidados maternos no ambulatório canguru. Por outro lado, ao referir o MC como aquele que *renova a vida*, o movimento semiótico-pendular parece estar mais fortemente atrelado ao signo de *vida*, ao passo que o significado atribuído encerra menos possibilidades de intersecção com o signo *morte*. *Renovar a vida* estava, portanto, atrelado à ideia de renascimento, reconstrução do vínculo mãe-bebê, de reconhecimento entre mãe e filha, a partir de um contexto de cuidado promotor de maior aproximação da díade.

A fim de dissecar mais especificamente as características da experiência materna diante da ruptura caracterizada pelo nascimento prematuro, que foram aqui apresentadas, serão abordadas, separadamente, as noções de **microrrupturas** e **movimento semiótico-pendular** nas seções subsequentes.

8.1.1 As Microrrupturas

Sabe-se que, de modo geral, os seres humanos estão inseridos num contexto cultural que funciona como matriz de significados compartilhados, capazes de atribuir sentido às experiências individuais, às inter-relações, estabelecendo relativa continuidade à experiência humana (Zittoun, Duveen, Gillespie, Ivinson, Psaltis, 2003).

Sendo assim, ao longo do curso de vida são estabelecidas continuidades que conferem um senso de integridade e regularidade à trajetória individual. No entanto, alguns acontecimentos promovem uma interrupção dessa relativa linearidade, caracterizando o que Zittoun (2009) postulou como *rupturas*. Estas, por sua vez, são consideradas laboratórios naturais por demandarem rearranjos psíquicos promotores de novas condutas que funcionem como elementos de superação do evento disruptivo em questão.

As rupturas são mudanças intransitivas configuradas como pontos de bifurcação (Zittoun, 2009). A partir dessa dicotomia, o sujeito pode assinalar uma trajetória específica em detrimento das demais possibilidades apresentadas, construindo novas dinâmicas e novas formas de pensar e agir (Zittoun, 2009). Os rearranjos vivenciados pelo indivíduo são denominados de *transições* e se caracterizam como mudanças processuais e catalisadoras que têm por objetivo estabelecer um novo modo de operar sustentável entre o sujeito e o ambiente circundante, a fim de restaurar o senso de integridade perdido. É justamente na formulação desse novo rearranjo psíquico e comportamental que a construção de novos significados se torna elemento central, ocorrendo a partir de dispositivos semióticos existentes no campo sógnico imediato bem como através da história pessoal de construção de significados (cultura pessoal) do indivíduo.

De acordo com Zittoun (2011), é mais custoso para o indivíduo construir um processo de transição mediante um evento disruptivo não normativo, já que existem mecanismos dialógicos socioculturais de maior repertório em relação a situações cuja normatividade é verificada. Afora isso, apesar de alguns eventos no curso de vida de um indivíduo, serem percebidos como rupturas por observadores externos, nem sempre o sujeito em questão significa sua experiência a partir desse prisma. No caso das mães

acessadas, o nascimento prematuro é visto como evento disruptivo não normativo, o que pode ser verificado a partir de trechos narrativos tais como: “*a gente planeja de nove e vem de sete*” (Maria) e “*eu queria que ele viesse com tudo arrumadinho, o quarto, as coisinhas dele. Mas ele é rápido em tudo*” (Madalena).

Diante dos estudos acessados na revisão de literatura e das postulações corroboradas pelas experiências de transição para maternidade aqui analisadas, foi possível identificar o caráter instável do contexto abordado. Por tal motivo, os acontecimentos circunscritos entre o nascimento prematuro e a alta hospitalar foram compreendidos como **microrrupturas** componentes de uma ruptura de maior proporção: a prematuridade. Embora a nomenclatura escolhida para o conceito aqui desenvolvido se refira aparentemente a acontecimentos de menor dimensão e, portanto, de menor impacto na trajetória de vida das participantes, esta não diz respeito à atribuição de maior ou menor valor ao evento abordado. As microrrupturas vivenciadas, por sua vez, podem assumir grande dimensão diante da experiência materna, no entanto estão atreladas à ruptura inicial caracterizada pelo nascimento prematuro (ver Figura 4).

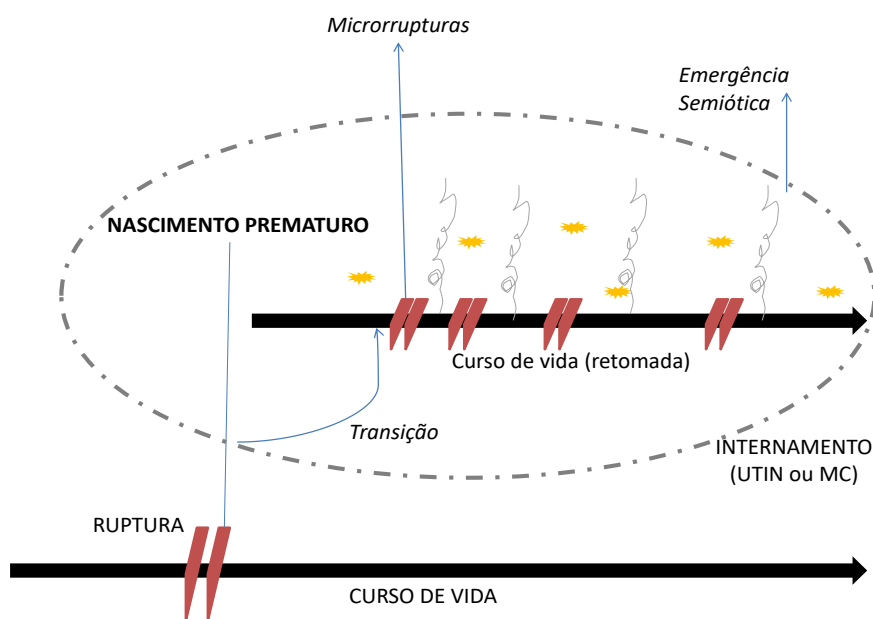


Figura 4 - Microrrupturas

Para efeito ilustrativo do que fora explorado no parágrafo anterior, após o nascimento de Luiza, Maria se deparou com a ausência do signo *mãe*, sendo posteriormente acalmada pelo médico através das informações concedidas. Logo depois do parto foi encaminhada à UTI, onde imaginou que a filha apresentava quadro clínico estável, sendo fortemente surpreendida ao vê-la extremamente debilitada no primeiro encontro. Dois dias depois recebeu alta hospitalar tendo que sair de braços vazios e, ao retornar para as visitas, era constantemente pega de surpresa diante do estado de saúde da filha: ora passível da utilização de aparelhos, ora passível de dispensa de incubadora. Fora isso, ainda deparava-se frequentemente com a morte de recém-nascidos também internados na UTIN. Do mesmo modo, Madalena foi surpreendida positivamente pela melhora clínica inicial de Inácio. No entanto, o bebê precisou passar por uma intervenção cirúrgica da qual se recuperou adequadamente nos dias subsequentes. Todavia, o recém-nascido fora acometido por um quadro infeccioso seguido da contração de pneumonia pouco tempo depois, retornando a uma condição demasiadamente debilitada. Sendo assim, é essa sucessão de acontecimentos que promovem constantes interdições à linearidade pretendida desde o nascimento prematuro até a alta hospitalar, que se denominou **microrrupturas**.

É importante referir que as microrrupturas se apresentam, muitas vezes, num movimento sucessivo e compulsório, constituindo-se em acontecimentos inesperados, no que diz respeito às suas características específicas, e promotores de estados constantes de incerteza diante do quadro clínico dos recém-nascidos prematuros.

Por fim, no que diz respeito ao processo de emergência semiótica, as **microrrupturas** parecem intensificar a construção de significados de maternidade e referentes ao contexto de atenção ao recém-nascido pré-termo, culminando inicialmente numa busca errática por signos de força representacional frágil, prosseguindo pela

construção de alicerces de significação medianos. Em alguns casos, as microrrupturas se constituem em acontecimentos permeados por altos níveis de ambivalência conduzindo à adesão a um signo rígido configurando a categoria **Bifurcação de Trajetórias II**.

Destarte subtede-se um processo de emergência semiótica em constante transformação no tempo irreversível, sobre o qual as vozes de outros significativos, tais como a equipe médica, figuram de maneira expressiva. Do mesmo modo, dispositivos semióticos componentes dos contextos de saúde acessados fornecem um campo sígnico complexo que ao serem dialogicamente combinados com a história de construção de significados de cada participante em particular, produzem significados diversificados ora aproximados, ora distanciados entre si. Ademais, é preciso reforçar que a ideia aqui exposta responde a um questionamento acerca da experiência materna diante da prematuridade, retirando-se qualquer possibilidade de considerar outros processos de emergência semiótica como simplificados ou lineares quando em contraposição com o contexto aqui referenciado.

8.1.2 O movimento Semiótico-Pendular

Mediante os acontecimentos aqui denominados de **microrrupturas**, a experiência de transição à maternidade contextualizada pela prematuridade torna-se mais dramática. Os contextos de atenção à saúde ao recém-nascido pré-termo são, por sua vez, diferentes entre si e, por tal motivo, promovem circunscrições diferenciadas às vivências particulares de cada participante. Afora isso, a história de significados construída ao longo do curso de vida de cada uma das mães acessadas, interfere na interação dialógica com a semiosfera competida pela UTIN e pelo MC.

A partir da elaboração teórica acerca das **microrrupturas** é possível seguir adiante na caracterização do movimento oscilatório de trajetória pendular apreendido a partir da análise das condições de emergência semiótica perpassadas por graus diferenciados de *ambivalência* nos casos analisados nesse estudo.

A recuperação total do recém-nascido pré-termo, desejada pela mãe e pretendida pela equipe de saúde, não obedece trajetória linear a partir da sucessão de acontecimentos alocados no tempo irreversível. Diferente disso, o desenvolvimento do bebê prematuro circunscreve uma espiral semiótica ambivalente (ora ascendente ora em declínio) cíclica, repetitiva, permeada por instabilidade inclusive no que diz respeito à construção de significados atribuídos à experiência e à maternidade como um todo.

O caráter cíclico referido diz respeito à progressão desenvolvimental dos bebês marcados pela prematuridade. No entanto, nesse processo, é possível perceber uma repetição de símbolos e significações associadas a duas possibilidades: a sobrevivência ou a morte do recém-nascido pré-termo. Independente das propriedades do acontecimento emergente na semiosfera imediata, a própria condição de prematuridade, a partir do que fora analisado na narrativa das participantes, carrega consigo o espectro da vida e da morte. No entanto, a despeito do processo desenvolvimental do bebê prematuro aqui referenciado como uma espiral ambivalente (ora ascendente ora descendente), nesse estudo nos interessa pensar sobre a construção de significados de maternidade diante do contexto de prematuridade.

Sendo assim, o caráter cíclico compreendido pelo desenvolvimento do bebê é apenas o pano de fundo de uma sucessão de eventos disruptivos (microrrupturas) promotores de uma oscilação preponderante no processo de significação vivenciado pelas participantes. A referida oscilação, por sua vez, é tangenciada pela obviedade da condição do recém-nascido pré-termo como intersecção entre a sobrevivência e o

decréscimo de saúde significativo seguido da possibilidade de óbito. Nesse cenário, as participantes estão em constante interação dialógica com o ambiente circundante caracterizado pelo contexto de cuidado (nível micro), com a equipe de saúde (nível micro), com as vozes internalizadas a partir de valores e princípios canônicos (nível macro) e a história de significados pessoal construída ao longo do curso de vida (nível individual). Destarte, os diálogos intrapsicológicos mediadores da emergência de novos significados para o cenário vivenciado são subsidiados por um metassigno alocado no extremo do contínuo da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro: a polaridade existente entre vida e morte e, essencialmente, o *continuum* complexo existente entre os referidos signos.

Assim, é possível postular que a fronteira entre o *viver* e o *morrer* está em constante movimento ao longo do processo de construção de significados. Posto isto, *vida* e *morte* são dispositivos semióticos regulatórios que operam durante todo o tempo como os grandes faróis da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro. É através da função hiperdimensionada de regulação semiótica, que os movimentos microgenéticos compreendidos em cada experiência de maternidade aqui analisadas passam a fazer sentido quando observados em conjunto.

8.2 O PROCESSO DE EMERGÊNCIA SEMIÓTICA PERPASSADO POR NÍVEIS DIFERENCIADOS DE AMBIVALÊNCIA E OS PRINCIPAIS SIGNIFICADOS CONSTRUÍDOS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DISRUPTIVA DE TRANSIÇÃO À MATERNIDADE

Mediante as narrativas das mães acessadas nesse estudo (além de Maria e Madalena, todas as outras que foram ouvidas), a transição para maternidade se caracterizou como um evento disruptivo. Levando-se em consideração que se trata de

um evento desenvolvimental de extrema relevância na nossa cultura, os caminhos imaginativos gestados ao longo da história de vida das participantes não foram corroborados pelos acontecimentos que se sucederam e caracterizaram o contexto da prematuridade, configurando, muitas vezes, uma espécie de antagonismo existencial entre a expectativa e a experiência vivenciada pelas participantes do presente estudo.

Ademais, o caráter de ruptura atribuído à maternidade (ou à transição para este lugar materno), acabou por interferir sensivelmente na dinâmica da vida dessas mulheres, limitando-as ao exercício do papel de mãe. Embora as características do contexto delimitado pela prematuridade, tais como a necessidade de internamento e o caráter incerto de duração do mesmo, tenham favorecido a dominância da função materna em detrimento dos demais papéis que desempenhamos na vida, alguns significados construídos pelas participantes suplantaram a dominância do *eu materno*. Para Maria, por exemplo, ao referir que *a morte era como o centro das atenções* no período de internamento na UTIN, significava o medo da perda como intensificador do desejo de permanecer perto de Luiza, vigilante quanto ao seu estado de saúde. Do mesmo modo, Madalena trouxe à tona o significado atribuído à experiência de ver a filha debilitada: *“o medo de perder intensifica o amor de mãe, pois a gente tá vendo que a qualquer hora pode receber a notícia”*. Sendo assim, a experiência de ambas as participantes parece ter sido amparada por um recorrente *medo de perder*. Esse medo, por sua vez, era mediado semioticamente de forma a suplantarem uma intensificação das atribuições maternas vivenciadas, tangenciando as interrelações a partir do *eu materno*. É importante referir, no entanto, que nenhuma das participantes se referiu à necessidade de ficar permanentemente no hospital como um encarceramento ou um impedimento negativo relacionado ao estilo de vida anterior. Essa condição pode ter sido propiciada pelo significativo desejo das participantes de transitarem rumo à assunção do lugar

parental. Afora isso, ambas as participantes referiram o bebê como foco de preocupação em detrimento de si próprias, numa espécie de abdicação de outras funções e *posições de self* em função da recuperação do recém-nascido. No caso de Madalena, especificamente, outro fator que pode estar relacionado esse ponto se refere à perda anterior de um filho recém-nascido, também prematuro, já que a partir do evento ocorrido houve uma intensificação do desejo de tornar-se mãe. Posto isso, é importante sublinhar que tanto Maria quanto Madalena referiram a função materna como essencial para o desenvolvimento dos bebês a partir da ideia de que *a mãe é o remédio do filho*.

Partindo do que fora explorado no parágrafo anterior, os significados construídos pelas duas participantes acerca da UTIN não foram negativos. Embora ambas tenham considerado o contexto aversivo no que diz respeito aos aparelhos, tubos e incubadoras, referiram-se à unidade de terapia intensiva como o contexto que existe *para salvar a vida* e como detentor da *estrutura necessária para a sobrevivência do filho*, atribuindo o sentimento de *segurança* à referida modalidade de atenção ao recém-nascido pré-termo. O significado construído por Maria, por sua vez, estava amparado na vivência prévia de ser cuidada, ela própria, na UTI do mesmo hospital. Os dispositivos semióticos internalizados a partir dessa experiência foram mediados de maneira facilitadora da estabilidade psíquica da participante diante do internamento de Luiza, na medida em que ela pôde significar o atendimento prestado à filha, mesmo na incubadora, como elemento essencial para sua sobrevivência. No que diz respeito à Madalena, a ausência de estrutura necessária ao cuidado do primeiro filho prematuro e o posterior óbito do bebê, foram elementos promotores de um processo de mediação semiótica transformador do significado atribuído à UTIN. Antes da perda, a participante considerava o referido contexto como promotor de estados emocionais negativos, tais como medo e ansiedade, do qual ela *nem gostaria de passar perto*. Posteriormente, no

entanto, passou a considerá-lo de extrema importância, o que pôde ser percebido a partir da preocupação primordial diante da primeira intercorrência vivenciada durante o ciclo gravídico: a estrutura do hospital onde daria a luz.

A respeito dos equipamentos existentes na unidade de terapia intensiva, ambas as participantes referiram estados emocionais negativos associados ao referido aparato tecnológico. Maria, em sua primeira visita a Luiza (também o seu primeiro encontro com a filha, já que não a carregou nos braços na ocasião do parto), se surpreendeu negativamente com o estado de saúde da filha. Isso ocorreu pela projeção imaginativa de sua primeira visita ao bebê, mediada por signos fornecidos por outros significativos caracterizados pela equipe médica, os quais explicitaram à participante o subtexto: *o bebê está bem pela vontade de Deus; vocês estão salvas pela vontade de Deus*, signos prontamente apreendidos e monologizadores dos processos de emergência semiótica. Ademais, a participante atribuiu o fato da intersecção da díade mãe-bebê não ter sido favorecida, na ocasião do nascimento, em função da prematuridade, ignorando parcialmente a variedade de quadros clínicos possíveis de serem apresentados por um bebê prematuro. Sendo assim, Maria seguiu ignorando as possibilidades alocadas no futuro incerto, sendo surpreendida pelo quadro clínico percebido na ocasião do primeiro encontro, caracterizando o estado da filha como *quase sem vida nenhuma*. É importante referir que esse significado foi construído a partir do campo sígnico imediato o qual era circunscrito pela UTIN e todo o aparato tecnológico ao qual o bebê estava submetido. Nesse momento, a incubadora funcionou como *símbolo* (signo tipo símbolo) da percepção materna de quase *ausência de vida*.

Madalena, por sua vez, vivenciou emoções antagônicas diante da imagem de o filho na incubadora. Por um lado ela se sentiu impactada negativamente, referindo-se à cena como algo que *nenhuma mãe quer para o filho*. Na dimensão oposta, sentiu-se

reconfortada pela estrutura ofertada a Inácio, recorrendo à evocação mnemônica da experiência pregressa de perda para mediar semioticamente os signos emergentes na semiosfera imediata, significando a experiência como uma *oportunidade que muitos bebês não têm* e os equipamentos da UTIN como *necessários*.

Além da percepção do nascimento prematuro como evento disruptivo, alguns significados construídos foram compartilhados pelas duas participantes. A prematuridade como *experiência de instabilidade*, marcada recorrentemente pelo *medo de perda* foram atribuições comuns entre as participantes do presente estudo. Estas, por sua vez, parecem ter sido amparadas pela sucessão de **microrrupturas** vivenciadas por ambas durante o processo de internamento de seus bebês. Levando-se em consideração a experiência relatada por Maria, após o nascimento prematuro e o período inicial do internamento de Luiza (que fora marcado por um evento crítico caracterizado pela necessidade de deixar o hospital sem a filha) a instabilidade vivenciada parece estar associada a fatores externos, já que o processo de desenvolvimento do bebê obedeceu uma escala ascendente. No entanto, a convivência com as mães de outros recém-nascidos pré-termo, bem como com a equipe de saúde, forneciam à participante, novos signos vinculados à possibilidade recorrentemente experimentada de perder sua filha. A ida ao banco de leite, o recebimento de notícias negativas e a morte de outros bebês mobilizavam afetos negativos, elevando os níveis de incerteza e interferindo no processo de emergência semiótica. Um exemplo disso diz respeito a um enunciado da participante a respeito de sua experiência na UTIN, o qual designava a *morte quase como centro das atenções*. É possível inferir que a inserção da palavra *quase* se deve à adesão à fala da equipe médica, na medida em que a cultura da maternidade difunde amplamente a ideia de que a mãe precisa manter uma postura positiva independente do

quadro clínico apresentado pelo recém-nascido¹⁷. No que tange à narrativa de Madalena, a *intensificação do medo da perda* está, também, associada à *instabilidade da prematuridade* ou *experiência de instabilidade*. No caso da participante, a sucessão de eventos disruptivos, configurados durante o período de internamento, estava mais recorrentemente associada ao estado clínico de Inácio, já que o bebê vivenciou um progresso significativo num primeiro momento, sendo acometido por uma série de intercorrências sucessivas após necessidade de intervenção cirúrgica. Afora isso, Madalena presenciou a tentativa de reanimação de um recém-nascido também prematuro que, segundo ela, apresentava estado de saúde de maior estabilidade em relação ao quadro clínico de seu filho. A referida cena teve como desfecho a morte do outro bebê e a intensificação da tensão da participante diante do estado debilitado de Inácio.

Outro ponto que merece aprofundamento na discussão está circunscrito no *medo da perda*. Cabe-se pensar na prematuridade como uma condição essencialmente ambivalente, na qual está implícita a vivência de instabilidades durante o percurso de desenvolvimento, bem como a possibilidade de perda iminente. Visto por esse prisma, é como se o contexto caracterizado pela prematuridade do nascimento fornecesse duas possibilidades semióticas extremas, encerradas num mesmo indivíduo, o bebê: vida ou morte. Embora, entre essas duas condições, haja uma imensa gama de possibilidades imaginativas, existenciais e concretas, de desfechos ou percursos associados ao desenvolvimento do bebê e o vínculo estabelecido pela díade. Acerca da dualidade aparente entre vida e morte, Madalena relatou, durante toda sua narrativa, as vivências ambivalentes relacionadas ao medo da perda. Na ocasião do parto, por exemplo, ao

¹⁷ Aqui cabe uma discussão a respeito do espaço à diversidade de manifestações afetivas e psicológicas compreendidas na experiência de dar a luz a um bebê prematuro e a necessidade de acolhimento por parte da equipe médica da variabilidade previsível de comportamentos e estados de humor das mães dos recém-nascidos. Talvez a ampliação do quadro de psicólogos fosse uma solução para o suprimento da demanda psicológica identificada.

receber o filho no colo sentiu vontade de ampará-lo, abraçá-lo, movida pelo sentimento de alegria em, enfim, realizar o sonho de ser mãe. No entanto, diante do caráter prematuro do parto, referiu estados de ansiedade configurados na necessidade de ter seu filho retirado dos seus braços e levado às instalações da UTIN, sob o cuidado de equipe especializada. É possível inferir que a intensidade da transição para maternidade a partir da projeção desse momento ao longo do curso de vida, associada à possibilidade de perda amplificada em detrimento da prematuridade do bebê, acaba por hiperdimensionar a experiência de tornar-se mãe condicionando-a a extremos psicoafetivos e semióticos.

A ideia explorada no parágrafo anterior também parece estar associada à dominância rígida da *I-position* interna *Eu-mãe*, na medida em que ambas as participantes significaram a transição para a maternidade como *principal objetivo*, a partir do cuidado atento com o filho prematuro. Sendo assim, permanecer nas instalações do hospital não foi percebido como sacrifício por nenhuma das participantes acessadas. Afora isso, o *posicionamento de self* referente ao *eu materno* parece ter sofrido secções promotoras de alternância em suas posições de centralidade. Dito de outro modo, em função do ambiente de cuidado no qual a experiência estava alocada e dos dispositivos sógnicos existentes na semiosfera circundante, a *I-position Eu-mãe* sofreu desdobramentos: *Eu-mãe de um bebê prematuro*; *Eu-mãe de um bebê prematuro internado na UTIN*; *Eu-mãe prematuro internado no ambulatório do MC*. Desse modo, a dinâmica de funcionamento das participantes diante do contexto circunscrito pela prematuridade demonstrou alterações a partir da modalidade de atenção à saúde do recém-nascido pré-termo, principalmente no estabelecimento do vínculo da díade mãe-bebê, na relação com os pares e equipe médica. Essa característica pôde ser percebida mais efetivamente com a participante Maria, já que o momento no qual as entrevistas

foram procedidas compreendia a experiência global organizada desde o nascimento prematuro, passando pela UTIN e adentrando no contexto do MC. É preciso sublinhar, no entanto, que as modificações comportamentais também parecem estar associadas (talvez primordialmente) à melhora do quadro clínico do bebê.

Em relação ao Método Mãe Canguru, as participantes acessadas atribuíram significados positivos ao contexto de cuidado. Embora Madalena não tenha vivenciado o provimento do cuidado canguru até a ocasião da última entrevista, as projeções imaginativas acerca do referido contexto eram mediadas a partir da fala de outros significativos, caracterizados pela equipe médica, circunscrevendo o MC como *espaço de aprendizado*. A partir do conteúdo narrado ficou posto o desejo da participante em experienciar o cuidado canguru na medida em que se sentia insegura em desempenhar cuidados maternos diante do nascimento prematuro de Inácio, considerando-se inexperiente para realizar tarefas típicas relacionadas à função materna que, contextualizadas na prematuridade, assumiam um status ainda maior de novidade. A partir do que fora referido pela participante, emergiu em sua narrativa outro significado: *o bebê prematuro é diferente do bebê normal*. Este, por sua vez, não foi corroborado por Maria, na medida em que ela atribuía a normalidade da experiência vivenciada à ausência de parâmetro comparativo por ser primípara. No entanto, no que concerne ao significado atribuído ao MC, ambas consideraram o ambiente de cuidado como *fonte de aprendizado e empoderamento da mãe*, o que na narrativa de Maria apareceu sob forma de *o canguru vem para renovar a vida* em contraposição à UTIN que *vem para salvar a vida*.

Foi possível perceber diferenças significativas nas narrativas das participantes em relação à projeção imaginativa da transição para o cuidado doméstico. Ao passo que Maria demonstrava recorrentemente o desejo de que a alta hospitalar ocorresse o quanto

antes, Madalena referia-se ao evento com extrema insegurança. Essa característica, possivelmente, estava associada ao momento experiencial no qual as participantes foram abordadas. Maria já estava na segunda etapa do processo de humanização do cuidado com o recém-nascido pré-termo, compreendido pelo provimento do cuidado canguru. Luiza apresentava ganho de peso considerável e a interação da díade mãe-bebê ocorria de maneira intensa, podendo ser percebido o desenvolvimento crescente, no decorrer dos três encontros, de comportamentos responsivos por parte da participante. Afora isso, o distanciamento vivenciado por Maria e seu marido talvez tenha funcionado como mais mediador afetivo para a antecipação imaginativa da transição para o ambiente doméstico. Madalena, por outro lado, demonstrava muita insegurança ao referenciar a alta hospitalar. O quadro de saúde de Inácio, por sua vez, ainda era bastante preocupante, embora tenha melhorado na ocasião da última entrevista. Todavia, a participante ainda não havia recebido orientações concretas de como cuidar de um bebê prematuro, na medida em que o cuidado realizado na UTIN era realizado por equipe multidisciplinar. Afora isso, a experiência prévia de perda fornecia recursos semióticos amplificadores do estado apreensivo da participante, ao passo que Madalena se remetia constantemente à falta de estrutura anterior como justificativa para permanecer no hospital pelo máximo de tempo possível, garantindo a sobrevivência do filho e restaurando a possibilidade de imaginar o futuro distanciado de intercorrências promotoras de perda iminente. Ainda sobre a transição para o ambiente doméstico, Maria relatou que *tudo seria maravilhoso, que tudo correria bem*. Madalena, na via oposta, referiu que ficaria *traumatizada por muito tempo, observando se ele está respirando quando ficar muito quieto*.

No que concerne à melhora do estado clínico dos bebês, ambas as participantes construíram significados semelhantes. A partir da percepção de comportamentos mais

agitados e efetivos dos recém-nascidos pré-termo, havia um apaziguamento de estados emocionais negativos, já que ambos os bebês apresentavam baixa capacidade interativa durante o estágio mais desfavorável do quadro de saúde apresentado. Ao referir que *quando ela está com fome até me bate*, Maria demonstrava contentamento em perceber os movimentos interacionais da filha como referenciais semióticos associados ao signo *melhora*. Madalena, do mesmo modo, se referia à necessidade constante de a equipe de saúde acessá-la durante a madrugada para que ela pudesse acalmar seu bebê, a esse respeito ela referiu: *eu prefiro ele assim, quando ele tá muito quietinho eu não gosto não, já sei que tem algo errado com ele*. Sendo assim, as participantes compartilharam o mesmo significado diante da percepção de melhora de seus filhos, sendo a *quietude* associada a um estado clínico debilitado e a *agitação motora* associada ao desenvolvimento ascendente dos recém-nascidos.

No que concerne à percepção do recém-nascido pré-termo, foi encontrado mais uma intersecção entre os significados construídos pelas participantes do presente estudo. Ambas consideraram o bebê prematuro como extremamente forte, a partir da superação de uma série de intercorrências. Após situações perpassadas por altos níveis de ambivalência, as participantes construíram um significado satisfatório para a sucessão de acontecimentos superados pelos bebês, a partir do qual o recém-nascido prematuro passou a ser considerado um *guerreiro* ou *detentor de uma força que ninguém imagina*. Através do processo de mediação semiótica, por sua vez, o referido significado foi requisitado diante da impossibilidade materna de suportar a incerteza vivenciada. Tal qual a fé em Deus, a força percebida no bebê prematuro parece ter ascendido a um lugar de relativa rigidez diante dos sistemas psicológicos das participantes acessadas.

Por fim, as participantes referiram sentirem-se *mais mães* mediante o desempenho de alguma função típica do papel materno. No caso de Maria, após a

transição para o ambulatório canguru esse sentimento foi intensificado, de forma que a posição canguru foi significada *como um retorno do bebê ao ambiente intrauterino*. Madalena, no entanto, embora não tenha experimentado o cuidado direto e diário com Inácio até o momento da última entrevista, referiu-se ao empoderamento do *eu materno* diante da realização de qualquer cuidado ao seu bebê, mesmo no ambiente da UTIN, o que parece estar relacionado com a ascensão a um estágio ainda mais especial, já que na UTIN, segundo à própria participante, os cuidados com os recém-nascidos pré-termo são realizados somente por equipe multiprofissional. Sendo assim, ao receber permissão para cuidar de Inácio nesse contexto sendo, inclusive, solicitada durante a madrugada, houve um acréscimo da autoestima da participante e uma ascensão da dominância hierárquica da *I-position Eu-mãe*.

Ademais, a experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro foi significada por Maria a partir da sensação de completude experimentada na amamentação. Segundo a participante, *o bebê não está ligado à mãe pelo cordão umbilical e sim pela mamada*. Madalena, por sua vez, significou sua experiência como intensificadora do papel materno, evidenciando que *ser mãe de um bebê prematuro é fazer muito mais, é se preocupar muito mais, é amar muito mais*. Esse significado parece estar atrelado à necessidade de ultrapassar diversos obstáculos afetivos, emocionais e concretos, para a realização do sonho de ser mãe e para a efetivação da melhora clínica do bebê.

Finalmente, diante da análise-categorial realizada, foi possível mapear os processos de emergência semiótica ocorridos com cada participante, em particular. A condição caracterizada pela categoria **Bifurcação de Trajetórias II – C2** (definida a partir da adesão a um signo de força representacional forte para diminuição do estado de incerteza diante de um objeto, fato ou acontecimento) foi sido verificada com maior frequência nas narrativas de ambas as mães acessadas, *nove vezes* na narrativa de Maria

e *onze vezes* no subtexto narrativo de Madalena. No entanto, as condições de emergência semiótica caracterizadas pelas categorias B1 e B2 (Moderadamente Ambivalente I e Moderadamente Ambivalente II, respectivamente – análogas às condições erráticas de emergência semiótica a e b), também se repetiram com frequência considerável, ocorrendo, respectivamente, *três* e *cinco* vezes com a participante Maria e *três* e *seis* vezes com a participante Madalena, levando-se em consideração somente os episódios analisados.

A frequência verificada na adesão a signos de força representacional rígida pode estar associada aos níveis de ambivalência vivenciados pelas participantes diante das **microrrupturas** compreendidas no período de internamento dos bebês. A necessidade de monologização do sistema semiótico, por sua vez, é bastante funcional para o sujeito quando diante de experimentação de grande tensão. Afora isso, mediante o desdobramento de novos acontecimentos alocados no tempo irreversível, significados rigidamente construídos podem ser postos em questão, favorecendo a atribuição de maior dialogicidade ao sistema psicológico em questão. Para além disso, a criticidade envolvida na iminência de perda de um filho desejado pode facilmente promover uma amplificação de estados afetivos complexos e a dificuldade de projetar possibilidades imaginativas favoráveis aos acontecimentos. Sendo assim, a adesão a signos rígidos, muitas vezes representados pelo subtexto da equipe de saúde, configurou-se como uma saída semiótica coerente, embora monológica, para as mães em constante oscilação de estados emocionais diversos.

Do mesmo modo, a ocorrência de três episódios cujos processos de emergência semiótica foram alocados na categoria **B1**, em cada caso analisado, parece denotar uma relativa dificuldade em construir significados consistentemente explicativos para as experiências relatadas. Cabe-se sublinhar que as referidas condições de emergência

semiótica ocorreram mediante situações de grande mobilização afetiva, caracterizado por um aplanamento oscilatório microgenético da incerteza vivenciada (justamente pela adesão a signos frágeis rapidamente contestados) configurando uma dificuldade de aderir aos signos disponíveis na semiosfera circundante de maneira efetiva. Outro aspecto interessante é o estabelecimento de uma busca errática por signos médios no período imediatamente posterior ao processo referido.

A respeito da frequência de episódios perpassados por diferentes níveis de tensão que caracterizaram o processo de emergência semiótica através da busca errática por signos de força representacional média (categoria **B2**), é possível inferir que embora o nascimento prematuro tenha sido percebido como evento disruptivo pelas participantes acessadas, houve a experimentação de processos saudáveis de construção de significados, garantidores de certa estabilidade psíquica às mães dos recém-nascidos. Sabe-se que a construção de significados ocorrida através da mediação de signos médios fornece a sensação de linearidade e integridade ideal ao *self* do indivíduo, promovendo maior dialogicidade ao sistema semiótico e garantindo a abertura semiótica às diversas possibilidades antecipatórias do futuro incerto.

Destarte, torna-se fundamental sublinhar que a alternância entre as condições de emergência semiótica é extremamente comum na construção de significados ao longo do curso de vida (Silva, 2010). No entanto, o caráter disruptivo da prematuridade parece promover maior intensificação dessa alternância. Outro ponto importante é a aparente atribuição da função materna a um status existencial por excelência: como se o *eu materno* fosse centralizador de todas as interações dessas mulheres, pelo menos no período encerrado pelo internamento do bebê. Muito embora essa proposição pareça óbvia diante da semiosfera preenchida por uma infinidade de signos vinculados à maternidade, é preciso relativizar algumas questões como, por exemplo, a existência ou

não do desejo de assumir o lugar parental referido. Talvez a experiência de mães cujas gravidezes foram indesejadas ou não planejadas, não circunscrevam a possibilidade de dominância hierárquica rígida da *I-position Eu-mãe*, por exemplo. De acordo Hermans e Hermans-Jansen (2003 citado por Silva, 2010; p.129), “as *I-positions* internas externas adquirem uma determinada relevância a partir das entre elas ao longo do tempo”. Sendo assim, a partir da experimentação de outros contextos reforçadores do *eu materno* promotores de constante interação dialógica com outros posicionamentos de *self* e com outros sociais relevantes, poderá haver a intensificação da importância desse papel social recém-adquirido pelas mães acessadas e, portanto, a facilitação da construção de significados dialogicamente mais favoráveis diante da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro e da maternidade como um todo.

Em relação aos significados construídos a partir da experiência abarcada nesse estudo, de maneira mais sistemática, pôde-se observar semelhanças e distanciamentos entre as participantes. Foi possível identificá-los a partir de um eixo composto de três categorias organizadoras: 1) Significados de Maternidade; 2) Significados atribuídos à modalidade de cuidado; 3) Significados atribuídos à experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro.

Os significados mais gerais acerca da maternidade foram identificados a partir da consideração do subtexto global narrado pelas participantes. No caso de Maria, alguns significados preponderantes de maternidade foram: a) *ser mãe é a melhor sensação já vivenciada*; b) *amor de mãe é insubstituível*; c) *ser mãe é compreender melhor a própria mãe*; d) *mãe e filho estão ligados pela amamentação*; e) *cordão umbilical como ligação transitória*; f) *ser mãe é se sentir completa*; g) *ser mãe é ser o único alimento do filho*. Madalena também construiu alguns significados de maternidade, dentre os quais se destacaram: a) *mãe se resume em amor*; b) *ser mãe é dar*

a vida pelo filho; c) ser mãe não tem definição; d) só se sabe quando vive; e) é compreender melhor a própria mãe.

Os significados predominantemente atribuídos à UTIN, por Maria, foram: *a) existe para salvar a vida; b) sentença da gravidade do estado de saúde do bebê; c) limita o exercício da função materna; d) a UTIN transmite segurança à mãe; e) equipe de saúde atenciosa e competente.* Para Madalena, a UTIN: *a) é necessária para cuidar de bebês prematuros; b) oportunidade recebida; c) limitação do exercício da função materna; d) equipe de saúde atenciosa, afetuosa e competente.* Acerca do MC as participantes referiram, respectivamente: *a) renovação da vida; b) empoderamento materno; c) é aprender a ser mãe; d) é ter certeza da recuperação do filho; e) é livrar-se da culpa; f) última etapa de internamento.* Madalena, imaginativamente e a partir das falas de outros significativos acerca do referido método de cuidado, significou o canguru como: *a) local de aprendizado; b) local onde é possível exercer integralmente a função de mãe.*

A respeito da experiência de tornar-se mãe de um recém-nascido pré-termo, a construção de significados se deu de maneira mais dinâmica e, por vezes compulsória, principalmente diante das instabilidades vivenciadas já referidas. No entanto, alguns significados construídos assumiram posições pregnantes na narrativa das participantes. Para Maria, ser mãe de um bebê prematuro é: *a) antecipação do encontro; b) lidar com um bebê diferente; c) é ter medo de perder; d) é ver a morte como centro das atenções; e) é ser o remédio do filho.* Para Madalena: *a) é a necessidade de aderir a uma religião; b) é ter fé acima de tudo c) é se preocupar por muito tempo; d) é ter um medo maior de perder quando comparada a uma mãe de um bebê normal; e) a prematuridade triplica o amor; f) o risco de morte intensifica o amor; g) é lidar com a instabilidade; f) a mãe é o remédio do filho; g) o bebê prematuro é forte; h) antecipação do encontro; i) ser mãe*

de um bebê prematuro é fazer mais que uma mãe de um bebê a termo; j) é uma experiência baseada no medo; l) é uma experiência ambivalente.

É imprescindível sublinhar que o processo de construção de significados de maternidade de Madalena, compreendido no período em que a participante foi acessada, se deu de maneira mais compulsória, na medida em que seu bebê ainda permanecia internado nas instalações da UTIN. A partir da revisão de literatura, foi possível identificar o referido contexto como promotor de estados emocionais negativos e em constante oscilação. Ademais, no caso da participante, a proximidade do evento disruptivo causado pelo nascimento prematuro, bem como da constante alternância de estados de saúde do recém-nascido, podem ter interferido significativamente em sua narrativa. Desse modo, a pesquisadora pôde ter acesso ao fenômeno a partir de uma perspectiva microgenética. Afora isso, tal como postulado por Zittoun (2009) a respeito das *rupturas*, as *microrrupturas* caracterizadas pelo quadro de prematuridade constituíram-se como laboratórios naturais, de modo que foi possível observar o reajustamento da participante diante das novas condições de saúde de seu bebê, configurando sucessivos processos de *transição*, e acompanhar parcialmente o processo de construção de significados de maternidade ao longo do tempo compreendido na realização das entrevistas. Maria, por outro lado, experimentou um processo de recuperação ascendente de seu bebê e, na ocasião dos encontros com a pesquisadora, encontrava-se vivenciando o cuidado compreendido no ambulatório canguru. No entanto, é importante referir que a narrativa da participante se desenvolveu em torno do evento disruptivo principal (o nascimento prematuro) e o tempo de internamento vivenciado na UTIN. O MC, mediante o conteúdo narrado por Maria, permaneceu em segundo plano.

Em relação ao que fora discutido no parágrafo anterior, é possível pensar que o internamento na UTIN se apresente de maneira mais pregnante na narrativa das participantes acessadas por se configurar num espaço promotor de estados emocionais negativos e intensificador da incerteza diante da sobrevivência do recém-nascido pré-termo. Na via oposta, o canguru promove maior aproximação da díade mãe-bebê e, por tal motivo, a mãe pode desenvolver comportamentos responsivos mais efetivos, reconhecendo seu bebê a partir de suas necessidades e capacidades interacionais.

Finalmente, é importante referir que as diferenças encontradas entre as participantes podem estar associadas a uma série de fatores, dentre o quais estão: 1) Grau de instrução (Madalena possui curso técnico e Maria somente ensino médio); 2) Crença religiosa (Maria é católica e Madalena só se sentiu motivada a aderir a uma religião após o quadro declínio do quadro clínico de Inácio); 3) História prévia de perdas gestacionais/nascimentos seguidos de óbito (Maria é primípara e Madalena, embora seja seu primeiro filho vivo, passou por uma perda logo após a concretização do nascimento); 4) Presença constante do marido (o companheiro de Madalena era mais presente durante o período de internamento); 5) Modalidade de cuidado vivenciada na ocasião das entrevistas (Maria já estava no ambulatório canguru, ao passo que Madalena continuava com o filho internado na UTIN). Ademais, é importante considerar que a prematuridade é um fenômeno multifatorial, tal qual a história de vida de cada mulher e a maneira como a experiência de transição para a maternidade é conduzida no tempo irreversível. O caráter dialógico das interações humanas é revelado a partir da polifonia identificada na construção de significados de maternidade ao longo da vida e no período posterior ao evento disruptivo aqui abarcado. Cada experiência ocorre de maneira muito particular, sendo constantemente especificadas a partir de eventos idiossincráticos e especiais. Nenhuma experiência é, portanto, destituída de integração com outros eventos

de igual proporção desenvolvimental para os sistemas psicológicos analisados. Tal como nas entrevistas piloto e nas demais entrevistas realizadas, a prematuridade nem sempre era referida como evento disruptivo central, sendo as chamadas **microrrupturas**, por vezes, identificadas como rupturas bem mais severas e promotoras de rearranjos dialógicos de grande proporção.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve por objetivo compreender como se dá a experiência de tornar-se mãe no contexto da prematuridade. Para tanto, foram acessados contextos de cuidado distintos entre si, compreendidos pelo Método Mãe Canguru e pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A partir dos resultados analisados, foi possível perceber que os referidos contextos não funcionam como modalidades antagônicas na perspectiva das mães entrevistadas. Ambos são percebidos como etapas de um contínuo e integrado *processo de cuidado* dispensado ao bebê prematuro. Diante disso, o aspecto compreendido pela temporalidade exerce grande influência no desenrolar da experiência materna, modificando percepções, representações e sensações à medida que o recém-nascido se desenvolve.

Para além da discussão instrumental realizada e das elaborações teóricas referidas na seção anterior, a partir das quais se evidenciou o processo de construção de significados e verificou-se que, à medida que o bebê prematuro ascendeu à condição de maior estabilidade clínica, houve a emergência de significados mais positivos frente à situação disruptiva ora enfrentada, o impacto promovido pelo *medo da perda* figurou como elemento central da experiência de transição para maternidade no contexto do nascimento prematuro. A vivência, transcorrida de maneira idiossincrática, de cada participante, teve como farol orientador a dicotomia *vidaXmorte* e o *continuum* experiencial compreendido entre os extremos de tal polaridade, já que a celebração característica diante de um nascimento era recorrentemente travestida de apreensão diante do declínio clínico do recém-nascido. O posicionamento favorável mediante assunção do lugar de mãe era permeado pelo medo constante de perder o filho, tal como foi postulado por Kreutz e Bosa (2013).

A exemplo do que foi referido no parágrafo anterior, a experiência de Madalena em perceber a fragilidade das condições clínicas de seu bebê a colocavam de frente com o *medo da morte*. No entanto, para essa participante, a transição para a maternidade acontecia de modo mais intenso justamente por ser permeada por esse sentimento oscilatório. Segundo ela, *o medo da perda fazia tudo o amor dobrar, triplicar*. Para além disso, em relação à percepção materna do recém-nascido pré-termo, a luta constante pela vida foi significada como sinônimo de bravura, já que o bebê prematuro, mesmo diante de toda sua fragilidade, guerreava constantemente com a morte, superando as adversidades e mantendo-se firme em seu progresso desenvolvimental.

Segundo Dimenstein (2000), há um acréscimo do *medo da morte* na experiência materna inspirado pela prematuridade do filho. No entanto, a mesma condição de fragilidade acaba por figurar como promotora de maior força de vontade em direção ao enfrentamento da situação estressora na medida em que a imagem do bebê prematuro, para a mãe, torna-se símbolo de bravura e inspiração mediante a luta cotidianamente travada pela vida, tal como referido por Coppola, Cassiba e Constantini (2007). Sendo assim, percebe-se que o *medo da morte* assumiu, no psiquismo das mães acessadas, um posicionamento ambivalente, corroborando com as postulações teóricas e instrumentais ora referidas no presente estudo. O bebê prematuro passou a ser considerado, portanto, *frágil* e ao mesmo tempo *forte* por resistir às intercorrências que caracterizam o fenômeno aqui abordado.

Outro aspecto de extrema relevância verificado na experiência das mães entrevistadas diz respeito à vivência da interdição do ciclo gravídico, experienciada como um evento promotor de estados emocionais negativos também quando associada à interrupção do crescimento da barriga. Esse aspecto foi referido por Kreutz e Bosa (2013) em estudo de caso que visava investigar o impacto da prematuridade e,

subsequentemente, do diagnóstico de retinopatia na parentalidade, identificando posteriormente o grande impacto experienciado pelo casal e a frustração materna em não ter mais a possibilidade de acompanhar o crescimento de seu ventre. A esse respeito, especificamente, a participante Maria explicitou a intensa frustração vivenciada ao ser impedida de sentir os movimentos de seu bebê no ambiente intrauterino, afinal o nascimento prematuro ocorreu concomitantemente ao início de tais sensações. A partir da análise da entrevista, percebeu-se que a experiência de interdição pôde ser reeditada mediante transferência da díade para o ambulatório do MC. A posição canguru, para a participante, era percebida como uma espécie de *retorno ao útero*, já que através de sensações táteis podia perceber a movimentação de sua filha. Nesse caso, o contato pele-a-pele caracterizado como premissa básica do MC e essencial para o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo passou a ser, também, instrumento de reedição de uma experiência adversa característica da trajetória de Maria e interpretada por ela de maneira idiossincrática. Ainda que a premissa mencionada também objetive a promoção do estabelecimento do vínculo mãe-bebê, o significado atribuído ao cuidado pela participante figurou como ferramenta de enfrentamento e empoderamento diante da condição da filha.

De acordo com Brazelton (1998), a perda do corpo gravídico é vivenciada com grande impacto no que diz respeito à autoconfiança e à autoestima maternas, afinal é retirada da mãe a possibilidade de gestar e se perceber como cuidadora essencial para o bebê. A interrupção abrupta da gravidez foi vivenciada por ambas as participantes a partir de sentimentos negativos, tais como culpa e sensação de fragilidade, sendo referida por Maria como *a ausência de força suficiente para levar a gravidez até o final*. Do mesmo modo, tal posicionamento só foi reformulado a partir da transição para o cuidado canguru, mediante o contato direto com a filha e o acesso a referenciais

desenvolvimentais promissores e reconfortantes a partir das visitas ambulatoriais de bebês egressos do internamento no MC. Esse resultado corrobora com as postulações de Cypriano e Pinto (2011), ao sublinhar a impossibilidade de apropriação do lugar de cuidadora e da função materna diante da prematuridade do bebê, principalmente mediante a necessidade do aparato compreendido pela UTIN, intensificando o distanciamento precoce vivenciado pela díade mãe-bebê e os sentimentos relacionados à perda de autoestima.

Levando-se em consideração os contextos de cuidado abordados nessa pesquisa, ficou evidente a multiplicidade de significados atribuídos à UTIN pelas participantes. Embora ambas tenham referido sentimentos antagônicos e ambivalentes mediante o aparato tecnológico existente, consideraram a modalidade de cuidado como necessária para que a vida de seus filhos fosse salvaguardada. Nesse intermédio, a relação positiva estabelecida com a equipe de saúde foi de fundamental importância para o ajustamento psíquico diante das intercorrências vivenciadas. Conforme Coppola, Cassiba e Constantini (2007), a equipe multidisciplinar desempenha um papel facilitador da superação da imagem vinculada à UTIN. Do mesmo modo, proporciona a iniciação do cuidado parental dispensado ao neonato prematuro (Ditzz et al., 2011). Nas experiências investigadas, pois, a equipe de profissionais promoveu maior aproximação da díade em ambos os contextos de cuidado, todavia, na UTIN a adequação da linguagem técnica gerou o apaziguamento de emoções demasiadamente negativas a partir do acolhimento e do constante diálogo estabelecido com as mães.

Apesar da postura assumida pela equipe multiprofissional, as participantes relataram sentir dificuldade de apropriação do lugar materno durante o internamento na UTIN, já que majoritariamente o cuidado dispensado ao recém-nascido prematuro dizia respeito às intervenções profissionais. Entretanto, mediante a realização de qualquer

atitude cuidadora, como limpar a boca do bebê, ser chamada de madrugada para acalmá-lo, ser solicitada para provimento nutricional através do leite materno, havia um empoderamento frente à assunção da função materna. Ditzz et al. (2011) sublinham que a demarcação do lugar parental só é possível a partir do fornecimento de cuidados ao recém-nascido pré-termo. Contudo, foi verificada a dificuldade no estabelecimento de algum protagonismo no cuidado mediante a sensação de inadequação pela falta de conhecimentos específicos, corroborando com as postulações de Scochi et al. (2003). Este último aspecto, por sua vez, acabou por fomentar inseguranças em direção às projeções imaginativas do período pós-alta hospitalar, principalmente na narrativa de Madalena, por não se considerar adequada para gerenciar possíveis intercorrências no ambiente domiciliar. É importante sublinhar que ambas as participantes se sentiam inseguras, conquanto o período em que as entrevistas foram realizadas interferiu significativamente na apreensão desse aspecto de suas experiências, evidenciando estados apreensivos maiores durante o internamento na UTIN e o ganho de autoestima e empoderamento maternos a partir da transição para o MC.

Ainda sobre a UTIN, as mães acessadas relataram repetidas vezes acerca dos incômodos vivenciados por meio da necessidade cotidiana da realização de procedimentos invasivos nos bebês, corroborando com Serra e Scochi (2004) em relação à emergência de sentimentos maternos negativos pela necessidade de conviver com os procedimentos médicos característicos da modalidade de cuidado.

No tocante à modalidade de atenção à saúde do neonato prematuro compreendida pelo MC, ficou claro o maior apaziguamento de estados emocionais negativos mediante transição para o ambulatório canguru. A partir do conteúdo narrado por Maria, foi possível perceber o caráter de reedição que a referida transição promoveu em suas vivências ocorridas em ambiente hospitalar. Como foi citado anteriormente, o

canguru foi significado como a possibilidade de reviver o período da gravidez, sentindo novamente os movimentos de seu bebê quando no contato pele-a-pele. Ainda, o cuidado dispensado ao bebê, outrora promotor de insegurança, passou a ser percebido de maneira empoderada já que a participante referiu se sentir segura ao imaginar o período pós-alta hospitalar por se considerar detentora dos conhecimentos necessários para prover as necessidades da filha. Madalena, por sua vez, considerava o MC como uma oportunidade de *aprender a cuidar* e desejava, na ocasião das entrevistas, passar pelo ambulatório antes de ir para casa com seu bebê.

Sobre o MC, ficou evidenciada a maior aproximação da díade mãe-bebê bem como a promoção de maior vinculação entre mãe e filha. Em consonância com a literatura científica acessada (Fieldman et al., 2002; Nirmala, Rekha & Whashington, 2006; Moreira et al., 2009), o Método Mãe Canguru é recorrentemente apreendido de maneira positiva pela mãe, havendo a promoção de comportamentos mais responsivos e de maior afetividade do relacionamento estabelecido pela díade. Moreira et al. (2009) ressalta o caráter de reedição do ambulatório canguru ao referir que a modalidade de atenção oferece a recuperação do *tempo perdido* pela mãe e pelo bebê, facilitando a *superação da separação abrupta* caracterizada pelo nascimento prematuro e subsequente encaminhamento à UTIN.

Apesar dos aspectos positivos vinculados ao MC, Nirmala, Rekha e Whashington (2006) referiram o ambulatório canguru como inseguro e não mantenedor da segurança e bem-estar do neonato prematuro. No entanto, a experiência de maternidade acessada se mostrou contrária a essa postulação. Primordialmente mediante a estrutura compreendida pela maternidade de referência, a qual dispõe de UTIN, além de Unidade Semi-Intensiva e MC, configurando uma tríade estrutural sólida e segura no que diz respeito ao cuidado destinado à díade. Afora isso, o bem-estar do recém-nascido

sofreu acréscimo incontestável a partir do contato direto com a mãe, este percebido a partir dos ganhos desenvolvimentais referentes à amamentação e do *feedback* da equipe multiprofissional. Ademais, o bebê passou a ser reconhecido pela participante como um indivíduo, com suas próprias necessidades e detentor de capacidade de interação. Esse último aspecto, por sua vez, foi evidenciado a partir do diálogo estabelecido entre Maria e a psicóloga, por meio do qual a participante passou a conversar (mediante conselho da referida profissional de saúde) cotidianamente com seu bebê, explicando-lhe a importância do leite materno. Após três dias de conversação, o recém-nascido passou a mamar no seio da mãe, promovendo a sensação de ainda mais empoderamento e facilitando a construção de um significado de maternidade significativo na experiência da participante: *o bebê não está ligado à mãe pelo cordão umbilical, ele está ligado à mãe pela mamada.*

Para além do que foi postulado nos parágrafos anteriores, a cultura da maternidade de referência de endossar o posicionamento sempre positivo da mãe em relação à prematuridade do bebê parece gerar efeitos ambivalentes. Por um lado assegura maior estabilidade emocional da genitora frente às dificuldades enfrentadas pelo recém-nascido, colocando-as como figura essencial para a recuperação total do bebê. É a partir do amor emanado pela mãe através da atitude positiva que o neonato prematuro ascende em direção às condições ideais para a alta hospitalar. Por outro lado, foi possível perceber certo receio materno frente às emoções negativas, considerando-as prejudiciais para o desenvolvimento de seus filhos. É necessário sublinhar que, num contexto tão demandante, há o estabelecimento de mais uma premissa: espera-se que as mães se coloquem sempre de maneira firme, forte, responsabilizando-as pelo estado de saúde apresentado pelo bebê. No entanto, esse aspecto pode se configurar de maneira muito prejudicial à saúde mental materna, já que numa intercorrência característica do

quadro apresentado pelo neonato prematuro, a mãe pode se sentir demasiadamente triste e incapaz de sustentar um posicionamento favorável à consigna da equipe médica. Sendo assim, a dificuldade de manter atitude positiva pode promover severos estados de culpabilização intimamente relacionados com o desfecho da referida intercorrência.

Embora Madalena não tenha relatado sentir culpa diante do sentimento de profunda tristeza vivenciado a partir do diagnóstico de infecção de seu bebê, justificando a ausência de tal sentimento mediante aspectos vinculados à experiência anterior de perda, houve a necessidade de afastamento do ambiente da UTIN a fim de não prejudicar o desenvolvimento do filho por estar triste. Todavia, a culpabilização da genitora pela não manutenção de atitude positiva foi referida pela participante a partir do relato a respeito de outra mãe cujo bebê também estava internado na UTIN. Segundo Madalena, a ausência de força da genitora foi também responsável pelo óbito do recém-nascido. Desse modo, é possível pensar na necessidade de uma maior abertura da equipe multidisciplinar em direção ao acolhimento de estados emocionais negativos e oscilatórios, facilitando a condução de tais sentimentos numa perspectiva positiva no que diz respeito à promoção da saúde mental materna.

Mediante a trajetória compreendida na realização desse estudo, desde os primeiros mergulhos na literatura científica, perpassando pelos preciosos encontros com as mães de recém-nascidos pré-termo e, por fim, chegando aos resultados ora apresentados, foi possível perceber a complexidade da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro. Para além da transição para a maternidade, pôde-se perceber que o fenômeno do nascimento prematuro reedita a ascensão do lugar parental, colocando as mães diante de um vasto campo permeado pelo quase absoluto desconhecido.

No contexto da prematuridade, a experiência de ascender ao status de mãe parece estar sempre relegada à condição de gerúndio, ao *porvir*, ao que ainda não se

concretizou ou que se concretizou, mas não por inteiro. Ainda que o nascimento tenha ocorrido, que o bebê esteja em condições estáveis de saúde, a idealização do período pós-parto é posta abaixo na medida em que a ida pra casa é interdita, o cuidado materno integral é interdito e os sonhos são submetidos à necessidade de reformulação. O bebê não é o bebê imaginado. O berço se traveste de incubadora e, tal como o nascimento que se antecipou deixando aspectos do desenvolvimento a serem concluídos, o quarto tão projetado, pensado, constituído mentalmente repetidas vezes, encontra-se inacabado, paredes a serem pintadas, berços a serem montados. A mãe, também, encontra-se em construção. Uma construção iniciada em bases pouco estáveis, de maneira abrupta e intensa. Mas é preciso lembrar que o processo de ser é, na verdade, um eterno *tornar-se* e estamos todos no caminho do *vir a ser*, ao longo das trajetórias que percorremos em nossas vidas.

Embora as experiências maternas desenhem trajetórias muito particulares, aspectos em comum são inevitavelmente identificados. No contexto da prematuridade não é diferente. A interdição temporária da função materna, o medo diante dos aparelhos da UTIN, o medo da perda, a vivência de estados emocionais negativos, a urgência em ver a melhora clínica do filho, o medo de cuidar, o medo de não saber, talvez o anseio de ir, finalmente, para casa. Todos esses aspectos podem ser e são intersecções em muitas das experiências acessadas e, alguns deles, nas experiências compartilhadas, analisadas e discutidas nas páginas desse estudo.

De maneira mais objetiva, pôde-se perceber a multifatorialidade do fenômeno caracterizado pela prematuridade e a idiosincrasia de cada processo de transição para a maternidade. Essa multiplicidade de possibilidades experienciais, pois, está atada a um farol luminoso que nos guia e do qual ninguém pode escapar: o tempo. No caso do nascimento prematuro, é também a passagem do tempo representada no crescente

desenvolvimento do bebê que auxilia, circunscreve, direciona, o processo de compreensão diante desse novo lugar recentemente assumido: o lugar de mãe. A temporalidade é aspecto essencial para olhar para o fenômeno aqui discutido. Desde o nascimento, perpassando pelo internamento na UTIN, vivenciando as instabilidades do quadro clínico, experienciando o cuidado canguru, a possibilidade de aconchegar o filho nos braços, reeditando interdições anteriormente vividas tais como os movimentos intrauterinos não sentidos, o abraço no período imediatamente subsequente ao parto, os dias na incubadora, a impossibilidade de tocar, os sonhos relegados ao *depois*. É nessa saga imposta pelo inesperado que a mãe vai, aos poucos, assimilando seus espaços, configurando seu papel, imaginando e desejando o futuro favorável ora imaginado.

Por fim, sublinha-se que o presente estudo atendeu aos objetivos inicialmente propostos. Através da análise aprofundada da experiência de maternidade no contexto da prematuridade, tendo como base aspectos teórico-metodológicos diferenciados em relação à literatura científica acessada ao longo do processo, foi possível gerar insumos empíricos e instrumentais fomentadores de uma discussão relevante. É preciso referir, no entanto, que o desenvolvimento dessa pesquisa teve como foco principal a elaboração teórica acerca dos resultados encontrados, por intermédio da qual se construiu um panorama da experiência materna sob a luz da Psicologia Cultural, na tentativa de intensificar o debate científico acerca dos construtos postulados pelo referido arcabouço teórico. Ademais, tornou-se possível a sugestão de caminhos conceituais específicos para a compreensão da vivência materna, tais como a proposição dos construtos *microrrupturas e movimento semiótico-pendular*.

Sublinhou-se, ainda, aspectos idiossincráticos da experiência de transição à parentalidade, considerando distanciamentos e aproximações entre as narrativas acessadas, postulando a multifatorialidade do fenômeno e abrindo espaço para

configurá-lo como mais um evento disruptivo não normativo na trajetória das participantes, sem ter a pretensão, contudo, de referi-los mediante análise hierárquica. Todavia, foi possível perceber que nas experiências componentes das elaborações aqui referenciadas, o nascimento prematuro se estabeleceu como acontecimento centralizador da vida das participantes, alocando o *eu materno* como posicionamento de self preponderante nessa etapa do curso de vida. Esse aspecto, no entanto, pode estar relacionado com a perspectiva microgenética aqui adotada, a partir da qual compreende-se investigação do fenômeno ainda em curso.

Enfim, com o auxílio das elaborações teóricas e empíricas aqui postuladas, torna-se possível a revisão de posicionamentos profissionais diante da experiência materna, assegurando maior acolhimento à transição vivenciada e à variabilidade emocional configurada nesse processo. Ainda, abre-se a possibilidade de pensar a respeito da inclusão de profissional de psicologia em cada contexto de atenção à saúde do recém-nascido pré-termo, garantindo maior disponibilidade técnica promotora de maior estabilidade psíquica às mães de bebês prematuros. Afora isso, a inclusão de outros sociais significativos para a genitora, tais como marido, família e rede apoio, poderia configurar um cenário mais positivo no que diz respeito à promoção da saúde mental materna.

9.1 LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE NOVOS ESTUDOS

É importante ressaltar que este estudo foi desenvolvido numa maternidade de referência a gestações de alto-risco. Sendo assim, configura-se como situação ideal para a garantia dos cuidados necessários ao recém-nascido pré-termo. Trata-se de uma instituição de saúde que possui todo o aparato tecnológico compreendido pelas diversas

modalidades de cuidado oferecidas ao neonato prematuro, diferente da realidade encontrada na maioria dos hospitais. Portanto, é possível que aspectos relacionados à estrutura e às normas da maternidade tenham interferido na construção de significados a partir da experiência de tornar-se mãe de um bebê prematuro, os quais foram de interesse específico da presente pesquisa.

Além disso, sublinha-se que a referida instituição tem como alicerce missionário primordial a humanização do cuidado. Pelos motivos citados, torna-se oportuno que estudos futuros se dediquem a explorar diferentes instituições hospitalares. Afora isso, este estudo se dedicou especificamente à análise e elaboração acerca de duas experiências de maternidade específicas, abrindo espaço para o aprofundamento dos achados aqui elencados a partir de um *corpus empírico* mais numeroso, considerando maior diversidade no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos. Além do que, outras características devem ser levadas em conta, principalmente no que diz respeito ao ponto da trajetória no qual as mães são acessadas. No caso deste estudo, ambas as participantes eram primíparas, o que pode ter interferido diretamente no enfrentamento dos desdobramentos do fenômeno central aqui abarcado.

Outro ponto relevante recai sobre a possibilidade de focar a equipe multidisciplinar como facilitadora do processo de elaboração do evento disruptivo compreendido pelo nascimento prematuro. Desse modo, novos estudos podem sublinhar o papel dos profissionais na experiência materna, ressaltando-os como personagens essenciais no cuidado dispensado ao bebê prematuro e em constante interação com a família. Ainda, pôde-se perceber que a experiência aqui referida se constitui como evento significativo também para o pai. A partir de então, torna-se necessário investigar os desdobramentos do nascimento prematuro para o genitor e a interferência desses desdobramentos no relacionamento estabelecido com a companheira.

Um estudo longitudinal, por sua vez, poderia fornecer a exploração mais efetiva dos temas identificados na presente pesquisa. Ademais, poderiam ser investigados os efeitos das modalidades de cuidado na vinculação estabelecida entre mãe e bebê, discutindo-se acerca de padrões de apego e desenvolvimento infantil. Fora isso, haveria a possibilidade de maior enfoque da dimensão de processo, considerando a perspectiva da temporalidade como aspecto central do estudo, promovendo investigação, inclusive, em ambiente domiciliar.

Em termos teóricos, não houve aprofundamento na discussão acerca do *self-dialógico* e das estratégias semióticas de autorreparação do *self* utilizadas pelas mães entrevistadas após a experiência de ruptura promovida pelo nascimento prematuro. Para isso, uma análise de conteúdo-holístico, tal como proposto por Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber (1998) poderia se configurar como um caminho metodológico coerente com a referida proposta.

Por fim, torna-se importante refletir a respeito da transição para maternidade marcada por uma ruptura não normativa tão instável. Assim como os diversos eventos disruptivos que vivenciamos ao longo de nossa trajetória de vida, o nascimento prematuro também promove grande impacto na vida dessas mulheres, ressaltando a condição de gerúndio à qual nossa vida é relegada. Até que tenhamos vivenciado tudo quanto for possível, e estejamos em nossos leitos de morte, poderemos contar e recontar a nossa história, imaginando-a, reconstruindo-a psicológica e afetivamente e submetendo-a a mudanças concretas e palpáveis.

No entanto, apesar de ser caracterizada por grandes oscilações e instabilidades, não me parece que a experiência de tornar-se mãe mediante um nascimento prematuro modifique aspectos centrais da transição para a maternidade: a incerteza, o medo, a necessidade de lidar com o desconhecido, o constante movimento de vestir-se e despir-

se de convicções, sentimentos, posicionamentos. Trata-se de uma experiência profunda, promotora de mudanças inimagináveis e indefiníveis, gestada, regada e cuidada num jarro chamado *construção*.

REFERÊNCIAS

Allen, E.C. Janeen, M.C. Legault, C. Naughton, M.J. Pivor, C. O'Shea, M. Perception of Child Vulnerability Among Mothers of Former Premature Infants. *Pediatrics*, 137(4), 113-267.

Aragão, R. (2006). De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In R. Melgaço (Org.); *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Araujo, D.M.R. Pereira, N.L. Kac, G. (2004). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (4), 747-746.

Ansermet, F. Muller-nix, C. (2011) Quality of attachment, perinatal risk, ant mother-infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 305–318.

Badinter, E. (1991). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. São Paulo: Círculo do livro.

Barros, V.C. Santos, J.F.C. Lima, L.A. Fonseca, D.L. Lovisi, G.M. (2013). Depression and social support of pregnant women in fetuses with malformations attending at a maternal and child hospital public reference in Rio de Janeiro. *Caderno de saúde coletiva*, 21 (4), 391-402.

Berlinck, M.T. (2014). As bases do amor materno, fundamento da melancolia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 403-406

Bittar, R.E. Francisco, R.P.V. Zugaib, M. (2013). Prematurity: when can it be prevented? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(10), 433-435.

Bottó, R.A. (2014) Parentalidade Líquida. In: Org. Nina Vasconcelos Guimarães. *Autoridade e Autonomia em Tempos Líquidos: a teoria sistêmica na contemporaneidade*. Salvador: Ophicina de Arte & Prosa. (6) 137-151.

Bowlby, J.(1989) *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artmed.

Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.

Brazelton, T. & Cramer, B. (1998). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (2005). The bioecological theory of human development. In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Bruner, J. (2002). *Making Stories: Law, Literature, Life*. Massachusetts: Harvard University Press.

Carvalho, P. I.; Pereira, P.M.H.; Frias, P.G.; Vidal, S.A.; Figueiroa, J.N. (2007). Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 16 (3), 185- 194.

Carvalho, B.C.B. (2014) *Significações sobre a garantia de direitos de crianças e adolescentes apresentadas por conselheiros tutelares e dirigentes escolares*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Salvador-Ba.

Chalem, E. Mitsuhiro, S.S. Ferri, C. Barros, M.C.C, Guinsburg, R. Laranjeira, R.(2007) Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 177-186.

Charpak, N. Ruiz, J.G. Zupan, J. Cattaneo, A. Figueroa, Z. Tessier, R. Cristo, M. Anderson, G. (2005) Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatrica*, 94(5), 514-522.

Chaves, S. (2011) *Significados de maternidade para mulheres que não querem ter filhos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

Cypriano, L.M. Pinto, E. E.P. (2011) Unexpected arrival: building parenting and extremely premature babies. *Psicologia Hospitalar*, 9(2), 02-25.

Clandinin, D.J. Connely, F.M. (2000) *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco: Jossey-Bass.

Cervený, C.; Berthoud, C. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Coppola, G. Cassibba, R.. Costantini, A.(2007) What can make the difference? Premature birth and maternal sensitivity at 3 months of age:The role of attachment organization, traumatic reaction and baby's medical risk.*Infant Behavior & Development*, 30, 679-684.

Costa, R. Padilha, M.I. (2011). A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 248-255.

Danielle, D. Pinheiro, E.M. Kakehashi, T.Y. Balieiro, M.M.F.G (2012). Conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na unidade neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1041-1048.

Davis, D.H. Thoman, E.B. (1987) Behavioral states of premature infants: implications for neural and behavioral development. *Developmental Psychobiology*, 20 (1), 25-38.

Dimenstein, M. (2000) Representações da prematuridade por mulheres usuárias do serviço de público de saúde. *Conferência*, UFRN.

Dittz, E.S. Sena, R.R. Motta, J.A. Duarte, E. D (2011). Cuidado Materno ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: possibilidades e desafios. *Ciência e Enfermagem*, 17(1), 45-55.

Eidelman, A.I. Leckman, J.F. Kuint, J. (1999) The Nature of the Mother's Tie to Her Infant: Maternal Bonding under Conditions of Proximity, Separation, and potential loss. *J. Child Psychol. Psychiat.* 40 (6), 929-939.

Esteves, C.M. (2009). *A preocupação Materna Primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. Dissertação de mestrado, UFRS. Porto Alegre- RS.

Ferraris, A.O. (2006). Dinâmicas do Apego. O feto, o cérebro e a consciência primordial – a mente do bebê. *Mente & Cérebro*, 1, 36-48.

Feldman, R. Eidelman, A. (2003). Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45 (4), 274-281.

Fieldman, R; Eildman, A.I; Sirota, L; Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics*, 110(1), 16-26.

Forcada-Guex, M. Borghini, A. Pierrehumbert, B. Ansermet, F. Muller-Nix, C. (2010) Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development*, 87, 21–26.

Glen, A. (2005). Neurodevelopmental outcomes of infants born prematurely. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26 (6), 427-440.

Gomes, A.L.H. (2009) *Uma psicóloga no país das dores: as vivências e conflitos da mãe e da equipe de saúde, durante a internação do bebê pré-termo extremo*. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo..

Gorski, P.A., Davidson, M.F., & Brazelton, T.B. (1979) Stages of behavioral organization in the high-risk neonate: Theoretical and clinical considerations. *Semiflars in Perinatology*, 3 (1), 61-72.

Gorzílio, D.M. (2013) *Desenvolvimento neurocomportamental em neonatos pré-termo hospitalizados relacionado com indicadores de estresse e dor*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto.

Grandesso, M. A. (2011) *Sobre a Reconstrução do significado: Uma Análise Epistemológica e Hermenêutica da Prática Clínica* (3ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Hermans, H. J. M., Kempen, H. J. G. & van Loon, R. J. P. (1992) The dialogical self: beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*. Recuperado em 20 de setembro de 2015, em: <http://www.apadivisions.org/division-36/publications/newsletters/1992/10-issue.pdf/>.

Johnson, S.M. (2012) Introdução ao Apego: Um Guia Terapêutico para lidar com os Vínculos Primários. In: *Os processos do apego na terapia de casal e família*. Org.: Susan Johnson & Valerie Whiffen. São Paulo, Roca. (1) 3-16.

Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2002). Entrevista narrativa. In Bauer M. W. & Gaskell, G. (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 90-113). Petrópolis: Vozes.

Kerstjens, J. Winter, A. Bocca-Tjeertes, I. Verget, E. Reijneveld, S. Bos. A. (2011). Delay in moderately preterm-born children at school entry. *The Journal of Pediatrics*, 159(1), 92-98.

Klaus, M. & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Korja, R. Savonlahti, E. Haataja, L. Lapinleimu, H. M. Piha, J. Lehtonen, L. (2009) Attachment representations in mother of preterm infants. *Infant Behavior & Development*, 32, 305–311.

Kraljevic, M. Warnock, F.F. (2013) Early Educational and Behavioral RCT Interventions to Reduce Maternal Symptoms of Psychological Trauma Following Preterm Birth. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(4), 311-27.

Kreutz, C.M. Bosa, A.C. (2013). Um sonho cortado pela metade: estudo de caso sobre o impacto da prematuridade e da deficiência visual do bebê na parentalidade. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 305-313.

Lamy, Z. C.; Gomes, M. A. S. M.; Gianini, N. O. M.; Hennig, M. A. (2005) Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 659-68.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lawn, E.J. Mwansa-Kambafwile, J. Horta, B.L. Barros, F.C. Cousens, S.(2010). Kangaroo Mother Care to Prevent Neonatal Deaths Due to Preterm Birth Complications. *International Journal of Epidemiology*; 40 (2), 144-154.

Lebovici, S. (1987) *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artmed..

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading, analysis and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage

Linhares, M.B.M.; Carvalho A.E.V. & Martinez, F.E. (1999). Programa de Apoio Psicológico a mães de RN prematuros e muito baixo peso (< 1500g) em UTI-Neonatal e seguimento longitudinal do desenvolvimento psicológico dos bebês. *Resumos de*

Comunicação Científica da XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia (p. 255), Campinas.

Linhares, M.B.M; Pandovani, F.H.P; Pinto, I.D. (2009). Ansiedade e Depressão Materna e Relatos Sobre o Bebê Prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (1), 75-83.

Lopes, C.M.B. (2012) *As vicissitudes da constituição da função materna: um percurso teórico em Winnicott e Freud*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR.

Ludington, S.H. (2013). Kangaroo Care as a Neonatal Therapy. *Newborn and Infants Nursing Review*, 13 (2), 73-75.

Macedo, M.S. (2009) Gênero e sua utilidade teórica e política para pensar famílias e chefia feminina. *Seminário Avanços e desafios no uso do conceito de gênero nos estudos populacionais*. Rio de Janeiro: ABEP-ENCE/IBGE,.

Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.

Mancuso, R.A. Schetter, C. D. Rini, C.M. Roesch S.C. Hobel, C.J. (2004). Maternal Prenatal Anxiety and Corticotropin-Releasing Hormone Associated With Timing of Delivery. *Psychosomatic Medicine*, 66 (5), 762-769.

Martins, J. & Bicudo, M.A.V. (1989). *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes/ EDUC.

McFarlane, A.C. Weisaeth, L. van der Kolk, M.D. (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. Londres: The Guilfort Press. Londres.

Meijssen, D.Wolf, M.J. van Bakel, H. Koldewijn, K. Kok, J. van Baar, A. (2011). Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior & Development*, 34,72–80.

Ministério Da Saúde. (2002). *HumanizaSUS*. Documento base para gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Recuperado em 06 de outubro de 2013 em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf.

Mikulincer, M. (1995). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in self-appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 412-425.

Moreira, J.O. Romagnoli, R.C. Dias, D.A.S. Moreira, C.B. (2009) Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Bentim. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 475-483.

Moreira, R. (2012). *Um corpo que abriga uma vida e um vírus: o significado de maternidade para mães soropositivas para HIV*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

- Moura, S.M.S.R. Araújo, M.F. (2005) Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no programa Mãe Canguru. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 37-46.
- Nirmala, P. Rekha, S. Whashington, M.(2006). Kangaroo Mother Care: effect and perception of mothers and health personnel. *Journal of Neonatal Nursing*, 12 (5), 177-184.
- Neille, J. George, K. Khoza-Shangase, K.(2014). A study investigating sound sources and noise levels in neonatal intensive care units. *South African Journal of Child Health*, 8 (1), 6-10.
- Nunes, A.C. (2013). *Produção científica em Retinopatia da Prematuridade: um estudo bibliométrico do fator de risco para alterações visuais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos.
- OMS, Organização mundial da saúde. (2012). *Acerca de la OMS*. Disponível em: <http://www.who.int/about/es/> . Acesso em: junho de 2014.
- Patel, V. Prince, M. (2006) Maternal pshycological morbidity and low birth weigth in India. *British Journal of Pshychiatry*, 188, 284-285.
- Perosa, G. B. Silveira, F.C.P. Canavez, I.C. (2008) Ansiedade e Depressão de Mães de Recém-nascidos com Malformações Visíveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 4(1), 29-36.
- Piccinini, C. A., Gomes, A., Lopes, R. & Moreira, L. (2004). Sentimentos e expectativas da gestante em relação ao seu bebê. *Revista Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. C. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestaçõ e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13, 63-72.
- Pinheiro, A. M.; Silva, W. A.; Bessa, C.G.F.; Cunha, H.M; Ferreira, M.A.F.; Gomes, A.H.B. (2009). Incidência e fatores de risco da retinopatia da prematuridade no Hospital Universitário Onofre Lopes. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 72(4), 451-456.
- Pizzani, L.; Lopes, J.F.; Manzini, M. G.; Martinez, C.M.C. (2012). Análise bibliométrica de teses e dissertações sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes. *Jornal de Pediatria*, 88(6), 479-482.
- Porto, A.M.F. Acioly, D.A. Coutinho, I. Coutinho, H.C. Bezerra, P.S. Amorim, M.R (2013) Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. *Revista Brasileira Saúde Mater. Infant.*, 13 (2), 61-166.
- Raad, A. J., Cruz, A. M. C., & Nascimento M. A. (2006). A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. *Psic*, 7(2), 85-92.
- Ramires, V.R.R. Scheneider, M.S. (2010). Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego:Comportamento versus Representação? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jan-Mar Vol. 26 n. 1, pp. 25-33

Ramos, H.A.C. Cuman, R.K.N. (2009). Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*; 13 (2), 297-304.

Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Reyna, B.A.; Brown, L.F.; Pickler, R.H.; Myers, B.J.; Younger, J.B. (2012). Mother-infant synchrony during infant feeding. *Infant Behavior & Development*, 35, 669– 677.

Ribas, A.; Moura, M. (2004). Responsividade Materna e Teoria do Apego: Uma Discussão Crítica do Papel de Estudos Transculturais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17(3), 315-322.

Rosa, M.I.; Pires, P.D.S.; Medeiros, L. R.; Edelweiss, I.; Martínez-Mesa, J. (2012). Periodontal disease treatment and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(10), 1823-1833.

Rossetti-Ferreira, M. C., Amorim, K. S. & Silva, A. P. S. (2004). Rede de significações: alguns conceitos básicos. In: Rossetti-Ferreira et al. (orgs.) Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano. (23-34). Porto Alegre: Artmed, 2004.

Samra, H.A; McGrath, J. M.; Wey, H. (2010) Are former late-preterm children at risk for child vulnerability and overprotection? *Early Human Development*, 86, 557–562.

Schappin, Renske *et al.* (2013). Rethink stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *Plos one*, 8. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0054992>. Acesso em Dezembro, 2015.

Scochi, C.G.S. Kokuday, M.L.P. Riul, M.J.S. Rossanez, L.S.S. Fonseca, L.M.M. Leite, A.M. (2003). Incentivando o Vínculo Mãe-Filho em Situação de Prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (4), 539-543.

Segre, C.A.M. (2002) *Perinatologia: fundamentos e prática*. São Paulo: Sarrier.

Serra, S.O.A. Scochi, C.G.S. (2004). Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 597-605.

Silveira, M. F. Santos, I.S. Barros, A.J.D. Matijasevich, A. Barros, F.C. Victora, C.G.(2008). Increase in preterm births in Brazil: review of population-based studies. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 957-964.

Silveira, L.L. (2007). *Um estudo sobre interação mãe-criança com síndrome de down*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia.

Souza, N.L. Araújo, A.C.P.F. Costa, I.C.C. Carvalho, J.B.L. Silva, L.C. (2009) Representaciones de las madres sobre la hospitalización del hijo prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 729-733.

- Stake, R. E.(2006). The Ukraine Case Study. In: Multiple Case Study Analysis. p: 121-191. N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, London: Sage.
- Steiner, C. (1976). *Os Papéis Que Vivemos na Vida*. Rio de Janeiro: Editora Artenova.
- Stern, D. (1997) *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Thiengo, D.L. Pereira, P.K. Santos, J.F.C. Cavalcanti, M.T. Lovisi, G.M. (2012) Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas na unidade básica de saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61 (4), 214-220.
- Toma, T. (2003). Método Mãe Canguru: O papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (2), 233-242.
- Thomas, A. C. P., Lima, M. R. T., Tavares, C. H. F., & Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: Variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia (Natal)*,10, 139-146.
- Turrini, F. A., Enumo, S. R. F., Ferrão, E. S., & Monteiro, R. N. (2010). Comportamentos afetivo-motivacionais durante prova assistida diferenciam pré-escolares nascidos prematuros e com baixo peso dos nascidos a termo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(2), 158-172.
- Valsiner, J. (2005). Scaffolding within the structure of Dialogical Self: Hierarchical dynamycs of semiotic mediation. *New Ideas in Psychology*, 23(3), 197-206.
- Valsiner, J. (2007). Culture in Minds and Societies. In: *Foundations of Cultural Psychology* (pp.19-57). LA/New Delhi: Sage.
- Valsiner, J. (2009) Cultural Psychology Today: Innovations and Oversights. *Culture hgyPsychology*, 15(4), 5-39.
- Valsiner, J. (2012) *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente mundos da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Volkmer, V. (2009) *Significados de Maternidade Para Mulheres Com Trajetória Reprodutiva Marcada por Perdas Gestacionais Recorrentes*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – Salvador-BA.
- Vettore, M. V. Dias, M Vettore, M. V Leal, M.C. (2013). Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 13(2), 89-100.

Wanderveen, J.A. Blasserd, D. Robertson, C.M.T. Kirpalani, H. (2009) Early Interventions Involving Parents to Improve Neurodevelopmental Outcomes of Premature Infants: a meta-analysis. *Journal o Perinatology*. 29(5), 343-351.

Wendland, J. (2006). Junto de minha mãe. O feto, o cérebro e a consciência primordial – a mente do bebê. *Mente & Cérebro*, 1, 19-26.

Zittoun, T; Duveen, G.; Gillespie, A.; Ivinson, G & Psaltis, C. (2003). The use of symbolic resources in developmental transitions [Versão eletrônica]. *Culture & Psychology*, 9(4), 415-448.

Zittoun, T. (2009) Dynamics of life-course transitions: a methodological reflection. In J. Valsiner, P. Molenaar, M. Lyra, & N. Chaudhary (Orgs.), *Dynamic process methodology and the social and developmental sciences* (pp. 405 - 429). New York: Springer.

Zittoun, T. Lifecourse. In J. Valsiner (2011) (Ed.), *Handbook of culture and psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Zuchi, M. (1999). Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. *Caderno de Saúde Pública*, 15 (1), 89-97.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal da Bahia - Instituto de Psicologia **Projeto de Pesquisa:**
“Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados sobre maternidade a partir da experiência em contextos distintos de cuidado – MMC e UTIN”.

Através do presente documento, declaro ter conhecimento que a presente pesquisa tem por objetivo compreender as narrativas das mulheres sobre tornar-se mãe de um bebê prematuro. O caráter delicado do estudo refere-se à temática abordada, podendo trazer à tona sentimentos negativos durante a narrativa. No entanto, os dados obtidos através poderão auxiliar no cuidado e no serviço de atenção ao recém-nascido pré-termo bem como auxiliar na orientação de mães, pais e familiares em situações não normativas como o nascimento prematuro.

O presente estudo, intitulado *“Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados sobre maternidade a partir da experiência em contextos distintos de cuidado – MMC e UTIN”*, será conduzido pela mestrandia Isadora Sebadelhe A. V. El-Aouar, sob a orientação da Professora Doutora Ana Cecília de Sousa Bastos e será realizado por meio de entrevistas individuais que serão gravadas e posteriormente transcritas. Estou ciente de que, caso surja alguma dúvida a respeito dos procedimentos adotados pela pesquisadora ao longo da condução do estudo, terei total liberdade para esclarecer, questionar e, até mesmo, recusar-me a continuar participando da investigação aqui proposta.

Todos os dados obtidos serão utilizados somente para os propósitos da pesquisa e haverá sigilo total a respeito da identidade dos participantes. Não haverá, portanto, associação dos nomes dos participantes às declarações oferecidas.

Meu consentimento em participar deste estudo está fundamentado na garantia de que as informações coletadas serão respeitadas, e assentar-se-ão nas seguintes diretrizes:

- a) Não terei obrigação de realizar nenhuma atividade diante da qual me sinta indisposta ou pouco capaz;
- b) Não participarei de qualquer atividade que me prejudique;
- c) Haverá sigilo salvaguardado acerca do meu nome e dos demais participantes;
- d) Todas as informações individuais terão o caráter estritamente confidencial;
- e) A pesquisadora está obrigada a me fornecer qualquer informação, se solicitada, ao longo do desenvolvimento da pesquisa;
- f) Posso, a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa, solicitar à pesquisadora que os meus dados sejam retirados do estudo;
- g) Serei encaminhada para atendimento psicoterapêutico caso se evidencie a necessidade no decorrer da pesquisa.

Através da assinatura desse termo, declaro estar ciente de que as entrevistas poderão ser realizadas nas instalações da Maternidade de Referência José Maria de Magalhães Neto, na Universidade Federal da Bahia bem como em minha casa, após a alta do meu filho. Ainda, declaro-me ciente dos riscos e benefícios envolvidos na realização do presente estudo.

Ao assinar o presente termo, declaro concordar com a utilização das informações obtidas para os fins a que se destina essa pesquisa, salvaguardando as diretrizes universalmente aceitas da ética na pesquisa científica, desde que sejam respeitadas as restrições elencadas acima.

Declaro estar ciente de que não se trata de uma participação remunerada e que o presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEPEE – UFBA, da Escola de Enfermagem, localizada na Rua Augusto Viana, s/n, sala 435, no bairro do Canela, na cidade de Salvador. O telefone para contatar o CEPEE é (71) 3283-7615. Esse termo será assinado em duas vias. Uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra via será entregue para mim.

As minhas dúvidas poderão ser respondidas pela pesquisadora responsável Isadora Sebadelhe A. V. El-Aouar, através do telefone (71) 9311-6571 e do endereço eletrônico sebadelhe.isadora@gmail.com. Pelo presente termo, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa.

NOME: _____ ASSINATURA: _____; Salvador, _____ de _____ de 2015.

ANEXO II - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
DATA DA ENTREVISTA:
NOME DA ENTREVISTADA:
IDADE:
ESTADO CIVIL:
NATURALIDADE:
ESCOLARIDADE:
RELIGIÃO:
ATIVIDADE PRODUTIVA/PROFISSIONAL E RENDA MENSAL:
NÚMERO DE FILHOS:
TELEFONE PARA CONTATO:
E-MAIL:

ANEXO III – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO CASO QUANTO AO MÉTODO DE CUIDADO E O GRAU DE PREMATURIDADE

CARACTERIZAÇÃO DO CASO

1. Idade gestacional na ocasião do nascimento	
2. Tempo de permanência na UTIN	
3. Contexto predominante de atenção ao recém-nascido prematuro	

ANEXO IV – TEMÁRIO - Roteiro Temático Para A Entrevista Narrativa

TEMÁRIO - Roteiro Temático Para A Entrevista Narrativa

- 1. Introdução** - Olá, gostaria de conversar com a senhora a respeito do nascimento de seu bebê e sobre os dias que a senhora e ele têm vivido aqui na maternidade. Gostaria de saber sobre o parto, sobre a notícia do nascimento prematuro e sobre tudo aquilo que for importante para a senhora diante do nascimento de seu filho. Sendo assim, a senhora poderia, por gentileza, me contar como foi o parto de seu bebê e como tem sido esses dias aqui na maternidade?
- 2. Formulação da proposição geral ou pergunta disparadora:**

A entrevista tem início com o seguinte questionamento: **“A senhora poderia, por favor, me contar como foi o parto e como tem sido pra você esses dias aqui na maternidade?”**. Ao final da narrativa da participante, a entrevistadora poderá indagar: **“Há mais alguma coisa que você gostaria de dizer?”**.
- 3. Organização de proposições posteriores com base em cinco grandes eixos:**
 - a) Experiência do parto prematuro;
 - b) Significados sobre maternidade construídos ao longo da história de vida;
 - c) Relação mãe-bebê e emergência de novos significados acerca da maternidade;
 - d) Relação com o contexto de atenção ao recém-nascido prematuro;
 - e) Transição para o cuidado doméstico.

EIXO TEMÁTICO	POSSÍVEIS QUESTIONAMENTOS/PROPOSIÇÕES
A) Experiência do Parto Prematuro (Objetivo: investigar a experiência do parto; o que ocorreu; iniciar a entrevista pela ruptura para, então, investigar o processo de construção de significados).	<ol style="list-style-type: none">1. O que você sentiu quando o parto se antecipou?2. O que lhe passou pela cabeça?3. Como você agiu ao saber que seu bebê nasceria antes do tempo?4. O que você sentiu quando soube que seu filho nasceria antes dos nove meses?5. Como foi vivenciar um parto de um bebê prematuro?6. Como foi olhar para o seu bebê assim que ele nasceu?

<p>B) Significados de maternidade construídos ao longo da história de vida (Objetivo: investigar os significados de maternidade existentes antes do acontecimento disruptivo para compreender o processo de semiose).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de ter o seu bebê, o que significava ser mãe, pra você? 2. Como você imaginava a maternidade? 3. Você desejava ser mãe? 4. Depois da experiência do parto/nascimento prematuro, o que é ser mãe pra você?
<p>C) Relação mãe-bebê e emergência de novos significados sobre maternidade (Objetivo: investigar os significados emergentes de maternidade a partir da experiência disruptiva, a fim de abarcar a dimensão de processo na construção de novos significados de maternidade).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O que você sentiu ao olhar para o seu bebê? 2. O que passou pela sua cabeça ao olhar para o seu bebê? 3. Como foi a primeira vez em que você teve que carregar o seu bebê nos braços? 4. Você realizou algum tipo de cuidado com o seu bebê? 5. Como é ser mãe de um bebê prematuro?
<p>D) Relação com o contexto de atenção ao recém-nascido prematuro (Objetivo: investigar como o contexto de cuidado circunscreve a experiência e como influencia no processo de emergência semiótica).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como você se sentiu na UTIN/MMC? 2. Como você agiu nos momentos em que esteve na UTIN/MMC? 3. Como era a relação com os profissionais de saúde? 4. Você se sentia participante do cuidado com o seu bebê? 5. Como era ver seu bebê na UTIN/MMC? 6. O que lhe passou pela cabeça ao saber que seu bebê precisaria de cuidados especiais durante a internação?
<p>E) Transição para o cuidado doméstico (Objetivo: investigar a transição entre o ambiente hospitalar e o ambiente domiciliar, a fim de compreender processualmente como essa transição influencia na construção de novos significados de maternidade).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O que lhe passou pela cabeça ao receber a notícia da alta hospitalar? 2. Como foi para você voltar para casa? 3. Como se sentiu ao voltar para casa com o seu bebê? 4. Como você passou a cuidar do seu bebê ao chegar em casa? 5. O que sentiu ao ver seu bebê em casa?

OBSERVAÇÕES (o que ocorrer):

ANEXO V – MAPA DE LITERAT

