

O IMPACTO EMOCIONAL EM MÃES DE PREMATUROS¹

Thaís Machado Finamore de Lemos²

Hila Martins Campos Faria³

RESUMO:

Este artigo visa refletir acerca do impacto emocional em puérperas de bebês prematuros que necessitam de hospitalização em UTI neonatal. Ao longo do ciclo gravídico, a mulher idealiza um filho perfeito, um parto programado e a alta hospitalar com o seu bebê. Por vezes, esse cenário é rompido brutalmente com um parto prematuro e a mãe vivencia uma ferida narcísica, porque o Real não corresponde ao seu imaginário. As condutas adotadas pela equipe de saúde para salvar o corpo orgânico do bebê, muitas vezes o separa de sua mãe após o nascimento, podendo levar dias para que haja o encontro entre eles. Essa mãe é lançada ao vazio do Real, pois é retirado dela qualquer controle sobre a vida de seu filho(a). Esse cenário é atravessado por sentimentos negativos, já que para a mãe, o parto prematuro remete a ideia de ser inacabado. Os sentimentos de ambiguidade vivenciados pela puérpera somado à condição clínica do neonato, podem levar a fragilidade do vínculo entre mãe-bebê, pois é comum emergirem sentimentos antecipatórios de luto. Nesse sentido, o artigo também busca pensar sobre as práticas psicanalíticas, a fim de possibilitar a essa mãe se reorganizar frente a esse evento traumático e estabelecer um movimento que a vincule ao seu bebê. O presente artigo foi construído a partir de uma revisão bibliográfica narrativa, de natureza qualitativa à luz da psicanálise. Os resultados apontam para a necessidade de buscar estratégias para acolher o sofrimento materno advindo do parto prematuro e para fortalecer o vínculo mãe-bebê.

Palavras-chaves: Sofrimento materno. Parto prematuro. UTI neonatal. Psicanálise.

THE EMOTIONAL IMPACT ON MOTHERS OF PREMATURES BABIES

ABSTRACT:

This article aims to reflect on the emotional impact on puerperium of premature babies who require hospitalization in a neonatal ICU. Throughout the pregnancy cycle, women often idealize a perfect child, a planned delivery, and a hospital discharge with their baby. Sometimes, this scenario is brutally disrupted by a premature birth, causing the mother to experience a narcissistic wound because reality does not match her imagination. The measures taken by the healthcare team to save the baby's organic body often separate the mother after birth, sometimes delaying their meeting by days.

¹Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 24/05/2024 e aprovado, após reformulações, em 24/06/2024.

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

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

This mother is thrust into the emptiness of reality, as any control over her child's life is taken from her. This situation is marked by negative feelings, for the mother, premature birth implies an unfinished process. The ambiguous feelings experienced by the puerperium, combined with the neonate's clinical condition, can weaken the mother-baby bond, as anticipatory feelings of grief often arise. In this context, the article also seeks to explore Psychoanalysis practices that can help the mother reorganize herself in the face of this traumatic event and establish a connection with her baby. This article was constructed from a narrative bibliographic review of a qualitative nature light of Psychoanalysis. The results point to the need to seek strategies to address maternal suffering resulting from premature birth and to consider strategies aimed at strengthening the mother-baby bond.

Keywords: Maternal suffering. Premature birth. Neonatal ICU. Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

Uma gestação, cuja idade gestacional é superior a 37 semanas, é importante não somente para o desenvolvimento orgânico do feto, mas também para a mãe, pois permite, em seu psiquismo, reconhecer o nascituro como ser subjetivado e não apenas como biológico. Diante disso, esse artigo pretende discutir sobre o sofrimento psíquico materno desencadeado pelo parto prematuro e os sentimentos que emergem do contexto hospitalar de UTI neonatal.

A prematuridade é considerada quando o bebê nasce antes de completar 37 semanas de gestação (a idade gestacional é compreendida pelo tempo entre a data da última menstruação e a data do parto). A OMS (Organização Mundial de Saúde), divide a prematuridade em quatro modalidades, sendo elas: prematuro tardio (entre 34 e 36 semanas); moderados (entre 32 a 33 semanas); muito prematuros (entre 28 e 31 semanas) e prematuros extremos (abaixo de 28 semanas) (EBSERH, 2023).

Como forma de prevenção relacionada à saúde materna infantil e/ou diagnóstico precoce de condições adversas relativas à gestação, alguns autores (Zornig; Morsch; Braga, 2004) ressaltam a importância do pré-natal realizado por um médico obstetra e a realização regular de exames obstétricos, como ultrassonografias. Os avanços tecnológicos de exames e estudos da vida intrauterina tiveram efeitos na diminuição da mortalidade infantil e também no prognóstico positivo em relação à sobrevivência dos bebês prematuros.

O nascimento a termo, considerado “normal”, já é recheado de dificuldades e incertezas no que se refere ao cuidado com o recém-nascido e a interação e vinculação entre a tríade mãe, filho e pai/família (Arruda; Marcon, 2007). Quando se trata de um nascimento prematuro, tais dificuldades tornam-se ainda mais intensas. O puerpério também pode ser marcado por inseguranças, medos, sentimentos de solidão e desamparo, pois a mulher tem sua vida completamente modificada. Normalmente o bebê, é cercado de cuidados e atenção e essa mãe se vê lançada em um cenário desconhecido. Na prematuridade, além dos sentimentos de ambiguidades supracitados, soma-se como fator agravante para o psiquismo materno, a retirada imediata do filho após o parto com a justificativa da emergência do serviço de reanimação para cuidar do corpo orgânico daquele bebê.

As mães que acabam de dar à luz, prematuramente ou não, um filho que lhes é imediatamente retirado porque os médicos acham que está em perigo sentem-se inteiramente dominadas por um sentimento de culpa tão violento [...] (Mathelin, 1999, p. 24).

Nestes casos, a puérpera é impedida de pegar seu filho(a) pela primeira vez após o parto. É retirado dela qualquer forma de controle sobre a vida de seu bebê. O serviço de neonatologia, no início, pode dificultar a relação mãe-bebê por impedir o contato do prematuro com a puérpera, que muitas das vezes, só após dias, esse encontro acontecerá. Essa mãe se vê atravessada por sentimentos de culpa, pois pensa que não foi capaz de gestar pelo tempo necessário para um parto saudável.

Pretende-se, ainda, refletir sobre a prática do psicanalista com essas mães de bebês prematuros, o que deve ir ao encontro da necessidade de um suporte ao luto, frente a perda do bebê imaginário, criando um espaço para compreensão dos sentimentos de ambiguidade que podem emergir, “[...] no caso da prematuridade, vida e morte próximas e por demais misturadas se atropelam” (Mathelin, 1999, p. 67). O (a) psicanalista pode ainda facilitar o processo para que a mãe seja capaz de simbolizar o novo Real, inscrever aquele acontecimento para que o bebê possa ocupar um lugar de ideal onde a falicização⁴ (significante do desejo) aconteça, ou seja, o prematuro ser objeto destacável, capturado pelo desejo materno (Laplanche, 1991).

A metodologia utilizada no presente artigo é a revisão bibliográfica narrativa, de natureza qualitativa, que tem por finalidade analisar o impacto no psiquismo

⁴Fálico representante do poder, virilidade, força.

materno do parto prematuro. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir da busca eletrônica de artigos disponibilizados nas bases de dados *Scielo* e *Google* acadêmico a partir dos descritores “prematividade”; “maternidade”; “sofrimento psíquico”; “UTI neonatal”; bem como a leitura de livros textos com fundamentos da psicanálise que baseiam a construção de informações acerca do tema escolhido.

O artigo enfatiza a importância de se refletir sobre a complexidade da subjetividade materna que emerge das mães que são violentadas abruptamente com um parto prematuro e os desafios vivenciados na simbolização da nova realidade que se distancia do Real imaginário idealizado por elas. Faz-se necessário trabalhar junto à equipe de saúde, a fim de corroborar com a criação de práticas que acolham as mães para que elas sejam capazes de superar os desafios de confrontar-se com uma realidade distante da idealizada durante a gestação e, ainda, pensar na prática do profissional da psicanálise no contexto de UTI neonatal como facilitador da relação mãe-bebê.

2 SOFRIMENTO PSÍQUICO MATERNO

Ao longo do ciclo gravídico, a gestante realiza o pré-natal que consiste em consultas regulares com o médico obstetra e exames como: ultrassonografias, eco fetal, exame de sangue, entre outros. Em alguns casos, é dado o diagnóstico de gravidez de risco, devido, por exemplo, a uma insuficiência istmo cervical que é uma condição em que o colo uterino abre prematuramente; assim a gestante pode ter um tempo maior para elaborar a possibilidade do parto antecipado. Já outros eventos como eclampsia (aumento da pressão arterial), descolamento prematuro da placenta, crescimento intrauterino restrito, diabetes gestacional, entre outros que podem incidir no parto prematuro e inesperado, resultam em uma nova realidade para a qual a puérpera não foi preparada.

Durante o período gestacional, é comum a mãe idealizar um bebê perfeito e saudável. É a partir desse imaginário, atravessado pelo narcisismo da mãe, que consiste na satisfação do desejo materno, que o amor objetal é construído (Freud, 1996), “[...] a constituição do bebê imaginário se dá a partir do momento em que a mãe começa a imaginar um bebê durante a gestação, dando ao feto um estatuto de

sujeito [...]” (Carvalho, 2017, p. 16). Contudo, por vezes esse imaginário não corresponde ao real que se apresenta.

Dessa forma, “o narcisismo materno, que dá a mulher a ilusão do poder de produzir um filho perfeito, e que é tão cultivado ao longo da gestação, é duramente confrontado a partir do nascimento, fazendo a mãe sofrer uma ferida narcísica” (Carvalho, 2017, p. 17). Ou seja, a mãe se vê diante da realidade que rompe com o imaginário de que ela poderia gestar um filho perfeito. Ela é brutalmente confrontada com o fato de que não tem controle sobre a sua gestação. Esse cenário, pode desencadear profundo sofrimento, fazendo-a sofrer, portanto, uma ferida no próprio eu.

No decorrer da gestação, a idealização do filho se intensifica. Na maioria dos casos, esse imaginário da mãe constrói a imagem do filho perfeito, porém ao final desse ciclo, como tentativa de elaboração do filho real, há uma diminuição desse imaginário. Carvalho (2017, p. 28) explica que:

De forma a aceitar o bebê real e se vincular a ele, esses pais vão precisar passar por um processo de luto simbólico, sendo que quanto maior for a distância entre o seu bebê real e a representação mental do seu bebê imaginário, provavelmente mais difícil será esse processo de desidealização.

Por isso, destaca-se a importância da realização do pré-natal psicológico (PNP) como modelo de assistência à subjetividade da mulher durante o período gestacional. Ele pode ser uma ferramenta complementar ao pré-natal médico, na medida que proporciona um cuidado à saúde mental materna. Vale lembrar que a gestação é marcada por sentimentos de ambivalência e conflitos, sendo, o objetivo do PNP acolher essas inseguranças e trabalhar de forma preventiva as situações adversas. Conscientizar a gestante que é esperado sentimentos negativos durante e após a gravidez, pode aliviar a culpa materna. Benincasa *et al.* (2019, p. 240) definem o PNP como:

[...] um espaço capaz de prestar auxílio psicoterapêutico o mais cedo possível sobre eventuais crises psíquicas, afim de propor uma gestação saudável, bem como a chegada prazerosa do bebê que está por vir.

Os referidos autores, acima citados, listaram alguns temas importantes para serem trabalhados no ciclo gravídico, tais como: vínculo mãe-bebê; relacionamento conjugal; redes de apoio; ansiedades e medos inerentes a este período; feminilidade;

amamentação; tipos de parto e *baby blues*⁵, depressão e acolhimento. O PNP visa trabalhar de forma preventiva, pois os conflitos acerca dos temas citados tendem a se intensificar após o nascimento do bebê (Benincasa *et al.*, 2019). Durante a gestação existe uma preocupação em relação a esses temas, pois é notório algumas mudanças na rotina da gestante, porém, apenas após o parto, é que esses sentimentos irão ganhar maior intensidade.

O programa de PNP assegura que a gestante tenha participação ativa e consciente dos aspectos que permeiam a gestação e o puerpério por meio do suporte emocional e informacional. Ele ainda favorece o desenvolvimento de mecanismos internos para lidar com eventuais situações adversas que podem emergir. O ciclo gravídico é atravessado por muitas mudanças, portanto, é necessário refletir e ampliar a visão sobre o tornar-se mãe (Benincasa *et al.*, 2019).

Com relação ao período gestacional é importante ressaltar que “[...] todo ciclo gravídico-puerperal é considerado período de risco para o psiquismo devido à intensidade da experiência vivida pela mulher” (Iaconelli, 2005, p. 1). Nesse sentido, o mito da maternidade perfeita, corrobora para aumentar a vivacidade dessas experiências, que, muitas das vezes, são atravessadas pela cobrança que desencadeia o sentimento de culpa.

Vale destacar, que além dos sentimentos conflituosos em relação à gestação (ao bebê), a mulher também passa por outros conflitos relacionados às transformações da filha em mãe, da sua percepção corporal, da sexualidade e maternidade, da sua vida profissional, do ser mãe, entre outros. Ou seja, esses são sentimentos que precisam de uma reorganização psíquica. Portanto, é de extrema importância o manejo de um profissional capacitado para acompanhá-la (Benincasa *et al.*, 2019).

No trauma do parto prematuro, além de desencadear os sentimentos vivenciados no parto a termo, soma-se o fato de a mãe ser separada de seu bebê e ser submetida às regras institucionais da UTI Neonatal, distanciando ainda mais da possibilidade de colocar esse filho como ideal a ser capturado pelo seu desejo. Embora a portaria nº 930 de 10 de maio de 2012 estimule o livre acesso da mãe na

⁵*Baby blues* ou tristeza materna consiste em um estado de humor depressivo, com início após o parto e, de caráter temporário. Refere-se à necessidade de elaboração psíquica frente a transformação da filha em mãe, que impõe a necessidade de administrar internamente a feminilidade e a maternidade (Iaconelli, 2005).

UTI neonatal, até como iniciativa a favorecer o método canguru⁶ (Ministério da Saúde, 2012), esta ainda não é uma realidade nos centros de terapias intensivas porque as instituições defendem a teoria de que os procedimentos invasivos, o contexto de máquinas como marcadores de sinais vitais, respiradores, são prejudiciais à mãe devido à hostilidade.

Apesar de todas as vantagens discutidas na literatura acerca dos benefícios da presença dos pais na UTIN e da legislação pertinente, a liberação das visitas não é um consenso em nossa realidade e os pais ainda são submetidos a horários pré-estabelecidos na rotina hospitalar para ter acesso ao filho internado (Gaíva; Scochi, 2005, p. 445).

Tal preocupação não se estende ao efeito nocivo que é o distanciamento da mãe e do bebê. O estudo realizado por Gaíva e Scochi (2005), evidenciou que os pais não permanecem mais que 3 minutos na primeira visita ao recém-nascido (RN), e que essa situação perdurava até o RN apresentar sinais vitais melhores. Ou seja, o trabalho que deve ser desenvolvido com a mãe é auxiliar que seu filho ocupe o lugar de desejo em seu psiquismo e para isso é imprescindível a relação entre eles. Sendo assim, horários agendados de visita vai na contramão da possibilidade de viabilizar o espaço para criação de vínculo.

Em decorrência da separação imediata do nascituro pela urgência do serviço de reanimação para cuidar do corpo orgânico do bebê, a mãe fará a primeira visita dias depois do parto. É comum atribuir ao neonato o sentimento de ser inacabado devido ao rompimento prematuro da gestação. E o distanciamento imposto à mãe somado à fragilidade do bebê que precisa de intervenções médicas para se manter vivo, faz emergir sentimentos antecipatórios de luto.

O parto prematuro e complicado se revelou contra a natureza de parir, ao envolver a necessidade de condutas emergenciais para tentar evitar a morte do bebê ou da mãe. Assim, da vivência de uma gestação de risco e parto prematuro emergiram os significados e os sentimentos experienciados pelas mulheres ao ter um filho prematuro. Esta realidade desperta um paradoxo de sentimentos, inclusive na família ampliada, especialmente quando o tempo de convivência com as complicações não foi extenso (Arruda; Marcon, 2007, p. 127).

Ou seja, nos casos em que a gravidez de risco é diagnosticada ainda no ciclo gravídico (no pré-natal), a gestante tem tempo para elaborar a possibilidade de um

⁶Método que promove a participação da mãe nos cuidados neonatais e o contato com seu bebê pele a pele. O referido método será melhor explicado adiante.

parto antecipado em decorrência do diagnóstico precoce. Porém, em outros casos, ao final da gestação que era considerada saudável, pode acontecer eventos como eclâmpsia (aumento da pressão arterial), descolamento prematuro da placenta, crescimento intrauterino restrito, diabetes gestacional, entre outros, desencadeando no parto prematuro, dessa forma, mais violento o acontecimento para a mãe. Nesse cenário, ao invés de comemorar a chegada do bebê (nascimento), o sentimento que se instaura é uma sensação de fracasso na mãe por não ter gestado até o final seu filho. Isso dificulta o olhar narcísico e o investimento libidinal⁷, enxergando apenas aquele corpo orgânico (Zornig; Morsch; Braga, 2004).

A situação da prematuridade pode ser muito traumática para a mãe porque há uma descontinuidade temporal devido ao parto antecipado, onde a puérpera é lançada ao Real orgânico do bebê que se distancia completamente das construções imaginárias por ela idealizadas. De tal modo, Mathelin (1999) alerta sobre a importância de se proporcionar um espaço para trabalhar o luto, a perda e a separação do filho ideal para permitir a essa mãe uma nova simbolização. Em outras palavras, “[...] espelho partido, sonho impossível, a ilusão e o sonho deparam com a violência do real e a criança corre bem o risco de ser apenas reduzida a esse puro do real se nada de simbólico vier permitir sua falicização” (Mathelin, 1999, p. 25).

Outro fator agravante que corrobora para a dificuldade de algumas mães reconhecerem como seu filho aquele bebê é o distanciamento imposto a eles após o parto. Deveria ser no encontro que essa mãe e esse filho teriam seus lugares reconhecidos. Assim, Mathelin (1999, p. 67) retrata o sofrimento e o questionamento de uma mãe: “Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que, não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica ‘mãe’?”. Essa mãe é atravessada pela dor do Real que está distante do filho imaginário, somado a sentimentos de angústia, medo e culpa.

Como tentativa de estabelecer o vínculo entre a mãe e o bebê, Aires, Tallamini e Fraporti (2022) descrevem em sua pesquisa sobre o diário como ferramenta terapêutica, visando possibilitar aos pais por meio da escrita, elaborar e ressignificar os sentimentos que emergem do contexto da prematuridade e hospitalização. O instrumento diário, foi utilizado para que os pais escrevessem diariamente sobre a

⁷Energia investida proveniente de “fontes internas que exerce uma pressão contínua e impõe ao aparelho psíquico a tarefa de transformá-la” (Laplanche, 1991, p. 256).

história do bebê, desde a gestação. Alguns genitores, utilizavam como recurso colagem de fotos e/ou desenhos. Escreviam também sobre o boletim de saúde do bebê, como, por exemplo, os sinais vitais, falas das enfermeiras, entre outras vivências.

Para a amostra participante, foi atribuída como positiva essa terapêutica. Além de auxiliar com os sentimentos diversos e ambivalentes vivenciados pelos pais na UTI neonatal, possibilitando a reflexão e o enfrentamento, contemplou também como forma importante para narrativa da história do bebê, que corrobora a parentalidade.

O parto prematuro é considerado um evento traumático para a mãe, pois abre uma ferida narcísica, o que gera culpa por não ter gerado um filho perfeito. Por vezes, pode ser um grande desafio para ela se reorganizar frente ao acontecimento. Portanto, nos casos em que somente a associação livre não é suficiente, caberá ao psicanalista através de ferramentas, como, por exemplo, o diário, que permite ao sujeito se expressar por meio da escrita e/ou imagens o seu mundo interno, buscar estabelecer um movimento que vincule a mãe ao seu bebê. Assim, o profissional poderá promover uma mudança de postura da mãe, no sentido de fazê-la assumir a corresponsabilização do cuidado com o bebê, visando respostas mais efetivas e afetivas às suas demandas (Aires; Tallamini; Fraporti, 2022).

3 CONTEXTO HOSPITALAR E AS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

A necessidade de adaptação da mãe ao contexto hospitalar e a mudança na rotina, que impõem à mulher a necessidade de permanecer por longos períodos na UTI neonatal, longe da sua vida social e familiar, podem levá-la a sentir-se dividida e ambivalente, pois em alguns casos, precisa ficar distante de outros filhos, o que corrobora com seu sofrimento (Zornig; Morsch; Braga, 2004). Além disso, o ambiente da UTI mostra-se como altamente iatrogênico⁸ na medida que gera muitos impactos negativos relacionados ao vínculo mãe-bebê:

A temporalidade frenética de uma UTI neonatal, com barulhos, aparelhos em funcionamento, diversos profissionais em estado de alerta, contribui para o esvanecimento da dimensão subjetiva do bebê, já que sua passividade ao ser colocado como objeto de cuidados da equipe médica e de enfermagem, dificulta a instauração de um circuito pulsional, de uma amarração simbólica

⁸Iatrogenia consiste em um dano psíquico causado pelo ambiente da UTI neonatal.

que permita à mãe se reconhecer como mãe daquele bebê específico (Zornig; Morsch; Braga, 2004, p. 141).

Nesse sentido, foi criado o método canguru com a finalidade de possibilitar um espaço de criação e manutenção de vínculo pelo tempo necessário de internação do neonato:

O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família. O Método promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais (Brasil, 2017, p. 23).

No estudo de Rocha e Chow-Castillo (2020), eles apresentam as três etapas do método mãe canguru (MMC). A primeira tem início no pré-natal de alto risco (primeira etapa); a seguinte encontra-se na permanência na UTI neonatal (segunda etapa); e a última refere-se a alta hospitalar (terceira etapa). Ressalta-se que existem alguns pré-requisitos para a vivência de cada uma dessas fases. Mas vale enfatizar, que o que elas têm em comum é observar o desejo de participar dessa mãe, sendo um dos critérios de elegibilidade para a terceira fase “mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê” (Rocha; Chow-Castillo, 2020, p. 6).

Ainda no estudo de Rocha e Chow-Castillo (2020), eles descrevem os benefícios para mãe e para o neonato desencadeados pelo MMC. São eles: o aumento e o fortalecimento do vínculo; maior interação entre mãe e bebê; ejeção do leite materno que corrobora para o aumento da prática do aleitamento materno; controle térmico e redução da dor neonatal; maior estímulo no desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo; redução do período de internação e de risco de infecção neonatal.

O foco do Ministério da Saúde, ao implementar a prática do MMC é reduzir o tempo de internação e a taxa de mortalidade infantil (Brasil, 2017). Essa preocupação evidencia que os cuidados que suprem somente as necessidades do corpo orgânico não são suficientes, sendo necessário colocar o neonato em lugar de desejo para essa mãe, que antes, era ocupado pelo imaginário do filho perfeito.

Promover o método canguru, é proporcionar a essa mãe espaço para relação entre ela e o bebê, mas vale destacar que esse processo deve ser sereno. Os profissionais envolvidos precisam auxiliar a genitora a demandar essa aproximação

com seu bebê e não partir por uma via de imposição a essa mãe que se encontra fragilizada psiquicamente.

A cartilha do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) descreve ações importantes as quais apontam que a equipe de saúde deve inserir os pais no cuidado e manejo do recém-nascido, como trocar fraldas. O intuito é promover uma aproximação entre os pais e o bebê, além de possibilitar uma nova simbolização e ressignificação do parto e do filho real para a possibilidade da maternagem e inscrição dos significantes, que é o registro no desejo materno (Laplanche, 1991). Mathelin (1999, p. 18) ressalva que:

[...] para além do 'falar com o bebê', hoje difundido, certamente uma iniciativa indispensável que merece ser estimulada, é essa inscrição que é fundamental situar e que permitirá à mãe e ao filho se encontrarem de outra maneira.

Para possibilitar essa inscrição dos significantes, outro fator importante é o apoio emocional destinado a essa mãe. Nesse momento, a figura paterna tem grande importância, pois na prematuridade há uma inversão nos papéis materno e paterno. Isso porque, em um cenário de nascimento a termo, a mãe é quem apresenta ao pai o filho, é ela quem vai permitir a entrada desse pai. Ao contrário, na prematuridade, é necessário o pai apresentar o filho em linguagem para essa mãe. Assim, “[...] a função habitualmente ‘separadora’ do pai está aqui invertida: ele vai tentar fazer com que se encontrem da melhor forma a mãe e o bebê” (Mathelin, 1999, p. 74).

A equipe também precisa dar apoio a essa mãe, se distanciar do mito cultural do amor materno e da maternidade perfeita, e autorizar o sofrimento dessa mãe que pode precisar de tempo para simbolizar aquele filho. Os profissionais da saúde precisam compreender a violência que é o parto prematuro para essas mães e as questões que podem emergir desse acontecimento.

É comum, devido ao parto prematuro, a puérpera enxergar seu bebê como um ser inacabado e isso distanciá-la dele. Portanto, o acolhimento e o respeito são imprescindíveis para o manejo de reaproximação para criação do vínculo mãe-bebê (Arruda; Marcon, 2007). Por mais que o método mãe canguru reflita uma gama de resultados positivos, antes, é preciso compreender o sofrimento da mãe, trabalhar com ela a simbolização do filho real, para então usufruir dos benefícios proporcionados pelo MMC.

O impacto vivido pela família com o nascimento de um filho que necessite de cuidados logo ao nascer, diante do que eles se veem obrigados a fazer o luto

do bebê idealizado antes e durante a gestação, além de terem que percorrer todo um processo adaptativo em relação à doença e suas consequências (Santos, 2016, p. 249).

Cabe ainda ao psicanalista o manejo com a família, em especial com essa mãe, trabalhar o tema morte orgânica e impedir a invasão da morte psíquica. A possibilidade da morte orgânica do bebê, muitas das vezes, antecipa a vivência do luto materno, o que pode ser muito nocivo à relação mãe-bebê e ao recém nascido, pois, a possível falta de investimento da mãe no bebê como resultado deste luto, poderá impactar no desenvolvimento do psiquismo do neonato caso ele sobreviva. Trabalhar a conscientização do quadro de saúde do bebê é de extrema importância, assim como distanciar a mãe das fantasias na tentativa de aproximá-la do real. Sobretudo, o empenho maior, deve estar na direção de evitar a morte psíquica, pois ela impede qualquer tentativa de relação e captura do desejo. Para isso, é necessário recorrer à história, ao discurso dessa mãe. Segundo Mathelin (1999, p. 90):

É, para o analista, essa construção, essa criação incessante em ação que permitirá às famílias e à equipe ouvir com outro ouvido o que se passa para eles no encontro com o bebê. Na ocasião desse momento de corte presentificado pela hospitalização, o nascimento poderá ser simbolizado e uma tentativa de reconstrução da história deles poderá se esboçar.

Zornig, Morsch e Braga (2004, p. 139) também fazem uma reflexão acerca da clínica das intervenções precoce, ressaltando que o trabalho deve ser direcionado para “[...] o acompanhamento simultâneo do psiquismo materno e da interação mãe-bebê, permitindo uma dialética entre a interação fantasmática e a interação do real”. A pesquisa de Pinto, Padovani e Linhares (2009) revelou que há existência de relações entre o tempo de internação do neonato e a quantidade de intercorrências relativas ao vínculo mãe com bebê. Verificou-se que o menor tempo de internação e a menor quantidade de intercorrência na evolução clínica do recém-nascido relacionam-se a uma postura mais próxima da mãe em relação ao seu bebê. Do contrário, maior tempo de internação e um bebê mais grave, tende a resultar em um afastamento dessa mãe.

Essa atitude de se afastar pode representar uma vivência de um luto antecipatório, ou seja, os pais se preparam para um possível óbito do bebê. Esse afastamento pode ser entendido como uma tentativa de diminuir o sofrimento daquela possível perda.

Nesses casos, o psicanalista deve estar atento a fim de evitar uma morte psíquica, pois “[...] a situação é altamente ansiogênica, o bebê responde pouco e a mãe acaba afastando-se para não sofrer; diante disso, há uma restrição de oportunidades de observar, conhecer e vincular-se a ele” (Pinto; Padovani; Linhas, 2009, p. 82). Assim, caberá ao analista, através do manejo, evitar o isolamento materno e criar condições por meio da escuta e técnicas que facilitem o fortalecimento do vínculo da mãe com seu bebê.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de todo ciclo gravídico, a gestante é atravessada por sentimentos conflituosos em relação a chegada do seu bebê e vivenciará transformações em diversas esferas da sua vida, como o próprio tornar-se mãe, a vida profissional, a feminilidade, a sexualidade, entre outros. Assim, destaca-se a importância da realização do pré-natal psicológico que é um modelo de assistência à subjetividade da mulher durante o período gestacional o qual possibilitará conscientizar a mãe sobre os sentimentos negativos que permeiam a gravidez e o pós-parto, além de poder fortalecer a mãe para o enfrentamento dos lutos que a prematuridade impõe e ajudá-la a se adaptar à nova realidade que se apresenta.

A retirada imediata do nascituro para que a equipe médica cuide do seu corpo orgânico, pode dificultar a relação da mãe com seu bebê, pois ela sente-se culpada por ter gerado um ser inacabado e a sobrevivência dele é atribuída totalmente à equipe de médicos e enfermeiros, o que retira da genitora qualquer poder de decisão sobre seu neonato. Diante desse contexto, após analisar o impacto no psiquismo materno em decorrência do parto prematuro, ressalta-se as práticas de manejo do psicanalista e da equipe de saúde envolvida com a mãe com intuito de promover e fortalecer o vínculo entre ela e o seu bebê.

Possibilitar a mãe o espaço de fala é imprescindível para dar suporte ao luto, frente à perda do bebê imaginário e facilitar a simbolização do real que se instaura, a fim de fazê-la assumir a corresponsabilização do cuidado com seu recém-nascido. Porém, o estudo mostrou que somente a associação livre da genitora pode não ser suficiente, pois, em alguns casos, não há demanda. Assim, cabe ao psicanalista tentar gerar demanda para a mãe, recorrendo às técnicas, como, por exemplo, o diário, que

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 6, n. 11, p. 492-507, jul./dez. 2024 – ISSN 2674-9483

ajuda na construção da história e sua ressignificação através da escrita, fotos e/ou desenhos.

Outro método que logra êxito e se faz necessário para aproximar a mãe e seu bebê é o método mãe canguru, que contribui para a redução do tempo de internação e mortalidade infantil. Vale destacar que a implementação desse método, considera uma série de fatores psicológicos associados à mãe, pois a intenção é favorecer o vínculo mãe-bebê e para isso, é necessário o desejo materno de participar.

Ademais, o estudo contribuiu com a reflexão a respeito da complexidade dos sentimentos maternos e o impacto emocional em mães de prematuros. Assim, evidencia-se a importância do entendimento acerca da subjetividade humana pela equipe de saúde para uma prática mais acolhedora e humanizada. E ainda, ressalta a importância do psicanalista no manejo com os envolvidos, em especial, com a mãe, a fim de facilitar o processo de vinculação entre ela e seu bebê.

REFERÊNCIAS

AIRES, Juliana Faligurski; TALLAMINI, Elsa Cristine Zanette; FRAPORTI, Juliane Disegna. “Amor Diário”: um recurso terapêutico no contexto da prematuridade e na construção da parentalidade. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 108-122, jul./dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v25.486>. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/486>. Acesso em: 21 maio 2024.

ARRUDA, Débora Cristina de; MARCON, Sonia Silva. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VRcdp7wzJpNTqHZGjczGdrh/>. Acesso em: 12 nov. 2023.

BENINCASA, Miria; FREITAS, Vívian Brandão de; ROMAGNOLO, Adriana Navarro; JANUARIO, Bruna Setin; HELENO, Maria Geralda Viana. O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 238-257, jan./jun. 2019. ISSN: 1516-0858. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100013. Acesso em: 21 maio 2024.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método canguru – manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 6, n. 11, p. 492-507, jul./dez. 2024 – ISSN 2674-9483**

Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 12 nov. 2023.

CARVALHO, Amanda Moreira de. **O processo de tornar-se mãe no contexto de internação do bebê pré-termo em UTI neonatal**. 2017. 47 f. Monografia (Pós-Graduação em Psicologia)-Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/32599/32599.PDF>. Acesso em: 12 nov. 2023.

EBSERH. Prematuridade – uma questão de saúde pública: como prevenir e cuidar. **GOV.BR**, 23 nov. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrrn/comunicacao/noticias/prematuridade-2013-uma-questao-de-saude-publica-como-prevenir-e-cuidar#:~:text=Um%20relat%C3%B3rio%20divulgado%20em%202023,13%2C4%20milh%C3%B5es%20de%20beb%C3%AAs>. Acesso em: 21 maio 2024.

FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico; Artigos sobre metapsicologia; Outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. XIV).

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 58, n. 4, p. 444–448, jul. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Hr68JggLYn9D3HMZYSY9KtP/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 maio 2024.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**, [S.l.], v. 41, n. 4, p. 1-6, jul./ago. 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1927.pdf>. Acesso em: 21 maio 2024.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da psicanálise: Laplanche e Pontalis**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 21 maio 2024.

PINTO, Ingrid Duarte; PADOVANI, Flávia Helena Pereira; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 75-83, mar. 2009. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100009>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/QZBxSPqxbcbMbtWJK78kWSc/#>. Acesso em: 7 nov. 2023.

ROCHA, Alline Miranda; CHOW-CASTILLO, Leonidas Antônio. Os benefícios do Método Mãe Canguru na UTI neonatal. **Educandi & Civitas**, [S.l.], v. 3, n. 1, jan. 2020. Não paginado. Disponível em:

<https://educandiecivitas.facmed.edu.br/index.php/educandiecivitas/article/download/34/17>. Acesso em: 21 maio 2024.

SANTOS, Liliane Cristina. Psicologia e assistência neonatal: intervenções possíveis e necessárias. *In*: SANTOS, Liliane Cristina; MIRANDA, Eunice Moreira Fernandes; NOGUEIRA, Eder Luiz (Orgs.). **Psicologia, saúde e hospital**: contribuições para a prática profissional. Belo Horizonte: Artesã, 2016. p. 247-263.

ZORNIG, Silvia Abu-Jamra; MORSCH, Denise Streit; BRAGA, Nina Almeida. Os tempos da prematuridade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 135-143, out./dez. 2004. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1415-47142004004009>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/JcHN3dHFzb87hwYMQXpkcKt/>. Acesso em: 12 nov. 2023.