

PREMATURAMENTE MÃE: O IMPACTO NO PSQUISMO MATERNO NA VIVÊNCIA DO PARTO PREMATURO¹

Wanda Maria Ludolf Hansen de Toledo²
Anna Costa Pinto Ribeiro³

RESUMO:

Este artigo tem como objetivo investigar o psiquismo materno na vivência no parto prematuro. O período de gestação é um momento de diversas mudanças físicas e psíquicas na mulher, além das mudanças na família e das pessoas em torno dessa futura mãe. Todavia, quando há a ocorrência do nascimento de um bebê antes do tempo esperado, esse momento está diretamente relacionado com o narcisismo materno. Dessa maneira, quando este nascimento ocorre em situações atípicas e de risco, como ocorre em um parto prematuro, a mãe experimenta uma ferida narcísica com a ruptura do filho idealizado e um encontro com o filho real que se apresenta em uma situação de grande delicadeza, sem poder ir diretamente para casa e necessitando de monitoramento com aparelhos e cuidados médicos para se manter vivo. Esse cenário pode, a partir desse momento, fazer a mãe vivenciar uma situação de grande fragilidade psíquica frente a necessidade urgente de elaborar seus sentimentos de angústia, dor e luto para conseguir reconhecer e adotar esse bebê em seu psiquismo, tal como ele se apresenta. O artigo a seguir foi construído a partir do método de pesquisa exploratória de natureza qualitativa, com a finalidade de analisar a temática do impacto no psiquismo materno na vivência de um parto prematuro. Foi realizada uma revisão bibliográfica composta por autores psicanalistas da área como Catherine Mathelin, Daniele de Brito Wanderley, Donald Winnicott, Catherine Druon, entre outros que elaboraram trabalhos relativos ao assunto.

Palavras-chave: Maternagem. Parto prematuro. Psicanálise e prematuridade.

PREMATURELY MOTHER: THE IMPACT ON MATERNAL PSYCHISM IN THE EXPERIENCE OF PREMATURE CHILDREN

ABSTRACT:

1 Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF) na Linha de Pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 28/10/20 e aprovado após reformulações 26/11/20.

2 Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: wandamari@gmail.com

3 Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA) E-mail: annaribeiro@uniacademia.edu.br

This article aims to investigate the maternal psyche in the experience of premature birth. The gestation period is a time of several physical and psychological changes in the woman, in addition to changes in the family and people around this future mother. However, when a baby is born before the expected time, this moment is directly related to maternal narcissism. Thus, when this birth occurs in atypical and risky situations, as in a premature birth, the mother experiences a narcissistic wound with the rupture of the idealized child and an encounter with the real child who presents himself in a very delicate situation, without being able to go directly home and needing monitoring, devices and medical care to stay alive. This scenario can, from that moment on, make the mother experience a situation of great psychological fragility in the face of the urgent need to elaborate her feelings of anguish, pain and grief in order to be able to recognize and adopt this baby in her psyche as it appears. The following article was made from the exploratory research method of a qualitative nature, with the purpose of analyzing the theme of the impact on the maternal psyche in the experience of a premature birth. A bibliographic review was carried out, composed by psychoanalytic authors in the field, such as Catherine Mathelin, Daniele de Brito Wanderley, Donald Winnicott, Catherine Druon, among others who elaborated works related to the subject.

Keywords: Maternity. Premature birth. Psychoanalysis and prematurity.

1. INTRODUÇÃO

Uma gravidez significa uma grande mudança na vida de uma mulher e para a família desse bebê, é um período de espera em que todos idealizam um nascimento de um bebê saudável e o momento de encontro com esse bebê. Quando ocorre o nascimento prematuro, que vem antes do tempo esperado, a família e os amigos vivenciam uma grande angústia a respeito da sobrevivência e a normalidade do bebê. (DRUON, 1999)

Quando há a informação de que algo não vai bem na gravidez, a gestante costuma passar por muito sofrimento, por isso é tão importante que a gestante tenha acesso às informações e conhecer os riscos e possíveis intervenções para diminuí-los. Um bebê é considerado de risco quando apresenta algum problema durante o período de gravidez, durante ou após o parto. (MOREIRA; BOMFIM; LLERENA JÚNIOR, 2006).

Diante disso, este artigo pretende discutir a respeito dos impactos no psiquismo materno em casos da ocorrência de um parto prematuro e apresentar

possíveis intervenções psicológicas visando melhorar a qualidade da relação mãe-bebê antes, durante e após o período de internação do bebê em uma UTI neonatal.

Para atingir o objetivo geral do artigo de “Investigar o psiquismo materno na vivência no parto prematuro”, foram traçados os seguintes objetivos específicos: esclarecer a função do bebê prematuro no narcisismo materno; examinar os impactos do parto prematuro no psiquismo materno; analisar a intervenção psicológica em prol da elaboração dos sentimentos de angústia, dor e luto para construir essa relação mãe-bebê.

A metodologia utilizada foi a partir do método de pesquisa exploratória de natureza qualitativa, com a finalidade de analisar a temática do impacto no psiquismo materno na vivência de um parto prematuro. Partiu-se de uma revisão bibliográfica composta por autores psicanalistas da área como Catherine Mathelin, Daniele de Brito Wanderley, Donald Winnicott, Catherine Druon, entre outros que elaboraram trabalhos relativos ao assunto.

O levantamento bibliográfico foi realizado com suporte em busca eletrônica nas bases de dados: Scielo, Pubmed/ Medline, Pepsic e Psycinfo, as palavras chaves incluíram combinações entre psicanálise, puerpério, mães, prematuridade, gestação, psiquismo e gravidez de risco. Os critérios para inclusão de dados foram: (a) modalidade de produção (artigos de pesquisa, relatos de experiência profissional, estudos de caso e teóricos, revisões de literatura); e (b) temática sobre psiquismo materno na vivência de um parto prematuro.

Na primeira seção foi abordado um breve histórico da maternidade e como houve mudanças no conceito de ser mãe ao longo dos anos, as mudanças que ocorrem no psiquismo materno durante uma gravidez e o lugar de um filho para os pais, esses temas foram escritos a partir de conceitos típicos de normalidade (uma gravidez sem complicações e desejada pelos pais e pela família). A segunda sessão aborda a fratura narcísica que ocorre na mãe a partir da vivência de um parto prematuro, relatando a experiência vivida pela mãe com a ruptura do nascimento e do bebê idealizado e o encontro com o bebê real em situação

de fragilidade na UTI neonatal. E nas considerações finais, foi feita uma retomada às seções anteriores relatando o sofrimento materno frente ao parto prematuro e o papel do psicólogo em uma UTI neonatal.

2. MATERNIDADE E MATERNAGEM.

A construção do significado atual de maternidade (relação da mãe com o filho) passou por diversas mudanças ao longo da história. Essas mudanças na relação ocorreram de acordo com características históricas, políticas e religiosas de cada época. De acordo com Badinter (1985), para fazer uma pesquisa sobre os comportamentos maternos deve-se levar em conta que a mãe é uma personagem relativa e tridimensional. Relativa porque ela só se concebe em relação ao pai e ao filho e tridimensional porque além dessa relação a mãe é uma mulher que tem seus próprios desejos que não estão ligados nem com o marido e nem com o desejo do seu filho.

De acordo com Badinter (1985) até o século XVIII, a criança era tratada com indiferença e um distanciamento, pois a criança era considerada um adulto inacabado, ou seja, algo que era imperfeito. Havia uma grande taxa de mortalidade infantil que estava diretamente relacionada com a falta de interesse dos pais em especial o desinteresse das mães em cuidar daquelas crianças nos primeiros anos de vida. Era comum que muitas crianças fossem entregues às amas de leite e devolvidas só após os cinco anos de idade.

Segundo a autora no final do século surgiram inúmeras publicações que mudaram radicalmente o papel da mãe, sua imagem e fortificaram o mito do amor espontâneo da mãe pelo seu filho e do instinto maternal, ou seja, aquela mãe indiferente do século XVIII que entregava seu filho para a ama de leite, ou simplesmente ignorava os cuidados básicos, tornou-se uma mãe zelosa nos séculos XIX e XX.

Isso pode ser compreendido pelo fato do amor materno ter sido tanto tempo concebido como algo instintivo e inerente à mãe, seja qual for o tempo ou o meio a que cercam essas mulheres. A maioria das pessoas acredita que

quando uma mulher torna-se mãe, ela encontra em si mesma todas as respostas para essa nova condição e para essa mudança na sua vida. Como a procriação é algo natural, entende-se que o fenômeno biológico e fisiológico da gravidez deve corresponder ao estado mental dessa mãe. A procriação não teria sentido se a mãe não completasse sua obra até o fim (ela têm que assegurar a sobrevivência do feto e a transformação desse embrião num indivíduo completo e acabado). (BADINTER, 1985)

Essa convicção é corroborada pelo uso ambíguo do conceito de maternidade que remete ao mesmo tempo a um estado fisiológico momentâneo, a gravidez, e a uma ação a longo prazo: a maternagem e a educação. A função materna, levada ao seu limite extremo, só terminaria quando a mãe tivesse, finalmente, dado à luz um adulto. (BADINTER, 1985,p12)

De acordo com a autora, essas publicações que operaram nessa mudança de mentalidade e nessa construção de imagem materna, seu papel e sua importância na sociedade, impôs à mulher essa obrigação de ser mãe e deu força a esse mito do amor materno. Sendo assim essa construção fez com que os cuidados maternos e a maternagem tornassem algo fundamental para o desenvolvimento e sobrevivência das crianças.

Conjunto à maternagem, o conceito de parentalidade é um termo recente, que começou a aparecer na literatura psicanalítica francesa na década de 60, para marcar o processo de construção da relação dos pais com seus filhos. (ZORNIG, 2010). Andrade (2002, p168) apresenta a construção do processo de parentalidade como um “[...] conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos que permitem ao adulto tornar-se pai, tornar-se mãe e de responder às necessidades do seu bebê em três níveis: do corpo do bebê, da vida afetiva do bebê e da vida psíquica do bebê.”

Os desejos de maternidade de uma mãe e de paternidade de um pai não aparecem somente quando um casal decide ter filhos, a maternidade pode ser comparada à adolescência em que há mudanças físicas, hormonais, de status social e reativação de conflitos infantis, é uma transformação com grande

potencial maturativo. Enquanto na adolescência a questão é renunciar a infância para entrar na fase adulta, durante a gravidez a questão é de mudar de geração. Essa crise maturativa mobiliza a energia psíquica podendo causar ansiedade e os conflitos latentes. (BYDLOWSKI, 2002)

Bydlowski (2002), apresenta o conceito de transparência psíquica da mulher que é facilmente percebido nas primeiras semanas de gravidez. Ela apresenta seu equilíbrio abalado, e transparece uma correlação evidente da situação gestacional atual e lembranças do passado. Além de ser notado que a maioria das gestantes vivencia um certo retraimento do mundo exterior (por exemplo na atividade profissional que mesmo que essa mãe invista muito nela, perde a intensidade ou no relacionamento conjugal).

Para mulheres grávidas a reativação do passado é claramente percebida. Durante a gestação as reminiscências antigas e “fantasmas” que habitualmente estavam esquecidas, reaparecem na memória sem serem barrados pela censura. (BYDLOWSKI, 2002)

Essa transparência psíquica é descrita pela autora como:

Um funcionamento psíquico materno particular, caracterizado pela diminuição das resistências habituais da mulher diante do recalco e do inconsciente e marcado por um superinvestimento de uma história pessoal e de seus conflitos infantis, com uma plasticidade importante das representações mentais centradas sobre uma inegável polarização narcísica. (BYDLOWSKI, 2002, p.217)

Dessa maneira, de acordo com a autora, esse período de transparência psíquica corresponde a um período em que o futuro bebê já tem uma certa concretude, mas não tem ainda para a mãe essa figura de objeto externo perceptível, que só se instalará com o acontecimento do parto. Essa criança real tem “[...] o seu correspondente imaginário, fantasmático, narcísico e mítico [...]” (BYDLOWSKY; GOLSE, 2002, p.217) mas, sobretudo, como objeto ainda interior que reativa a criança que a própria mãe foi ou acredita ter sido e que, até o momento, permaneceu escondida no fundo do psiquismo daquela mulher.

Aragão (2004) afirma que o período de nove meses é necessário para que no final da gravidez a mulher possa abrir um espaço psíquico para reconhecer esse bebê na sua vida. A gravidez “[...] inaugura então a experiência de um encontro íntimo da mulher consigo mesma: a capacidade de erotizar uma parte ainda interna a si mesma está em questão.” (BYDLOWSKI, 2002, p. 209)

No início da gravidez é comum o sintoma de sonolência da mulher. Há uma necessidade muito maior do que a habitual de dormir, essa necessidade correspondendo à regressão, que assume características de uma identificação fantasiosa com o feto. A regressão tem origem na percepção inconsciente das mudanças orgânicas e hormonais e na sensação de incógnita. (SOIFER,1980). Neste início da gravidez a mãe tem a experiência imaginária de ter seu corpo ocupado, mesmo o bebê sendo desejado, ele é percebido como um estrangeiro. (ARAGÃO, 2004).

No segundo mês é possível ter os sintomas de náuseas e vômitos que estão ligados à ansiedade pela incerteza que exprime o conflito de ambivalência. Isso ocorre, devido à intensificação das vivências persecutórias que são comuns diante da maternidade, por exemplo, os sentimentos da culpa infantil que compõem os ataques fantasiados à própria mãe e o desejo de “roubar” o seu lugar. Ou a ideia de que alguém possa arrancar o filho sonhado e mostrar que trata-se de uma fantasia e não de uma gravidez real. Ou ser uma gravidez tão desejada que implique a perda da própria mãe por realizar a fantasia infantil invejosa. (SOIFER,1980).

A fase do segundo e terceiro mês, também conhecida como a fase do perigo de aborto. Nessa fase, ocorre uma percepção inconsciente do processo de placentação e risco de ocorrer um aborto. Essa vivência se passa pela sensação de “[...] ser devorada e esvaziada por um monstro (o aborto), que simboliza o filho.” (SOIFER, 1980, p.26) Portanto, há uma grande ansiedade concomitante com a instalação da placenta, ocorrendo uma reativação das fantasias de roubo e esvaziamento. (SOIFER,1980)

O segundo trimestre (quarto ao sexto mês) é um período que é comum surgirem ansiedades e pesadelos no lugar das náuseas e outros sintomas. Neste

período há a relação da mulher com seu próprio corpo no processo de mudança. Os primeiros movimentos do feto mostram para a mulher que o período simbiótico do primeiro trimestre acabou e que seu corpo está ocupado por um ser diferente da mãe, do qual logo ela terá que se separar. Essa noção de separação pode fazer a gestante relembre situações de separação anteriores, justificando o surgimento de angústia. (SZEJER, 2002)

No quarto/quinto mês, é possível perceber os movimentos fetais. Nesta fase a mãe se queixa “da criança dar pontapés”, não deixando-a dormir, caminhar, trabalhar, aqui aparece o mecanismo da projeção, o qual se transfere para o feto uma imagem assustadora, identificada com ele. A criança é projetada como um ser perigoso à mãe, cujos movimentos bruscos ameaçam causar algum dano físico à mãe. “O que se projeta em tal imagem são os impulsos hostis em relação à própria mãe grávida”. (SOIFER, 1980, p.29)

A partir do quinto mês há uma ansiedade maior porque nesta fase a instalação dos movimentos vem acompanhada de uma percepção maior das contrações uterinas fisiológicas na gravidez. A ansiedade aparece conscientemente de várias maneiras como: medo de morrer no parto, medo do filho nascer com alguma complicação, angústia com as mudanças do corpo e medo dele permanecer dessa maneira. Nessa fase é comum a diminuição da libido sexual.

No terceiro trimestre (sétimo ao nono mês) a vigilância médica aumenta, trata-se de um período de levar a gestação a termo nas melhores condições. É possível surgir tanto na mulher quanto no feto descompensações somáticas que podem permanecer inexplicadas. Por exemplo uma hipertensão súbita sem nenhum fator físico para explicar. Esses últimos meses da gestação são propícios para as descompensações psíquicas, podendo aparecer na mulher como fobias que remetem à própria história e podem estar relacionadas ao parto como medo de sentir dor, de morrer no parto, de não saber cuidar do bebê, entre outros. (SZJER, 2002)

E a partir do início do nono mês, com várias mudanças fisiológicas, o feto cresce mais rápido e ganha mais peso, as contrações aumentam, essas

modificações intensificam a ansiedade pela noção de proximidade do parto. (SOIFER, 1980). Ao final da gestação, com algumas modificações, surge a possibilidade de construir para o bebê um espaço dentro de si e da sua vida. (ARAGÃO, 2004)

Outro conceito importante explorado durante o período gestacional, descrito por Winnicott (2000), é o período da “preocupação materna primária”. Esse período inicia poucas semanas que precedem o parto e as semanas seguintes a este, o qual a mãe consegue ter uma alta capacidade de se adaptar às necessidades do recém-nascido, ou seja, ela capta e decodifica com facilidade os sinais que o bebê demonstra.

Essa condição organizada (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez) poderia ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação, ou uma fuga, ou mesmo a um distúrbio num nível mais profundo, como, por exemplo, um episódio esquizóide, onde um determinado aspecto da realidade toma o poder temporariamente (WINNICOTT, 2000, p.401)

A “preocupação materna primária” trata-se, então, de um período de identificação regressivo da mãe com o seu bebê. Ou seja, o bebê é como um objeto externo ainda internalizado para essa mãe. Nessa fase, a atenção psíquica da mãe que estava dirigida principalmente para ela mesma, dirige-se para o seu bebê progressivamente. (BYDOLSKY; GOLSE, 2002)

Após o nascimento e durante algumas semanas que se seguem a atenção psíquica da mãe irá focalizar-se no bebê recém-nascido (que está evidentemente do lado de fora) mas a relação irá se estabelecer justamente por causa dos traços mnemônicos que estavam guardados e foram reativados pelo “bebê que a própria mãe foi”. (BYDOLSKY; GOLSE, 2002, p.218)

Somente depois o bebê será investido como um verdadeiro “objeto externo” e não mais como um representante do objeto interno da mãe, ou seja, torna-se um interlocutor externo. Dessa maneira, para a mãe existe um gradiente que vai de “objeto interno” (bebê que ela foi ou crê ter sido), ao “objeto externo” (bebê “de carne e osso”). (BYDOLSKY; GOLSE, 2002, p.218)

Essa dinâmica corresponde a uma evolução particular do status de exterioridade. Já externo psiquicamente, embora ainda esteja interno fisicamente (preocupação materna primária, bem assinalada por D. W. Winnicott), o recém-nascido permanece portador dos traços do objeto interno psíquico, embora, doravante, externo fisicamente (preocupação materna primária pós-natal); as duas fases clínicas pré e pós-natais, da preocupação materna primária intercalam-se, de qualquer maneira, entre dois processos psíquicos da transparência psíquica inicial e da objetificação definitiva da criança. (BYDOLSKY; GOLSE, 2002, p. 218)

Freud (2010) sugere que o amor dos pais em relação ao seu filho seria um retorno ao narcisismo dos pais, procurando através do afeto resgatar o seu próprio narcisismo infantil que foi abandonado.

Os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições — que um observador neutro nelas não encontraria — e a ocultar e esquecer todos os defeitos, algo que se relaciona, aliás, com a negação da sexualidade infantil. Mas também se verifica a tendência a suspender, face à criança, todas as conquistas culturais que o seu próprio narcisismo foi obrigado a reconhecer, e a nela renovar as exigências de privilégios há muito renunciados. (FREUD, 2010, p.25)

Assim, para o autor, o filho teria um lugar reparador no psiquismo dos seus pais. Pensar numa concepção de um filho coloca em movimentação lembranças e fantasias de cada um dos pais sobre suas relações objetais primárias.

Freud (2011) analisando o percurso da mulher no Complexo de Édipo, afirma que o lugar de um filho é remetido ao resultado complicado da resolução edípica dessa mãe, visto que é diferente da resolução masculina. Segundo o autor, a feminilidade surge a partir de um abandono da posição fálica e de uma aceitação da castração materna que possibilita o acesso ao pai e o desejo de ter o pênis do pai ou algo que o representasse. Dessa maneira, o desejo de ter um filho advém desse desejo de ter um pênis, colocando o bebê simbolicamente no lugar do falo. Ou seja, a maternidade seria a resolução edípica completa.

Monique Bydlowski (2002) indica que o desejo de se tornar mãe vai muito além da demanda fálica de completude. Um desses motivos estaria ligado à perpetuação da espécie e o outro seria relacionado à elaboração da feminilidade e ao lugar representado do filho no inconsciente. Devido ao fato da gravidez ser “[...] o momento de um estado particular do psiquismo, estado de transparência em que os fragmentos do pré-consciente e do inconsciente chegam facilmente à consciência.” (BYDLOWSKI, 2002, p.205)

Portanto, quando ocorre um nascimento diferente do idealizado e sonhado pelos pais, é um momento de grande fragilidade, visto que torna-se um evento de grande angústia para a mãe, afinal ela busca uma explicação para o ocorrido e se culpa por não ter a capacidade de gerar uma vida saudável. (MATHELIN, 1999) A seção seguinte mostrará as teorizações sobre esta angústia materna.

3. FRATURA NARCÍSICA DA MÃE NA VIVÊNCIA DO PARTO PREMATURO.

Uma gravidez significa uma grande mudança na vida de uma mulher e para a família desse bebê. É um período de espera em que todos idealizam um nascimento de um bebê saudável e o momento de encontro com esse bebê.

Aragão (2004) afirma que o período completo da gravidez é extremamente necessário para que possa abrir um espaço psíquico materno constitutivo de um suporte, no qual o bebê possa resultar como um ser subjetivado e não somente um ser biológico. Assim, quando ocorre um nascimento sem complicações, mesmo a mãe vivendo um grande momento de fragilidade narcísica, esses movimentos internos geradores de conflito são amortizados pelos movimentos das pessoas em torno da mãe e do bebê e pela presença desse bebê. Neste cenário o pai é grato à mãe por ter dado à luz e os amigos e familiares envolvem o casal. Essa vinda dessa criança saudável traz uma revalorização narcísica da mãe, a tranquiliza e a gratifica. (DRUON, 1999)

Porém, quando ocorre o nascimento prematuro que veio inesperadamente e fora do tempo, a mãe precisa lidar com um ser “inacabado”

e até mesmo indesejado pelo fato desse filho destituí-la de uma maternagem sadia. (ARRUDA; MARCON, 2006)

O grupo familiar e os amigos estão angustiados pela dúvida se o bebê vai sobreviver, e o pai acaba acusando a mãe (implícita ou explicitamente) de ser uma mãe incompleta e não dar à luz a um bebê saudável. Assim, a mãe vive uma profunda ferida narcísica diante do seu fracasso, sente-se culpada pelo serviço de neonatologia ter que estar entre eles na relação. (DRUON, 1999).

Após o parto, se for identificado a necessidade do bebê ir para a UTI e a mãe não poder recebê-lo no seu quarto, é um momento muito difícil. As mães se sentem engolidas por uma grande culpa, sentem-se pessoas más e o filho acaba tornando-se um perseguidor. A mãe sai do serviço tendo que conviver com um filho que está vivo graças aos outros, um filho que a feriu narcisicamente. Em um nascimento precipitado que se passa no pânico e na urgência, os médicos não podem tranquilizar essa mãe, afinal esse bebê está realmente em perigo. Nesta realidade a mãe reencontra o fantasma e pode surgir o trauma. (MATHELIN, 1999)

Em alguns casos, os pais não conseguem ver o filho nos primeiros dias após a internação, por motivos tais como: um parto numa data não esperada, a internação da mãe no CTI materno por conta de alguma complicação, medo de se aproximarem da incubadora, entre outros. Essa dor, tanto física quanto psíquica, pode impedir essa presença da mãe e/ou do pai. Muitas mães têm medo da possibilidade de perder o filho, se sentem culpadas pelo filho nascer prematuro e não conseguem vê-lo. Isso ocorre pelo fato de muitas mulheres não conseguirem avaliar o que realmente aconteceu e descobrirem que não são elas as culpadas pela internação do seu bebê. (BRAGA; MORSCH, 2006).

Quando os pais entram pela primeira vez na UTI, eles experimentam um misto de sensações, afinal eles se encontram numa realidade totalmente diferente daquela idealização inicial durante a gravidez. (BRAGA; MORSCH, 2006). O ambiente da UTI Neonatal pode ser muito assustador para todos os que entram nele pela primeira vez, afinal ao planejar uma gestação, não cogita-

se a possibilidade de ter que frequentar esse ambiente, seja por poucas horas ou muitos meses. (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2006)

As mães prematuras apresentam um sentimento comum de injustiça e têm a impressão de terem caído numa armadilha. Sentem-se vítimas e ao mesmo tempo estão bem convictas de que não poderia ser de outra maneira e que deveriam passar por aquilo. Essas mulheres que tiveram seu bebê retirado buscam a qualquer custo uma explicação, afinal elas querem estabelecer um vínculo psíquico, é preciso dar ao acontecimento uma significação. (MATHELIN, 1999)

Os bebês nascidos prematuramente mostram que “a preocupação médica primária” ocorre antes da “preocupação materna primária”, visto que esses bebês precisam passar por uma série de cuidados e de invasões contínuas e por várias experiências dolorosas para que consigam sobreviver e voltar para a sua família, é evidente a necessidade dessas intervenções para a sua sobrevivência. (DRUON, 1999).

Esse bebê prematuro precisa priorizar as necessidades fisiológicas como respirar, manter a temperatura, alimentar, sugar como prioridade, em detrimento ao investimento de respostas a partir das estimulações afetivas dadas por seu ambiente de cuidado. Ou seja, o parto prematuro leva o bebê a ter uma dupla descontinuidade temporal, a primeira pela dificuldade de instauração dos cuidados parentais que são facilitadores da adaptação da vida extrauterina e antecipa uma prontidão, tendo que superar sua fragilidade ao exigir que ele se adapte a situações impostas pelo seu nascimento antes do tempo. (ZORNIG; MORSCH; BRAGA, 2004) Assim, torna-se indispensável traçar uma intervenção no plano psicológico tanto do bebê, quanto dos pais e da equipe. (DRUON, 1999).

Um bebê visto em uma incubadora e sendo cuidado por estranhos, são fatores que trazem para a mãe e para o pai uma ideia de incapacidade. Portanto não há como impedir que os sentimentos depressivos os acompanhem nesse período. Ir para casa sem o bebê é um dos momentos mais difíceis para os pais

e não deve ser reprimido o choro e nem desvalorizadas outras manifestações de tristeza. (BRAGA; MORSCH, 2006)

Muitas vezes os pais escutam que não devem chorar perto do bebê, sugerindo que isso faria mal para ele. Mas é necessário lembrar que o bebê na incubadora também não pode experimentar uma mãe sorridente enquanto ele se encontra numa situação de maior fragilidade. Ele precisa vivenciar com seus pais uma sintonia entre o que seu corpo sente e o que lhe é dirigido fora da incubadora. Dessa forma, aceitando o sentimento que passam, os pais poderão confortar-se e auxiliarão o percurso do bebê na UTI Neonatal. (BRAGA; MORSCH, 2006)

Além disso, muitas mães podem rivalizar com o serviço da UTI Neonatal mas não podem expressar claramente sua agressividade pois se sentiria muito má em relação a quem cuida para o seu bebê sobreviver. Dessa forma deve-se ter o cuidado em tentar perceber os diferentes desejos das mães, que podem repercutir seja na indicação de que uma mesma pessoa se ocupe do seu filho ou de jamais ser a mesma pessoa para que o bebê não se apegue. Assim diminuiria a rivalidade da mãe às mulheres do serviço, as quais elas são dependentes durante o período de hospitalização. (AGMAN; DRUON; FRICHET, 1999).

Outro fator que gera grande angústia às mães são as informações técnicas fornecidas pelas enfermeiras que nem sempre acalmarão, e podem ser geradoras de mais dúvidas. Uma comunicação de forma inadequada com a equipe profissional, pode ser uma grande causadora da sensação de impotência, irritação e frustração, além da ansiedade vivenciada pelos pais cujos filhos estão em uma UTI Neonatal. (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2006)

O parto prematuro introduz uma ruptura no período gestacional esperado e interrompe o processo do bebê imaginário dos pais fazendo-os confrontar com esse bebê real em que a temporalidade urgente é essencial para a sobrevivência dele. Mathelin (1999), sugere que essa criança que chega na UTI deve ser acolhida pela equipe não somente como um corpo físico que necessita de cuidados para melhorar, mas antes de tudo como um sujeito portador de uma

história anterior à hospitalização, mesmo que ocorra apenas no instante do seu nascimento. Ou seja, deve-se olhar a singularidade de cada um.

Para muitas mães, o serviço de neonatologia é vivido como uma mãe toda poderosa, que arranca o bebê de quem é incapaz de terminar sua gestação. Então o serviço torna-se julgador da sua incapacidade ao mesmo tempo que é o único recurso para que o bebê possa sobreviver. Nestas condições, o pai pode se tornar um intermediário entre o bebê e a mãe, pois, em geral, ele é o primeiro a ter contato com o filho, visto que a mãe geralmente está anestesiada e não pode ver seu nascituro antes dele partir para a UTI neonatal. E frequentemente, o pai é visto tentando proteger a mãe do impacto traumático da primeira visita. (DRUON,1999).

Dessa forma, Zornig, Morsch e Braga (2004) analisam que na clínica com bebês prematuros há a necessidade de pressupor os obstáculos da constituição subjetiva e em como essa situação da prematuridade pode ser um evento traumático para os pais e para o bebê. O parto prematuro que introduz essa descontinuidade temporal e interrompe o processo do bebê imaginário dos pais, os confronta com esse bebê real em que a temporalidade urgente é essencial para a sobrevivência dele.

O trabalho com a equipe deve focar em utilizar um atendimento sistemático de cada criança e de seus pais, pois não dá para “tratar” mães doentes, cada vez de uma maneira, por terem sido separadas dos seus filhos mas sim elaborar um projeto comum em que a equipe poderia salvar não apenas o corpo físico dos lactentes mas também salvar seu desejo de viver e de amar seus pais. O psicólogo⁴ com formação psicanalítica sai desse papel de reparar possíveis estragos das longas hospitalizações e passa a reanimar a relação pais-bebê, trabalhando com os reanimadores orgânicos. Dessa forma, há uma corresponsabilidade entre a equipe de reanimadores e do psicólogo no serviço de neonatologia. (MATHELIN, 1999)

4 O termo psicólogo utilizado no trabalho é devido ao fato de que em muitos casos, o psicanalista institucional é contratado formalmente como Psicólogo por conta do CBO

A equipe passa a ter dupla função, a de separar a criança da mãe, assim a equipe protege a mãe de seu filho e o filho de sua mãe e faz o papel de absorver a violência mortífera do fantasma deles, e de autorizar esta mãe de tornar-se mãe para seu filho. O trabalho da equipe que permite que a mãe mantenha um projeto vivo para o seu filho. “O tempo da hospitalização, se repara o lactente, deve permitir à mãe reparar também sua própria imagem; caso o contrário, ao sair da unidade, ela será incapaz de cuidar dele.” (MATHELIN, 1999, p. 26). Sem esse trabalho, a mãe pensa que não tem a ver com o filho estar vivo, como se toda a responsabilidade pelo bebê estar vivo fosse da equipe médica da UTI Neonatal. Assim, elas podem não reconhecer o bebê como seu filho e achar que são portadoras de morte.

Sendo assim, a autora conclui:

Nossa convicção hoje é que a hospitalização não é obrigatoriamente fonte de complicações psicológicas no bebê, mas pode, ao contrário, permitir – contanto que estejamos à escuta da família tanto quanto à escuta dele – salvar não só a pele da criança, mas também, “sua pele psíquica”, é nisso que o papel da unidade para além dos contatos é essencial. (MATHELIN, 1999 p. 26).

Com a entrada da criança na unidade, deve-se fazer um trabalho com os pais, para que possam falar sobre a angústia gerada por esse trauma que representa o encontro com o real, por isso deve haver a possibilidade de uma simbolização para que os pais continuem imaginando seu filho e ele não vire apenas um pedaço de carne que deve ser reanimado pelos médicos. Desta forma aposta-se que esse bebê precisa continuar sendo o filho imaginado deles. (MATHELIN, 1999).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Na maioria das vezes, o que direciona um nascimento prematuro é a invasão, seja por uma decisão médica tomada urgentemente para salvar a vida da mãe e do bebê, seja por um parto provocado brutalmente, sem uma

possibilidade de controlá-lo. Esse filho que nasce no pânico e repentinamente é bruscamente arrancado dessa mãe para os cuidados médicos. E essa interrupção brutal da gravidez dá à mãe um sentimento de irrealidade, ela questiona-se, se esse filho pequeno e frágil realmente saiu do seu ventre. (MATHELIN, 1999)

O parto prematuro ocorre num período essencial de construção para a mãe, no momento em que essa mulher começa a sentir os movimentos do bebê em sua barriga, ou seja, quando esta mãe estava começando a ser reconhecida por ela e pelas pessoas próximas por ser uma mulher grávida, uma futura mãe. Esta mãe, ao sair do serviço de neonatologia, terá que viver com um filho que está vivo graças a outros, um bebê que a feriu narcisicamente e um bebê que mostrou o seu fracasso. (MATHELIN, 1999)

No momento inicial em que a mãe e a família experimentam o parto antes do esperado, a demanda está em quem ocupa a posição de salvar e recuperar o bebê, e não com a demanda de ser escutados em sua dor por um psicólogo. “A demanda é de que a equipe da unidade devolva ao bebê a saúde e a beleza por eles sonhadas.” (VASCONCELLOS, 2018, p.101).

Dessa maneira, trabalho do psicólogo é de extrema importância, afinal ele tem o papel de identificar, junto da família, os sentimentos vividos nessa vivência de um parto prematuro, que muitas vezes apresenta-se como culpa, ansiedade, medo, além de outros que possam surgir durante a internação do bebê. Esse trabalho ocorre por meio de acolhimento aos pais e parentes, para terem a oportunidade de expor seus pensamentos e sentimentos e conseguirem compreender melhor o momento vivenciado, diminuindo suas fantasias e a partir daí, tendo melhores condições psíquicas de ajudar o bebê e a si mesmos. (LAMY FILHO, 2006)

A função do psicólogo junto aos pais é propriamente de garantir a possibilidade de fala. Afinal, pelo discurso eles poderão dar algum sentido à ferida narcísica causada pelo nascimento de um bebê prematuro, e dessa maneira, talvez possibilitar que o tempo de internação desse bebê seja um tempo de simbolização e de implicação desse nascimento. (VASCONCELLOS, 2018)

Vasconcellos (2018) considera que apesar do psicólogo psicanalista só poder intervir diante de uma demanda, no caso dos pais que estão com os filhos na UTI neonatal, essa demanda muitas vezes é silenciada por esse encontro com o real. Dessa maneira, o psicólogo é responsável tanto pela demanda que gera quanto pela que não gera, sendo responsabilidade do profissional tentar colocar em marcha uma demanda por parte dos pais.

REFERÊNCIAS

- AGMAN, M; DRUON, C; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. *In*: WANDERLEY, Daniele de Brito. **Agora eu era o rei**: os entraves da prematuridade. Salvador: ágama, 1999. p. 17-34.
- ANDRADE, Maria Auxiliadora Gomes de. Tornar-se pai, Tornar-se mãe: o processo de parentificação. *In*: CORRÊA FILHO, Laurista; CORRÊA, Maria Elena Girade; FRANÇA, Paulo Sérgio. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos**: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L G.e, 2002. p. 167-187
- ARAGÃO, Regina Orth de. Narcisismo materno e criação do espaço psíquico para o bebê. *In*: ARAGÃO, Regina Orth de. **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 91-101.
- ARRUDA, D.C.; MARCON, S, S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 1 p. 120-128, jan.-mar. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71416115.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. Os Primeiros Dias na UTI Neonatal. *In*: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na uti neonatal. O bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 51-68.
- BYDLOWSKI, Monique. O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. *In*: CORRÊA FILHO, Laurista; CORRÊA, Maria Elena Girade; FRANÇA, Paulo Sérgio. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos**: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L G.E, 2002. p. 205-214.

BYDLOWSKI, Monique; GOLSE, Bernard. Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma vida de objetificação. *In*: CORRÊA FILHO, Laurista; CORRÊA, Maria Elena Girade; FRANÇA, Paulo Sérgio. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos**: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L G.e, 2002. p. 215-220.

DRUON, Catherine. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensivo neonatal. *In*: WANDERLEY, Daniele de Brito. **Agora eu era o rei**: os entraves da prematuridade. 2. ed. Salvador: Ágalma, 1999. p. 35-54.

FREUD, Sigmund. A dissolução do Complexo de Édipo. *In*: FREUD, Sigmund. **O eu e o id, "autobiografia" e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 203-2013. (Obras Completas, v.16)

FREUD, Sigmund. Introdução ao Narcisismo. *In*: FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 10-37. (Obras Completas, v.12)

LAMY FILHO, Fernando. A equipe da UTI Neonatal. *In*: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. **Quando a Vida Começa Diferente**: o bebê e sua família na uti neonatal. O bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 97-106.

MATHELIN, Catherine. **O sorriso da Gioconda**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BONFIM, Olga Luiza; LLERENA JÚNIOR, Juan. Esperando um bebê de risco. *In*: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na uti neonatal. O bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 15-22.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na uti neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SOIFER, Rachel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SZEJER, Myriam. Uma Abordagem Psicanalítica da Gravidez e do Nascimento: a história da gravidez. *In*: CORRÊA FILHO, Laurista; CORRÊA, Maria Elena Girade; FRANÇA, Paulo Sérgio (org.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos**: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê. Brasília: L G.e, 2002. p. 195-201.

VASCONCELLOS, Alcione. **O bebê, o psicanalista e a UTI neonatal**. Vitória: Causa, 2018.

WINNICOTT, D. W.. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZORNIG, Silvia Maria Abu-Jamra. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. **Tempo psicanal.** Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 453-470, jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 set. 2020.

ZORNIG, S. A.; MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. Os tempos da prematuridade. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 4, p. 135-143, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n4/1415-4714-rlpf-7-4-0135.pdf>. Acesso em 06 mar. 2020.