



**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado**  
**Área de Concentração: Psicologia Aplicada**

*Juliana de Paula Medeiros*

**VÍNCULO MÃE-BEBÊ: OS ENCONTROS POSSÍVEIS EM  
UMA UTI NEONATAL**

**UBERLÂNDIA  
2010**

*Juliana de Paula Medeiros*

**VÍNCULO MÃE-BEBÊ: OS ENCONTROS POSSÍVEIS EM  
UMA UTI NEONATAL**

Dissertação apresentada ao *Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado*, do *Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia*, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada  
Eixo Temático: Psicologia da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Gandini  
Co-orientador: Prof. Dr. João Luiz L. Paravidini

**UBERLÂNDIA  
2010**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

M488v Medeiros, Julliana de Paula, 1971-  
Vínculo mãe-bebê [manuscrito] : os encontros possíveis em uma  
UTI neonatal / Julliana de Paula Medeiros. - 2010.  
109 f.

Orientadora: Rita de Cássia Gandini.

Co-orientador: João Luiz L. Paravidini.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Mãe e filhos - Teses. 2. Neonatologia - Teses. I. Gandini, Rita  
de Cássia. II. Paravidini, João Luiz Leitão. II. Universidade Federal  
de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

---

CDU: 159.922.74

*Julliana de Paula Medeiros*

**VÍNCULO MÃE-BEBÊ: OS ENCONTROS POSSÍVEIS EM  
UMA UTI NEONATAL**

Dissertação apresentada ao *Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia*, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada  
Eixo Temático: Psicologia da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Gandini  
Co-orientador: Prof. Dr. João Luiz L. Paravidini

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Rita de Cássia Gandini

---

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

---

Prof. Dra. Maria José Ribeiro

---

Profa Dra. Denise Streit Morsch

**Dedico esse trabalho,**

Ao Douglas,  
Desde que você chegou,  
O mundo se tornou um lugar  
Melhor pra se viver.

À Daniela Florentino,  
Cuja alma se entrelaçou a minha,  
Por desígnios do Universo.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Esmeralda e Luis Carlos, meus primeiros amores, por terem tido a coragem e o afeto necessário para fazerem do seu desejo de ter um filho, uma realidade. Sou imensamente grata pela minha vida e pelos cuidados que puderam me ofertar.

À minha madrinha Guaraciaba, por seu amor e compromisso, imprimiu em mim o significado dessa função. Sempre terá meu carinho pelos cuidados que recebi.

À Profa. Dra. Rita de Cássia Gandini, minha orientadora, pela “maternagem” e pela disponibilidade para me orientar e supervisionar para muito além dos casos clínicos trazidos para o estudo. Com seu imenso afeto, nos emocionamos muito, muitas vezes. Obrigada por ter se encantado junto comigo.

Ao Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini, pela disponibilidade e generosidade de ter aceitado ser meu co-orientador, e com o trabalho já andando, ter aberto espaço em sua vida para contribuir decisivamente com essa pesquisa.

À Marineide D.S.Cabral, secretária do Programa de Pós-Graduação pelo compromisso com que assume esse lugar, o que é fundamental para que o nosso trabalho aconteça.

Ao meu amigo, Rodrigo, pela amizade, imenso afeto e leitura disponível e atenta a esse texto. É tão bom saber que é possível construir uma amizade como essa em qualquer momento de nossas vidas.

À Edma, muito mais que uma amiga, minha irmã, com quem muito aprendo sobre o sentido da maternagem, na sua prática mais terna.

Aos amigos recentes e antigos, todos eternos, Andresa, Daniel, Walter, Patrícia, Isabela e Wanderlei, cúmplices carinhosos das minhas conquistas.

Ao serviço de psicologia do HC/UFTM pela viabilização dessa pesquisa e, em especial, à equipe de profissionais da UTIN dessa instituição, por sua sensibilidade que possibilitou minha atuação nesse espaço.

Às mães que participaram dessa pesquisa, sou muito grata por terem me permitido estar junto de vocês, testemunhando suas dores e suas alegrias mais íntimas. Obrigada por tudo que vivenciei junto a vocês, às vezes entre lágrimas e muitas vezes, entre sorrisos.

Aos bebês da UTIN, por ter podido junto a vocês ser cúmplice do mais radical desejo de viver e de conquistar o primeiro amor, que afinal, é o primeiro amor de todos nós. Que saudade!

O encontro entre um adulto e um bebê é sempre ‘um espaço de narrativa’, no qual cada um conta ao outro algo do que já viveu.  
(Golse, 2004)

## **Resumo**

Esse estudo teve como objetivo compreender como se constitui a função materna em situação de internação de bebês pré-termo em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro no período entre março e junho de 2009. Foram entrevistadas cinco mães, casadas, com idades entre 28 e 34 anos. A abordagem utilizada nesse trabalho foi de orientação psicanalítica e funda-se no fenômeno transferencial. A pesquisa ocorreu em uma perspectiva dialógica e a intersubjetividade se constituiu um elemento fundamental dessa investigação psicanalítica. A UTIN pode ser pensada como um espaço simbólico para a ressignificação da vivência traumática do nascimento pré-termo na medida em que puder transitar entre as funções materna e paterna dos bebês que ali estão internados. A construção da função materna depende da relação dessa mãe com sua própria infância, da forma como o bebê foi antecipado ao longo da gestação e da capacidade de investir seu desejo em seu filho e para além dele. A maternagem se dá a partir de uma série de atribuições maternas ao seu bebê, pela imersão do bebê em um universo de palavras, que o inscrevam em uma linhagem familiar e o reconheçam como um ser desejante. Isso só pode ocorrer se a mãe conseguir investir narcisicamente em seu filho real, vivendo a elaboração do luto do filho imaginário, criando um espaço psíquico entre mãe e bebê, o que só é possível se essa mãe tiver inscrito em si o terceiro. Dentre os fatores e microfatores que contribuem para uma boa vinculação mãe-bebê podemos destacar o acolhimento da equipe de saúde neonatal e a participação ativa no cuidado do bebê. Como obstáculos, a ausência de contato no nascimento, a passividade do bebê frente ao cuidado materno e a dificuldade em manter o resguardo devido aos deslocamentos hospital-casa-hospital. Ainda como limitante para a vinculação do ponto de vista intrapsíquico, temos a necessidade de lidar com a possibilidade de perda do bebê e a dificuldade de investimento narcísico materno, o que pode se tornar intolerável na situação em que o bebê pré-termo apresente mal-formação visível.

Palavras-chave: pré-termo, neonatologia, função materna, vínculo mãe-bebê.

## **Abstract**

This study has as the purpose of understanding the maternal role in the hospitalization of preterm infants in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). The research was conducted at Hospital das Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro in the period between March and June of 2009. Were interviewed five mothers, married, aged between 28 and 34 years. The approach used in this study is the psychoanalysis and is based on the transference phenomenon. The research took place in a dialogical perspective and the intersubjectivity has constituted a fundamental element of this psychoanalytic investigation. The NICU can be thought of as a symbolic space to the reframing of the traumatic experience of premature birth, the extent to which you can shift between motherly and fatherly functions of babies who are hospitalized there. The construction of the maternal function depends on the relation between this mother with her own childhood, how the baby was anticipated throughout gestation and the ability to invest in her desire for her son and beyond him. The motherly care is given from a series of assignments mother to her baby, by immersing the baby in a word universe that fall into one family line and that recognizes him as a desiring being. This can only occur if the mother is narcissistically able to reinvest in their real child, living the elaboration of mourning of the imaginary son, creating a psychological space between mother and baby, which will only happens if the mother has internalized the third. Among the factors and micro factors that contribute to a good mother-infant attachment we can highlight the acceptance of the neonatal health care team and the active participation in the care of the baby. On the other hand, as barriers, we have the lack of contact at birth, the passivity of the baby receiving the maternal care and the difficulty in maintaining the confinement period due to shifts hospital-home-hospital. Yet, as a inner psychic point of view a limitation for the binding, we need to deal with the possibility of losing the baby and the difficulty of narcissistic maternal investment, which can become unbearable in a situation where the premature baby presenting a visible bad formation.

Keywords: preterm, neonatal, maternal role, mother-infant bond.

## **Lista de tabelas**

|                                                       | Página |
|-------------------------------------------------------|--------|
| Tabela 1: Número de nascidos pré-termo no Brasil..... | 06     |
| Tabela 2: Microfatores para vinculação mãe-bebê.....  | 93     |
| Tabela 3: Fatores para vinculação mãe-bebê.....       | 93     |

## **Lista de Anexos**

|                                                                                     | Página |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Anexo I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....                            | 105    |
| Anexo II. Ficha de Registro.....                                                    | 106    |
| Anexo III. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....            | 108    |
| Anexo VI. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos<br>(Adendo)..... | 109    |

## Sumário

|       |                                                                                                                           |     |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1     | Introdução .....                                                                                                          | 1   |
| 1.1   | Dados sobre nascimentos pré-termo .....                                                                                   | 6   |
| 1.2   | Tempo de gravidez: a construção da função materna .....                                                                   | 8   |
| 1.2.1 | A gestação do filho imaginário .....                                                                                      | 8   |
| 1.2.2 | O nascimento pré-termo.....                                                                                               | 13  |
| 1.2.3 | O bebê, um ser da linguagem.....                                                                                          | 20  |
| 1.3   | As competências de sua majestade, o bebê .....                                                                            | 25  |
| 1.4   | Pesquisas sobre a relação mãe-bebê pré-termo: uma revisão bibliográfica .....                                             | 28  |
| 1.5   | Objetivos .....                                                                                                           | 39  |
| 2     | Método .....                                                                                                              | 40  |
| 2.1   | A Unidade .....                                                                                                           | 40  |
| 2.2   | As mães e seus bebês .....                                                                                                | 43  |
| 2.3   | Caminhos percorridos .....                                                                                                | 45  |
| 3     | UTIN: espaço de encontros e despedidas.....                                                                               | 50  |
| 3.1   | A função simbólica da UTIN .....                                                                                          | 50  |
| 3.2   | Os encontros.....                                                                                                         | 54  |
| 3.2.1 | Raquel, a mãe que precisa de mãe .....                                                                                    | 55  |
| 3.2.2 | Gabriela, a mãe que não se encontrou ainda.....                                                                           | 62  |
| 3.2.3 | Solange, a mãe que tranquilamente embala.....                                                                             | 70  |
| 3.2.4 | Marlene, a mãe que autorizada pelo marido, pôde se vincular.....                                                          | 78  |
| 3.2.5 | Carla, a mãe que teme o próprio desejo.....                                                                               | 82  |
| 3.3   | Fatores e microfatores .....                                                                                              | 88  |
| 4     | Uma síntese possível .....                                                                                                | 94  |
| 5     | Considerações finais.....                                                                                                 | 98  |
| 6     | Referências.....                                                                                                          | 100 |
| 7     | Anexos.....                                                                                                               | 105 |
| 7.1   | Anexo I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....                                                                 | 105 |
| 7.2   | Anexo II. Ficha de Registro .....                                                                                         | 106 |
| 7.3   | Anexo III. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....                                                  | 108 |
| 7.4   | Anexo VI. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sobre Alterações no Projeto de Pesquisa (Adendo) ..... | 109 |

## 1 Introdução

Minha atuação como psicóloga voluntária na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro no período compreendido entre setembro de 2007 a junho de 2009 visou o cuidado com as mães cujos bebês nascidos pré-termo<sup>1</sup> foram internados nessa Unidade e o cuidado com a relação dessas mães com seus bebês, no sentido de auxiliá-las na vivência desses novos significados atribuídos à maternidade com busca do alívio do sofrimento psíquico por elas vivenciados. Na minha prática como psicóloga, houve uma preocupação em compreender o estado psicológico da mãe frente ao que está vivenciando, e seus recursos para lidar com essa nova demanda de cuidados, e a partir daí, procurar auxiliá-la a entrar em contato com o bebê e com a relação que ambos construirão, e que se efetiva na UTI Neonatal<sup>2</sup>.

Quando entrei no ambiente de uma UTIN pela primeira vez, o que foi revelado a mim em um primeiro plano foi a aparelhagem sofisticada e ainda a equipe técnica com suas funções estritamente específicas, que parecia estar ininterruptamente executando algum procedimento. Posteriormente, como num jogo figura-fundo, em um segundo momento, os bebês se destacaram, em suas incubadoras ou berços, aparentemente, frágeis e inertes, sendo submetidos a aparelhos e procedimentos fundamentais para a manutenção de suas vidas, e que eram ao mesmo tempo, profundamente invasivos. Ao perceber assim o ambiente da UTIN no qual as mães de bebês pré-termo, encontravam pela primeira vez seu filho, percebi que os aspectos facilitadores da construção da relação mãe-bebê, pareciam não caber naquele espaço. Ali, logo no primeiro momento, o que se revelava era um ambiente de interdição, pois à mãe

---

<sup>1</sup> Definiremos melhor, posteriormente o que significa o nascimento pré-termo, mas para esclarecimento inicial é terminologia usada para nascimentos que ocorrem antes do bebê completar 36 semanas de idade gestacional. Os termos nascimento e bebê prematuros ainda serão usados quando estivermos nos reportando a autores que usem essa terminologia.

<sup>2</sup> Usaremos ao longo do texto as terminologias UTIN e Unidade para me referir à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e ainda serviço e equipe quando estiver tratando dos profissionais (de saúde ou administrativos) que trabalham nesse espaço.

era vetado acalantar seu filho no colo, amamentá-lo, e nesse aconchego impossibilitado, não podia tê-lo face-a-face. Era um ambiente em que, pelo menos num primeiro momento, a festa do nascimento e a certeza de que tudo correu bem, não estavam presentes (Agman, Druon & Frichet, 1999; Cunha, 2004).

Compreendendo a dor psíquica e nem sempre silenciosa que se instaurava nesse ambiente, meu trabalho como psicóloga se ancorou na Resolução Nº. 13/2007 do Conselho Federal de Psicologia que instituiu as atribuições do especialista em psicologia hospitalar, dentre as quais:

“Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; (...) visando o bem estar físico e emocional do paciente; (...). Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo” (Conselho Regional de Psicologia, 2007).

Nessa Unidade, observei que as mães vivenciavam diversas dificuldades na construção da função materna na situação de nascimento pré-termo que era, para uma parcela significativa dos casos, inesperada. Era um desafio para essas mães se constituírem como tais em um ambiente tecnológico tão distanciador do contato como é o ambiente da UTIN. Percebi pelo acompanhamento feito a essas mães ao longo do tempo, que algumas conseguiram encontrar meios de vivenciar a relação com seu bebê desde o primeiro contato na Unidade, construindo seu lugar de mãe; que outras, com algumas intervenções, fizeram o mesmo caminho, porém havia algumas mães que apresentavam bastante dificuldade em se constituir como mães. Essas acabaram também apresentando em suas falas, um sofrimento psíquico para o qual a intervenção mais apropriada poderia ser psicoterapêutica. Devido à diversidade dos fatores que influenciava o restabelecimento físico e psicológico da mãe, aspectos relevantes podiam passar despercebidos pela equipe de saúde. Isso nos fez querer, tanto compreender o que melhor definiremos ao longo do trabalho como construção da função

materna na situação de nascimento pré-termo, mas também encontrar uma forma de avaliação dos aspectos que contribuíram para a construção do vínculo mãe-bebê em um ambiente de internação em UTIN.

Ainda nessa Unidade, observei que a relação mãe-bebê estabelecida era mediada pelos profissionais de saúde que lá estavam garantindo a vida do bebê pré-termo, e realizando desde procedimentos de cuidado extremamente complexos a cuidados como a troca de fraldas e a higiene dos bebês. Como a presença dos pais era permitida, com raras exceções, apenas nos horários de visita, à mãe não era possibilitado o compromisso com os cuidados básicos com seu próprio filho mesmo desejando fazê-lo, nem ficar com seu bebê tempo suficiente para conhecer sua rotina, acompanhando-a e respondendo às suas necessidades. Quando o bebê tinha alta, ele passava da Unidade para a Enfermaria Pediátrica e a partir desse momento, a mãe se tornava acompanhante obrigatória de seu filho, exigindo-se dela uma constância de presença, de cuidado e ainda de reconhecimento das necessidades do mesmo. Essas eram mudanças abruptas na rotina da mãe que por não ter vivido o processo de identificação com o filho através do reconhecimento e atendimento às suas demandas, sentia-se, nesse novo espaço, insegura para a realização do cuidado básico e até mesmo, às vezes, desvinculada de seu filho. Em decorrência desse tipo de rotina de trabalho na UTIN, observava-se uma falta de preparo da mãe para se relacionar com esse bebê real que apresentava demandas que ela desconhecia. O que se estabelecia inicialmente como um sentimento de incapacidade de cuidar, podia se agravar, transformando-se em uma dificuldade de vinculação. Segundo Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005), os pais conhecem seus bebês reais à medida que cuidam dos mesmos e uma rotina na Unidade que permita e estimule esse cuidado facilita a construção do vínculo entre os pais e seus bebês recém nascidos.

“Para a realização da predisposição materna à dedicação e seus comportamentos concomitantes precisam de um contato próximo e contínuo com o seu bebê. A mãe precisa das alegrias e tristezas, medos e alívios do

bebê, que a recompensam quando ela cuida direito e ele responde positivamente, dos desesperos temporários quando ela falha” (Lyth, 2008, p. 74)

Essa situação poderia ainda se tornar mais delicada quando posteriormente ocorresse a alta do bebê para sua casa. Enquanto internado no hospital, seja na UTIN ou na Pediatria, uma equipe de saúde, de forma mais ou menos intensa, estava presente, respondendo ao bebê em suas necessidades fisiológicas e, dependendo da situação, do nível de vinculação construído entre equipe e bebê, incluindo, muitas vezes, demandas emocionais do mesmo. A não construção do vínculo mãe-bebê podia não ser tão alarmante, já que o mesmo continuava cuidado, limpo, alimentado. Em casa, não havendo nem mais nenhuma intermediação de uma equipe de saúde, a ambivalência poderia encontrar espaço para se manifestar sem ser sustentada, reforçando os sentimentos de culpabilidade, insegurança e medo, intensificando o sofrimento psíquico de todos. Segundo Méio, Lopes e Morsch (2003), o desenvolvimento cognitivo dos bebês pré-termo, embora seja influenciado tanto por fatores neonatais quanto por fatores sócio-familiares, recebeu maior influência desses últimos. Desse modo, intervir, cuidando dos aspectos facilitadores da construção do vínculo precoce na Unidade implica tanto auxiliar a inserção do bebê em sua família, quando da sua saída do hospital, como a promoção do seu desenvolvimento.

Os trabalhos científicos sobre aspectos psicológicos dos cuidados neonatais em unidades de terapia intensiva são recentes e tem sido ainda insuficientes, principalmente em número e diversidade temática, para embasar a prática dos profissionais que atuam nessas unidades. Os primeiros estudos foram realizados por Klaus, Barnett, Leiderman e Grobstein na década de 70 e foram fundamentais para a compreensão de que a entrada das mães nesses espaços não era fator de aumento de bactérias nas unidades (Klaus & Kennell, 1993). A partir da década de 80 os estudos sobre as capacidades do bebê pré-termo e sobre a interação mãe-bebê pré-termo se tornaram mais freqüentes e foram avançando no sentido de ampliar a

discussão para a interação entre os pais e o bebê. (Brum & Schermann, 2004; Wendland, 2001). No Brasil, os estudos ainda são muito recentes, produzidos em grande parte a partir do ano 2000, sendo que a maioria dos trabalhos foca o vínculo da díade mãe-bebê, considerando a especial importância das primeiras relações entre mãe e bebê como fundamentais no desenvolvimento do ser humano (Gomes, 2001, 2004; Valansi & Morsch, 2004; Thomaz et al., 2005; Scortegagna et al., 2005; Wendland, 2001). Trabalhos, ainda pontuais, se ocupam da estrutura subjetiva dessa mãe analisando seus relatos de suas vivências relativas ao nascimento pré-termo (Souza et al., 2007; Correia & Linhares, 2007; Correia, Carvalho & Linhares, 2008). De modo geral, os trabalhos que se referem ao vínculo restringem-no à situação em que o bebê pré-termo nasce sem síndromes e malformações. Acreditamos que esse trabalho venha a acrescentar à literatura sobre esse universo e que o mesmo pode auxiliar tanto no trabalho de outros psicólogos quanto na própria orientação de mães com relação a seu bebê, pois os diversos estudos apontam para o reconhecimento do potencial diagnóstico preventivo e mesmo terapêutico de avaliações da qualidade da interação pais-bebê (Wendland, 2001).

As sessões a seguir ainda nesse capítulo introdutório abordam os dados sobre nascimentos pré-termo no Brasil, e a condição subjetiva do chamado “tempo de gravidez”, sendo que esse enfatiza duas temáticas: a gestação do filho imaginário e o nascimento pré-termo. As sessões posteriores abordam o bebê como um ser de linguagem e como um ser de competências. E, por fim, na última sessão ainda do capítulo 1 descreve os objetivos que se pretendeu alcançar com esse trabalho. O capítulo 2 aborda o método utilizado; o capítulo 3 traz a transcrição e a análise dos encontros e ainda a identificação e análise dos fatores e microfatores que contribuem ou dificultam a vinculação mãe-bebê. No capítulo 4, encontra-se uma síntese construída a partir do estudo realizado; e finalmente no capítulo 5, as considerações finais que puderam ser tecidas e sugestões para futuras pesquisas.

## 1.1 Dados sobre nascimentos pré-termo

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2005), o recém nascido pré-termo é definido quando nasce com idade gestacional<sup>3</sup> de 24 a 36 semanas. Quanto maior for sua idade gestacional, isto é, mais próximo de 36 semanas estiver o bebê ao nascer, menos severa é sua prematuridade e melhor são as possibilidades de sobrevivência sem seqüelas.

No Brasil, o número de nascimentos pré-termo, usando os dados oficiais fornecidos pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos, o SINASC (Ministério da Saúde, 2008) ou dados de estudos sobre o tema tais como o desenvolvido por Silveira et al. (2008) apontam para um aumento nos índices de nascimentos pré-termo ao longo dos anos. A tabela 1 a seguir ilustra os dados obtidos pelo SINASC para os anos de 1999, 2000 e 2005. O ano de 1999 foi usado como limite inferior, pois os dados nos anos que antecedem 1999, se restringem inicialmente ao estado da Paraíba e posteriormente apenas à Região Nordeste. Somente a partir de 1999, é que aparecem os registros relativos a todos os estados brasileiros.

Tabela 1: Número de nascidos pré-termo no Brasil (Ministério da Saúde, 2008)

| Idade gestacional (em semanas) | Ano 1999 | Ano 2000 | Ano 2005 |
|--------------------------------|----------|----------|----------|
| 22 a 27                        | 13.076   | 9.629    | 9.962    |
| 28 a 31                        | 10.808   | 22.723   | 21.977   |
| 32 a 36                        | 94.369   | 179.513  | 166.246  |

Segundo os dados descritos na tabela, o número de nascimentos com idade gestacional de 22 a 27 semanas, foi o único a que se atribuiu uma diminuição no número de nascidos vivos. Mesmo considerando os dados fornecidos pelo Sistema de Informações de Mortalidade

---

<sup>3</sup> Não há consenso com relação ao procedimento para a estimativa da idade gestacional. A Organização Mundial de Saúde recomenda a data da última menstruação (DUM) como o método de escolha para o cálculo da idade gestacional. Em várias partes do mundo, incluindo no Brasil, o método recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a idade gestacional é determinada pelo *New Ballard Score* (NBS) através da análise de parâmetros neurológicos e físicos. A esses parâmetros são atribuídos uma pontuação que na somatória determinará a estimativa da idade gestacional, para recém-nascidos com idade gestacional a partir de 20 semanas (Moraes & Reichenheim, 2000).

– SIM (Ministério da Saúde, 2008) relativo ao aumento no número de óbitos de aproximadamente 5.000 em 1999 para 7.583 em 2005, proporcionalmente, o que podemos observar é relativo, provavelmente, a um melhor cuidado pré-natal, que contribuiu para prolongar a gestação, aumentando a idade gestacional dos recém-nascidos pré-termo.

Silveira et al. (2008), destacaram em alguns de seus resultados, que em Ribeirão Preto a prevalência de mortalidade aumentou de 6% para 13,3% entre os anos de 1978-1979 e 1994. Ainda segundo o autor, em Pelotas, num estudo de três coortes, a prevalência de prematuridade foi de 6%; 7,5% e 15,5% para os anos de 1982, 1992 e 2004, respectivamente.

Esses dados apontam para a importância do estudo dessa temática, tanto pela perspectiva de uma melhor formação das equipes multiprofissionais de saúde que tem como desafio se preparar para atender a essa população quanto pela perspectiva da relevância do fenômeno do nascimento pré-termo na construção subjetiva de mãe e bebê.

## **1.2 Tempo de gravidez: a construção da função materna**

### **1.2.1 A gestação do filho imaginário**

O anúncio da gravidez instala lentamente a construção do lugar do filho. Nesse momento, ainda não há a pessoa e sim a perspectiva de seu futuro nascimento, introduzindo a idéia de um novo membro em uma família. O tempo de gravidez compreende um período fundamental para a elaboração do filho no psiquismo materno, para a construção do bebê e de sua mãe em que se passa por um processo de transição entre a idéia de filho ao filho real (Aragão, 2004).

“O tempo da gravidez, com os reajustes e remanejamentos psicossomáticos que ele comanda e favorece, deve permitir preencher em grande parte - nos casos, bem-sucedidos – o fosso que existe entre o desejo e o projeto de filho conscientemente assumido, até mesmo proclamado, e os impulsos ambivalentes subjacentes que não deixam de existir, tanto para as futuras mães quanto para os futuros pais” (Debray, 1987, p. 29).

Estar grávida é há um tempo ter em si o estranho, o outro, cujo estranhamento se manifesta no corpo da gestante nas primeiras semanas de gestação através de uma série de manifestações físicas (sonolência, cansaço, náuseas) que indicam que o seu corpo começa funcionar de uma forma diferente da conhecida até então. Por outro lado, na construção subjetiva da maternidade, a mulher se depara com o ressurgimento do seu desejo de gestar o filho edipiano, fruto da cena primária em que grávida do pai, teria o filho ideal destinado a preencher as falhas narcísicas e que poderia trazer-lhe com a completude, consolo na solidão frente ao casal parental (Soulé, 1987).

O início da gravidez propicia emergir e se concretizar o desejo de ter um filho, que não é ainda o filho real o qual será investido na criança a nascer e sim, o filho imaginário ou filho da cabeça. Essas evocações primitivas são permitidas por um rebaixamento do recalçamento, em que registros profundos se tornam mais acessíveis a acessos mais ou menos

conscientes, num processo que Bydlowski (conforme citada por Aragão, 2004, p.93) chama de transparência psíquica. Através dessa transparência psíquica nosso “saber inconsciente sobre os primeiros dias de nossas vidas, pode ser expresso quando é evocado por circunstâncias particulares que entram em ressonância com esse saber” (Szejer & Stewart, 1997, p. 126).

Segundo Soulé (1987), a menina, reconhecendo que lhe falta algo, passa a querer algo que a complete, o filho do desejo edipiano, fruto do prazer que ela teria tido com o pai. Essa menina, inicialmente, identifica-se como objeto de desejo da mãe, porém, não satisfaz completamente a essa mãe, pois essa deseja (função paterna) para além da filha. Essa incompletude, ao se conceber como um ser da falta, ou seja, castrada, inaugura sua ferida narcísica e permite à menina a tornar-se sujeito desejante. O investimento no filho imaginário é oriundo dessas emoções, desse anseio de reencontro com o eu ideal e esse “fantasma está com efeito destinado a preencher as falhas de seu narcisismo e a trazer consolo na solidão frente ao casal parental” (Soulé, 1987, p. 134). O objeto investido durante a gravidez não difere do eu, já que, aparentemente, visa à própria pessoa.

Para Aulagnier (1999) o bebê imaginário, elaboração do objeto de um longo sonho começado pela mãe em sua própria infância, é a primeira inserção da criança no mundo imaginário da mãe, e a possibilidade de imaginar esse futuro bebê é o que permite à mãe, durante a gravidez, organizar-se em torno do filho e preparar-se idealmente.

“Se lhe é proibido sonhar com os olhos abertos que esta criança a vir realizará a volta do seu pai ou da sua mãe, que ela será homem e mulher, que ela estará para sempre ao abrigo da morte, a mãe tem o direito (e aí uma necessidade para a criança) de sonhar com a beleza, com semelhanças futuras, com a força deste corpo a vir” (Aulagnier, 1999, p.21)

Uma série de atribuições a dados de realidade relativos ao bebê auxiliarão a mãe (e ao pai) a sonhar seu filho, numa gestação do filho imaginário. Inicialmente, podemos considerar os desejos como uma primeira atribuição ao bebê, enquanto ser desejante, autônomo. Os

primeiros ultra-sons ainda no início da gestação, do ponto de vista da subjetividade, dão notícia da realidade do bebê, já que o corpo da mãe ainda não o faz com tanta concretude e “o bebê de sonho das primeiras semanas de certo modo, toma corpo, aumentado ao mesmo tempo todo devaneio de que pode ser objeto” (Debray, 1987, p. 29). À medida que a gestação prossegue, as alterações corporais se tornam mais evidentes, para todos, e não apenas para a mãe. Mexe-se de forma, agora, perceptível à mãe, e o seu corpo começa a se transformar para dar espaço a seu filho que passa, então a ocupar seu lugar.

“Esse primeiro lugar que o filho ocupa, pode em parte, explicar o que a mulher vive no decurso desse segundo trimestre. (...) agora, o bebê se mexe, marca sua presença, e essa sensação é, certamente, o que faz da gravidez uma experiência tão insubstituível quanto imaginável” (Szejer & Stewart, 1997, p.151).

Essa experiência se torna mais intensa quando o bebê começa a se manifestar através de seus movimentos fetais, mas também, quando graças à tecnologia é possibilitado a escuta dos batimentos cardíacos e, principalmente, a visão do mesmo através da ultrassonografia. São percepções táteis, sonoras e visuais. Quando a mãe está em torno do quinto mês conhece a primeira imagem de seu bebê, e apesar dele estar ali, ele é parte real, parte imaginário. As imagens, os sons e as sensações táteis entrelaçam-se aos aspectos remotos do filho imaginário na subjetividade materna, e transformam os investimentos sobre esse bebê. Um pouco “mais real”, os pais podem se permitir sonhar sobre suas características e suas futuras aspirações. O anúncio do sexo do bebê aos pais, informação essa que é possível ser obtida a partir do quarto mês transforma a relação dos pais com o mesmo, afinal a partir dali, se é pai ou mãe de uma menina/de um menino. Nesse momento, é necessário fazer o luto do outro, daquele que aquele bebê não é. A partir daí passa a serem suprimidos alguns dos diversos jogos imaginários que fazem parte da gravidez e que ajudam na construção do projeto de parentalidade. Começa-se a pensar em um projeto específico de parentalidade, ser mãe de um menino/uma menina e concordamos com Szejer e Stewart (1997, p. 165), quando diz que “uma mulher pode querer saber o sexo de seu filho, nas melhores intenções, mas pode não ser capaz de prever o efeito

que terá essa notícia sobre ela”. O bebê real, aquele que a capturará, ainda não está ali. O que se coloca, quando se concretiza a definição do sexo do filho, é um aspecto do filho real, ainda no filho que está sendo sonhado, construído.

Nos últimos meses, as imagens produzidas por ultrassonografia são extremamente importantes do ponto de vista simbólico, pois são informações sobre o corpo do bebê que efetivamente nascerá, e fatores como peso, tamanho, formato de dedos, cabeça, pés passam a fazer parte da construção de imagens sobre o filho (Szejer & Stewart, 1997). Essas alterações invadem o espaço subjetivo da mulher, que ao mesmo tempo, passa por rápida transformação em sua referência de si mesma. É preciso alterar seus limites corporais, como eram conhecidos, para que o bebê possa ter espaço (Aragão, 2004). Para que isso seja possível, a mulher se enluta, se extasia, vivendo a ambivalência entre sentir o êxtase da experiência de plenitude com o filho imaginário gestado não em seu ventre e sim em sua cabeça, e sentir-se invadida por outro, o estrangeiro. A alteração na imagem de si mesma é um desafio à possibilidade de que possa ser construído o espaço subjetivo para que esse bebê, às vezes parte dela mesma, às vezes estrangeiro, possa existir (Aragão, 2004).

A ambivalência materna é um sentimento presente durante toda a gravidez, mas que altera seu direcionamento ao longo da mesma. No início da gravidez, a mãe não tem certeza se a gravidez prosseguirá, ainda não sente o bebê se mexendo em seu ventre e é possível, momentaneamente, não se sentir grávida e ficar bem com esse sentimento. Porém, após experimentar a completude vivida com a presença do bebê dentro do seu corpo, a ambivalência começa a ser experimentada como uma angústia pela separação que ela sabe que virá em algum momento, ainda distante. A angústia pode ser entendida como a “expressão desse saber, dessa antecipação, e que entra em conflito com o prazer atual, intenso, mas efêmero” (Szejer & Stewart, 1997, p.153). É o exercício de aceitar o estrangeiro

como familiar em si, para depois realizar o exercício de separar-se dele, a partir do nascimento, para toda a vida de ambos.

Enfim, a mãe e o pai revivem com o seu bebê, durante a gravidez e após a gestação, seu próprio narcisismo, elegendo o bebê como objeto libidinal como outrora sua própria mãe o fez, protegendo-o de todas as barreiras às quais se submeteu para renunciar o prazer e elaborar, simbolicamente, a inevitável condição faltante. Gerar o filho cuja finitude é a condição do humano, aciona o cuidado, pois só se cuida do que é vivo e inexoravelmente finito (Costa, 2009, p. 32).

O cuidado para não morrer o ser que por sua condição humana está condenado à morte é uma contradição, pois o homem cuida de não morrer, sabendo que morrerá (Costa, 2009). Para não lidar com esse contraditório, no projeto de parentalidade, cuida-se do filho empenhando toda a vida nele e se algo que traga a finitude para mais próximo, tal como o nascimento prematuro, é possível, ativa-se nos pais o luto, uma forma de morte em vida (Costa, 2009).

### 1.2.2 O nascimento pré-termo

A partir do sexto mês, a mãe começa preparar-se para considerar o nascimento de seu filho como uma possibilidade viável, ou seja, a partir daí, é permitido fazer planos sobre o nascimento, o parto e começar se permitir desejar a separação entre ambos. É nesse tempo da gravidez que a ameaça concreta do nascimento antes do tempo se instala para mãe e bebê<sup>4</sup>, através principalmente de disfunções somáticas da mãe e do bebê. Do ponto de vista da mãe, são disfunções, as ameaças de aborto, a hipertensão arterial crônica ou gestacional e a descompensação diabética, também crônica ou gestacional. Outras disfunções tais como as patologias placentárias e as rupturas prematuras da bolsa de águas, embora clinicamente instaladas na mãe, podem ser entendidas como descompensações do bebê (Szejer & Stewart, 1997).

Enquanto a completude nos remete a dar à luz ao filho edípico, onipotente, ideal, incestuoso e remete à fantasia idílica do gozo, o nascimento do bebê real reaviva a ferida narcísica materna. O que está em questão ao longo de uma gestação, é a própria imagem ideal da mãe no filho imaginário, em quem se espera sua reprodução, simbólica e real e o filho real, humano, vai sempre remeter a mãe à falta. A ferida narcísica é reavivada na confirmação da incompletude e a finitude como atributos da condição humana do filho, e a tristeza conhecida como *baby blues* diz respeito ao luto pelo filho incompleto e humano que se teve (Szejer & Stewart, 1997; Szejer, 1999; Soulé, 1987).

Segundo Aulagnier (1999, p.22), esse filho antecipado, sonhado é um risco assumido pela mãe de pré-investir uma imagem na ausência de seu suporte real e depois o risco de descobrir o desnivelamento entre imagem e o suporte, embora como dito pela própria autora, a mãe geralmente se saia bem dessa aposta.

---

<sup>4</sup> Antes de 25 semanas (em torno de seis meses) a interrupção da gravidez por qualquer motivo torna impossível a sobrevivência do bebê.

“Pode acontecer de a imagem não poder compor com um corpo diferente demais, estranho demais para o olhar maternal. A mãe encontra sempre o corpo do infans como um risco; ela pode também encontrá-lo como uma resistência ou como desmentido, fonte de conflito imediato e, às vezes, insuperável” (Aulagnier, 1999, p.22).

Quando esse filho real vem de uma condição de nascimento pré-termo, pode apresentar, então, esse não nivelamento entre real e sonhado e o conflito psíquico estabelecido pode ser responsável por um luto bastante específico por enfatizar, ainda mais a ferida narcísica materna.

Em um nascimento normal, conforme Debray (1987, p. 37), “a distância entre o bebê fantasmático sonhado durante toda a gravidez pela mãe – e também, ao seu modo, pelo pai – e o bebê real tal qual aparece em seu berço ou no colo de sua mãe ou de seu pai não é grande demais, e o que é da ordem da desilusão, até mesmo da decepção, pode ser negociado sem muito sofrimento”. Pode-se pensar que nesse caso, os fatores de ilusão produzidos são amplos o suficiente para imprimir no filho real, sempre decepcionante, marcas<sup>5</sup> do filho ideal (Soulé, 1987).

Esse filho imaginário continua sendo gestado pela mãe que vivencia o abrupto de um nascimento antecipado. O bebê pré-termo ainda não é o filho e será necessário um tempo, para essa criança ser inscrita como filho daquela mãe, para que seja possível a produção de ancoragens identificatórias de aspectos do filho imaginário no bebê real, tornando-o filho. Em algum momento, e não sem tristeza, a mãe “percebe que terá que abandonar por algum tempo sua relação fantasmática privilegiada com seu filho imaginário e todas as suas virtudes, e engajar-se numa confrontação com um recém-nascido em particular” (Soulé, 1987, p.143).

A notícia de uma gravidez de risco, da possibilidade do nascimento de um bebê pré-termo é um acontecimento que irrompe no universo materno quando ainda essa mãe estava

---

<sup>5</sup> As marcas da irrupção do real são sinais, os quais nos remetem a caminhos, pegadas deixadas pelas vivências de satisfação ou de dor (Garcia-Roza, 1993, conforme citado por Maia, 2004, p.130).

sonhando seu filho e esgarça ainda mais a ferida narcísica materna. Com nascimento de um filho nesse momento, interrompe-se a gravidez e “interrompe-se também o desenvolvimento maturativo fantasmático do filho imaginário” (Soulé, 1987, p. 164), inaugurando um bebê e uma mãe pré-termo.

Uma criança prematura se distancia do bebê cuja gestação foi a termo seja em aspectos físicos e interacionais, sendo essa diferença mais acentuada quanto maior é a prematuridade do bebê. Há um estranhamento acerca daqueles bebês pequeninos, franzinos, que ainda se apresentam pouco interativos e que precisam ainda de serviços de neonatologia para sobreviver. Esses aspectos podem dificultar o processo identificatório, pois para reorganizar a maternagem do bebê real é preciso realizar uma ancoragem em fatores de ilusão, de reconhecimento do bebê imaginário no bebê real e que nessa situação de emergência, esses fatores podem ser produzidos com certa dificuldade.

É impossível, para Soulé (1987), fazer o luto completo do filho imaginário, pois não se perde a relação com um objeto fantasmático. O filho imaginário é o filho do desejo e esse existirá para sempre na sua mãe, independente do investimento que se faça no filho real (Szejer, 1999). Do que se faz luto é da valorização narcísica, isto é, do investimento narcísico na própria imagem materna gerando um filho ideal, durante a fabricação do filho imaginário.

Esse luto resulta em uma tristeza específica, o *baby blues*, que instaura o luto pela separação, pelo nascimento do filho real. Não necessariamente coincide temporalmente com o nascimento desse filho e sim, com a confrontação com a necessidade temporária de abandonar o investimento no filho imaginário para investir na relação com o filho real. São remanejamentos profundos, intrapsíquicos, que despertados pelo nascimento do filho, reativam o conflito edípico da infância da menina, em toda a singularidade da história dessa mãe (Debray, 1987). A intensidade dos sentimentos produzidos em um nascimento é emocionante para todos que vivenciam a experiência, mãe, pai, equipe, pois, ainda segundo a

autora, “não se pode ficar insensível diante do surgimento de uma nova vida, mas podemos nos sentir sucessivamente – ou até mesmo – ao mesmo tempo – perturbados, cheios de alegria, tomados de angústia e mesmo mais tarde, deprimidos” (Debray, 1987, p.38).

Em um nascimento de urgência, como se dá nos partos pré-termo, a celebração da vida fica em suspenso, e os momentos de reconhecimento do filho são substituídos por uma urgência em interná-lo na UTIN, monitorando seus parâmetros, visando salvar sua vida. Espontaneamente ou não, todas as mães, relatam esse momento em que vêem seu filho de longe, senão com muita dor, pelo menos, um sentimento de vazio, de algo faltante.

Essa experiência do nascimento prematuro nos remete ao acontecimento traumático como aquele que ocorre no limite da possibilidade de ser simbolizado. Por trauma, compreendemos, conforme Agman et al. (1999, p. 18), um “evento que, em função de sua intensidade afetiva, ultrapassa a capacidade do sujeito de responder a ele adequadamente e pode, então, provocar efeitos patológicos duráveis”. De fato, o trauma, enquanto excesso pulsional não é patológico em si, mas sim pela forma como o psiquismo buscará as soluções possíveis é que a experiência poderá se constituir como subjetivante ou dessubjetivante (Maia, 2004).

“Quando se toma por referência o eu já estruturado, pode-se afirmar que, em larga escala, a vivência traumática ocorre por excesso emocional inassimilável e irreduzível ao campo das significações vigentes; o episódio traumático se dá no limite das possibilidades de narrativa” (Maia, 2004, p. 94).

Em seus aspectos subjetivantes, o que se configura como dor poderá ser significado, na medida em que tendo sido desmontado temporariamente as construções psíquicas operantes, provocam novas construções narrativas. Em seu aspecto dessubjetivante, não há narrativa possível, e o trauma desafia as possibilidades de elaboração psíquica, o traumático se apresenta como um campo de dor sem possibilidade de simbolização (Maia, 2004).

Se, conforme lembrado por Szejer e Stewart (1997), todas as lembranças intensas são esquecidas quando se toma os bebês nos braços, em um nascimento a termo, nos colocamos a perguntar sobre quais são os registros que ficam do abrupto do nascimento de urgência, em que o bebê, na maioria das vezes, sequer é visto pela mãe antes de ser internado na UTIN. O impacto do nascimento pré-termo impede que naquele momento seja possível qualquer investimento narcísico. Não raro, quando desacompanhadas dos familiares, as mães chegam à primeira visita à UTIN, e ao primeiro contato com o filho e perguntando à equipe onde está o seu bebê. Esse não reconhecimento é da ordem do simbólico e não do biológico. Ou seja, mesmo que esse bebê tenha todas as características que reportem à sua história familiar, ainda não é possível considerá-lo assim. É preciso um tempo de elaboração psíquica para que essa mãe possa olhar para aquele bebê e inscrevê-lo em traços<sup>6</sup>, simbolizando o traumático e começando o processo de reconhecimento daquela criança como filho.

Enquanto o nascimento sem intercorrências renarcisa a mãe ao lhe oferecer um belo bebê saudável que a gratifica, o nascimento de um bebê pré-termo faz ressurgir a ambivalência e coloca a mãe em confronto com sua imagem de mãe má, incapaz de carregar seu filho (Mathelin, 1999). Os bebês internados na UTIN podem recapturar sua mãe e, novamente se sustentar no desejo da mesma ao manifestar seu desejo de viver, através de sua capacidade de comunicação, abrindo os olhos em busca do nosso olhar ou através da capacidade de auto-erotização, succionando, os próprios dedinhos, uma luva oferecida, ou ainda a própria sonda utilizada para sua alimentação.

Um nascimento prematuro pode apagar de uma só vez todos os sentimentos que levariam ao luto do filho imaginário. A mobilização promovida pelo traumatismo impede a livre circulação de afetos e de fantasmas, continuando no imaginário materno a gestação do

---

<sup>6</sup> Os acontecimentos são inscritos na memória através de traços mnésicos (Maia, 2004, p.129). O evento traumático enquanto não subjetivante fica impossibilitado de ser inscrito.

filho ideal e não daquela criança real (ainda não seu filho) que parece tão distante de qualquer possibilidade de investimento (Debray, 1987; Mathelin, 1999). Por isso, na UTIN o luto não é feito e o *baby blues* não pode existir. Não havendo espaço para o *baby blues* no nascimento prematuro, de uma forma paradoxal, é como se o bebê ainda não tivesse nascido, como se não houvesse separação. Segundo Mathelin (1999, p. 67), “o nascimento parece então anular-se, a mãe permanecendo portadora do filho imaginário para tentar lutar contra a decepção e a inevitável culpa”.

Geralmente um bebê pré-termo fica internado na UTIN por um tempo equivalente ao tempo residual da gestação. Ele sai nos braços da mãe, mais ou menos quando sairia de um parto a termo e talvez por isso, nesse momento, quando as condições de sobrevivência dessa criança são afirmadas é que se torna possível o *baby blues*, isto é, se torna possível chorar o filho imaginário e investir narcisicamente no filho incompleto que se teve (Szejer, 1999).

### **Preocupação médico-primária**

As vicissitudes do encontro mãe-bebê, destituídas de sua “preocupação materna primária”<sup>7</sup> pela força da técnica médica, apresentam um estado que foi chamado por Agman et al. (1999, p. 27) de “preocupação médico-primária”, conceito cunhado pelas autoras em contraposição ao estado psicológico descrito por Winnicott. A esse estado, as autoras querem ilustrar a substituição de um estado “natural” da mãe saudavelmente adaptada às necessidades de seu filho, a um estado de alerta médico, em que sua relação com o filho se dará à luz do conhecimento médico adquirido ao longo da internação do filho no hospital. Após poucos dias de internação, uma mãe, ao lhe ser perguntado sobre como está seu filho, acabará por responder qual o peso dele naquele dia, se está com infecção ou não, e como está sua

---

<sup>7</sup> Estado descrito por Winnicott (1978) que permite à mãe identificar-se plenamente com seu bebê e atender às suas necessidades de modo adequado.

saturação<sup>8</sup>. Muito dificilmente lhe ocorrerá, olhar para seu filho e falar da tranquilidade do seu sono, do quanto ele se parece consigo (ou do pai), de seu desejo (do bebê) de sair do hospital, o que em condições normais de nascimento teria ocorrido.

“As mães perto de uma incubadora sofrem quase sempre de uma incapacidade de pensar seu bebê. (...) Nessa impossibilidade de dizer, elas estão como que parasitadas, presas na armadilha entre o médico que conhece melhor que elas, o luto do fim da gravidez e os riscos reais de morte da criança” (Mathelin, 1999, p.70).

A percepção da mãe, em sua sensibilidade aguçada, ferida, não mais consegue identificar-se com o seu bebê, pois “a separação imposta pela necessidade médica ameaçava criar um vazio de palavras, um buraco de linguagem em torno da criança” (Szejer, 1999). O agravante é que, com esse vazio da simbolização desse bebê, corre-se o risco de mesmo após a alta essa mãe continuar a não conseguir se construir um processo identificatório com seu bebê, que a adapte às necessidades psicofísicas do mesmo (Zornig et al., 2004a). Quando a mãe entra no estado de “preocupação médico-primária”, a relação que seria mediada por outros terceiros, passa a ser mediada exclusivamente pela linguagem médica para definir o bebê, e conseqüentemente, a própria relação entre mãe e bebê.

---

<sup>8</sup> Taxa de saturação do oxigênio designada Saturação de O<sub>2</sub>, ou seja, é a medida da oxigenação dos tecidos.

### 1.2.3 O bebê, um ser da linguagem

#### A linhagem familiar

De acordo com Aulagnier (1999), o ato que inaugura a vida psíquica correlaciona espaço somático e psíquico, marcando uma passagem de um corpo sensorial a um corpo psíquico. O filho imaginário se insere como uma primeira versão do filho, construída e aguardada na psique maternal, enquanto essa acolhe esse corpo. Ela se dirige ao filho imaginário como a um “eu antecipado”, historicizando-o, ao inseri-lo em uma ordem temporal e simbólica, num sistema de parentesco (Aulagnier, 1999).

Esse filho, gestado não no corpo, mas na cabeça, é chamado por Aulagnier (1999) de “eu (Je) antecipado” e pressupõe a antecipação também de uma mãe para esse filho. Durante a gestação, a construção de um projeto de mãe para esse filho passa pelo endereçamento a esse bebê de uma série de expectativas, desejos e sonhos. Trata-se da construção de um lugar para o mesmo. E, segundo Szejer e Stewart, (1997, p.113), “para fazer o lugar de que ele necessitará ao nascer, tanto o homem como a mulher têm necessidade de antecipá-lo e todos esses atributos ajudam-nos a defini-lo, permitindo-lhes fazer esse trabalho simbólico”. É possível ter um desejo de filho, uma projeção desse filho no futuro, que não corresponde a um desejo de serem pais, ou seja, que não projete ser pai/mãe desse filho em um futuro (Szejer & Stewart, 1997, p. 63). Ter um projeto de parentalidade e no caso específico, projeto de ser mãe, implica construir um espaço subjetivo em si para que o filho possa ser construído, enquanto ela mesma faz o luto da filha em si, passando por sua vez a se construir como mãe. A forma como cada mulher se projeta para assumir as funções da maternagem está relacionado ao modo como vivenciou sua relação com sua própria mãe, e como, por sua vez, sua história singular se inscreve na linhagem familiar.

“Para a mulher, a construção de um mundo mental, imaginário e subjetivo que a transformará em mãe, irá depender em parte da experiência atual de estar com o filho real, mas também de suas fantasias, esperanças, temores, sonhos, lembranças da própria infância, modelos de pais e expectativas sobre o futuro de seu filho” (Cunha, 2004, p. 215).

Por isso, podemos pensar a construção da função materna começando muito antes da concepção do bebê, iniciando-se naquilo que Szejer e Stewart (1997) chamam da pré-história do bebê e que compreendem todas as narrativas que tecem a história familiar daquele que será um bebê gestado a partir do encontro de um casal, em uma específica família. As histórias que o antecedem, a expectativa de como ele será, estão relacionadas à história dessa mãe (e desse pai) em suas famílias, da história de constituição do casal e de como os sonhos que estão sendo sonhados para o bebê, alinham-se às histórias dessas famílias e desse casal.

Essas histórias são narrativas que mergulham o bebê em um banho de linguagem, entendido como “todas as palavras que preexistem à vida humana e que concernem a ela de uma maneira ou de outra” (Szejer & Stewart, 1997, p.44). Esse banho de linguagem é fundante do ser, pois, para o recém-nascido,

“Corpo e linguagem, desejo e necessidade, são uma coisa só. O corpo da criança nasce para várias articulações da linguagem. Por um lado, ele vem no banho de linguagem constituído pelas gerações que o procedem: o projeto de filho de seus ascendentes diretos, os ditos e os não-ditos que presidem à sua concepção, mas também as eventuais pendências que remontam a gerações antecedentes” (Szejer, 1999, p. 151).

O nascimento é o momento em que para a criança, sujeito de linguagem<sup>9</sup>, passa para o mundo das trocas através das palavras e por isso, é preciso que palavras sejam ditas a ela.

“O período de três ou quatro dias que se segue ao nascimento é um período incerto, porque nele se deve decidir o nascimento para a vida simbólica. (...) Ele é (esse período) o momento de escolha para o recém-nascido e para os pais. Escolha de dar lugar ao seu desejo inconsciente para a criança, escolha de reconhecer essa criança desejante e singular para os pais” (Szejer, 1999, p.133).

---

<sup>9</sup> Linguagem é aqui entendido para além das palavras, considerando os sons, os cheiros, tudo o que vindo do ambiente apresenta o mesmo à criança, inscrevendo-a na ordem do humano (Maia, 2004).

O status de pessoa singular é dado a um recém-nascido submetido a condições tão árduas de nascimento, como o é o nascimento pré-termo, a partir de intervenções carregadas de respeito a ela como pessoa humana. Nas Unidades, o respeito se inicia pela garantia do registro geral da criança, que é gerado tão logo o mesmo receba de seus pais, um nome, um registro de nascimento em cartório<sup>10</sup>, assim como pela reintrodução em sua nova vida, dos cheiros, sons familiares, dos sabores, das sensações familiares registrados por ele ainda na vida intrauterina.

De acordo com Szejer e Stewart (1997, p.270), “nomear, dizer-lhe quem são seus pais, dirigindo-lhe palavras, que além de entronizá-la na ordem da linguagem, situam-na e definem seu lugar” e ajudam no processo de introdução ao novo, que é trazido com a experiência do nascimento.

### **O manhês**

A constituição do sujeito se dá no interior de um campo lingüístico e nesse, um universo de significações participa dessa construção singular. É geralmente a mãe quem inicialmente o introduz o filho recém-nascido na ordem da cultura e apresenta-se como reguladora das relações entre o meio e o bebê, pois,

“A mãe é um eu estruturado que já historiou e antecipou o que se representa nestes encontros e que decodifica logo os primeiros sinais de vida através do filtro de sua própria história, escrevendo assim, os primeiros parágrafos do que será a história que a criança contará sobre o infans que foi” (Aulagnier, 1999, p.25).

É extremamente significativo ver o impacto da voz de uma mãe sobre seu bebê, que ao ouvi-la, pela primeira vez, após a internação na Unidade, dirige seu rosto em direção a ela. Se essa voz passa a produzir um discurso materno específico dirigido ao filho começa-se a

---

<sup>10</sup> a criança passa a ser nomeada e não apenas chamada de “RN de...” (nome da mãe), o que simboliza o registro daquele bebê como uma pessoa ou outro diferente de sua mãe. Embora aqui, estejamos falando de nomeação, da enunciação da história da criança, o que a inscreve na linhagem parental (Szejer, 1999).

produzir nessa relação um conjunto de “palavras alimentadoras” fundantes do bebê como objeto de desejo da mãe.

Para que as palavras dirigidas a um bebê sejam alimentadoras da constituição de uma subjetividade, “é preciso que exista um laço entre lingüístico e não lingüístico, para que os processos de significação possam advir, na medida em que seria impossível pensarmos em significação, sem que houvesse uma ligação com o corpo, com a ação, com a vida” (Maia, 2004, p. 121). Os processos de significação são produzidos a partir de uma forma singular de enunciação do discurso materno que foi denominada *manhês* ou *motherese*.

O *manhês* se caracteriza por apresentar uma série de características específicas de gramática, pontuação e uma prosódia especial (Laznik, 2004, p.81). Muito diferente da linguagem infantilizada, tipo “tati-bi-tati” que nada simboliza, nada permite atribuir de manifestação subjetiva, o *manhês* apresenta uma modulação em frequência, ritmicidade, extremamente específicos e picos prosódicos, frutos de um genuíno prazer e espanto na eleição do bebê como interlocutor pela voz materna (Laznik, 2004; Cavalcante, 2004). Quando uma fala desse tipo é produzida, o bebê procura o rosto que corresponde a essa voz particular e, ele por sua vez, lerá ser ele o objeto do desejo materno, “objeto causa dessa surpresa e dessa alegria que a prosódia da voz e os traços do rosto materno refletem” (Laznik, 2004, p.82).

Nessa prática discursiva, o som encontra-se associado ao gesto e ao olhar e a mãe faz uso da “marcação rítmica para correlacionar gesto e voz possibilitando à criança organizar seu contínuo experiencial nesta fala ritmada” (Cavalcante, 2004, p.78). Através do diálogo instaurado pelo *manhês*, a mãe dá voz ao seu comportamento corporal e/ou vocal mantendo um discurso transitivista<sup>11</sup>. Nesse discurso, os afetos que são atribuídos às experiências

---

<sup>11</sup> Transitivo é aquilo que é passageiro, efêmero. Aqui, a idéia é daquilo que age sobre outro que não o próprio agente (Bergés & Balbo, 1998).

vividas pelo filho são designados pela mãe e se relacionam às referências da própria mãe. É pela interpretação dada pela mãe que o filho se integra ao simbólico (Bergés & Balbo, 1998).

“A materialidade sonora das palavras (voz) faz com que o bebê se interesse pelo Outro. O sentido que elas veiculam, e que o bebê não compreende do mesmo modo que o adulto constrói para ele, um lugar no mundo” (Catão, 2004, p.135).

Através do manhês, a mãe constrói suposições sobre as demandas que ela criou para seu filho, verbalizando-as, e ainda constrói a resposta para essa demanda. Como a demanda foi suposta pela mãe, essa resposta não corresponde jamais àquilo que a criança deseja, e que a própria criança também desconhece. Esse jogo de posições entre mãe e filho revela sobre o desejo de conhecer o desejo do outro e isso é fundante do reconhecimento do filho como um ser subjetivo, desejante. Esse filho é estranho à mãe, mas nem tanto, por isso é possível supor demandas, mas também não é familiar demais, que nada se suponha e tudo sejam certezas (Bergés & Balbo, 1998; Catão, 2004).

### 1.3 As competências de sua majestade, o bebê

A construção da maternagem desse bebê será mais bem sucedida, quanto mais estiver preparada, a mãe, para compreender o que seu bebê pode oferecer em função de sua singularidade nascente. O estudo dos bebês a partir de suas competências precoces foi iniciado por autores da teoria do apego que enfatizaram a tendência inata dos bebês para entrar em comunicação com seus parceiros humanos (Bowlby, 2002; Brazelton, 1981; Golse & Desjardins, 2005).

A etologia e sua rigorosa busca da observação no ambiente mais próximo do familiar possível contribuíram para que se construísse a noção de competência do bebê e do papel ativo desse na interação com o adulto (Wendland, 2001). E é importante considerar aqui que, embora a teoria do apego não seja a fundamentação teórica adotada em nossa abordagem teórico-metodológica, vimos em nosso trabalho que o conhecimento das competências do bebê é um útil complemento da intervenção clínica na relação da díade mãe-bebê.

Mathelin (1999) cita estudos realizados em diversos países que demonstraram o quanto os bebês reagem aos afetos veiculados pela fala, pela voz e que podem, quando estão succionando, mudar o ritmo da sucção para solicitar uma específica estimulação. Ainda segundo Mathelin (1999, p. 36), com algumas horas de vida, o “bebê reconhece e prefere a voz de sua mãe que já ouviu *in utero*, àquelas de outras mulheres”. Os bebês reconhecem odores familiares desde as primeiras horas de vida, assim como apresentam sensibilidade tátil desde o período fetal. E quais seriam as competências de um bebê pré-termo? Cunha (2004) ressalta que com 21 semanas de vida intra-uterina, o bebê já tem desenvolvido o sistema nociceptivo, cujas manifestações podem ser acompanhadas pelas respostas neuroquímicas, metabólicas, fisiológicas, comportamentais e hormonais. Embora o bebê não possa falar da sua dor e dela não tenha consciência, registra-a como memórias afetivas representadas em seu

corpo, primeiro espaço de psiquismo, e serão incorporadas como elementos de sua história singular.

Para a teoria do desenvolvimento síncrono-ativo, desenvolvida pela Dra. Heidelise Als, o funcionamento global de uma pessoa compreende vários níveis, que ela denomina como subsistemas, sendo eles, autônomo, motor, de estados comportamentais e de atenção e interação social e regulador (Ministério da Saúde, 2002).

“O subsistema autônomo, responsável pelo controle da respiração, perfusão, soluços, regurgitação e movimentos peristálticos, encontra-se presente desde a sexta semana gestacional. Na seqüência emerge o subsistema motor que controla a postura, o tônus do bebê e seus movimentos; o subsistema de organização de estados, que abarca a organização dos estados de consciência, vigília, sono, as transições que ocorrem entre um e outro e o tempo de permanência do bebê em qualquer um deles. O subsistema de atenção e interação social é o próximo a desenvolver-se, sendo responsável pela permanência da criança em estado de alerta, capaz de aprender e solicitar, receber informações cognitivas, sociais e emocionais e, em contrapartida, provocar e modificar estes contatos do mundo ao seu redor. Ele emerge por volta da vigésima-quinta/vigésima-oitava semana, estando plenamente eficaz após a trigésima-segunda e mesmo após a trigésima-sexta semana” (Scortegagna et al., 2005, p.140 e Zornig, Morsch & Braga, 2004a, p. 62).

Esses subsistemas interagem entre si e com o meio, e por meio de um subsistema regulador emergente, os bebês procuram adequar suas respostas aos estímulos a que estão submetidos. Para um bebê pré-termo, a variedade de estímulos que são lançados nos subsistemas que ainda não estão prontos para tal estimulação, resulta num gasto energético adicional. Com relação ao subsistema responsável pela interatividade do bebê, dependendo da idade gestacional na qual o bebê pré-termo nasce, pode estar ainda em diferentes estágios de desenvolvimento, sendo que os graus de responsividade e interatividade do bebê são determinados pelo amadurecimento desse subsistema. O desenvolvimento desse subsistema, em particular, da mesma forma que é determinante no tipo de interatividade que é propiciada pelo bebê na relação com seus cuidadores, especialmente sua mãe, e se torna responsável pela relação que a mãe estabelece com o seu filho.

Ao se abordar as competências e capacidades do bebê, considera-se que o início da constituição subjetiva do bebê antecede seu nascimento. O bebê não é apenas reativo ao meio ambiente como, também, possui formas precoces de linguagem não-verbal e vida intrassubjetiva. Um bebê competente é então, um bebê desejante, capaz, de exercer controle sobre o processo interacional com os adultos que o circundam (Zornig, Morsch & Braga, 2004b).

Debray (1987, p.37) nos fala de bebês que em singularidade “sabem tornar suas mães competentes, e são, ao mesmo tempo investidos de retorno de uma maneira feliz e completa para eles”. As Unidades são repletas de relatos sobre os feitos dos bebês, pelo modo como pedem a presença da equipe ou dos pais, ou por um mal-feito que provoca risos. Conforme observado por Zornig et al. (2004a, p.139), “as diferenças individuais observadas nos bebês em sua maneira de interagir com a mãe parecem influenciar o tipo de maternagem que lhes é oferecida, indicando uma reciprocidade nas trocas estabelecidas e não só a ação do desejo parental sobre a criança”.

O conhecimento produzido sobre as competências do bebê é fundamental para se caracterizar a importância da construção de uma ligação entre as sensações familiares ao bebê, vindo das experiências em vida intrauterina, para o enfrentamento as novas situações, sob o risco de que sem essa ligação, o bebê não consiga se construir (Szejer, 1999).

#### **1.4 Pesquisas sobre a relação mãe-bebê pré-termo: uma revisão bibliográfica**

Existem diversos estudos relacionando sobre o vínculo mãe-bebê pré-termo em ambientes de Unidade de Terapia Intensiva. Os mesmos estão distribuídos entre artigos científicos, dissertações e livros publicados. Dentre os artigos e dissertações, podemos citar:

O artigo “Os tempos da prematuridade” de autoria das pesquisadoras Zornig et al. (2004a) discutiu a temática da clínica psicanalítica de bebês pré-termo. Abordou a constituição subjetiva psíquica desses a partir do conceito de desamparo estrutural e da constituição do sujeito em uma situação de descontinuidade temporal introduzida pelo próprio parto antecipado e pela irrupção do bebê real confrontando os pais ainda em processo de construção do bebê imaginário. Discutiu ainda como o sentimento de fracasso materno dificultaria a construção de um olhar narcísico que superasse o bebê orgânico diante dos seus olhos. As autoras propuseram que a intervenção precoce possibilitaria a construção de um denominado espaço de ilusão para a identificação da mãe com o bebê e as descontinuidades temporais na constituição subjetiva do bebê poderiam ser superadas. O artigo foi interessante em sua fundamentação teórica, porém foi insuficiente na discussão de como se dá essa intervenção precoce. Lendo outros trabalhos das autoras, incluídos nessa revisão da bibliografia, entendo que essa não era a ênfase desse artigo, pois estes outros artigos trataram mais especificamente de processos interventivos (Scortegagna et al., 2005; Valansi & Morsch, 2004).

Em “O processo interativo mãe-bebê pré-termo”, as autoras propuseram um estudo da interação entre mãe e bebê pré-termo e dos indícios de desenvolvimento do vínculo afetivo no ambiente hospitalar. Utilizando-se de dados colhidos no prontuário médico, no protocolo da histórica clínica do bebê e a partir da observação da relação mãe-bebê no ambiente do hospital, as autoras apontaram que as manifestações corporais, visuais, faciais e vocais eram importantes na interação entre mãe e bebê. Auxiliar a mãe a observar, reconhecer,

compreender e responder aos sinais advindos do bebê seriam ações fundamentais para o desenvolvimento da relação entre ambos e para o desenvolvimento futuro do bebê (Scortegagna et al., 2005).

Na dissertação “As especificidades do vínculo da mãe com o bebê pré-termo na situação de internação”, a pesquisadora Gomes (2001) a partir de três casos estudados, teve como objetivo procurar entender como mães de bebês pré-termo lidavam com a questão da maternidade ao serem submetidas a um parto pré-termo e tendo que se confrontar com esse bebê. A abordagem teórica e clínica em relação aos casos e a análise de toda a situação que os envolve foi de base psicanalítica. Em sua fundamentação teórica, discorreu sobre as transformações históricas da função materna, sobre a relação entre feminilidade e maternidade segundo a perspectiva psicanalítica e ainda sobre a inclusão do bebê no mundo segundo essa mesma perspectiva. As participantes da pesquisa vivenciaram um parto pré-termo no Serviço de Obstetrícia do Instituto Central Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e seus bebês nasceram pré-termo e precisaram de uma internação prolongada no Serviço de Berçário do mesmo hospital. Cada caso apresentou uma especificidade: o primeiro deles foi escolhido devido há alguns aspectos relacionados à alimentação do bebê pré-termo e a possibilidade da mãe se implicar nesse processo. No segundo caso, foi explorada a questão do pouco contato mãe/bebê e o efeito da intermediação da equipe em relação aos cuidados com o bebê. No último caso estudado, foi explorado o impacto causado diante da possibilidade de perda, sendo discutido o quanto isso interferiu na relação que essa mãe estabeleceu com o seu filho durante a internação. A pesquisadora buscou iniciar o atendimento às mães o mais precocemente possível, visando oportunizar às mesmas um espaço para expressar em palavras a experiência do parto e os primeiros contatos com o bebê. Perante as vivências dessas mulheres diante do nascimento pré-termo, a psicóloga observou que essas mães muitas vezes não aceitavam a aproximação ao longo das primeiras horas após o parto por confrontarem-se

com a possibilidade de perda, por verem-se separadas do bebê e ainda precisarem lidar com sua própria alta hospitalar sem o bebê. Percebeu que passado esse período, houve espaço nas mães para iniciarem o processo de elaboração dos sentimentos que estavam sendo vivenciados. Em sua dissertação conseguiu com esses três casos construir reflexões acerca da relação pais/bebê/UTI que contribuem para a compreensão da dimensão subjetiva dessa relação e ainda do papel do psicólogo nesse contexto.

No artigo “A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional”, Gomes (2004) relatou a partir da intervenção feita junto a uma mãe de uma criança pré-termo, como essa mãe, em um acompanhamento psicológico adequado, permitiu-se à exploração dos sentimentos despertados pelo nascimento inesperado migrando de um estado de estranhamento e medo, para um estado de curiosidade e aproximação em relação à filha. Reforçou com seu estudo a importância da intervenção a ser feita pela equipe no sentido de contribuir para a aproximação e contato da mãe com seu bebê.

O artigo de Brum e Schermann (2004), “Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: uma abordagem teórica em situação de nascimento de risco” propôs uma abordagem histórica de autores teóricos que discutiram a importância das primeiras relações na constituição subjetiva do bebê como sujeito a partir dos autores que abordaram a temática a partir da importância da mãe nessa relação e outros que a estudaram a partir das condições do bebê para a interatividade. Foram discutidas as contribuições de Freud, Sptiz, Erikson, Winnicott e Bowlby. Entre esses dois últimos, elas diferenciaram o apego de Bowlby da dependência absoluta de Winnicott. Para tratar desse aspecto, as autoras citam Bowlby (2002) que diz que a dependência absoluta é máxima ao nascer e decresce à medida que o bebê se desenvolve enquanto que o inverso ocorre com relação ao apego. Ainda segundo Bowlby (2002) citado pelas autoras, o bebê ao nascer é dependente, mas não é apegado, e à medida que passa para a dependência relativa e independência se torna mais apegado, sendo que o apego se torna

evidente após o bebê completar seis meses. Quero me ater nesse momento, na afirmação de Bowlby (2002, p. 283) de que “o apego está inicialmente ausente no nascimento e só se evidencia substancialmente depois que a criança completou seis meses”. Bowlby por seu trabalho de resgate dos estudos feitos por etologistas como base para o estudo do comportamento humano tem como método para a demonstração do apego que o mesmo se dá pela manifestação de um comportamento de busca de proximidade. Usando dessa metodologia, enquanto primatas não-humanos logo nos primeiros dias já demonstram distinguir e preferir (ir em direção) a mãe em detrimento de outros indivíduos, no bebê humano, isso não é possível de ser verificado, devido à sua ausência de força para se agarrar à mãe ou mesmo para se mover em direção à mesma (Bowlby, 2002, p.301). Ora, não poder se mover em direção à mesma, não quer dizer não desejar fazê-lo e sim, faltar ainda um estado fisiológico minimamente organizado o suficiente para fazê-lo. Torna-se novamente, fundamental, que um ambiente favorável seja estabelecido, para que essa necessidade seja atendida e a organização psíquica do bebê seja constituída com mais esse elemento integrativo.

Ainda no estudo teórico sobre as relações iniciais, quanto aos estudos sobre os recursos do bebê para a interatividade e de seu papel ativo na construção da relação mãe-bebê, as autoras (Brum & Schermann, 2004), trouxeram as contribuições dos primeiros teóricos a estudar a interatividade mãe-bebê. Esses estudos apontaram que os recém-nascidos apresentam uma grande capacidade de responder às interações nos primeiros minutos de vida, sendo capazes de realizar discriminações importantes pelo olhar, de identificar a voz dos pais, o cheiro da mãe, uma capacidade de se moldar ao corpo de seus pais (reflexo de aconchego). Os autores estudados trouxeram que essas capacidades dependem de um ambiente responsivo. Outro aspecto abordado no artigo referiu-se a um histórico dos cuidados neonatais, desde o afastamento mãe-bebê na década de 50, ao crescente convite à interação mãe-bebê, nas

décadas de 70 e 80. Abordaram que o avanço da tecnologia possibilitou o aumento da sobrevivência dos bebês pré-termo e isso trouxe novas demandas como o cuidado com o bebê, e de novo, surgiu uma preocupação com a possibilidade de um comprometimento do vínculo mãe-bebê. Enfatizaram em seus estudos que a mãe de um bebê de risco necessita de um ambiente onde possa ser acolhida em seu processo de luto do filho imaginário, mas que também propicie a ela informações sobre as capacidades interativas do bebê, pois isso é fundamental para a responsividade materna no processo de formação de vínculo materno. Penso ser importante relembrar aqui que esse luto do filho imaginário se faz em um processo contínuo ao longo da vida, pois o filho imaginário continua sendo gestado no desejo dos pais e pode ser acionado pelos mesmos a qualquer momento. Em qualquer etapa, a frustração de um pai/mãe com relação a seu filho, que traga uma imensa tristeza, se relaciona ainda a constatar que o filho real difere do imaginário. Entendo que esse artigo é uma contribuição importante com vistas ao foco do estudo que proponho sobre a temática, principalmente por sua abordagem histórica, pois auxilia na sistematização e na contextualização das contribuições teóricas dos diversos autores dentre dessa recente temática.

Valansi e Morsch (2004) em “O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais” inicialmente descreveram o ambiente específico de uma UTI Neonatal, para introduzir a discussão da reorganização psíquica da mãe durante a gestação e as implicações da chegada de um novo bebê para os filhos mais velhos do casal. Considerando a UTI como “espaço de interdição”, as pesquisadoras apresentaram diretrizes norteadoras para a atuação do psicólogo nesse espaço. Segundo as mesmas, seu trabalho deve priorizar a intervenção no processo de interação entre o bebê e sua família a partir de um trabalho com os pais, irmãos e bebês internados em UTI Neonatal. Na perspectiva de trabalho com os pais, apresentaram como possibilidades de intervenção: colocar-se como ponto de referência para a família na UTI, auxiliando na comunicação pais-equipe, oferecer

atendimento aos pais dos bebês, ajudando-os a falarem sobre esse nascimento, ser facilitador da comunicação pais-bebê e do reconhecimento do bebê como um sujeito em constituição e, além disso, propiciar espaço de acolhimento à família sobre as possíveis perdas reais (mortes, seqüelas) ou no imaginário familiar ocorridas na UTIN. Quanto à possibilidade de morte do bebê, ainda segundo as autoras, deve ser prioridade do psicólogo o trabalho de aproximação de toda a família com o bebê. No trabalho com irmãos de bebês em UTI Neonatal (Morsch & Delamonica, 2005), o psicólogo deve auxiliar aos pais a se disponibilizarem para os outros filhos, apesar da situação de crise vivenciada, e deve ainda, promover visitas supervisionadas dos irmãos dos bebês visando, dentre outros aspectos, facilitar o desenvolvimento do vínculo irmão/bebê, e sua participação na experiência familiar, reforçando seu lugar no grupo familiar. Com esse artigo, as autoras propuseram que a oferta de sustentação e que ser continente às angústias da família permitiria a essa, a atribuição de novos sentidos às suas vivências com relação à internação.

No artigo “Relações afetivas entre mães e recém nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais”, Thomaz et al. (2005) tiveram como objetivo analisar as primeiras relações afetivas entre mãe e recém-nascido a termo e pré-termo, verificando as diferenças nessa relação e a importância do contato físico entre mães e bebês para a formação dessas relações. Além disso, levantou dados sobre a história da gravidez e a condição sócio-econômica da gestante. O trabalho foi desenvolvido na UTI Neonatal e na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas. Inicialmente as autoras se referiram a 28 mães participantes, mas em outros momentos, inclusive na análise dos dados, entende-se que foram de fato 20 participantes, sendo 10, mães de bebês pré-termo, e 10, de bebês a termo. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas, observações não estruturadas e análise de dados socioeconômicos. Com relação às mães de bebês a termo, as entrevistas e as observações não puderam ser feitas com as mesmas participantes, pois essas mães ficaram

internadas por, no máximo, 48 horas. Isso se apresenta como um limitante do método, porém a meu ver, para participantes com características similares, justificável para pesquisas inseridas em serviços que apresentam alta rotatividade de pacientes devido a períodos curtos de internação. Para a análise das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo e levantaram-se as seguintes categorias temáticas relacionadas aos sentimentos das mães ao descobrirem que estavam grávidas; do companheiro, ao ficar ciente da gravidez da mulher; das mães, no momento em que o feto mexeu pela primeira vez; e ainda, o imaginário das mães sobre como o bebê iria ser ao nascer; percepção das mães sobre a possibilidade dos bebês nascerem prematuramente; sentimentos das mães com o nascimento do filho e o seu pensamento sobre o futuro dos bebês. Dentre os resultados encontrados, perceberam que mães de bebês a termo e pré-termo não apresentaram muitas diferenças em relação aos sentimentos relativos à aceitação da gravidez e ainda que a aceitação da gravidez pelo companheiro foi determinante de uma vivência mais tranquila desse momento. Além disso, as mães de recém nascidos pré termo vivenciaram o nascimento de seus filhos de forma diferente das outras, pois a ligação afetiva dessas mães com seus bebês estava permeada pelo “fantasma” da morte, mesmo que de forma não explícita nos discursos. O contato físico com os bebês foi percebido como importante para a ligação afetiva mãe-bebê e todas as mães sentiram a necessidade de estarem próximas aos filhos, sendo que a relação de segurança no cuidado com o seu bebê foi mais demorada nas mães cujos bebês eram pré-termo. Esse trabalho evidenciou que as mães de bebês pré-termo precisam de um apoio diferenciado da equipe hospitalar no sentido da construção de um espaço para a escuta dessas mães, compreendendo o momento em que estão vivendo e incentivando a sua participação na rotina da UTI Neonatal.

No artigo “Ansiedade Materna nos períodos pré e pós natal: revisão da literatura”, as pesquisadoras Correia e Linhares (2007) analisaram a produção científica entre 1998 e 2003 de estudos empíricos sobre a ansiedade materna nas fases pré e pós – natal, focalizando

nascimentos pré- termo e a termo. Foram discutidos 19 estudos, sendo que seis avaliaram a ansiedade materna na fase pré-natal, 12 avaliaram ansiedade das mães na fase pós-natal e um a ansiedade materna em ambos os períodos. A avaliação da ansiedade materna se deu principalmente por meio de escalas psicométricas. E o instrumento utilizado em mais da metade dos estudos foi o Inventário de Ansiedade Traço- estado (IDATE). Os resultados mostraram que altos níveis de ansiedade materna na fase pré- natal foram associados a complicações obstétricas, prejuízos ao desenvolvimento fetal, problemas emocionais e de comportamento na infância e adolescência. Em relação à avaliação de mães e pais, estudos indicaram maior vulnerabilidade das mães. E redução nos níveis de ansiedade das mães de bebês pré- termos, após participação em programas de intervenção, demonstrando a importância da intervenção precoce, pois esta contribui para a promoção do bem estar psicológico materno. Foi verificado ainda existência de altos níveis de ansiedade materna correlacionados a altos níveis de depressão. A avaliação da ansiedade materna torna-se importante para identificação de riscos na saúde mental materna e no desenvolvimento da criança, permitindo que intervenções precoces sejam adequadamente implementadas.

Alguns livros foram produzidos a partir de pesquisas relativas ao nascimento pré-termo e são uma importante etapa de sistematização de fundamentos teóricos e técnico-científicos e por essa razão os mais relevantes livros relativos ao trabalho aqui proposto serão discutidos dentro deste capítulo.

O livro “Agora eu era o rei – os entraves da prematuridade” foi organizado por Wanderley (1999) confirmando quão recente é a produção científica brasileira com relação a esse universo. A autora buscou subsídios para a construção do livro nas experiências sistematizadas na França, um país que, segundo a autora, pioneiramente percebeu a importância de cuidar do vínculo família-bebê para a qualidade de vida do mesmo. A primeira parte do livro tratou da atuação em uma UTI Neonatal, abordando as intervenções

psicológicas em neonatologia e a ajuda ao bebê e pais em terapia intensiva neonatal. Nos dois primeiros capítulos, as autoras propuseram um lugar para o psicanalista na unidade de terapia intensiva, auxiliando os pais a expressarem seus sentimentos com relação ao nascimento, e bem como auxiliando a equipe a compreender alguns aspectos subjetivos que permeiam a relação entre pais, bebê e equipe. No terceiro capítulo, foi abordada a questão da alimentação que na UTI Neonatal deixa de ser aconchego, alimento emocional além nutricional, e passa a ser mais uma prescrição médica. No último capítulo dessa primeira parte, discutiu dois casos que dão entrada na unidade de terapia intensiva simultaneamente, e que suscitam na equipe sentimentos bastante diferentes e, de certa forma, enganosos. Uma recém-nascida demandava atenção e cuidados de forma bastante intensa – de forma similar à sua mãe – e outra, era tranqüila e segundo a autora, com uma tranqüilidade indiferente, como sua mãe. Diante disso, discutiu essas situações à luz das questões das pulsões de morte e de vida na unidade de terapia intensiva. Na segunda parte do livro, foram abordados caminhos para uma atuação interdisciplinar. No primeiro deles, tratou-se uma pesquisa que solicitava que os pais fizessem uma avaliação sobre o atendimento em UTI após a alta do seu bebê. Na minha avaliação, as questões (não foram mostradas no relato feito no livro), apesar de abertas não possibilitaram ao participante se colocar mais livremente. Dessa forma a pesquisa acabou por não abordar apropriadamente a complexidade da relação vivida entre equipe e família, sendo que a ambivalência dos pais em relação à equipe, um dos itens pesquisados em algumas questões, e que foi um importante aspecto apontado por diversos autores (Thomaz et al. 2005; Agman et al., 1999; Gomes, 2001, 2004) não foi verificada na mesma. Nos três capítulos que se seguem, foram apresentadas propostas de *follow up*, um deles em atendimento multiprofissional precoce a crianças nascidas prematuramente no sentido de auxiliá-las a desenvolver suas potencialidades, a conhecer suas capacidades e seus limites e ainda, ajudando os pais a viver com suas crianças descobrindo suas potencialidades. Os outros dois capítulos trataram de

crianças que chegaram às psicanalistas com idades um pouco maiores. Em ambos, foi analisado como as palavras descritoras dos possíveis limitadores das potencialidades dos filhos acabaram por definir o olhar dos pais em relação aos mesmos marcando não só o corpo desses filhos como, também, sua constituição subjetiva. Por tudo que foi tratado, esse é um livro extremamente importante para a discussão da dimensão subjetiva que atravessa a relação de bebês pré-termo e pais e a relação tríade equipe/bebê/pais.

“Quando a vida começa diferente – O bebê e sua família na UTI Neonatal”, organizado por Moreira, Braga e Morsch (2006) contribui com uma importante organização de informações sobre os aspectos relacionados à internação de um bebê em uma unidade de terapia intensiva, sendo dirigido para a comunidade em geral. Seus capítulos foram escritos por diversos profissionais que compõem uma equipe de saúde que atua em uma UTI Neonatal e abordou diversas questões tais como o que é esse nascimento diferente, qual o ambiente e a aparelhagem de uma UTI Neonatal, bem como quem são as pessoas que compõem sua equipe e abordou as intercorrências e exames mais freqüentes pelos quais pode passar o bebê. Abordou ainda, a depressão materna na gestação, e a importância da maternagem ampliada, da participação dos irmãos mais velhos e do método canguru. No último capítulo abordou a importância do acompanhamento da criança nascida precocemente até, pelo menos, a idade escolar, no sentido de intervir precocemente em possíveis complicações advindas do nascimento pré-termo.

Em “O sorriso de Gioconda” de autoria de Mathelin (1999), as questões relativas ao nascimento pré-termo foram abordadas segundo a perspectiva de qual o espaço a seria construído para a psicanálise em um serviço de neonatologia. A partir disso, aborda o trabalho com as crianças internadas na Unidade, o trabalho com os seus pais e o trabalho com a equipe. Ao abordar o tema do trabalho analítico dentro de um serviço de reanimação neonatal a autora colocou que, desse ponto de vista psicanalítico, a “reanimação” consistiria em reanimar a

criança e o discurso que a anima, restabelecendo nos pais a capacidade de amar seus filhos e, no bebê, seu desejo de viver. Utilizou a metáfora do sorriso da Gioconda, para falar do desejo da mãe, ambivalente em si mesmo, se exprimindo enquanto promessa de uma felicidade plena a dois, mãe e filho, quanto como proibição do acesso à felicidade proporcionada pela relação com outros objetos de amor. Tratou da necessidade de que essa relação se submeta à entrada de um terceiro na relação e que no caso dos bebês pré-termo e suas mães, esse terceiro seria exercido pelo próprio serviço de reanimação. Colocou a importância de se conversar com estes bebês a respeito de suas histórias, através do que ela chamou de “fala verdadeira”, tudo que está sendo vivenciado pela criança durante sua internação. Fez uma crítica, importante em tempos de programas de Humanização de UTIN, que seria fundamental que todas as pessoas envolvidas neste trabalho pudessem “deixar-se tocar” pela criança, e não falar mecanicamente com ela só porque se sabe que isso é importante. Com relação ao trabalho com os pais, caberia ao psicanalista a criação de um espaço para que essas mães pudessem fazer um trabalho de luto, de perda e de separação, e se sentirem aceitas em suas ambivalências, pois a partir do momento em que elas pudessem simbolizar esta falta, poderiam voltar a projetar um futuro sobre o filho. Quanto ao trabalho com a equipe, primeiramente, a autora refletiu de que naquele espaço, o psicanalista seria tanto parte da equipe quanto, precisaria colocar-se para além da mesma para uma escuta distanciada, buscando auxiliar a equipe a perceber a história singular daquela criança bem como os mecanismos transferenciais que essa história mobiliza na equipe. É um livro de fundamental importância no sentido de refletir sobre a construção de um trabalho de orientação psicanalítica em um serviço de neonatologia, bem como de quais mecanismos psíquicos seriam acionados nesse espaço do ponto de vista da criança, de seus pais e da própria equipe.

## 1.5 Objetivos

Esse trabalho tem como objetivo geral:

Compreender como se constitui a função materna em condições de nascimento pré-termo de bebês internados em uma Unidade de Terapia Intensiva.

E como objetivos específicos:

Apreender o modo como se constroem as atribuições maternas a partir dos comportamentos dos bebês pré-termo.

Apreender as significações construídas pelas mães com relação à experiência da maternidade de bebês pré-termo.

Identificar e analisar os fatores e microfatores positivos e negativos que interferem na construção do vínculo entre mãe e bebê pré-termo.

## **2 Método**

### **2.1 A Unidade**

O trabalho foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro em Uberaba (HC/UFTM), Minas Gerais. O HC/UFTM é um hospital público que oferece atendimento terceirizado de alta complexidade para um conjunto de 27 municípios que compõem a macro região do triângulo sul, podendo abranger também outras macro regiões do estado e ainda outros estados da federação. A faixa populacional assistida é diversa, geralmente, de baixo poder aquisitivo, porém em alguns casos, mesmo possuindo planos de saúde suplementar, se utilizam da internação na UTIN pública, pois alguns desses planos não cobrem a permanência dos bebês em unidade de terapia intensiva por um tempo que pode se estender por cerca seis meses.

A UTIN, com 20 leitos, está localizada no primeiro andar do HC/UFTM no espaço relativo ao Centro de Terapia Intensiva que contém também 10 leitos para UTI Adulto e 10 para UTI Coronariana. Em um longo corredor, à esquerda de quem entra, tem-se a Unidade de Terapia Intensiva Infantil (que compreende a UTI Neonatal e Pediátrica) e à direita, a Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Coronariana. A Sala de Espera para a entrada na Unidade é comum às Unidades e nesse ambiente freqüentemente presenciávamos a dor dos familiares pela perda de pais, mães, irmãos internados na UTI Adulto, pois era em uma sala contígua a sala de espera que o médico noticiava o óbito do paciente internado à família. Percebemos que essa riqueza emocional desse contato não pode ser negligenciada, sendo mais um elemento rico em significados para a simbolização da vivência da maternidade nesse ambiente. Era o desafio de recomeçar o sonho de filho em um ambiente em que a possibilidade de morte era constantemente lembrada e mesmo reafirmada.

Por ser uma UTI Neonatal e Pediátrica, o setor recebia bebês pré-termo ou nascidos a termo com problemas que comprometiam sua sobrevivência sem cuidado intensivo, e ainda crianças até 14 anos de idade (Ministério da Saúde, 1998). Em termos proporcionais, cerca de 2% dos casos que internavam na UTI eram pediátricos, não havendo uma separação do espaço físico para essas diferentes faixas etárias e demandas, embora houvesse uma separação dentro do mesmo espaço entre os cuidados neonatais intensivos e intermediários. Os familiares dos bebês pré-termo internados, incluindo suas mães, só tinham acesso à Unidade em dois horários de visitas, pela manhã, entre 10 e 11 horas e à tarde, de 16 até 19 horas<sup>12</sup>.

Durante meu período de atuação na Unidade, a mesma passou por um processo de expansão passando de 12 leitos para 20 leitos. Mesmo com a expansão, a taxa de ocupação da Unidade continuou alta tendo em média 98% dos leitos ocupados. Dois leitos estavam bloqueados devido à falta de profissionais para atender adequadamente aos leitos conforme prevê a Portaria N° 3.432 do Ministério da Saúde que estabelece como equipe básica:

“Um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica; um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada 10 leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde; um médico plantonista exclusivo para até 10 pacientes ou fração; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 10 leitos ou fração, por turno de trabalho; um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração no turno da manhã e da tarde; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada 2 leitos ou fração, por turno de trabalho” (Ministério da Saúde, 1998).

É importante notar que o profissional de psicologia não é considerado parte da equipe básica, pois a portaria prevê apenas que o hospital deve contar com um Serviço de Psicologia. Considerei importante ressaltar que da forma como está, essa portaria não garante a contratação de um psicólogo para atuar exclusivamente na Unidade de Terapia Intensiva e sim, que em momentos que se considerar importante, um psicólogo de algum setor pode ser

---

<sup>12</sup> Esses horários podiam ser flexibilizados, em função da dificuldade de locomoção das mães, por exemplo, horários de saída de vans para seus municípios de origem.

deslocado para atender à solicitação. Por isso, atendendo à portaria, na UTIN a equipe médica era dividida entre médicos contratados ou concursados, denominados de *staff*, e residentes<sup>13</sup>. Naquele momento, o staff era compreendido por 20 médicos nos diferentes turnos e plantões.

Eram duas as equipes de enfermagem em cada um dos três turnos. Cada equipe de enfermagem era composta por uma enfermeira e 18 técnicas de enfermagem. À noite, 14 técnicas se revezavam em dias pares e ímpares. Muitas das profissionais trabalhavam em outros hospitais ou estavam em cursos superiores de formação, o que fazia com que tivessem jornadas duplas e até mesmo triplas de trabalho.

Durante as manhãs e tardes, a Unidade contava com uma fisioterapeuta por turno. A assistente social e a fonoaudióloga atendiam à UTI e à Enfermaria Pediátrica. Durante as manhãs, a nutricionista do hospital passava pela Unidade para discutir as prescrições de dietas. Apesar de considerar a portaria frágil no sentido de garantir a presença de um psicólogo na Unidade, a importância da atuação desse profissional nas unidades de terapia intensiva fez com que desde 2007 fosse aberto um espaço para a minha atuação como psicóloga voluntária exclusiva da Unidade<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> A residência médica oferecida pela UFTM era em UTI Pediátrica.

<sup>14</sup> Em julho de 2009 foi contratada uma psicóloga exclusiva para o atendimento à UTI Neonatal e Pediátrica.

## 2.2 As mães e seus bebês

Em função do tempo limitado para a realização das entrevistas e pelo número de recém nascidos pré-termo que deram entrada na UTIN acompanhados por suas mães, participaram desse estudo, cinco mães, cujos filhos, recém-nascidos, foram internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do HC/UFTM durante o período compreendido entre março e junho de 2009.

Como nosso estudo focou a construção da função materna, na relação que as mesmas estabelecem com seu filho recém-nascido, não foram analisadas as situações em que outros familiares assumiriam a maternagem do bebê, mesmo sabendo que, a ausência materna pode ser fonte de riquíssima investigação e de fundamental importância para saúde psíquica do bebê. Além disso, mães de recém-nascidos pré-termo que após o parto, se encontrassem internadas em Unidade de Terapia Intensiva Adulta ou ainda mães que apresentassem algum problema neurológico o qual pudesse comprometer significativamente o sistema cognitivo ou que apresentassem distúrbios psiquiátricos, não seriam convidadas a participar da pesquisa. Isso se justificou naquele momento, por fugir do alcance pretendido por essa pesquisa. É importante ressaltar que, durante o período da pesquisa, nenhum desses casos previstos inicialmente como critérios de exclusão de amostra ocorreu e, por isso, não nos deparamos com uma possibilidade de alteração desse critério de exclusão a partir de questões que fossem suscitadas nos atendimentos clínicos a essas mães.

As mães que participaram da pesquisa foram Raquel<sup>15</sup>, 34 anos, casada há 16 anos, mãe de Lorena; Gabriela, 28, casada há 6 anos, mãe de Viviane; Solange, 33, casada há 10 anos, mãe de Henrique; Marlene, 33, casada há 15 anos, mãe de Oliver; e Carla, 34, casada há 13 anos, mãe de Marcelo. Lorena nasceu com idade gestacional de 30 semanas com peso ao

---

<sup>15</sup> Os nomes das mães e de seus filhos são fictícios.

nascer de 1310g e ficou internada na UTIN por de cerca de um mês. Henrique nasceu com idade gestacional de 30 semanas e seu peso ao nascer era de 1140g. Sua internação foi de cerca de quatro meses. Oliver nasceu com idade gestacional de 30 semanas, seu peso ao nascer de 1445 g e sua internação durou cerca de um mês. Marcelo nasceu com idade gestacional de 28 semanas e peso ao nascer de 935 g. Sua internação durou cerca de quatro meses. Para todos eles, o motivo da internação era o nascimento pré-termo e complicações devido a essa condição. Já Viviane, além do nascimento pré-termo, apresentou mal-formação e o prognóstico era de não sobreviver. Praticamente nenhuma atividade cerebral, poucas funções fisiológicas e motoras que davam apenas condição para uma vida limitada e dependente de ventilação mecânica. Tinha hidrocefalia e nasceu com macrocefalia, sem nariz, com olhos praticamente não formados. Essa descrição é importante para boa parte da compreensão da relação da mãe com a filha recém-nascida.

Embora não tenha sido um critério inicial de seleção da amostra, todas as mães que participaram da pesquisa eram casadas há pelo menos, cinco anos. Apenas Gabriela, estava separada quando soube da gravidez, e, nesse momento, tinha se reaproximado do marido. Já na alta da filha, estavam novamente se separando.

Às mães participantes foi garantido que a pesquisas se pautaria segundo os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos conforme previsto pela Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em consonância com a Resolução N° 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) procurou garantir às participantes da pesquisa, o consentimento informado, a confiabilidade e o sigilo (Conselho Nacional de Saúde, 1996; Conselho Federal de Psicologia, 2000). O contato inicial com as mães participantes foi feito o mais próximo possível do momento em que seu bebê foi internado na Unidade, e a partir dos esclarecimentos feitos sobre os objetivos e as garantias de confidencialidade da pesquisa, todas as mães convidadas se mostraram interessadas em contribuir com a mesma.

### 2.3 Caminhos percorridos

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia a esse projeto e a aprovação do mesmo no Exame de Qualificação no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da mesma instituição, tanto o projeto quanto os pareceres foram entregues à direção administrativa do HC/UFTM e à coordenação da Unidade Intensiva Neonatal para os protocolos institucionais antes do início de sua execução. Somente mediante esses procedimentos é que foram contatadas as mães no sentido de iniciar o processo investigativo.

A abordagem utilizada nesse trabalho foi de orientação psicanalítica. A pesquisa em psicanálise tem o inconsciente como objeto de estudo e funda-se no fenômeno transferencial. Ambos, pesquisador e pesquisado participam do processo de investigação com suas subjetividades, e a intersubjetividade se constitui um elemento fundamental da investigação psicanalítica, na medida em que a pesquisa ocorre em uma perspectiva dialógica. As significações produzidas pelo pesquisado se dão diante da posição do pesquisador e, por sua vez, a fala do pesquisador é produzida na relação entre ambos (Violante, 2000).

A proposta de investigação psicanalítica é compreensiva no sentido de que a compreensão está ligada a como a subjetividade se constitui em sua complexidade. Segundo Plastino (2009, p. 64), “o objeto do conhecimento na experiência psicanalítica é a vida na complexidade de sua inserção na natureza, de sua dinâmica emocional, sua potência criadora e sua necessidade radical de sentido”. Nessa perspectiva, o ser humano é um sujeito aberto, indefinível e passível de transcender a si mesmo que opera por meio de significados, ressignificando sua existência e suas experiências.

Para a compreensão da dimensão subjetiva do processo adaptativo das mães frente à internação de seus filhos recém nascidos e de como as mesmas construíram recursos para

lidar com a situação traumática, foram utilizadas de entrevistas e observações visando possibilitar a expressão das diversas representações das participantes em seus aspectos verbais e não-verbais.

As entrevistas foram realizadas a partir dos encontros individuais com as mães no horário de visita, procurando não causar prejuízo nas visitas feitas pela mesma a seus bebês internados. Esses encontros que estavam vinculados ao atendimento clínico e foram realizados em diversos espaços nos quais nós (eu e a mãe participante) nos encontrávamos. Na Sala de Espera, no Banco de Leite<sup>16</sup> e, em sua maioria, diante das incubadoras, na própria Unidade, durante as visitas da mãe ao filho internado. Esse espaço em particular, foi especialmente importante, por possibilitar a observação da relação mãe-bebê e ainda, propiciar espaço para a mãe expressar sua vivência.

A duração das entrevistas respeitou a disponibilidade física e emocional da mãe-participante. O número das entrevistas esteve diretamente relacionado ao tempo de permanência do bebê internado na Unidade e às possibilidades de encontro entre a mãe e eu.

Na entrevista inicial foi priorizada a escuta das mães, com o objetivo de propiciar o acolhimento necessário, auxiliando-s a entrar em contato com os diversos sentimentos que afloraram no momento da internação de seus filhos recém-nascidos pré-termo. Foram esclarecidas dúvidas com relação à rotina na Unidade e ainda, na ocasião, foi preenchida uma ficha de identificação da mãe e do bebê. Com relação à ficha do bebê, na mesma foram registrados alguns aspectos da história clínica retirados do prontuário médico e que foram, nesse momento, confirmadas com a mãe (Anexo II).

---

<sup>16</sup> O banco de leite do HC/UFTM fica em uma sala do hospital e é um espaço para a coleta do leite materno. Nesse espaço são oferecidos instruções sobre como coletar e armazenar o leite em casa, em recipientes esterilizados fornecidos pelo setor. E como as mães vão para essa sala para realizar a coleta do leite, o mesmo se torna um espaço de acolhimento às mães, uma espécie de sala de espera.

A entrevista foi compreendida com um caráter interventivo, pois, a possibilidade de evocar os elementos traumáticos em sua emergência, possibilitou espaço para a construção de novas significações, diminuindo o impacto futuro que esses elementos não expressos poderiam vir a ter (Druon, 1999). A entrevista se propôs a “evocar o traumático” e facilitando a expressão dos sentimentos, tentando evitar o adoecimento da mãe e ainda contribuir para a construção da função materna na relação com esse filho “diferente”.

Durante os encontros que ocorreram em momentos em que a mãe estava com seu bebê na Unidade foram realizadas observações da interação mãe-bebê, do ponto de vista etológico, no sentido de juntamente com as informações obtidas nas entrevistas, cujo objetivo inicial era apreender a articulação entre as atribuições maternas e o comportamento de seus bebês, através de categorias sensoriais. Para Tronick e Cohn (conforme citado por Wendland, 2001), “a interação é definida como representando as trocas comportamentais visíveis entre o adulto e a criança”, ou seja, o foco da investigação nesse caso se volta para aquilo que é observável do comportamento da díade.

Quando da construção do projeto, pensamos a construção de um protocolo para o registro posterior das observações da relação mãe-bebê segundo as categorias corporal, visual, vocal e facial. Os itens incluídos na observação seriam desenvolvidos a partir do trabalho realizado por Scortegagna et al. (2005) e estariam em concordância com a categoria comportamental desenvolvida por Lamer e Lebovici (conforme citado por Wendland, 2001) como um dos níveis de estudo da interação da díade. No desenrolar do trabalho, o protocolo não foi utilizado sistematicamente e realizei as observações de como a mãe se colocava à disposição de encontrar o seu bebê. Para isso, foram utilizadas algumas categorias desse antigo protocolo, mais especificamente, as categorias visual e vocal.

Conforme Wendland (2001) podemos perceber que “dada a complexidade dos comportamentos da criança e do adulto ainda permanece a dificuldade de se conceber uma

técnica de análise que capte o fenômeno da interação”. Temos aqui um limite metodológico, importante. Sempre haverá na singularidade humana e das relações humanas, algo que escapa o observável, que vai além do que se percebe e que se pode registrar. Apesar desse limite, as observações tiveram implicações significativas do ponto de vista clínico sobre a relação que se estabeleceu na díade mãe-bebê.

A aplicação terapêutica da observação da relação mãe-bebê em uma UTIN apresentou algumas variações em relação ao método clássico construído por Esther Bick e buscou, conforme descrito por Wirth (2002, p. 207) “melhorar o desenvolvimento do recém-nascido prematuro através de uma abordagem mais atenta aos aspectos emocionais da interação”. A principal variação se deu do ponto de vista do método, pois, aqui se tratou de observações e intervenções dirigidas aos vínculos que se tornaram manifestos através das condutas das mães. E foi possível, como observadora, oferecer à mãe “a continência que resulta de suas atitudes de receptividade, reflexão, não atuação, não julgamento” (Mélega, 2008, p.132). Segundo Palmigiani (1997, p. 189) o observador, com a atitude acima descrita e mínimas intervenções “tenta alcançar o objetivo de proporcionar o *setting* à mãe (quando junto com a criança) facilitador de sua função materna”.

Penso ser importante, refletir aqui que ao observarmos a díade, levamos conosco nossos afetos e nossos próprios modos de comunicação verbal e não verbal, que influenciam na forma como os sujeitos observados se comportarão. Estabelece-se uma relação transferencial entre observador (o pesquisador) e observado, no caso, a mãe e conseqüentemente, o bebê, devido a modificações interacionais proporcionadas pelas trocas transferenciais (Wendland, 2001).

Na análise dos encontros, buscou-se ainda, a identificação de fatores e microfatores externos ou internos relativos à vivência do nascimento pré-termo que pudessem ser facilitadores ou limitadores do vínculo. Externo ou interno indicam, respectivamente os

aspectos ambientais e aspectos intrapsíquicos. Por fatores, entende-se “circunstâncias externas ou internas ao sujeito que sacodem dramaticamente a estabilidade adaptativa – situação geradora de crise – levando a mudanças bruscas e permanentes nos padrões de adaptação do sujeito” (Simon, 1989, p. 69). Esses podem ser negativos ou positivos, sendo importante ressaltar que a forma como esse fator negativo ou positivo conduz a uma determinada adaptação depende da constituição psíquica de quem vivencia a experiência. No caso em estudo, uma gravidez de risco pode se constituir um fator interno negativo, porém pode ser vivenciado gerando novas significações de maternidade. Já os microfatores são aqueles fatores externos ou internos que operam cumulativamente, positiva ou negativamente, provocando, em longo prazo, mudanças no sentido do aumento ou da redução da eficácia adaptativa (Simon, 1998, p. 69). Estão muito relacionadas àqueles eventos em que, aparentemente, nada está acontecendo, mas, segundo a narrativa das pessoas ao redor, “de repente, a mãe não quer ficar com seu bebê”. O “de repente” quando nada parece estar acontecendo pode estar relacionado a diversos microfatores externos ou internos, que atuando negativamente, dificultariam a construção da função materna. A identificação dos mesmos foi feita a partir da análise dos relatos. E, clinicamente, são bons parâmetros indicando a que o psicólogo deve atentar no sentido de intervir adequadamente para a facilitação do investimento materno na relação com seu filho.

### **3 UTIN: espaço de encontros e despedidas**

#### **3.1 A função simbólica da UTIN**

A UTI Neonatal é um espaço em que o limiar entre vida e morte é tênue, as notícias da evolução do bebê são dadas dia a dia, um lugar em que se evita fazer prognósticos para além daquele dia. Deparamo-nos com a iminência da morte, que nos desarma de nossa capacidade de simbolização, colocando-nos frente a frente com nosso desamparo.

Qual a função da Unidade na vida psíquica do bebê e sua mãe? Hoje se encontra em muitos textos e no imaginário dos serviços de neonatologia que, com relação ao vínculo mãe-bebê, a ação dos profissionais seria orientada para, a todo custo, a manutenção do laço, da presença materna junto ao seu bebê. Eu mesma, ao começar o trabalho na Unidade, fui convidada a me ocupar de facilitar a presença da mãe junto à criança internada. Claro que propiciar condições favoráveis ao encontro é de fundamental importância para a saúde psíquica de mãe e bebê, entretanto, à medida que o trabalho vai sendo construído, somos demandados a nos ocupar de outras funções.

Para ocupar essa posição de sustentação à mãe, para que a mesma possa se colocar como suporte psíquico para o seu bebê, a equipe em um UTIN precisa suportar seus próprios medos e lutos, pois afinal, vive com o bebê internado uma intensa relação de cuidado. Conforme já abordado, atualmente, são reconhecidas as capacidades do bebê de apreender o ambiente que o cerca através dos vários sentidos, olfato, tato, visão, discriminando, logo nos primeiros dias, os rostos familiares dentre outros e, com isso, se colocando pronto para uma interação com o outro. Para o bebê internado, os primeiros cheiros, os primeiros ruídos e vozes familiares advêm da Unidade. Os cheiros de hospital, os ruídos do maquinário, as vozes das enfermeiras conversando perto ou com o bebê se tornam a ambiência conhecida, materna. Desse ambiente provêm os cuidados que possibilitam a vida biológica e psíquica do bebê. É o

serviço que fornece os cuidados que reconhecem o bebê como um sujeito desejante. É a enfermeira que dá ao bebê uma fralda para que o mesmo a leve quando da alta da Unidade. Fralda essa a qual ela aprendeu, no encontro com esse bebê, que o tranqüiliza para lidar com o desconhecido. Ou a profissional que se vê capturada pelo olhar de um bebê que a torna desejosa de adoção, como eu mesma já me vi, desejo esse que se instaura em relação àqueles bebês que foram dados para adoção, ou que foram abandonados por seus pais na Unidade. Nessa situação em que a mãe de nascimento não se faz presente, nossas fantasias de boa mãe assumem sua plenitude e permitem um investimento narcísico diferente. Afinal, como dito por Mathelin (1999, p.97), “quem não tem em um momento ou outro o fantasma de levar para casa esse bebê abandonado”? É solicitado à equipe, continuamente, a realização do luto pela separação dos bebês que depois de meses de internação saem no colo de seus pais biológicos ou adotantes.

É dessa posição maternante que a Unidade pode exercer a função de suporte para a mãe, ajudando a mãe realizar o luto daquele bebê que, naquele momento, simboliza perda e fracasso para então se permitir “descolar o filho do horror do real e projetar sobre ele um futuro possível” (Mathelin, 1999, p.25). O serviço, renunciando continuamente à posição de boa-mãe-todo-poderosa, permitindo a mãe se tornar mãe de seu filho, autoriza-a a sonhá-lo e na díade, fabricarem-se um ao outro, mãe e bebê (Mathelin, 1999, p.26).

A função da UTIN é dupla. Por um lado, exerce a função materna, para o bebê e sua mãe. Mas é o serviço que redefine papéis, nomeando quem é mãe, pai, avó, quando e qual o tempo de permanência desses personagens da história do bebê. A Unidade com seus ritos de entrada, autoridade atribuída ao saber médico, normas de funcionamento também se coloca em uma função de terceiro, simbolizante vindo “proibir à mãe e ao filho que se devorem um ao outro” (Mathelin, 1999, p.18). Ao mediar o encontro da mãe e seu filho, separa-os, protegendo a ambos, num momento em que extremamente ferida, a mãe se vê como uma

ameaça a seu bebê. A Unidade absorve para si a violência do encontro e permite que o real encontro se faça (Mathelin, 1999).

O ódio que uma mãe direciona ao serviço, à equipe, e ao aparato tecnológico é ao mesmo tempo um ódio disparado ao bebê por tê-la frustrado tão profundamente em seu narcisismo e contra si mesma, por não ter se provado como uma boa-mãe. O hospital, num primeiro momento, segundo Mathelin (1999, p. 29), “vem garantir à mãe que o filho, num primeiro tempo, viverá apesar dela, o que atenua sua culpa e, num segundo momento, caso a mãe seja atendida, que seu filho viverá graças a ela”.

A Unidade poderá exercer a dupla função simbólica se puder renunciar à crença no amor materno idealizado e se puder suportar o traumatismo dos nascimentos pré-termo. Se puder, ainda, aceitar que o chamado instinto materno são relações construídas a partir de pulsões de amor e ódio, de violência e desejo.

Na Unidade, deparei-me com mães que, em seu imenso sofrimento, não dispunham de recursos para simbolizar a experiência que estavam vivenciando. A impossibilidade de nomear o filho que estava morrendo devido a sua prematuridade extrema, ou a experiência de ter um bebê que dentre outras mal-formações, apresentava genitália ambígua, e sem sexo definido, não tinha nome e depois de morto, não pôde ter seu óbito atestado. A mãe que vivenciou a primeira experiência me disse “não consigo pensar em um nome”, já a outra mãe me confidenciou: “gestei um monstro, agora só há dois caminhos aceitáveis, ou a morte ou um milagre”. Ambas as experiências sinalizaram a impossibilidade de “investir em um filho que ela sente como monstruoso e perseguidor, um filho que significa sua impotência e seu fracasso” (Mathelin, 1999, p.25).

A morte é, então, apresentada como um dos recursos da vida, viabilizando a possibilidade de simbolização quando essas mães não conseguem imprimir seu desejo naquele que foi gerado, seja pela iminência da morte, seja porque o que foi gerado, não pode ser

inscrito na ordem do humano. Segundo Rabello (2004, p. 181), frente às vivências de desamparo com a qual nos defrontamos na Unidade, “a magia absoluta ou a racionalidade absoluta poderiam nos servir de amparo frente a esses eventos que nos fragilizam, tornando-os um pouco mais suportáveis”. São caminhos perigosos, que se excedidos, tornados reais, produzem sintomas, adoecimentos. No caso, a mãe percebia a si mesma tendo gerado “o monstro” e não conseguia deixar de sentir dores, enjôos, centrada em si mesma, incapaz de ver o filho e de se ver no mesmo, impotente para construir novas significações que tornassem a experiência passível de ser vivida.

A UTIN nos confronta com a finitude, com a mortalidade e com o fato de que nosso aparente controle de nossas vidas é ilusório. Instaure-se como lugar em que na articulação entre vida e morte, pode ser construída a simbolização, os registros iniciais na ordem do humano. Segundo Rabello (2004, p. 181), “o estranhamento nos desaloja do ar onde estávamos e nos induz, após um encontro com velhos fantasmas, a fazer emergir o novo, a ascender a uma nova posição na vida”. Concordamos com Mathelin quando diz que

“Nossa convicção hoje é que a hospitalização não é obrigatoriamente fonte de complicações psicológicas para o bebê, mas pode, ao contrário, permitir – contanto que estejamos à escuta da família tanto quanto à escuta dele – salvar não só a pele de uma criança, mas também sua “pele psíquica”; é nisso que o papel da unidade, para além dos cuidados, é essencial” (Mathelin, 1999, p.66).

A UTIN pode ser pensada como esse portal que conduz a ressignificações em regime de emergência se adequadamente conseguir transitar entre as funções materna e paterna dos bebês que ali estão internados. Uma hora é a Unidade que reconhece no bebê um sujeito que deseja. Outra hora a UTI é o pai, o terceiro, que funciona como mediador entre a mãe e seu bebê.

### 3.2 Os encontros

Nessa sessão encontram-se as transcrições das anotações tomadas a partir dos encontros com as mães participantes. Optei por esse formato, por acreditar que essas notas já constituíam um material de análise, pois nos mesmos encontramos as produções tanto da participante quanto minhas. Concordo aqui com Hermann (Silva, 1993), quando diz que a “entrevista psicanalítica, mais precisamente, entrevista numa tese psicanalítica, caracteriza-se por descobrir na ação a sua própria estratégia”. A partir da construção do espaço dialógico, é falado aquilo que é urgente para o entrevistado. A transcrição de minhas notas, às vezes é a transcrição de um encontro, e em outros momentos, notas sobre vários encontros, e tem como finalidade, colocar o leitor em contato com o processo no qual foram produzidos os relatos analisados. Logo após as transcrições segue a discussão suscitada tanto pelas entrevistas com a mãe quanto pelas observações realizadas durante a internação do bebê. À medida do possível foi conservada a fala das mães em seus relatos.

Foram realizados seis encontros com Raquel e Solange durante o tempo em que seus filhos, Lorena e Henrique, respectivamente ficaram internados na Unidade. Já com Gabriela devido ao tempo de internação de Viviane e a demanda de intervenções clínicas, foram realizados inúmeros encontros, cerca de dois por semana. Para transcrição e posterior análise nesse estudo, optei por relatar aqui os dois primeiros encontros e posteriormente alguns registros de nossos encontros ocorridos durante esse tempo. Com Marlene e Carla foram realizados quatro e cinco encontros, respectivamente, antes da alta de seus filhos, Oliver e Marcelo.

A seguir, os relatos e as análises, em sequência, de Raquel, a mãe que precisa de mãe; Gabriela, a mãe que não se encontrou ainda; Solange, a mãe que tranquilamente embala; Marlene, a mãe que autorizada pelo marido, pôde se vincular e Carla, a mãe que teme o próprio desejo.

Todas essas mães foram acompanhadas desde a internação de seus bebês até a alta para a Enfermaria Pediátrica. Duas delas, Gabriela e Carla, ainda foram entrevistadas após a alta da UTIN, na Enfermaria Pediátrica e devido a isso, acompanhei Carla e seu filho até a alta do hospital. Esses encontros que se prolongaram após a saída da Unidade se justificaram por não ter tido um encontro de encerramento do acompanhamento realizado.

### **3.2.1 Raquel, a mãe que precisa de mãe**

1º encontro: Encontrei Raquel ainda na sala de espera. Ela e o marido estavam esperando pela chamada para entrar na UTI Neonatal pela primeira vez. Como não haviam tido nenhuma orientação ainda sobre o funcionamento da Unidade, eu realizei algumas delas, inclusive sobre o Banco de Leite<sup>17</sup>. Ela disse que estava bem e percebi não haver naquele momento qualquer disponibilidade para conversar.

2º encontro: Encontrei Raquel na Unidade junto à sua filha e me relatou que já a pegou no colo. Estava ansiosa para conversar com os médicos sobre alguns exames que disseram a ela que seriam feitos no dia anterior. Disse-me que foi preparada para a gravidez de risco, pois desde o sétimo mês sua pressão arterial começou a aumentar e o líquido amniótico o que trazia muito sofrimento para a filha. Raquel sentiu-se aliviada ao ver que a filha estava viva, fora de sua barriga. Ficou muito tensa durante a gravidez e “quanto mais tensa, mais a pressão aumentava”. Teve quatro anos antes, uma gravidez que não foi a termo devido também a pressão alta gestacional. E por isso seu medo era maior. Tinha dois filhos adolescentes, com 15 e 12 anos que estavam ansiosos por conhecer a irmã. Estava na casa de apoio<sup>18</sup> sozinha, pois o marido voltou para cuidar dos outros filhos. Perguntei se ela esteve no Banco de Leite e

---

<sup>17</sup> Embora algumas pesquisas apontem criticamente para um enfoque da assistência nos serviços materno-infantis esteja centrada nos aspectos biológicos da amamentação (Vasconcelos, Leite & Scochi, 2006), a intervenção foi feita por compreender que a contribuição da mãe para o cuidado do seu bebê com seu leite, é uma dos primeiros aspectos de relação mãe-bebê que se mantém exclusivos e cuidar dessa forma de vinculação é também cuidar dessa maternagem que está se construindo em um ambiente inesperado.

<sup>18</sup> As casas de apoio são casas alugadas em Uberaba pelas prefeituras das cidades compreendidas pela região de abrangência do HC/UFTM para os familiares dos pacientes internados no hospital.

ela diz que não, que tentou ordenhar sozinha e não conseguiu. Levei-a até o mesmo, visando mostrar o caminho e também por saber que aquele seria um espaço que ofereceria a ela um acolhimento importante naquele momento.

3º encontro: Encontrei-a na UTIN, saindo de perto da filha e parada com os olhos cheios de lágrimas. Convidei-a para ir para fora da Unidade, ao que ela atendeu. Perguntei o que ocorreu, ela disse que a filha estava fazendo exames, e que ela não agüentava ver a filha sendo picada. Mas repetiu “são apenas exames”, como se dissesse, “sou eu que estou sofrendo”. Falou que está separada dos três filhos e que ao mesmo tempo em que estava com a filha internada, não estava. Repetiu algumas vezes “é para o bem dela”. Relatou que não deixava ninguém vir ver a filha, só ela, e não queria que ninguém visse o que ela estava vendo, “pra sofrer, para quê?”. Estava chorando muito e nervosa. Ela disse querer esquecer tudo e não queria que ninguém guardasse na lembrança a filha com o tampão nos olhos (para a fototerapia). As técnicas de enfermagem vieram nos avisar que ela já podia entrar. Deixei-a com a filha. Quando retorno, ela estava com a filha que dorme em seu colo e me disse “ela estava chorando, foi só eu chegar, falar com ela e pegar ela no colo que ela parou de chorar na hora e dormiu”. Começou a falar de seu sentimento anterior dizendo, “a gente tem altos e baixos, mas sei que minha filha está bem”. Relatou que era super-protetora, que não soltava nenhum dos filhos e que sentia que os sufocava. Ainda em seu relato, o marido falava para ela que seus filhos sofreriam quando crescessem por serem muito protegidos. Porém sua percepção de quem sofreria era outra, pois disse a seguir, “quando eles se forem, quem vai sofrer sou eu, pois eles irão viver a vida deles e eu vou ficar”. Contou-me que era órfã de mãe e que parou de estudar nessa época, pois arrumava a casa, ficava cansada, e seu pai não ligava se ela ia ou não para a aula. A mãe morreu no parto, de eclampsia, dando à luz à irmã mais nova há 25 anos atrás. Raquel relatou ainda que, durante a gestação, teve muito medo de morrer, que ao todo, teve cinco gestações. O primeiro filho de Raquel morreu, ainda durante a

gravidez, mas ela não ficou sabendo o motivo da morte. Teve os outros dois filhos cujas gestações ocorreram sem nenhuma intercorrência. Depois teve outra gravidez, quatro anos atrás, que teve que ser interrompida devida novamente à ameaça de pressão alta gestacional. Engravidou de Lorena quando estava preparando a papelada para a laqueadura. Ela não foi esperada, mas ela disse saber que Lorena veio ajudá-la a perceber que ela, Raquel, “dá conta”. Nos dias que antecederam ao parto, ficou internada no hospital e subia até o berçário para ver os bebês e pensava que não suportaria vê-los lá, e como dito por ela “foi pior, ela veio pra cá, pior ainda”.

4º encontro: Raquel quando me viu relatou que “começou a falar”. No dia anterior mesmo ligou para o marido e contou como estava a filha, sobre os exames de controle que estavam sendo feitos. Falou também com os filhos, e contou como estava Lorena, “que ela estava sem roupinha, em uma incubadora, embaixo de uma luz forte, com os olhos tampados”. Perguntou a eles se gostariam de ver a irmã, ao que ambos responderam que não. Ela disse que aceitou o desejo deles, até porque era o que ela esperava mesmo. Perguntei a ela como se sentia, falando, e ela disse que mais forte, que parecia não ter mais medo.

5º Encontro: Sobre seu trabalho em sua cidade natal, disse-me ser empregada doméstica e estava em uma casa já há quatro anos. Disse-me que olhou o primeiro filho da patroa, que agora tem seis anos, e olhou também uma menina de 1 ano e 4 meses, que a chama de mãe. Disse que a patroa quase não parava em casa, e que por isso, a filha quase não a via. A patroa ficava chateada, mas ela entendia a confusão da menina. Percebi que ela mesma se identificava muito com essa filha da patroa, pois relatava sentir muita saudade da menina. E começa a falar com Lorena sobre sua irmãzinha postiça, que logo elas iam se conhecer e brincar. Falou que o leite parecia estar secando, e que por sentir a pressão para ter leite, parecia que o mesmo secava mais ainda. Disse ainda que não perguntava muito aos médicos sobre como estava sua filha, pois sabia que ela está bem e que se algo ocorresse à sua

filha, ela saberia. Achava que agora os médicos tinham outros bebês em estado mais grave com os quais se preocuparem.

6º Encontro: Reafirmou que tudo mudou que estava falando mais, e que agora seus filhos, principalmente o mais novo, queriam vir ver a irmã. Estava em pré-alta, esperando apenas vaga na Enfermaria Pediátrica. Percebia-a feliz consigo mesma, por ter encontrado em si, um jeito de ser que ela não conhecia. Lorena estava dormindo e ela falou do quanto era bom ver a filha olhando para ela. Com olhos sorridentes ela disse que o olhar da filha parecia “que ia dentro dela, lá no fundo”, que era inexplicável o que sentia.

### **Análise**

Raquel foi acompanhada desde o dia de sua chegada até a alta do bebê para a Enfermaria Pediátrica. Sua gravidez foi interrompida devido à pressão alta gestacional que começou quando estava com cerca de sete meses. Ela tomou corticóides, uma medicação que propicia o acelerado amadurecimento dos pulmões dos recém nascidos pré-termo, e que abrevia significativamente o tempo de internação hospitalar, caso não surjam outras intercorrências características de nascimentos pré-termo<sup>19</sup>.

A hipertensão gestacional ocorre em mulheres que quando não grávidas tem pressão arterial normal e que podem, ocorreu com Raquel, desenvolver uma crise de hipertensão em uma gestação, mas não em outras. Segundo Szejer e Stewart (1997, p.191), “apesar da hipertensão arterial dita essencial ter suas causas fisiológicas evidentes, também pode ser entendida como um sintoma mental”. Do ponto de vista fisiológico, se a hipertensão “não for controlada pode, de fato, ameaçar o funcionamento da placenta<sup>20</sup>, pela qual passam as trocas sanguíneas entre a mãe e a criança, e colocar em risco tanto a vida de uma quanto da outra. Os médicos vigiarão de perto essa gravidez e estarão atentos para que o bebê não sofra intervindo

---

<sup>19</sup> Dentre as intercorrências típicas dos nascidos pré-termo, tem-se: a instabilidade térmica, as crises de apnéia, as hemorragias intracranianas, as infecções adquiridas e a anemia da prematuridade.

<sup>20</sup> A hipertensão arterial provoca alteração na vascularização da placenta (Szejer & Stewart, 1997).

com urgência se, pelos exames realizados, for verificado que ela está em sofrimento” (Szejer e Stewart, 1997, p.192). E concordando com o texto, com essa díade, as evidências de sofrimento fetal fizeram com que fosse necessário intervir, pois o bebê havia parado de ganhar peso.

A placenta representa as trocas entre a criança e sua mãe, e seu mau funcionamento devido à alteração da vascularização da placenta e das trocas sanguíneas entre a mãe e o bebê dão lugar ao simbolismo de uma dificuldade nas trocas entre a mãe e a criança. No final dessa gestação, quais foram as pressões que Raquel vivenciou e que fizeram com que sua pressão arterial aumentasse? Pelo seu relato percebi que ela tem uma grande dificuldade em simbolizar a separação, em reconhecer-se em separado de seus filhos. Pode-se perguntar o que essa gravidez trouxe em termos de completude, que, em seus meses finais, tornou a futura separação impensável, gerando um nível de angústia, que acabou por antecipar a própria separação.

“Foi um alívio”, diz a mãe, “ela estava sofrendo”. Sua filha ou ela, e ainda ela, filha ou mãe? Alívio, do sofrimento gerado pela crise de hipertensão ou daquele que gerou a crise? O relato sobre a morte de sua mãe no parto remete à fantasia de um “filho que mata a mãe”. Inicialmente essa mãe repete o fenômeno passado, e em correspondência ao registro desse filho que mata a mãe, essa mãe vive a sua concretude a experiência inversa, a mãe que mata o filho. Foram duas, as gestações que não vingaram. Logo na sua primeira gravidez, aquele que seria o primogênito se tornou um natimorto e ela, de tão alienada de si naquele momento, não soube explicar o que ocorreu naquela gestação. E, após duas gestações bem sucedidas, há quatro anos, outra gravidez foi interrompida devido à hipertensão arterial, o que quase se repetiu agora.

“Cada linhagem tem sua história com os ditos e os não ditos que fazem sua especificidade. (...) É a partir de todas essas palavras mais ou menos convergentes e de todos esses não ditos, que se criam as bases das formações

inconscientes, que se tornam depois conscientes, a partir das quais toda nova vida pode ser pensada” (Szejer e Stewart, 1997, p.44).

Na história de Raquel, com tantas perdas reais, podemos pensar nos interditos que foram vividos por essa mãe, e também no que lhe foi permitido, no que tange à sua maternagem. Raquel me contou que com os papéis preparados para a laqueadura tubariana<sup>21</sup>, engravidou, produzindo aí um ato falho. Conforme Szejer (1997, p.56) “os atos falhos podem ser entendidos como discursos (do inconsciente) bem sucedidos”. Sabemos o quanto o desejo não é da ordem do consciente, e podemos nos perguntar, quando na história de Raquel se torna permitido ser mãe novamente? A forma afetiva como fala de sua relação com a filha de sua patroa, me pareceu ter relação com seu desejo, dentro de sua história singular de casal e família. Com relação à filha de sua patroa, atualmente com quatro anos (momento em que quis engravidar novamente?), ela foi responsável por cuidados reais. Sua patroa trabalhava o dia todo, o que a deixava com a criança durante todo o dia. Segundo ela, a criança às vezes a chamava de mãe. Penso que esse momento, começando a ver seus filhos pré-adolescentes, criando vínculos fora de casa, vínculos esses que consolidam a separação que tanto teme, foi sendo fomentado o seu desejo de ser mãe novamente. Inicialmente, repete a concretude do “mãe mata filho”. Após essa repetição, frente ao desejo, se lança conscientemente em busca da não concretização (a cirurgia) e inconscientemente, o realiza, engravidando.

Com esse nascimento bem-sucedido, que culmina em vida após a crise de hipertensão, essa mãe ressignifica uma repetição familiar, que a remete à sua própria história como filha.

“Repetição significa os dois fenômenos: reprodução de um evento passado antecipação de um evento que está por vir. (...) Assim, a gravidez seria um estado transitório, em que a mulher anteciparia o nascimento do seu filho, com vestígios deixados por sua própria história” (Szejer e Stewart, 1997, p.131).

---

<sup>21</sup> Forma permanente de esterilização feminina na qual os tubos de falópio são cortados e/ou ligados cirurgicamente de modo a prevenir a fertilização.

O nascimento dessa filha, repetição que ressignifica, permite que um novo discurso possa ser construído. Essa mãe, na escora transferencial oferecida pelos nossos encontros, elabora sua história ao superar seu impeditivo, reconhece sua orfandade e marca uma nova inscrição nessa história familiar. Sua separação de sua própria mãe foi, sim, dramática e acredito que pouco tenha podido elaborar de sua história naquele momento. Ao reconhecer sua orfandade, a qual se exerce sobre toda e qualquer mulher e, sobre todos nós, no sentido simbólico, ela pode se reinscrever em sua história, reconhecendo que o nascimento traz em si o luto da impossível fusão mãe-bebê e traz a separação, condição para que a vida seja possível, elaborando a “falta que inaugura o nascimento” (Benhaïm, 2007, p.18). A angústia sentida por Raquel, por não poder ver os olhos da filha, nas observações iniciais em contraste com seu enamoramento quando relata que o olhar da filha parece que vai lá no fundo, remete à filha que nela, a mãe, reside. Segundo Benhaïm (2007, p.15), “a criança em nós se inscreve na nostalgia do olhar materno”.

Ao lidar com seu “ódio simbólico pode elaborar, re-elaborar, sua perda simbólica (a falta estrutural) e pode fazer com que seu desejo recomeçasse a encontrar meia satisfação junto a outro além da criança” (Benhaïm, 2007, p.18). Raquel passa a partilhar seu drama com seu marido e seus outros filhos e segundo seu próprio relato passa a se sentir menos só, mais forte. Aquilo que antes não podia ser dito, a história dessa própria criança e de ambas na UTIN que não podia ser conhecida por ninguém mais na família (somente elas mesmas) passa a ser partilhada, circulando na família e marcando o lugar da Lorena como parte dessa linhagem.

### 3.2.2 Gabriela, a mãe que não se encontrou ainda

1º Encontro: Ela começou a me contar que nada parecia estar acontecendo de verdade, que algo mudou, mas não sabia bem o que. Contou-me que durante a gravidez, disseram a ela que a filha tinha a Síndrome de Alpert<sup>22</sup> e que não sobreviveria ao nascimento. Ela e o marido fizeram, na época, uma pesquisa sobre a síndrome na internet, o que a deixou preparada para o que viria, mas desde a notícia, sentia uma tristeza<sup>23</sup>. A mãe me disse que tinha uma filha de cinco anos, normal. Relatou ser muito difícil sair de perto da filha, e que se sentia muito só, sem ela. Gostaria que fossem somente as duas no mundo e que ela teria força para enfrentar se existissem somente as duas. Disse que estava tentando entender tudo o que estava acontecendo, que “não parava de pensar”.

2º Encontro: Disse que acordava sempre muito pesada, muito triste, sem vontade de fazer nada e, que, ao longo do dia, começava a fazer as coisas. Estava nervosa com a filha, bastante nervosa e sentia-se culpada por estar “brigando com a filha à toa”. Disse sentir medo de como a filha iria tratá-la quando soubesse da filha internada, que achava que ela não iria aceitar, que iria “perguntar por quê?”. Depois, disse que a filha era tão bondosa e aceitaria e iria ajudá-la a cuidar da filha internada. Relatou não ter desejo de conversar com ninguém e que agora, não quer mais saber dos amigos, que ela não queria ter que falar de nada disso.

Como dito no início da sessão, a partir daqui estão transcritas impressões ao longo dos outros encontros, pois foram cerca de cinco meses de internações. O diagnóstico médico da síndrome anunciada não se confirmou, pois, como característica dessa síndrome, a filha deveria apresentar mal-formação nas mãos e também em órgãos internos vitais e por isso um prognóstico de pequena sobrevida. Viviane tinha os órgãos internos e mãos perfeitos. A

---

<sup>22</sup> A Síndrome de Apert é um defeito genético e caracteriza-se por má formação específica do crânio, terço médio da face, mãos e pés, além de diversas alterações funcionais (Fonte: [www.alpert.org](http://www.alpert.org)).

<sup>23</sup> Achei importante registrar aqui que, em conversa com o marido, ele me relatou que fez uma pesquisa na internet, colocou fotos de crianças com a síndrome em um envelope, entregou para a esposa e saiu de perto. Voltou correndo quando ouviu seu grito ao ver as fotos.

própria equipe era ambivalente com relação à Viviane. Havia profissionais que achavam que houve um super-investimento medicamentoso nos primeiros dias. À revelia do que esses profissionais pensavam, Viviane foi respondendo com sucesso à redução do uso de medicamentos. A família que a visitou da internação foram: as duas avós, o pai e a mãe. Ela foi visitada todos os dias de sua internação de quatro meses, e essa visita sempre, por parte de todos, com uma qualidade de interação muito grande. Conversavam com ela, choravam, sorriam. A equipe, principalmente de enfermagem, se vinculou profundamente a Viviane também, reconhecendo seu esforço.

Um dia, Gabriela viu o Programa de Visita de Irmãos<sup>24</sup> acontecendo e demonstrou desejo de que a filha mais velha conhecesse a irmã. Mas, paralelamente ao desejo, disse ter medo que a filha se impressionasse com a mal-formação dos olhos e nariz. Propôs que se fosse colocado um protetor de olhos, como o usado na fototerapia. A equipe de enfermagem concordou em realizar esse procedimento. A partir daí, inúmeras visitas foram marcadas as quais, por um motivo ou outro (ora por esquecimento, ora confusão de horário, ora outros compromissos), nunca se cumpriram. Com relação ao casal, havia sempre uma tensão no ar, percebia uma falta de cumplicidade. Mais tarde isso foi confirmado pela mãe, dizendo que eles estavam separados e voltaram a morar juntos quando ela ficou grávida. Quando Viviane teve alta do hospital, eles estavam separados novamente.

Relatava recorrentemente que sua prima estava grávida também, de mesmo tempo e que o bebê nasceria a termo. Falava das conquistas do desenvolvimento normal que esse bebê estava fazendo. Por duas vezes, me perguntou sobre a existência de grupos de pais com filhos “como a dela”, um lugar onde ela pudesse se sentir compreendida. Ela dizia que achava que se sentiria mais tranqüila se encontrasse pais com a mesma experiência que a dela.

---

<sup>24</sup> O Programa de Visita dos Irmãos foi por mim instituído na UTIN do HC/UFTM em 2008 a partir da experiência relatada por Morsch, D.S. & Braga, N.A. (2006) e Morsch, D.S. & Delamonica, J. (2005). Propus no mesmo o acompanhamento da visita dos irmãos ao bebê internado.

Depois de cerca de quatro meses, fui convidada a ouvir a família, pai e mãe, principalmente mãe, sobre suas expectativas com relação à vida de Viviane. Pretendiam realizar um procedimento de traqueostomia e medicamentoso que possibilitaria a filha ter alta e ir para a casa. Quando falado com Gabriela, ela disse que era o que mais desejava e que reconhecia a força da filha e disse que tinha se tornado mais forte. Paralelamente a isso, pensava em como “proteger a filha”, imaginando colocá-la em um quarto, onde ela não pudesse ser vista e “ficasse livre do julgamento das pessoas”. Disse ainda que as pessoas não a entendiam quando ela falava isso, ficavam julgando-a, como se ela não tivesse amor de mãe, mas ela sabia o que estava vivendo, não era hipócrita, e sabia que uma criança como Viviane iria chamar a atenção, as pessoas iriam ficar espiando, que nunca poderia passear de carrinho com a filha. Dizia querer protegê-la desses olhares. Pouco antes de fazer a traqueostomia, com apenas quatro meses, Viviane aprendeu a respirar pela boca, o que deixou a todos surpresos. Continuou se alimentando pela sonda gastroenteral, o que não era empecilho à sua alta.

Quando houve a alta para a Enfermaria Pediátrica, Gabriela se mostrou bastante inconformada. Fui ao seu encontro na Enfermaria Pediátrica, num quarto com isolamento, no qual ainda a filha foi colocada para a proteção da mãe e a mesma me disse que, mesmo sabendo que tudo isso iria acontecer, não achava que seria agora, que ainda não estava preparada. Disse que ninguém a entendeu, que ficaram julgando o seu amor pela filha, e que ela mais que ninguém lutou por ela. Disse que não conseguia dormir no hospital com a filha e que queria começar a trabalhar. Quando retornei no outro dia, ela já não estava lá. A enfermagem falou de uma grande discussão que ela teve com os residentes. Uma tia estava cuidando de Viviane, que com movimentos de corpo e sons pedia colo. Gabriela começou a trabalhar e não mais voltou para ficar com a Viviane.

## **Análise**

Viviane foi sendo marcada por diversos discursos médicos que, ao procurar dar conta de seu estado físico, construíram falas que foram se modificando ao longo dos meses e cujos impactos na subjetividade materna não podem ser negligenciados. Em torno do quinto mês de gestação, Viviane foi diagnosticada com uma possível Síndrome de Alpert com sérias mal-formações externas e internas e que devido a essas, não sobreviveria ao parto. Logo após nascimento, foi dito que Viviane não sobreviveria ao primeiro mês devido a seqüelas decorrentes de hidrocefalia grave, que ela não tinha, praticamente, nenhuma atividade cerebral, apenas poucas funções fisiológicas e motoras, que davam condição de uma vida com ventilação mecânica. A despeito dessas falas, sobreviveu e por volta dos quatro meses de vida, decidiu-se que com uma traqueostomia (por não ter formação completa das vias respiratórias) poderia ter alta e viver em casa. Apesar dos diversos discursos e de apresentar, de fato, ao nascer, mal-formação facial (ausência de vias respiratórias e olhos formados) e ainda macrocefalia e hidrocefalia, essa criança sobreviveu a todos os prognósticos desfavoráveis e antes mesmo da realização do procedimento de traqueostomia, com quatro meses, passou a respirar espontaneamente pela boca. Dois meses depois, teve alta.

Quais as significações construídas acerca dessa criança e ainda do impacto desses discursos sobre o engajamento materno? Concorde com Lacerda (2004, p. 153) quando diz que a “violência das palavras em determinados comunicados, e no momento em que são falados aos pais, pode produzir importantes efeitos”. É possível então, para Gabriela e Viviane, levantar a questão de como repercutiu no psiquismo materno, saber, no quinto mês, que sua filha apresentava mal-formações. Como se deu para essa mãe, ter um estrangeiro em si, continuar uma gestação em que se via, gestando um ser deformado, cuja imagem remetia a distância e temor? Sabemos que para a familiarização, fatores de ilusão são necessários para fazer a ancoragem do filho imaginário sobre o recém-nascido. Poder projetar no bebê, o bebê que foi, a maternagem que recebeu, são fatores de ilusão desde que os mesmos não gerem

profunda angústia (Soulé, 1987, p.154). Em meus contatos iniciais com Gabriela, percebo sua angústia pela sua busca pelo que Mathelin (1999) vai denominar de causalidade. Segundo a autora,

“Essas mulheres, de quem foi retirado o filho ao nascimento, buscam a qualquer preço uma explicação, uma causalidade, elas querem estabelecer um vínculo psíquico. (...) É preciso dar ao acontecimento uma significação, um estatuto. É uma tentativa de reconstrução da verdade histórica. Esse trabalho de elaboração é indispensável para as mães” (Mathelin, 1999, p.17).

Nesse caso, as explicações foram buscadas pelo próprio serviço, pois a ferida narcísica provocada pelo nascimento e sobrevivência dessa criança era explicitamente de todos. A pesquisa pela explicação genética, cuja resposta é demorada, alimentou os familiares visitantes por algum tempo. Gabriela, na busca de significação, dizia-me que “não conseguia parar de pensar”. Volto a evocar aqui, o indizível relativo a uma vivência catastrófica, do ponto de vista da gestação dessa criança, para a mãe, distante do humano, do familiar (Mathelin, 1999; Maia, 2004). Laznik, (2004) relata o desarvoramento que se produziu na vida psíquica de uma mãe a notícia de uma suspeita de uma síndrome. No caso descrito pela autora, como em Gabriela, a mãe tenta racionalizar, “não parar de pensar”, como uma forma de, com máximo esforço, repelir os próprios pensamentos.

A inscrição do recém-nascido na linhagem familiar passa pela pesquisa dos traços humanos, daquilo que inscreve o bebê em uma determinada família. Conforme Soulé (1987),

“A alegria de uma mãe que constata que tudo está aí: olhos, nariz, dedos, dedos dos pés, se acompanham de uma grande perplexidade. (...) A pesquisa dos traços semelhantes é a maneira de reassseguro dos adultos restabelecendo uma filiação e ‘inscrevendo’ o recém-nascido numa linhagem” (Soulé, 1987, p.150).

Com Viviane, um bebê com graves más formações, e principalmente facial, essa conferência ficou comprometida. A fala recorrente das avós era que isso nunca havia acontecido em nenhuma das famílias (materna e paterna) e dessa forma percebi Viviane como que inscrita numa atmosfera de estranhamento, numa história que remetia ao absurdo.

Como que engolida por um “fluxo de culpa” (Mathelin, 1999), percebo a dificuldade dessa mãe em se ver narcisicamente nessa criança com mal-formações faciais, sem olhos, sem nariz, e a qual era investida de profundo desejo de viver. Recorrente, relata as conquistas do desenvolvimento normal do filho de sua prima (grávida de mesmo tempo que ela e cujo bebê nasceu a termo e normal). É percebido nessas falas que são pontuais e recorrentes, que esses relatos se inscrevem num reconhecimento que faria sentido a ela, e do qual ela gostaria de relatar. Em suas visitas, constantes e freqüentes, Gabriela estava sempre conversando com a Viviane, tocando-a, envolvendo-a com palavras carregadas de sentido, de vinculação psíquica e, mesmo de investimento narcísico. A recusa de Gabriela em expor a filha a olhos externos<sup>25</sup>, sempre repetindo que era preciso abandonar os amigos, bem como sua recusa mesmo de ouvir vozes consoladoras (julgadoras?) geravam na família e na equipe, sentimentos incômodos, que remetiam à própria história de como fomos aceitos e inscritos em nossa humanidade (Aragão, 2004).

O espaço psíquico para que uma criança possa se constituir como sujeito subjetivo se faz dentro de um tempo da gravidez, no qual a representação do bebê vai encontrando lugar no psiquismo materno. Do início da gravidez até o nascimento do filho, o estrangeiro vai se tornando familiar.

“O tempo cronológico da gravidez seria necessário para a elaboração do bebê como tal, num deslizamento dessa percepção do reto como parte do corpo até ir se constituindo como um ‘outro’, bebê-objeto das projeções maternas” (Aragão, 2004, p.94).

Não foi o que ocorreu com Gabriela, pois ao mesmo tempo em que essa mãe procurava me relatar uma profunda ligação com essa filha, do sentimento de vazio com o seu nascimento, não conseguiu expor a filha, ilustrando o comprometimento de investimento narcísico. Ficou durante toda a internação, por exemplo, alternando o agendamento de uma

---

<sup>25</sup> Para a autorização para a pesquisa, sua única pergunta foi se seria colocado alguma foto da filha.

visita de sua filha mais velha para conhecer a irmã internada, com cancelamentos e adiamentos, que se estenderam até a alta. Sempre que falava de seus impedimentos, relatava o medo do olhar da filha. Que olhar seria esse? O olhar que revela o esgarçamento de sua ferida narcísica, sua condição narcísica pouco estável. Afinal, segundo Freud (1914, p.41), “era necessário, para ter um filho, amar o que somos, o que fomos e o que gostaríamos de ser, assim como aqueles que cuidaram de nós”. Aceitar sua imperfeição, hipoteticamente projetada nos olhos de sua filha mais velha, lhe era intolerável.

Viviane ficou internada na Unidade muito além de sua necessidade e num determinado momento, foi transferida para a Enfermaria Pediátrica. Essa mãe que até ali havia investido nessa filha, autorizado procedimentos que conduziriam à alta, se tornou enfurecida, disse ter sido traída. A Unidade funcionou claramente como o espaço seguro para essa mãe ser mãe. Raramente o exercício da maternagem pode se dar exclusivamente na díade mãe filho. Aqui vemos que essa mãe precisou estar amparada por uma diversidade de terceiros, entre familiares e serviço. Diversas pessoas foram convocadas para a maternagem dessa criança, e percebo que essa mãe pôde, pelo menos durante a internação da filha na Unidade, se permitir ser mãe. Logo após a alta da Unidade, ela se demitiu desse posto, o qual foi na vida de Viviane, assumido por outras pessoas.

A explícita ambivalência materna gerou na equipe, por sua vez, sentimentos de ambivalência de natureza identificatórias introjetiva e projetiva, e fui chamada, algumas vezes, a mediar a relação entre serviço e mãe, na busca da confirmação pelo primeiro, do desejo da mãe de que se continuasse a investir em seu bebê (desejo esse considerado, pela equipe, intrínseco a qualquer outra relação mãe-bebê). Acompanhei uma divisão na equipe quanto ao esforço de reanimação nos dias iniciais, e posteriormente, as dúvidas sobre se esse esforço teria valido a pena. A questão com que se depara a equipe neonatal, em seu confronto com a morte, nos coloca em contato com a finalidade do cuidado oferecido por uma equipe de

reanimação. Viver o risco de que a ambivalência da própria equipe faça com que a mesma se identifique com a inexorabilidade da morte e deixe de cuidar. Ou que por outro lado, decida pela vida, quando não há mais vida possível. A delicadeza envolvida em intervenções de reanimação suscita essas questões, pois o custo de que vida será essa, deve sempre ser avaliado pela equipe médica (Mathelin, 1999).

A ambivalência materna era sempre difícil de ser aceita pelo serviço, pois vinha falar de um desejo de morte que se dirigia na direção oposta a todos os esforços empreendidos pela equipe, que esperava ainda, que o mesmo desejo ressoasse uníssono na mãe. É extremamente doloroso quando, segundo Mathelin (1999, p.18), “a mãe vinha falar, de uma história impossível de ser ouvida pelos reanimadores, já que se trata de suportar nela ouvir a morte inscrita como a realização de um desejo”. E nesse contexto, mais importante que manter o vínculo mãe-bebê a qualquer preço, é preciso permitir que essa relação se construa também na perda, na falta, no luto do bebê imaginário, e que para que o investimento narcísico possa ser realizado, terceiros, familiares e equipe, se fizeram presentes, mediando a relação mãe e filha.

Gabriela só conseguiu exercer uma maternagem enquanto teve o aparato da Unidade que a sustentava. Aqui voltamos a pensar na função simbólica da UTIN como o ambiente continente que a autorizou a ser mãe. Podemos questionar quais foram seus medos quando se viu sozinha com sua filha, sem a UTIN para mediar sua relação com a filha.

### 3.2.3 Solange, a mãe que tranquilamente embala

1º Encontro: Logo no primeiro encontro essa mãe estava sorridente, de uma forma muito tranqüila. Estava me esperando porque havia ficado sabendo que fazíamos o Programa Visita de Irmãos e ela desejava que seu filho de 7 anos conhecesse Henrique. Perguntei como ela estava e disse-me que tranqüila, dormindo bem e esperando. Disse que o estado dele estava melhor segundo os médicos. Disse que era difícil, mas tinha muita fé. Conversava com seu bebê, e seu olhar, luminoso, era dirigido para ele. Acariciava as mãos do seu filho, e conversava comigo olhando para ele, e com uma voz muito suave, inserindo-o em sua conversa comigo.

2º Encontro: Foi realizada a visita do irmão. Compareceram além dela e do filho mais velho, o marido. Os três ficaram juntos e a mãe procurou ajudar o filho a interagir com o irmão mais novo. Abriu a incubadora para que ele pudesse tocar no bebê. Ficaram todos juntos por cerca de uma hora. O irmão fala que seu irmãozinho é muito bonito.

3º Encontro: Henrique estava bastante modificado, maior, ganhou peso e Solange, feliz, disse ter percebido as mudanças. Falamos sobre a visita, e ela disse que o irmão mais velho contou para todos os colegas sobre a mesma e que continuava ansioso para que ele vá embora logo. Conversando sobre sua gravidez já que a diferença de idade entre os irmãos era relativamente grande, ela disse que eles esperaram, “cada hora por uma coisa”, tal como arrumar a casa, ter melhor condição e que ela, em janeiro parou de tomar pílula esperando que nos próximos seis meses engravidasse. Engravidou logo em janeiro, e ele ainda, segundo ela, não esperou nem o tempo certo e já quis nascer. Segundo ela, sorrindo, “estava com pressa”. Posteriormente, analisando a ficha clínica foi constatado que pré-eclampsia foi o motivo do parto pré-termo.

4º Encontro: No final de semana que antecedeu a esse encontro foi o dia das mães. Solange estava bastante sensível e disse que “chorou o dia todo”. Era para ele ainda estar em sua barriga e não estarem passando por tudo isso. Pela primeira vez vi seus olhos lacrimejando.

5º Encontro: Henrique estava sem ventilação mecânica e estava perto de ir para a outra ala da unidade que era destinada aos cuidados intermediários. A mãe estava cuidada, e ao elogiá-la disse que teve permissão médica para alisar o cabelo desde que não fosse com formol. Perguntei sobre o leite e ela disse que estava descendo o suficiente para não secar e que quando ele for pro seu peito que ela tinha certeza que iria descer. Pôde pegar o filho no colo pela primeira vez naquele dia e disse que chorou muito.

6º Encontro: Mãe e filho estavam na ala intermediária. Henrique em observação pré-alta para a enfermaria pediátrica. Solange contou-me que seu marido veio visitar o filho (ultima vinda dele tinha sido no dia que trouxe o irmão para visitar) e pegou-o no colo. Disse que todos “choraram um bocadinho”, mas que tinha sido um choro bom. Naquele momento não ia pegá-lo, pois tinha acabado de adormecer. E como à tarde ele ficava “mais acordadinho”, ela ficava todo o tempo com ele no colo e cuidando dele. Segundo ela, já pôde fazer algumas trocas de fraldas e estava muito feliz, pois sentia cuidar dele. Relatou que agora que pode pegá-lo no colo sentia que sua ansiedade passou e que era só esperar um pouco para ir para casa. Despeço-me dela e quando me viu indo em direção a outra mãe, recém-chegada, disse que estava bordando toalhas para o bebê dessa mãe. Perguntei se ela bordava e ela disse que sim, e que no trabalho terminava de cuidar da casa (ela trabalhava como doméstica) e ficava com o bebê da família bordando o enxoval do filho. Disse que tem coisa que ela não terminou ainda.

## **Análise**

No meu primeiro encontro com essa mãe e seu bebê, a demanda que me foi trazida era permitir a entrada de seu filho mais velho na Unidade para conhecer o que acaba de nascer. No ambiente de uma UTIN, para que a família nuclear pudesse se reunir, era preciso a intervenção de um profissional de saúde, era preciso autorização da equipe de saúde da Unidade. A UTIN se tornaria, para essa família, nesse momento, espaço de uma interdição, onde outras regras, não as familiares, valeriam nesse espaço em que se estabelecia a luta pela vida, o confronto com a morte. Nessa interdição, foi possível ver ilustrado uma das funções simbólicas da UTIN, pois Solange ao apoiar seu desejo na UTIN, pôde por sua vez, sustentar seu próprio bebê como um ser desejante (Rabello, 2007). Durante o tempo no qual ocorreram as observações, conversou o tempo todo com seu filho e ainda, o inseriu em nossas conversas, quando eu me aproximava de ambos. Essa mãe inscreveu seu bebê no mundo da linguagem e conferiu a ele demandas, atribuindo sentido a seus gestos e expressões faciais, inscreveu-o no mundo dos símbolos.

Em nossas conversas, relatou que esse filho só pôde ser concebido “quando tudo estava no lugar: a casa própria, o trabalho”, mas também quando pôde entender os afetos. E de “tão no lugar”, de tão permitida, essa gravidez veio no primeiro mês em que parou de usar contraceptivo. Esse filho inscreveu-se na história familiar como um filho do desejo, sendo que sua existência o precedeu (como de todos os filhos), começando nesse projeto do casal. Talvez, por isso, desde o início de sua vida extra-uterina, ele teve lugar. Segundo Szejer e Stewart (1997, p.55), “do encontro dois desejos, o desejo do homem e o da mulher vai nascer um projeto”. Projeto esse que marcou essa criança desde sua origem e por toda sua história. É uma verdade que pertenceu à criança em sua história singular. E para essa criança, desde o nascimento foi desejado que fosse apresentado à família da qual faz parte, foi desejado a esse bebê que se inscrevesse na história de sua família.

Henrique não recebeu intra-uterinamente os corticóides para o amadurecimento dos pulmões. No dia da visita familiar apresentava-se como um bebê pequenino, entubado, além de ter os olhos vendados devido à fototerapia. Nessa visita, o que vimos ao redor da incubadora foram pais e irmãos que investiram no bebê, dirigiram-lhe palavras que lhe conferiram o status de pessoa, atribuindo-lhe, citando Szejer e Stewart (1997, p.274) “os meios para que ele se considere um sujeito por inteiro, autônomo, responsável, livre... para escolher viver”. E, logo após essa visita, na semana seguinte, pareceu maior, mais forte, assumindo seu lugar no mundo.

É possível aqui citar Rabello (2004, p.180), quando diz que “todos se lançam na tarefa de resgate do bebê em risco, inclusive o próprio”. Reafirmo aqui que principalmente o bebê luta por sua vida física e psíquica. Pois toda sua aparente inércia perante o meio exterior teve como objetivo primordial uma otimização de seus recursos para a manutenção de seu conforto físico, conforme Zornig et al. (2004a, p.140), “frente às exigências de processos fisiológicos como respirar, sugar e manter a temperatura, o bebê necessita privilegiar a manutenção e bem-estar biológico, em detrimento de respostas a partir das estimulações afetivas e sociais enviadas por seu ambiente de cuidados”.

As palavras, na linguagem do manhês, que Solange dirigiu a seu filho tiveram uma vital função simbólica. Ao falar com seu filho, ela o reconheceu como diferente dela, um ser desejante, de um desejo sobre o qual ela pode estabelecer hipóteses, mas nunca conhecer de fato, criando assim um espaço entre eles. Segundo Catão (2002, p.133), “o exercício da função materna está intimamente ligado a uma dupla capacidade da mãe: por um lado identificar-se com ele; por outro, dirigir-se a ele como a outro”.

“Quando se vem colocar na posição do filho, a mãe exprime que ele deveria sentir uma dor; caso contrário ele não a sentiria. Ela toma como sua a hipótese do que ele teria sofrido em um jogo de identificação, pois no momento em que se põe na posição de seu filho, ela se divide, visto que ela é nessa posição, ela e ele” (Bergés e Balbo, 1998, p.23).

Só foi possível a Solange estabelecer essa relação dialógica da forma conseguiu com seu bebê, por ter inscrita em si a função paterna, esse terceiro, simbolizante da sua relação com Henrique.

A internação foi um processo lento, porém estável, um pouco além do tempo médio necessário para o amadurecimento pulmonar. Foram cerca de dois meses até que essa mãe pudesse pegá-lo no colo pela primeira vez e um pouco mais que isso para que o pai o fizesse. Ela me relatou que houve lágrimas de alegria. Eu entendi que também lágrimas de luto, pois ao longo desses meses iniciais, fez-se o daquilo que se está despedindo, da valorização de um filho ideal, do nascimento ideal, para permitir a vinda do filho real. Sua tristeza no dia das mães por não estar mais grávida tratou-se do luto “por aquele que acaba de nascer”, conforme dito por Benhaïm (2007, p.14). Entendi ainda que Solange, antes de poder embalar seu filho, na função de sustentação, a exerceu através do toque, de sua voz e de seu olhar<sup>26</sup>, se constituindo como eixo psíquico estruturante para seu bebê (Rabello, 2004).

Em seus relatos, apareceu recorrentemente a história do casal como desejante do bebê. Assim que foi autorizada pela equipe médica, fez alisamento de cabelo, o que atribuí ao seu cuidado de si como mulher. E citando novamente Benhaïm, (2007, p.18), ao elaborar não mais a perda simbólica, mas sim a falta estrutural, passa a desejar outros que não seu bebê. Era saudável que o filho não a preenchesse e que a ele não estivesse direcionado todo o seu desejo. A esse bebê, confrontando-se com a falta, foi permitido diferenciar-se, tornando-se sujeito (Benhaïm, 2007).

Outro aspecto a ser abordado sobre os encontros com Solange é que em nenhum momento ela relatou que teve início uma pré-eclampsia que colocou a vida de ambos em risco. Isso foi por mim visto quando da leitura do prontuário do bebê. O discurso que preferiu

---

<sup>26</sup> Olhar aqui entendido como diferente de visão, implica presença, pois “traz consigo a possibilidade de expressão para além de um campo verbal” (Maia, 2004, pp. 133).

circular foi da entrada em trabalho de parto prematuro. Além dos aspectos já abordados com relação à pré-eclampsia no caso de Raquel, podemos pensar que o bebê, se vendo em sofrimento provocou sua saída.

“É claro que essa ruptura<sup>27</sup> terá sentidos diferentes, conforme ocorra próximo ao termo ou muito antes dele. No primeiro caso, estará muito perto do parto normal, mas apenas um pouco apressado; no segundo, a criança estará se colocando em perigo. Será que ela se encontra numa situação de desconforto muito grande? As trocas com a mãe estão muito difíceis? (...) Podemos supor que o bebê tem suas razões, há um sentido para que isso ocorra, mesmo que não seja acessível a nós” (Szejer e Stewart, 1997, p.197).

Quando perguntei a ela sobre essa disfunção que acelerou o nascimento, ela falou tranquilamente que sim, tinha sido grave, que não havia entrado em trabalho de parto espontaneamente e que sua pressão arterial se regularizou tão logo o bebê nasceu. O fato de não ter em momento algum falado do seu estado clínico que deu início ao trabalho de parto poderia estar associado a uma ambivalência com relação à própria UTIN. Essa mãe se amparou na Unidade para cuidar de seu bebê em situação de risco e, paralelamente, procurou manter uma parte de sua história inacessível a mim. Agman et al. (1999) apontam para essa ambivalência ao refletir sobre como as mães com bebês internados em UTI Neonatais nos percebem.

“Ao mesmo tempo, como mães reparadoras, escutando suas angústias a propósito desta situação traumática, mas também como juízes impiedosos de uma situação da qual elas se sentem responsáveis; como juízes de sua capacidade materna (...) como aquelas que as obrigam a passar para o registro das fantasias no curso das entrevistas, quando elas se refugiavam naquele registro dos tratamentos médicos” (Agman et al., 1999, p.28).

O estar disposta a uma escuta de seus sentimentos colocou-me como profissional de psicologia nesse lugar da que auxilia a re-elaboração dessa vivência traumática, não necessariamente na ordem do dito (Gomes, 2001; Valansi & Morsch, 2004).

---

<sup>27</sup> Ruptura da bolsa, que provoca o início do trabalho de parto.

Ficou ainda uma questão com relação ao período final dessa gestação que não foi explorada em nossos encontros. Ela estava com seu bebê em pré-alta e preparava o enxoval de outros bebês internados na Unidade. Podemos pensar nesse fazer como uma reparação, e segundo Segal (1975, p.83), “a reparação se baseia reconhecimento da realidade psíquica e na experiência do sofrimento que essa realidade causa e na adoção de medidas apropriadas para aliviá-lo na fantasia e na realidade”.

A preparação do enxoval durante a gravidez se entrelaça com a própria construção do bebê e de sua mãe. Esses últimos meses são fundamentais para a futura ancoragem do bebê imaginário no bebê real e a produção do enxoval é um das formas de produção do próprio filho, pois “preparar o enxoval fabrica para além da roupa, os braços, as pernas, a imagem do corpo do bebê na cabeça da mãe. Instalar a cama, preparar seu espaço lhe permite começar a conceber uma representação de seu filho” (Mathelin, 1999, p.66).

O sexo do bebê, o formato da barriga, as movimentações intra-uterinas se apresentam como indicadores para atribuições que a mãe acerca de seu bebê, dando-lhe materialidade (Almeida, 2004). Com o impacto vivido pelo parto prematuro, o bebê real, seu filho, estava ali, não cabendo mais a Solange produzi-lo e produzir-se através de outros meios que não sua própria relação concreta com ele. O mecanismo reparador da produção de enxoval para outros bebês internados na UTIN foi extremamente importante para sua própria elaboração de si mesma e para sua adaptação à realidade.

Quero também tratar aqui do incômodo por mim vivido, logo no início, quando soube, nesse último encontro, desse aspecto até então não tinha sido mencionado, isto é, que ela estava produzindo enxoval para outros bebês e não para o seu próprio. Num primeiro momento, não consegui ver nisso um mecanismo reparador. Fiquei incomodada com a frustração de uma minha suposta onipotência insuflada na relação com ela. Encontrá-la sorrindo, por um lado, vivenciando sua experiência, por outro se esquivando do meu contato,

deixou-me com a sensação de estar deixando escapar algo. Podem-se levantar várias questões. Tais como sobre o tempo de internação de Henrique, um pouco maior que o esperado para um bebê em suas condições clínicas e ainda quanto às formas de cuidado de si e do cuidado dispensado ao filho. Entretanto, para que essas questões pudessem ser compreendidas seria necessário um acompanhamento mais prolongado.

Havia ali um funcionamento da equipe, incluindo a mim, que via nessa mãe, uma mãe idealizada, não sendo adequado que aparecem aspectos ambivalentes. É difícil para a equipe a escuta de aspectos que não se enquadram em uma determinada moldura e o risco que se corre é de não conseguir acolher a ambivalência quando a mesma surge e/ou de não perceber outras construções psíquicas da maternagem que não as pré-concebidas idealmente.

### **3.2.4 Marlene, a mãe que autorizada pelo marido, pôde se vincular.**

1º Encontro: Encontrei os pais juntos a Oliver no segundo dia de internação. Marlene estava se afastando da incubadora para dar a vez ao marido. No momento em que cheguei começou a dizer que, “ele (Oliver) só reage ao pai, só abre os olhos e se mexe para o pai, eu mesma tava lá falando com ele e ele nada”. O pai estava tocando afetivamente, e falando em uma espécie de manhês com seu filho. A mãe estava visivelmente incomodada com tudo isso. Quando voltou a ficar próxima do filho e o mesmo abriu ligeiramente os olhos, ela não percebeu isso como uma busca de contato com ela. Disse, olhando para o bebê, mas falando comigo, o quanto ele é pequeno. Perguntei se tinha outros filhos e se queria que os mesmos o visitassem, ela disse que tinha um filho de 13 anos, mas que não queria que ele visse o irmão daquele jeito. Como não são de Uberaba, perguntei se ela ficaria, disse-me que não e que eles viriam sempre que desse.

2º Encontro: Cerca de vinte dias após o primeiro encontro, pude ir ao encontro de Marlene no horário de visita familiar. Nesse encontro, ela estava com seu filho no colo. Quando cheguei estava acabando de passar o bebê para o colo do pai e veio conversar comigo. Disse-me que Oliver tem “a cara feia do pai”. Disse isso pelo menos mais duas vezes e depois trocou a expressão para “a cara séria do pai”. Enquanto isso o pai estava envolto com o filho, conversando, olhando. A mãe virou para mim e falou do quanto o “pai era coruja”. Inquieta, movimentava-se o tempo todo. Relatou-me que está na casa de apoio e que quando seu marido não estava na cidade ficava o dia todo no hospital. Todos os dias, Marlene chegava para a visita da manhã e ia para a sala de ordenha e depois voltava para a visita da tarde. Quando o marido estava na cidade, ele a levava do hospital para a casa de apoio. Disse que ele estava lá quase todos os dias. Sobre a ordenha disse que não estava saindo muito leite, mas o suficiente para não secar, cerca de 50ml a 60ml por ordenha. A mãe relatou ainda, preocupação com os pontos que ainda não cicatrizaram por não ter guardado resguardo e que

tinha medo de isso trazer consequências no futuro. Lembrou um ditado, mas não completou: “Resguardo não guardado...”. Perguntei mais claramente, e ela disse que somente alguns pontos estavam ainda vermelhos, mas que estava com medo por não estar descansando. Disse ainda que Oliver não foi planejado, mas não vi nessa fala, nenhum sentimento de posterior recompensa com o nascimento do filho. Ser mãe para ela foi ter um prognóstico muito ruim, o que pareceu que ela esperava que se confirmasse futuramente em manifestações físicas, devido ao “não resguardo”.

3º Encontro: Encontrei a mãe no corredor para entrar na UTI Neonatal. Ela passou por mim e quando estava indo ao seu encontro uma medica da equipe veio me dizer para ampará-la pois Oliver havia tido uma intercorrência que ninguém esperava. Quando entrei na Unidade, ela estava perto do filho chorando. Ele estava dormindo, entubado, uma visão muito diferente do que todos estávamos acostumados. Ela só repetia que “estava esperando a gente ir embora logo... já estava de pré-alta... ele nunca ficou assim...”. Nesse momento acolhi sua dor e percebi que ficar do lado dela, era o que podia ser feito naquele momento.

Posteriormente, no mesmo dia, encontrei essa mãe no Banco de Leite. Ela ainda estava chorosa, tentava sorrir e as lágrimas desciam. Perguntei como ela estava se sentindo agora, ao que ela falou da tristeza, da vontade de ir embora, e que não esperava que isso fosse ocorrer. Disse que falou com seu marido e que ele ficou nervoso e deu a entender que ele acha que “ou ela não está entendendo o que está acontecendo ou a equipe não está falando a verdade”. Que é o jeito dele e ainda, que ele fica sempre cobrando dela, estar mais por dentro do que estava acontecendo. Perguntei se ele foi assim também com seu primeiro filho, e ela disse que ele gosta muito de bebês, que por ter mais jeito que ela, foi sempre ele que pegou o mais velho e, lá ela ficava mais insegura ainda pra pegar no colo, por que era muito estabanada e o bebê, muito frágil.

## **Análise**

Durante nossas conversas, em que Marlene se queixava, olhando para seu marido, me ocorriam questionamentos sobre qual o desejo que esse filho veio atender. A seu desejo sim, mas desejo de que, como esposa, pudesse satisfazer a seu marido, sendo mãe? É o que parece se confirmar quando devido à sua fragilização (ambivalência) durante a intercorrência do filho fala de sua própria inadequação como mãe, de não ter embalado nenhum de seus filhos (muito menos esse, muito frágil) e de uma desconfiança de seu marido quanto à qualidade de seus cuidados (e que sustenta seu sentimento de inadequação). Essa mãe, talvez se não fosse por esse homem, não engravidaria novamente, o que é talvez a história de todo nascimento, de uma forma menos explícita, pois segundo Mathelin (1999, p. 11), “não sabemos que a mãe não está sozinha com este filho? Ela estava marcada estivesse o pai presente ou não, pelo desejo que foi seu desejo de mulher por ele, da mesma forma que nela está inscrito o desejo desse homem?”

Embora o trabalho limite-se ao estudo da díade mãe-filho, o pai não é uma figura ausente. Esse caso deixa claro que o pai está lá, na relação e embora não seja discutido nesse trabalho, tem uma função clara de sustentação da mãe, para que a mesma possa exercer a função maternante para seu filho. Para ela, ser mãe é difícil e remete a sua insegurança, mas ela assume fazê-lo, e ao longo dos dias, se aloja mais e mais em seu lugar de mãe. A tal ponto que quando da alta da UTIN, é ela (e não o pai) que estava lá com seu bebê.

Ainda conforme Mathelin (1999),

“Para que a criança “seja”, parece-nos com efeito que ela deva estar presa em múltiplas “redes de atenção”. Um certo tipo de comunicação, um modo de tocá-la, de responder a seu olhar, de endereçar-se a ela, enquanto humano endereçando-se a outro humano, habitado por seus afetos, pensamentos, desejos” (Mathelin, 1999, p. 44).

Aqui o discurso materno aqui produziu um endereçamento, que inscreveu esse filho na ordem do humano. Dentre outros momentos, quando essa mãe constrói uma intencionalidade dos gestos do filho, dizendo que o mesmo os faz (seja olhar, mover a mão ou se espreguiçar) respondendo ao pai; ou ainda quando diz “que ele é como o pai”. Essa foi sua forma de se relacionar Oliver, foi a forma como se permitiu-se ser tocada por ele, produzindo, pela linguagem esse endereçamento que possibilitou a ele se construir enquanto sujeito.

Marlene desde o início inscreveu seu filho num universo de símbolos que marcaria sua origem e sua história futura. Essa mãe parecia ter uma dificuldade em confiar em si mesma para ser mãe. Ao longo dos encontros, ela foi ocupando seu lugar e exercendo a função materna, mas precisou para isso da autorização de seu marido. Foram encontros muito difíceis para mim, pois vi, claramente, o risco desse pai, ocupar a função materna, tal como uma mãe má, que roubaria o filho de sua própria mãe, não permitindo a ambos a vivência da maternagem (Mathelin, 1999). Entendo que isso possa ter acontecido por ser extremamente difícil conviver com relações de maternagem em que a ambivalência fica evidente. Todo nascimento vivido ou assistido remete à dolorosa relação de nós mesmos com nossas mães. Esses mecanismos transferenciais precisam ser percebidos na nossa relação (equipe de saúde) com os pais. Uma boa mãe pode ter comportamentos não desejados pela equipe, e mesmo assim, ser uma boa mãe. Essa era uma mãe, que precisava do serviço e do marido para autorizar-se para ser mãe e foi construindo essa autorização durante o processo de internação de seu filho (Mathelin, 1999).

### 3.2.5 Carla, a mãe que teme o próprio desejo.

1º Encontro: Tive o primeiro contato com Carla cerca de quinze dias após a internação de seu filho na UTI Neonatal. Ela estava olhando para a incubadora, de braços cruzados, em uma postura, relativamente comum entre os pais. Aproximei-me dela e começamos a conversar. Ela me falou da pré-eclampsia e de como foi difícil para ela entrar na UTI Neonatal e que seu marido esteve com o bebê durante os dez dias em que ela não pode fazê-lo, por ainda estar com hipertensão arterial. Aquele era seu primeiro dia visitando o bebê. Fiz algumas orientações sobre como ela poderia se aproximar de Marcelo e dos recursos do mesmo para interagir com ela. A partir disso, ela saiu para lavar as mãos e volta até ele e começou a tocá-lo, não dizendo nada. Relatou-me que está em uma Casa de Apoio em Uberaba, sozinha. Pareceu-me ao primeiro olhar, uma pessoa bastante reservada, que não falava muito de si, porém bastante receptiva, quando convidada a fazê-lo.

2º Encontro: Estava junto com seu marido, ambos visitando o filho. Ele pareceu bastante sorridente e os dois não pareceriam formar um casal e sim dois pais visitando seu bebê. Ele falava que a filha queria conhecer o irmão, que ela não combinava muito com a mãe, e que ele se dava melhor com a menina. Para ele, a filha estava nervosa porque a mãe já havia perdido um filho cinco anos antes em um aborto. Quando esse bebê morreu, a menina passou por acompanhamento psicológico, até que a psicóloga se afastou do trabalho por estar grávida. A mãe não havia me falado nada sobre isso. Combinamos a vinda da filha para visitar o irmão no Programa Visita de Irmãos, já mencionado.

3º Encontro: Mãe e filha vieram visitar Marcelo. Embora tivéssemos combinado a visita para o final da semana, desde segunda-feira a filha havia vindo para a cidade e estava com a mãe na Casa de Apoio. Em um momento ao final da visita, a filha me falou de algo que me pareceu ser um sentimento de responsabilidade pela morte do irmão. A mãe me falou que

a filha nem se aproximava dela durante a gravidez ao que a filha respondeu que ficou muito no colo da mãe na primeira gravidez.

4º Encontro: Carla me falou que está dando curso de pintura na Casa de Apoio e que lá tinha algumas pessoas conhecidas. Relatou que na visita anterior, Marcelo teve apnéia na sua frente, apnéia essa percebida pela técnica de enfermagem e não por ela. Ela teve que sair durante mesmo o horário da visita. Perguntei como ela se sentiu e ela disse que, talvez por estar indo à igreja todo o dia, permaneceu bastante calma e que em outros momentos teria se desesperado. Disse-me que mudou nesses últimos meses, pois não pensava que conseguiria viver tudo que está vivendo.

5º Encontro: Cheguei à pediatria para nosso último encontro. Estava cochilando e relata seu cansaço, pois seu bebê tinha chorado por três dias consecutivos. Relatou que seu leite que estava jorrando até três dias atrás secou no instante em que seu filho foi para o seu colo para a primeira mamada (foram dois meses e meio de internação na UTIN). Disse acreditar que o amamentaria quando estivesse em casa e, naquele momento, o importante era que o leite se mantivesse mesmo que pouquinho e que ele ganhasse peso tomando o leite no copinho, tomando NAN, pois com o ganho de peso ele iria para a casa. Achava errado que Marcelo fosse acordado para tomar a dieta de leite, pois para ela, isso faria com que ele perdesse energia, pois não repousava, mas ao conversar com a médica, ela disse que “tinha que acordar sim”. Percebi que havia nessa fala um inconformismo, como se nesse espaço o saber da mãe sobre o cuidado com o bebê não tivesse valor diante do saber médico. Quanto à alta da Unidade, disse-me que foi de surpresa. Tinha acabado de chegar a sua cidade para o fim-de-semana prolongado devido a um feriado e teve que retornar. Disse ao marido e à mãe, que não os queria lá a visitando.

## **Análise**

Um nascimento pré-termo depois de duas gestações interrompidas por abortos espontâneos inscreve na mãe sentimentos de frustração e de desejo, e uma interdição para vivenciar a relação com seu filho. Afinal, ele, nascendo antes do tempo esperado, repetia para ela uma afirmação de ela gerava filhos imperfeitos. Os abortos deixaram marcas na mãe, as quais apenas foram possíveis ser mencionadas, quando deslocadas para a filha.

“A vivência traumática não comporta sentido em si. Será a partir dos afetos desencadeados pelo transbordamento de excitações que o psiquismo buscará soluções possíveis: aquilo que se configura como dor ganhará “significância” ou não, mediante um desdobramento do psíquico frente ao impacto traumático. Este terá seu desfecho definido em uma complexa rede intersubjetiva em que estarão implicados tanto aspectos intra quanto intersíquicos” (Maia, 2004, p. 94).

Os afetos desencadeados pela repetição da vivência traumática caracterizada por essas gestações marcadas pela morte, pareceram imprimir nessa mãe um sentimento de impotência quanto ao impacto de sua ambivalência sobre seus bebês. Entendo que essas marcas ficaram evidentes nas duas observações feitas da interação entre mãe-bebê, sempre havendo algo de contido com poucas palavras dirigidas ao filho. Como se, devido aos dois abortos consecutivos, Carla estivesse em uma condição narcísica fragilizada, e por isso, ela precisasse muito mais da restituição narcísica que pudesse vir dele, reconhecendo-a, para ela conseguir investir afetivamente em seu filho.

No entanto, devido à grande prematuridade desse filho, dificilmente ele poderia vir ao seu encontro e conforme dito por Mathelin (1999, p.67), esse bebê “havia deixado sua mãe sozinha diante de sua angústia. Ele faltou ao encontro da reparação”. Ele expunha aos olhos dessa mãe, sua ferida narcísica, falhando em gerar aquele que apaziguaria sua angústia.

E como “é no corpo que as impressões traumáticas se inscrevem, deixando marcas que modelam a gestualidade subjetiva” (Maia, 2004, p.132), Carla expressa em seu corpo o

desmantelamento sentido. Em nosso primeiro encontro, olhava de longe, sem manifestar intenção de ir ao encontro de seu filho na incubadora. Estava tão inerte quanto parecia estar seu bebê, remetida ao traumático desse nascimento.

Quando lhe contei que esse bebê tinha competências, ou seja, que era capaz de suportar o encontro com ela, vejo-a se disponibilizando para ir ao encontro dele, que era, de fato, todo o seu desejo (e temor), investi-lo. Pela mediação da linguagem, construímos ali, eu e ela, num espaço transferencial, um bebê competente capaz de agüentá-la, em substituição ao que estava posto para ela, até então, o bebê inerte, incapaz, próximo da morte. Ocorreu nessa mãe, através da linguagem, uma transformação na imagem inconsciente do bebê, que teve conseqüências sobre a imagem do corpo para ele (Laznik, 2004). E essa competência própria desse recém-nascido conseguiu restituir, pelo menos um tanto, naquele momento, do “sentimento de confiança em si ou de competência, que essa mãe deve poder sentir em relação ao seu bebê” (Debray, 1987, p. 36).

Para uma mãe que tem consciência de sua ferida narcísica reaberta, os sentimentos despertados em si pelo serviço retratam um tanto de sua ambivalência. Por um lado, a tranquilidade vivida por saber que a equipe salvava a vida de seu filho, polariza a relação entre ela e equipe, a Carla, o lugar de mãe má, e à equipe o da boa-mãe-todo-poderosa. Afinal, foi essa que devolveu a vida a seu filho, enquanto que ela só pode conceder-lhe uma vida profundamente frágil, dependente de outros que não ela mesma. Essa ambivalência apareceu em vários episódios. No momento em que seu bebê teve uma intercorrência relativamente grave se não percebida como é o caso da apnéia, e essa não foi vista por ela e sim por um membro da equipe isso pareceu a Carla reforçar seu lugar de incompetência para reconhecer as necessidades de seu filho. Talvez por isso, ao me relatar o ocorrido, transferiu para a fé religiosa, a confiança que a sustentou naquele momento e que a fez ir embora da Unidade, deixando Marcelo aos cuidados da equipe. Esse não reconhecimento da confiança

que atribuía à equipe foi uma forma de rivalização com a mesma, porém sem expressá-lo claramente, pois, não se sentiria má com relação a quem permitia que seu filho sobrevivesse (Agman et al., 1999). A alta da UTIN pareceu devolver a essa mãe a confiança em sua produção de vida. E por isso, foi possível a ela deixar transparecer novamente a ambivalência com relação ao serviço. E para poder se permitir realizar as primeiras trocas verdadeiras com ele, ainda se ressentia desse espaço, que salvando a vida do filho confirmava, parte de sua falência, pois segundo Mathelin (1999, p. 18), “ao sair do serviço, essa mãe deverá conviver com um filho que está vivo graças a outros, que a feriu narcisicamente, um filho que lhe deu o gosto do fracasso”.

No sentido de poupar mãe e filho, é compreensível que a equipe ocupe o lugar de ser, para essa mãe, “má”. E pela função simbólica exercida pela equipe, suportando esses sentimentos ambivalentes, Carla pôde produzir-se como mãe, e quando na Enfermaria Pediátrica, ficando a sós com seu filho, seria ela a sua cuidadora, ou seja, seria possível voltar a investir narcisicamente em seu filho, filho gerado por ela e não pela UTIN.

Quando pôde amamentar Marcelo, segundo Carla, seu “o leite secou”. O ato de amamentar pode ser entendido como o primeiro diálogo entre mãe e bebê, agora lado a lado, em que a criança desempenha ativamente seu papel, ocupando seu lugar e se fazendo reconhecer (Szejer & Stewart, 1997). Na UTIN, a alimentação dos bebês pré-termo deixa de ter esse caráter prazeroso, se caracterizando por uma prescrição. Sendo impossibilitado o ato da amamentação, fica inviabilizado um importante aspecto de erotização da relação mãe-bebê<sup>28</sup>. Através de sonda<sup>29</sup>, o alimento é então ministrado ao bebê, que deixa de ser parte implicada nesse ato.

---

<sup>28</sup> Mas mesmo sem poder amamentar, à mãe é prescrito que continue ordenhando. Parte do primeiro conjunto de informações oferecidas à mãe, logo que a mesma pode adentrar a Unidade são instruções sobre como coletar e armazenar o leite em casa, em recipientes esterilizados fornecidos por um setor específico do hospital.

“Quando a sonda é introduzida no seu aparelho digestivo, até então silencioso, ele recebe a alimentação passivamente, sem ser parte implicada no fato de ser alimentado. Recebe o alimento dissociado do erotismo bucal. Privado do seio, do aleitamento, do leite que escorre na boca e que se engole, ignora a fome” (Quiniou, 1999, p. 57).

Paradoxalmente, a transição da alimentação gástrica para via oral é diariamente estimulada nesse bebê, também como uma prescrição, através de uma técnica denominada sucção não nutritiva<sup>30</sup>. É, para mãe e bebê, uma promessa da futura recompensa de amamentar e ser amamentado, após sua alta da Unidade. Para Carla, ainda era muito difícil no espaço hospitalar se permitir ter tal vivência com seu filho. Medo renovado de que seu bebê não suportasse todo seu desejo ou dificuldade para viver a mãe cuidadora no ambiente hospitalar?

Entendo que apesar da ferida narcísica esgarçada durante todo o tempo em que ficou na UTIN, ela conseguiu, tanto pelo suporte à sua ambivalência promovido pelo serviço quanto pela sua capacidade de erotização de sua própria vida, ela conseguiu esperar pelo tempo em que pudesse se reconstituir como mãe que gera vida. Durante seu tempo de espera, como de uma continuidade da gestação, “de barriga vazia”, ela foi capaz de certo desinvestimento materno, ou seja, se permitiu investir para além do filho, ensinando outras mulheres, o que entendo como fundamental para que o bebê não fosse naquele momento o único objeto de desejo, o que se faria insustentável para o mesmo e para ela (Benhaïm, 2007). Ao fazer uma rede de relações com quem contar durante sua permanência em Uberaba, através da religiosidade e do trabalho, e ela pôde transformar sua relação consigo mesma para viver essa nova maternagem.

---

<sup>29</sup> Sonda naso ou orogástricas é prescritas pela equipe médica para alimentação enteral, sendo que a sonda, um tubo finíssimo, transparente, plástico, deve ser tecnicamente introduzido desde as narinas ou pela boca do recém nascido até o seu estômago.

<sup>30</sup> A estimulação da sucção não-nutritiva utiliza diferentes técnicas: o estímulo pode ser feito através de uma chupeta (em desuso); pode ser realizada colocando um dedo enluvado para o bebê sugar ou ainda pela estimulação da sucção não-nutritiva utilizando-se a mama vazia, onde a mãe é orientada a esvaziar completamente a mama e oferecê-la ao bebê.

### **3.3 Fatores e microfatores**

Nessa identificação de fatores microfatores relativos à qualidade da vinculação mãe-bebê, a ênfase maior foi dada aos aspectos ambientais. O ponto de vista intrapsíquico foi amplamente abordado durante as análises dos casos. Por isso aqui enfatizei, principalmente, o que o ambiente, seja ele compreendido como a família e/ou a equipe de saúde da UTIN podem contribuir enquanto aspectos externos no sentido da constituição da função materna nessa situação de extremo impacto subjetivo para mãe e bebê.

#### **Microfatores externos**

Conforme apontado por diversos autores (Brum & Schermann, 2004; Valansi & Morsch, 2004) e corroborado por nós, o acolhimento da equipe de saúde neonatal foi de fundamental importância para que, conforme percebido nos encontros com Raquel, Gabriela e Carla, as mães pudessem assumir, durante a permanência na Unidade, adequadamente a função materna. A forma como esse acolhimento se dará dependerá do que demanda a situação vivida por mãe e filho. Para Raquel, suas necessidades foram expressas principalmente como um suporte psíquico a ela para que pudesse, por sua vez, proporcionar a sustentação de Lorena. No caso de Gabriela, a equipe funcionou tanto com sustentação psíquica para a mãe, quanto como função paterna, a qual criando um espaço entre mãe e filha, pôde conter a ambivalência da mãe em relação à Viviane. Essa é outra função importante da UTIN, ser continente aos sentimentos de fracasso da mãe, e conseguir ser o elemento de separação que cria um espaço psíquico entre mãe e bebê. Já para a Carla, a equipe foi o objeto para o qual ela pôde transferir seus sentimentos de fracasso. Protegendo a mãe, para que essa proteja o filho ou protegendo mãe e filho, um do outro, são aspectos extremamente importantes da função exercida pela UTIN na construção da maternagem.

Por outro lado, a Unidade, com seus equipamentos, tecnologias e intervenções da equipe de saúde neonatal frustram a aproximação mãe-bebê, o que, embora não tenha sido explicitado, foi percebido, porém na dor sentida por Raquel quando sua filha estava sendo submetida à fototerapia ou mesmo a uma prescrição medicamentosa via venosa. Esse ambiente carregado de dor, pode ser um espaço inóspito a um investimento materno. Confirma-se esse microfator externo negativo à vinculação que já foi apontado por Agman (1999), Thomaz et al. (2005) e Gomes (2004).

Além disso, conforme relatado por Raquel e por Solange, a participação ativa no cuidado do bebê, é outro aspecto importante, promotor do reinvestimento narcísico da mãe em seu bebê. Quando ela se vê cuidando de seu filho, sua condição de boa mãe é reconstruída. Reiteramos os achados de Thomaz et al. (2005), com relação a esse aspecto que depende intensamente da reorganização do espaço da Unidade e da disponibilidade interna e externa da equipe de saúde.

Embora não tenha sido explicitamente reportado pelas mães participantes desse estudo, a possibilidade da mãe ter seu leite utilizado na dieta do filho é considerada um microfator positivo (Thomaz et al. 2005; Quiniou, 1999). A diminuição da intensidade do leite é percebida como um microfator negativo, pelo sentimento de frustração resultante. Muitas mães sentem-se novamente impotentes por não conseguir continuar alimentando-os, mesmo que seja da forma prescritiva como o é a alimentação por sonda.

Quanto a aspectos ambientais negativos para a construção da função materna, podemos pensar que a própria ausência de contato no nascimento, devido à situação de emergência que se instaura, conforme percebido no relato de Raquel, que não se imaginava sequer suportando essa separação e ainda o próprio resguardo sendo dificultado pelos deslocamentos hospital-casa e vice-versa e por permanecer, como no caso de Marlene, por um tempo acima de seis horas no hospital, muitas vezes, sem que esse tenha um espaço adequado

para que essa mãe pudesse descansar. É importante ressaltar que, embora os deslocamentos sejam complicadores de um adequado restabelecimento das mães, há estudos (Vasconcelos et al., 2006) apontando que, por outro lado, uma espécie de confinamento da mãe junto do seu bebê, também podem ser geradores de angústia, pois, impedida de sair do hospital até a alta do filho, relatam um sentimento de punição. Para a mãe, ser acompanhante ou visitante é carregado de dor de qualquer forma. O acompanhamento, privado de contato com sua família, de participar do dia-a-dia de outros filhos, do marido, pode ser visto como uma internação da mãe e também como uma punição por ter dado à luz a um frágil ser. Mas como as autoras apontam, vivencia-se a ambigüidade também por outro lado, por não conceberem sua própria alta sem o bebê.

Outro aspecto importante que pode funcionar como um microfator ambiental negativo é a passividade do bebê frente ao cuidado materno (Zornig et al., 2004a). Essa passividade pode tanto ser fruto da extrema prematuridade do bebê, quanto a tratamentos que levam momentaneamente à sedação ou mesmo a proteção dos olhos para fototerapia. Os relatos e as observações de Raquel e Carla mostraram quanto essas situações foram geradoras de sofrimento psíquico, pois essas mães sentiram-se incapazes de recapturar o desejo do filho e, delas mesmas, para o investimento narcísico, fundante da vinculação mãe-bebê. Aqui está em jogo uma forma de proto-singularidade do bebê que está diretamente relacionada à capacidade de sedução desse bebê (Zornig et al., 2004a; Aragão, 2004; Brum & Schermann, 2004), através do uso de suas competências singulares para interagir e responder ao investimento materno (Zornig et al., 2004a; Aragão, 2004; Brum & Schermann, 2004).

### **Microfatores internos**

A dificuldade de investimento narcísico como apontado por Zornig et al. (2004a, 2004b) são obstáculos a que a mãe possa reconhecer-se como mãe daquele bebê passando a construir com o mesmo um processo de ancoragem identificatória que nomeia o bebê e o inscreve na ordem da cultura (Agman et al., 1999). Quando existe uma dificuldade de identificação, devido a uma condição narcísica fragilizada tal qual a de Marlene, que sentiu dificuldade de identificar-se com Oliver, o mecanismo de endereçamento por ela utilizado foi uma forma de inscrição na linhagem familiar, através do pai, com quem seu filho podia identificar-se.

No relato de Raquel, podemos pensar que a relação da mãe com sua própria infância é um importante microfator ambivalente interno (Zornig et al., 2004b), pois boa parte da forma um bebê será investido está relacionado a quanto investimento narcísico essa mãe experimentou. Uma parte das falas de Gabriela, mãe de Viviane, abordava por uma veemente necessidade de fazer tudo perfeitamente, de não tolerar em si a falha. Não foi possível a ela investir em uma filha com mal-formação, pois isso implicaria em aceitar as imperfeições, as deformidades de si mesma.

### **Fatores externos**

Das mães entrevistadas, Raquel foi a única preparada pela equipe de saúde para a gravidez de risco. Isso trouxe a ela a possibilidade de iniciar a elaboração do nascimento pré-termo antes mesmo de sua vivência. Em seus relatos, fala da decisão médica de interrupção da gravidez, de suas visitas ao berçário, elaborando ainda grávida, a dor da separação que o nascimento nesse momento traria. Essa antecipação dos sentimentos, bem como a participação na decisão do parto, se dado o suporte adequado a mãe para sua expressão, pode ser um importante fator externo positivo. Aqui temos a importância da equipe se preparar no

sentido de promover o acolhimento da mãe e sustentação para que a mesma possa subjetivar essa experiência traumática.

Um fator ambiental negativo vivido por essas mães é a premência de lidar com a possibilidade de perda do bebê (Thomaz et al. 2005; Gomes, 2004) em um momento em que para o investimento só é possível com uma crença praticamente oposta. O investimento narcísico se dá numa condição subjetiva em que o cuidado pelo filho é concebido como um cuidado para que ele não morra. A concretude da possibilidade de perda pode dificultar a vivência da experiência do cuidado, já que traz toda a angústia da condição humana finita de todos nós (Costa, 2009). Nesse contexto, cuidar para que não morra parece inútil e é preciso a construção de um ambiente de continência para que a mãe possa suportar a angústia suscitada pelas intervenções, simples ou complexas, mas que remetem à possibilidade de morte.

E por fim, a presença de síndromes ou mal-formações no filho pré-termo, pode ser um fator que impossibilite a construção da relação entre mãe e filha, como vimos nos encontros com Gabriela, em que esse aspecto sempre trazido junto a uma possibilidade de morte acarretou em profunda ambivalência. Uma condição narcísica mais estável seria necessária para que seja possível, em situação tão não-familiar, se gere sentidos subjetivantes para essa experiência traumática. No caso de Gabriela, no ambiente da Unidade, ela se sentia segura para investir em sua filha, porém quando ficou a sós com ela tornou-se insustentável a vinculação a Viviane.

Entendo que a identificação dos diversos aspectos complexos que a experiência do nascimento pré-termo faz emergir, do ponto de vista de fatores e microfatores, pode ser um importante instrumento de auxílio ao diagnóstico e a uma intervenção clínica apropriada.

As considerações acima sobre os fatores e microfatores pode ser vista de forma sintética nas tabelas 2 e 3, a seguir:

Tabela 2: Microfatores para vinculação mãe-bebê.

| Microfatores positivos               |                                            | Microfatores negativos                 |                                                                                                                           | Microfatores ambivalentes                  |                                                                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Internos                             | Externos                                   | Internos                               | Externos                                                                                                                  | Internos                                   | Externos                                                                            |
| Reconhecer-se como mãe daquele bebê. | Acolhimento da família à mãe.              | Dificuldade de investimento narcísico. | Ausência de contato no nascimento.                                                                                        | A relação da mãe com sua própria infância. | Responsividade e interatividade do bebê.                                            |
|                                      | Acolhimento pela equipe de saúde neonatal. |                                        | Resguardo da mãe dificultado pelos deslocamentos hospital-casa e vice-versa e por permanecer acima de 5 horas no hospital |                                            | Equipamentos e ações da equipe de saúde neonatal frustrando a aproximação mãe-bebê. |
|                                      | Participação ativa no cuidado do bebê.     |                                        | Passividade do bebê frente ao cuidado.                                                                                    |                                            | Comunicação equipe-pais sobre o quadro do bebê.                                     |
|                                      | Troca de experiências com outros pais.     |                                        |                                                                                                                           |                                            |                                                                                     |
|                                      | Mãe poder trazer seu leite.                |                                        |                                                                                                                           |                                            |                                                                                     |

Tabela 3: Fatores para vinculação mãe-bebê.

| Fatores positivos |                                      | Fatores negativos |                                                                | Fatores ambivalentes |                              |
|-------------------|--------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|
| Internos          | Externos                             | Internos          | Externos                                                       | Internos             | Externos                     |
|                   | Preparação para a gravidez de risco. |                   | Separação que se impõe logo ao nascimento.                     |                      | Preocupação médico-primária. |
|                   |                                      |                   | Ficar fora da própria casa (na casa de apoio, ou de parentes). |                      |                              |
|                   |                                      |                   | Lidar com a possibilidade de perda do bebê.                    |                      |                              |
|                   |                                      |                   | A presença de síndromes ou mal-formações no filho pré-termo.   |                      |                              |

#### **4 Uma síntese possível**

Nesse trabalho nos propusemos a pensar nos atributos que fazem parte do que chamamos de função materna em uma situação em que o nascimento pré-termo faz emergir afetos suscitados pela vivência da experiência traumática.

A antecipação do filho se faz muito antes de uma mulher engravidar. Em suas impressões profundas estão guardados os registros da filha que foi, dos cuidados que recebeu e da frustração que sentiu ao se perceber impotente em satisfazer o desejo de seu primeiro amor, sua própria mãe. O filho concebido em sua cabeça é o filho que suprirá, idealmente, essa falta, um filho da imaginação, que trará de volta à mãe sua potência e a cura da sua ferida narcísica original. Durante a gestação, esses registros primevos e o bebê que está sendo gestado no ventre se misturam numa antecipação fundamental para a constituição subjetiva da mãe e do filho.

A linguagem é entendida aqui como muito além das palavras, um conjunto verbal e não verbal, com função simbolizadora do lugar do bebê no mundo, funda o bebê como humano. Desde esse bebê antecipado, o mesmo está inserido numa linhagem, numa ordem temporal, a partir da qual o bebê pode nascer, e onde se fabricam histórias, expectativas e sonhos para ele. Sem isso, sem essa concepção da cabeça, não há inscrição possível na ordem do humano, e um vazio de palavras se forma ao redor desse bebê. Um bebê não pensado terá muita dificuldade de simbolizar sua própria existência humana.

O olhar e a voz maternas fabricam o bebê como um ser que deseja, mesmo que esse ainda não saiba o que deseja. Através da maternagem, do jogo de atribuir uma demanda ao filho, de integrar-lhe suas experiências sensoriais em um universo psíquico, a mãe usa de suas referências pessoais, sobre si mesma e sobre o que antecipou para seu filho e supõe-se ali um sujeito desejante. Importantíssimo ressaltar que aquilo que o filho deseja e, também, desconhece, a mãe jamais conhecerá, ela só poderá supor e responder a ele de forma

incompleta, sempre faltante. Esse espaço entre ambos é que permite que o encontro mãe-filho, quando possível o investimento narcísico, seja atravessado por prazer e espanto. Esses afetos despertados e que uma mãe revela no discurso que dirige ao filho nos possibilitam pensar na intensidade e importância dessa relação para a construção de ambos, mãe e filho.

O nascimento antes do tempo inaugura um bebê pré-termo do ponto de vista biológico, e uma mãe prematura, do ponto de vista da subjetividade. É uma violência, que traz as marcas do traumático, e como toda experiência traumática, não permite a possibilidade de narrativa. Ao tentar descrever o parto pré-termo, as mães se reportam ao filho que se vai para um lugar desconhecido, e a quem elas não podem conhecer, ao encontro impedido. Para dar conta do que ocorre nesse momento, o que se registra e a que se recorre no parto pré-termo são apenas traços, registros os quais a mãe irá se apegar para reconstituir a história desse nascimento. O primeiro sentimento que o traumático evoca é de um desmantelamento subjetivo, no qual não há sentido possível. A significação da experiência se faz depois, em que aspectos verbais e não verbais que constroem uma narrativa, uma simbolização para o acontecimento.

Dar a luz a um bebê pré-termo pode ter um caráter profundamente impactante do ponto de vista de um risco de dessubjetivação, pois conduz a um esgarçamento de uma ferida narcísica, ferida essa que emergiria em qualquer nascimento, mas que, no nascimento fora do tempo, aumenta sua tangibilidade. O filho pré-termo é uma criança que pouco pode seduzir a mãe, auxiliando-a a fabricar-se como mãe. A aparência de passividade conduz a mãe a sentimentos de impotência, de fracasso e de falha, em não conseguir gerar um filho saudável.

Nesse momento a compreensão das competências do bebê é um importante conjunto de saberes que media a construção de um filho potente, e que consegue receber o investimento narcísico da mãe. Os bebês apresentam, desde os primeiros minutos de vida extra-uterina, a capacidade de realizar discriminações pelo olhar, de reconhecer a voz dos pais, o cheiro da mãe e, ainda, a capacidade de se moldar ao corpo de seus pais. Este último é

um tipo de reflexo que não é perdido, mesmo no caso de bebês que ficam semanas e até meses internados, sem irem uma única vez para o colo dos pais. Mesmo sem intervenção clínica, algumas mães começam a investir naquele filho na incubadora, sentindo que ele as responderá. Essas mães conseguem então, olhar para o bebê real, tão distante do filho da cabeça e pela construção de um processo identificatório, ancoram no bebê real, aspectos do filho sonhado e se fazem presente através do olhar, da voz e do toque verdadeiros.

O bebê precisa ser o objeto de desejo de alguém para que sua vida seja possível. Não estamos falando da vida biológica, embora dela também, mas da vida psíquica. O bebê nasce em um mundo de palavras que vão nomeá-lo, inseri-lo em uma história familiar, ancestral e próxima. Uma imagem que construí vendo os pais impotentes, parados diante da incubadora, olhando perplexos para o filho, é como se eles estivessem olhando para um aquário. E se ali tem um aquário, é necessário então fisgar o bebê. Capturá-lo como o objeto de desejo de outrem, isso é da função materna. Entretanto, não basta. É ainda necessário que a mãe deseje para além do filho, e aí vemos a importância de outros investimentos afetivos que venham despertar o prazer materno. Essa falta fará com que esse bebê não seja engolido pela mãe e sim, que se abra espaço para que certa não familiaridade surja, para que ele possa então, de fato, desejar.

Na delicada situação da internação em uma UTIN, o próprio serviço faz o papel do terceiro, desse que não deixa mãe e filho serem capturados um pelo outro, sem escapatória. Os sentimentos de ambivalência materna são aguçados pelo nascimento pré-termo. Para a mãe, tomada de sentimentos que a identificam como a mãe-má, deparar-se com o filho pode ser assustador. Nesse momento, a UTIN faz o papel do outro que cuida de seu filho, tranquilizando ambos que mãe e filho não estão mais apenas um com o outro e a maternagem pode ocorrer. A mal-formação associada ao nascimento pré-termo pode comprometer ainda mais essa relação, deixando a ambivalência ainda mais evidente. Nesse caso a Unidade se

torna um espaço protetor o suficiente para possibilitar a maternagem. Fora das paredes da UTIN a maternagem só é possível se outro vier fazer a função de terceiro.

Podemos compreender a existência de uma dupla função para a UTIN. Por um lado, função terceira, por outro, função de sustentação psíquica para a mãe e para o bebê. A UTIN nesse papel é a mãe boa, todo poderosa, que vence a morte. Torna-se a referência primeira de cuidado do bebê e por estarmos nesse lugar é que somos capturados por tantos bebês. É desse lugar ainda que oferecemos à mãe a acolhida aos seus sentimentos, permitindo a expressão de toda a sua dor, mesmo que para poder fazê-lo, ela tenha que dirigi-la contra a Unidade, contra os serviços que são prestados e salvam a vida de seu filho.

Para algumas mães, a UTIN funcionará na função maternante, para outras, como aquele que nomeia e oscilando entre ambas as funções possibilita que se produzam condições subjetivas para a constituição da condição maternante na própria mãe. Para o serviço se permitir ocupar essas duas funções e transitar entre elas, de acordo com a demanda psicológica que se faça, é preciso, citando Mathelin (1999) que a equipe se permita ser “tocada pela criança”. É preciso que a equipe reconheça sua própria ambivalência, que se perceba nessa mãe e nesse filho.

Entendemos que compreendendo essas nuances possíveis dos cuidados relativos ao encontro mãe-bebê é possível a construção no hospital de um espaço acolhedor e seguro para que a mãe, sentindo-se amparada, possa reconhecer seu bebê e fabricarem juntos a relação entre ambos.

## 5 Considerações finais

Nenhum trabalho em minha vida foi tão prazeroso e tão doloroso de ser feito. Afinal, estudar a maternagem, buscar as atribuições maternas, me reconstruiu diversas vezes como pessoa e como profissional.

Refletindo sobre a própria fundamentação teórica, há um importante limite a ser considerado nos trabalhos acerca da constituição subjetiva de mães e bebês pré-termo, quando pensamos sobre essa problemática a partir de autores que pensaram a gestação a termo. Em que difere a estruturação da condição subjetivante tanto da mãe quanto do bebê, diante de um nascimento pré-termo? Esse é um campo ainda a ser constituído com futuras pesquisas, no sentido de se apreender, principalmente, o que se passa com o bebê pré-termo. Ao longo desse trabalho foram surgindo perguntas sobre a capacidade de superação dos bebês a esse nascimento traumático e de que forma esse nascimento se tornaria construtor de seu processo de diferenciação. Ao trabalharmos em UTIN aprendemos a falar em uma espécie de adaptação dos bebês pré-termo, que não só resistem a procedimentos dolorosos, como constroem uma vida psíquica que nos surpreende a todo instante.

O *baby blues* suspenso, apontado na fundamentação teórica, merece um aprofundamento em pesquisas que se proponham a ir ao encontro das mães e seus bebês nascidos pré-termo, após a alta hospitalar, pois é a partir daí que o *baby blues* se instala.

Os encontros apontaram para a continuidade da pesquisa, no sentido de compreender melhor as relações vinculares entre a família nuclear e ampliada e o bebê, tanto do ponto de vista de sustentação à condição maternante, como no processo de construção subjetiva do bebê. Entendo ser de fundamental importância, ainda, compreender como as relações familiares serão ressignificadas pelo nascimento pré-termo.

Considerando a importância do acompanhamento clínico de mães e bebês nascidos pré-termo, o psicólogo na UTIN precisa intervir no sentido de construir junto às mães uma segurança que seus bebês darão conta do impacto do encontro com elas, pois o serviço pode garantir um ancoradouro para os intensos sentimentos que a violência desse parto faz emergir.

Atualmente, se tornou generalizado nas equipes, através dos programas de humanização, tais como exemplificados pelo curso de Atenção humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso: método mãe-canguru do Ministério da Saúde (2002), que o conhecimento de que a saúde do bebê, entendida em seu aspecto biológico e psicológico, passa pela construção do vínculo mãe-bebê. Isso tem feito com que a equipe de saúde neonatal exija dessa mãe sua presença e maternagem. Embora saibamos que facilitar essa presença materna é um aspecto importantíssimo, é preciso qualificá-la. Enfim, é preciso que esse mesmo espaço seja continente à ambivalência que surge devido ao sofrimento da vivência de sua própria prematuridade como mãe, que passa, pela necessidade de elaboração de um luto do bebê imaginário e pela necessidade de expressão de suas angústias, incertezas com relação ao bebê real.

O psicólogo tem muito a contribuir para a construção de relações saudáveis entre os atores envolvidos em um ambiente de UTIN. Além dos vários aspectos da intervenção possível para o psicólogo, abordados nesse trabalho, podemos ainda pensar no suporte aos pais para que continuem a cuidar da família, não deixando de investir em seus outros filhos. O psicólogo tem um lugar na equipe, tanto no atendimento a família e ao bebê, quanto na escuta da equipe e ainda fazendo o papel de mediador da relação entre a equipe e a família. Podemos pensar que se faz urgente assecuração pelas políticas públicas e gestores de hospitais privados, desse locus de trabalho, não mais em modelos emergenciais, atendendo à demanda através de interconsultas, mas permanentemente, como membros da equipe de saúde neonatal.

## 6 Referências

- Agman, M., Druon, C. & Frichet, A. (1999). Intervenções Psicológicas em Neonatologia. In: Wanderley, D.B. (Org.), *Agora eu era o rei – os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Salvador: Ágalma.
- Aragão, R. O. (Org.). (2004). *O bebê, o corpo e a linguagem*. Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Aulagnier, P. (1999). Nascimento de um corpo, origem de uma história. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2 (3): 9-45.
- Benhaïm, M. *Amor e ódio: a ambivalência da mãe*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2007.
- Bergés, J & Balbo, G. (2002). *Jogos de posições da mãe e da criança: ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC Editora.
- Bowlby, J. (2002). *Apego e perda* (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (3ed). (Título original: Attachment and loss).
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N°. 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, n. 196, 16 out. 1996. Recuperado em 20 ago. 2008: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N°. 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. *Diário Oficial da União*. Brasília, n. 3432, 13 de agosto de 1998. Recuperado em 21 out. 2008: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2002). *Atenção humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso: método mãe-canguru: manual do curso*. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Informações sobre saúde. Estatísticas Vitais. Mortalidade e nascidos vivos*. Brasília. Recuperado em 02 nov. 2008: <http://w3.datasus.gov.br>.
- Brazelton, T.B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Título original: On become a family – the growth of attachment).
- Brum, E.H.M. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: uma abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9 (2). Recuperado em 01 jun. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Catão, I. (2002). Um lugar também de palavras. In: Bernardino, L.M.F. & Rohenkohl, C.M.F. (Org.), *O Bebê e a Modernidade: abordagens teórico-clínicas*. (pp. 179-191). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Catão, I. (2004). O bebê tomado ao pé da letra. In: Aragão, R. O. (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 129-138). Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cavalcante, M.C.B. (2004). Ritmo no gesto e na voz: manipulando a língua com o bebê. In: Aragão, R. O. (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 73-79). Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Celes, L.A. (2004). Nascimento psíquico. In: Aragão, R. O. (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 41-58). Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Federal de Psicologia. Resolução Nº. 02/2001, de 10 de março de 2001. Altera e regulamenta a Resolução CFP Nº. 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Recuperado em 20 ago. 2008: [http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2001\\_2.pdf](http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2001_2.pdf).
- \_\_\_\_\_. Resolução Nº. 16/2000, de 20 de dezembro de 2000. *Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. Recuperado em 20 ago. 2008: [http://www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao2000\\_16.doc](http://www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao2000_16.doc).
- Correia, L.L. & Linhares, M.B.M. (2007). Ansiedade materna no período pré e pós-natal: revisão da literatura. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 15 (4): Recuperado em 23 out. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- \_\_\_\_\_, Carvalho, A.E. & Linhares, M.B.M. (2008). Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 16 (1): Recuperado em 23 out. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Costa, A. (2009). A fábula de Higino em Ser e tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia. In: Maia, M.S. (org), *Por uma ética do cuidado* (pp. 29-51). Rio de Janeiro: Garamond.
- Cunha, I. (2004). A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva para os cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. In: Aragão, R. O. (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 211-223). Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Debray, R. (1987), *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dolto, F. & Nasio, J.-D. (2008). *A criança do espelho*. (A. Telles, trad). (3 ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1987. Título original: *L'enfant du miroir*).
- Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e a seus pais em terapia intensiva neonatal. In: Wanderley, D.B. (Org.), *Agora eu era o rei – os entraves da prematuridade* (pp. 35-54). Salvador: Ágalma.
- Freud S. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Golse, B. (2004). O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In: Aragão, R. O. (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem*. (pp. 15-40). Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- \_\_\_\_\_, & Desjardins, V. (2005). Corpo, formas, movimentos e ritmo como precursores da emergência da intersubjetividade e da palavra no bebê: Uma reflexão sobre os inícios da linguagem verbal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 8 (1): 14-29.
- Gomes, A.L.H. (2001). *As especificidades do vínculo da mãe com o bebê pré-termo na situação de internação*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Clínica, São Paulo.
- Gomes, A.L.H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*. 2 (2).

- Recuperado em 10 mai. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Klaus, M.H. & Kennell, J.H. (1993). *Pais-bebê: a formação do apego*. (D. Batista, trad). Porto Alegre: Artes Médicas. (Título original: Parent-Infant Bonding).
- Lacerda, E.T. (2004). O atendimento do bebê – O relato da clínica. In: Aragão, R. O. (org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 151-163). Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Laznik, M.C. (2004). A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Coleção de Calças Curtas. Salvador: Ágalma.
- Lyth, I.M. (2008). Considerações sobre o papel materno na sociedade atual. In: Sonzogni, M.C. et al. (orgs.), *O olhar e a escuta para compreender a primeira infância*. (pp. 69-76). Coletânea do Centro de Estudos Psicanalíticos Mãe-Bebê- Família. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maia, M. S. (2004). *Extremos da alma*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. (PP.Abreu, trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud. (Título original: Le sourire de la Joconde).
- Meio, M.D.B.B, Lopes, C.S. & Morsch, D.S. (2003). Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública*. 37 (3): 311-319. Recuperado em 19 ago. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Mélega, M.PP. O psicanalista trabalhando em contextos não-clínicos – aplicações da Psicanálise. In: Sonzogni, M.C. et al. (orgs.), *O olhar e a escuta para compreender a primeira infância*. (pp. 129-136). Coletânea do Centro de Estudos Psicanalíticos Mãe-Bebê- Família. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mello, R.R. e Meio, M.D.B.B. Follow-up de Recém-Nascidos de Risco. (2006). In: Moreira, M. E. L., Braga, N. A. e Morsch, D. S.(Orgs.), *Quando a vida começa diferente – O bebê e usa família na UTI Neonatal* (pp. 179-184). Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moraes, C.L. & Reichenheim, M.E. (2000). Validade do exame clínico do recém-nascido para a estimação da idade gestacional: uma comparação do escore New Ballard com a data da última menstruação e ultra-sonografia. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 16(1):83-94. Recuperado em 10 out. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Moreira, M. E. L., Braga, N. A. & Morsch, D. S.(Orgs.). (2006). *Quando a vida começa diferente – O bebê e usa família na UTI Neonatal*. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Morsch, D.S. & Braga, N.A. (2006). Os irmãos do bebê. In: Moreira, M. E. L., Braga, N. A. e Morsch, D. S.(Orgs.), *Quando a vida começa diferente – O bebê e usa família na UTI Neonatal* (pp. 97-106). Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Morsch, D.S. & Delamonica, J. (2005). Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: “Lembraram-se de Mim!”. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3): 677-687. Recuperado em 10 nov. 2007, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.

- Motta, S. (2004). Nascimento psíquico. In: Aragão, R. O. (org.), *O bebê, o corpo e a linguagem*. (pp. 121-127). Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organização Pan-americana de Saúde. (2005). *Manual Clínico AIEPI Neonatal*. Recuperado em 02 de Nov. 2008: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-clinico2.pdf>.
- Palmigiani, M.G. (1997). O Observador psicanalítico como modelo continente da função materna. In: *I Simpósio Brasileiro de Observação da relação mãe-bebê: Tendências*. (pp. 189-194). São Paulo: Unimarco.
- Plastino, C.A. (2009). A dimensão constitutiva do cuidar. In: Maia, M.S. (org), *Por uma ética do cuidado* (pp. 53-87). Rio de Janeiro: Garamond.
- Quiniou, Y. Alimentar, ser alimentado em UTI Neonatal – prescrição ou alimentação. (1999). In: Wanderley, D.B. (Org.), *Agora eu era o rei – os entraves da prematuridade* (pp. 55-60). Salvador: Ágalma.
- Rabello, A. (2004). A função simbólica da UTI Neonatal. In: Aragão, R. O. (org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 177-189). Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Scortegagna, S.A. et al. (2005). O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 6 (2): 61-70. Recuperado em 10 mai. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Segal, Hanna. (1975). *Introdução a obra de Melanie Klein*. (J.C. Guimarães, trad). Rio de Janeiro: Imago. (Título original: Introduction to work of Melanie Klein).
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In: *A Dinâmica do bebê* (pp. 132-170). (D.R. Unikowski, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Título original: Le Dynamique du Nourisson).
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- \_\_\_\_\_. (1999). *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. Casa do Psicólogo.
- Silva, M. E. L. (1993) Uma aventura: a tese psicanalítica. (Entrevista com Fábio Herrmann). In: *Investigação e Psicanálise*. Campinas, Papirus.
- Silveira, M.F., Barros, A.L.D., Matijasevich, A., Barros, F.C. & Victoria, C.G. Aumento na prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*. 42 (5): pp. 957-964. Recuperado em 23 out. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva: Novos Fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Souza, N.L., Araújo, A.C.PP.F., Jerônimo, S.M.B. & Sousa, N.M.L. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Revista de Saúde Pública*. 41 (5): 704-710. Recuperado em 23 out.. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Thomaz, A.C.PP., 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 (1): 139-146. Recuperado em 15 fev. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Valansi, L. & Morsch, D.S. (2004). O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicologia: ciência e profissão*. 24 (2).

Recuperado em 01 jun. 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.

- Vasconcelos, M.G.L., Leite, A.M. & Scochi, C.G.S. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante d recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 6 (1): 47-57. Recuperado em 15 mar. 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Violante, M.L.V., (2000). Pesquisa em Psicanálise. In.: Pacheco Filho, R.A. Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo. 289pp.
- Wanderley, D.B. (org.). (1999). *Agora eu era o rei – os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma.
- Wendland, J. A. (2001). Abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 14 (1): 45-56.
- Winnicott, D.W. (1975). *O brincar & a realidade*. (J.O.A.Abreu e V.Nobre, trad). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971. Título original: *Playing and Reality*).
- \_\_\_\_\_. (1978). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (J. Russo, trad). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1958. Título original: *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*).
- Wirth, A.F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI Neonatal. In: Caron, N.A. (org), *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. (pp. 207-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zornig, S.M.A.J., Morsch, D.S. e Braga, N.A. (2004a). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 7(4): 135-143. Recuperado em 10 maio 2008, da SciELO (Scientific Electronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>.
- Zornig, S.M.A.J., Morsch, D.S. e Braga, N.A. (2004b). Parto prematuro: Antecipação e descontinuidade temporal. In: Aragão, R. O. (org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 165-174). Coleção 1ª infância. São Paulo: Casa do Psicólogo.

## 7 Anexos

### 7.1 Anexo I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
Campus Umuarama - Fone: 34-3312182701  
CEPP.: - Uberlândia – MINAS GERAIS

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**NOME DA PESQUISA:** Vínculo mãe-bebê: os encontros possíveis em uma UTI Neonatal.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Julliana de Paula Medeiros( CRP 04/26005) - telefone para contato: 34 – 33185232.

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Rita de Cássia Gandini (CRP 04/2820) – telefone para contato: 34-32182235.

**CO-ORIENTADOR:** Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini (CRP 04/10390) - telefone para contato: 34-32182235.

Você está convidada a participar desta pesquisa que pretende avaliar a adaptação de mulheres cujos filhos recém-nascidos estão internados em uma UTI Neonatal, no momento da internação desse bebê. E ainda, nesse trabalho, pretendemos avaliar como os aspectos relacionados à suas relações afetivas, sociais, trabalho e suas funções físicas contribuem para a formação do vínculo mãe-bebê. Caso você aceite participar, serão realizadas duas a três entrevistas com cerca de uma hora cada e observação do seu comportamento perante seu bebê internado. Com relação às entrevistas, a primeira terá o objetivo de compreender o seu estado geral e esclarecer os aspectos da internação do seu bebê, dando início à coleta de informações acerca da adaptação. Caso seja necessário, você poderá ser acompanhada pela psicóloga-pesquisadora durante a internação do seu bebê na unidade e, havendo necessidade, será discutido com você o seu encaminhamento para uma psicoterapia. Sua participação não é obrigatória, ou seja, você decidirá pela sua participação ou não nesse estudo. Se você concordar em participar, a você é dado o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem precisar apresentar justificativas para essa desistência, retirando seu consentimento a qualquer momento. Essa desistência não fará com que você seja prejudicada em nenhum atendimento no Hospital Escola da UFTM, tendo a garantia da continuidade dos cuidados ao seu bebê durante e após a conclusão dos trabalhos de pesquisa. Você poderá receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e quaisquer outras questões relacionadas à pesquisa a que será submetida, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando deste estudo. Você não será identificada em momento algum e será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com sua privacidade. Se você concordar, as entrevistas poderão ser registradas em um gravador. Não haverá nenhum gasto e nenhum ganho financeiro decorrente da pesquisa. As entrevistas ocorrerão em seus dias de visita ao Hospital e de acordo com sua disponibilidade. Os resultados desta pesquisa poderão fornecer condições de entender melhor o processo da adaptação das mães de bebês pré-termo internados em UTI Neonatal e serão publicados e divulgados em eventos científicos.

Eu, \_\_\_\_\_,

R.G. \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo sido convidada para participar desta pesquisa e recebido as informações acima, ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo.

Tenho ciência do exposto acima e aceito participar desta pesquisa como forma de contribuir com o responsável que subscreve este documento.

Uberaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável  
Julliana de Paula Medeiros  
Universidade Federal de Uberlândia  
e-mail: julliana.pp.m@hotmail.com

## 7.2 Anexo II. Ficha de Registro<sup>31</sup>

### Da Participante da Pesquisa

NOME:.....

IDADE:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:.....

REGISTRO GERAL MÃE:.....

REGISTRO GERAL BEBÊ:.....

ESTADO CIVIL:

SOLTEIRA ( )

DIVORCIADA/SEPARADA ( )

CASADA ( )

VIÚVA ( )

AMASIADA ( )

NÍVEL DE INSTRUÇÃO:

( ) FUNDAMENTAL INCOMPLETO

( ) MÉDIO INCOMPLETO

( ) SUPERIOR INCOMPLETO

( ) PÓS-GRADUAÇÃO

( ) FUNDAMENTAL COMPLETO

( ) MÉDIO COMPLETO

( ) SUPERIOR COMPLETO

OBSERVAÇÕES

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

<sup>31</sup> Os dados de identificação tanto da participante quanto do bebê ficarão arquivados com a pesquisadora e serão protegidos por sigilo e confidencialidade.

## Do recém-nascido

NOME DO BEBÊ:.....  
REGISTRO GERAL:.....

SEXO: ( ) M ( ) F

DATA NASCIMENTO:...../...../..... PESO AO NASCER:.....

IDADE GESTACIONAL:.....

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:.....

## UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS À SUA SOBREVIVENCIA NA UTI

( ) INCUBADORA / BERÇO AQUECIDO

( ) CPAP

☐ FOTOTERAPIA

( ) Sonda nasogástrica

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) Sonda Gastroentérica

## OBSERVAÇÕES

OBSERVATIONS

### 7.3 Anexo III. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Universidade Federal de Uberlândia  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP  
 Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –  
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4531/4173; e-mail: cep@propp.ufu.br;  
 www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 001/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO  
 CEP/UFU 378/08

Projeto Pesquisa: Eficácia adaptativa de mães de bebês pré-termo internados em uma UTI Neonatal e sua influência na construção do vínculo mãe-bebê.

Pesquisador Responsável: Juliana de Paula Medeiros

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

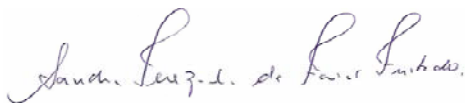
Data para entrega do relatório final: março de 2010.

OBS: NOS PROXIMOS PROTOCOLOS É NECESSÁRIO APRESENTAR O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INTEIRAMENTE NA FORMA DE CONVITE, COM A RETIRADA DO ÚLTIMO PARÁGRAFO QUE PODE CARACTERIZAR UM CONTRATO.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO.

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 08 de janeiro de 09.



Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado  
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

## 7.4 Anexo VI. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sobre Alterações no Projeto de Pesquisa (Adendo)



Universidade Federal de Uberlândia

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –

CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131

e-mail: [cep@propp.ufu.br](mailto:cep@propp.ufu.br); [www.comissoes.propp.ufu.br](http://www.comissoes.propp.ufu.br)

### ANÁLISE FINAL Nº. 386/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU 378/09

Projeto Pesquisa: Eficácia adaptativa de mães de bebês pré-termo internados em uma UTI Neonatal e sua influência na construção do vínculo mãe-bebê.

Pesquisador Responsável: Juliana de Paula Medeiros

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do adendo proposto.

A co-orientação do Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini, a mudança do título do projeto e dos objetivos não apresentam problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

SITUAÇÃO: ADENDO APROVADO

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 21 de agosto de 2009.

Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado  
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista.