

# **A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro**

**Jacqueline de Oliveira Moreira**

Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP, mestre em Filosofia pela UFMG, professora do Mestrado em Psicologia na PUC/MG e psicóloga clínica.

Rua Congonhas, 161 - São Pedro - Belo Horizonte - MG  
jackdrawin@yahoo.com.br

## **Resumo**

Com o presente texto pretendemos, a partir de um referencial winnicottiano, refletir sobre o problema do nascimento prematuro. O bebê prematuro, ou pré-termo, é aquele que nasce com idade gestacional menor que 37 semanas. Já os que nascem com menos de 28 semanas de gestação apresentam imaturidade extrema. O nascimento prematuro apresenta-se como traumático para a mãe e para o bebê. A mãe prematura pode não estar pronta para assumir o estado particular de "Preocupação Materna Primária". E o bebê, por sua vez, é entregue ao calor da estufa, calor que responde às necessidades fisiológicas, mas não contempla as demandas psíquicas. Temos o objetivo de trazer à tona reflexões sobre os impactos traumáticos do nascimento prematuro na constituição subjetiva do pequeno ser em formação.

## **Palavras-chave**

Nascimento; prematuridade; trauma; angústia; interação mãe-bebê; continuar a ser.



## A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro

O mundo contemporâneo nos lança desafios e convoca nossos frágeis saberes para pensar a realidade. Assistimos, hoje, a um aumento de nascimentos de crianças prematuras, acolhidas em unidades neonatais que se tornam cada vez mais sofisticadas no que diz respeito à aparelhagem técnica.

Nossa observação fenomênica revela o aumento de sintomas na gravidez que levam a partos prematuros. Talvez a cultura pós-moderna, com sua imposição de agilidade, produza nas gestantes sintomas que podemos chamar de fóbicos em relação à gravidez. Em uma cultura de alta exigência profissional, parece-nos difícil que uma gestante possa cultivar sintomas como tontura, desmaios, enjôos. O ritmo alucinante do cotidiano não permite que as mudanças hormonais e físicas se manifestem por meio de uma sintomatologia histórica.

E mais: como um filho pode se integrar a um cotidiano profissional exigente e absorvente? A possibilidade de ter um filho e, assim, de frear as exigências tirânicas do mercado de trabalho pode ser vivenciada com medo – medo de perder no mercado competitivo, de perder o emprego e a disponibilidade totalizante para o mercado capitalista.

Não queremos discutir o estatuto clínico dos sintomas das gestantes; não estamos propondo uma psicologização dos sintomas nem negando sua dimensão orgânica. Apenas queremos salientar que a cultura capitalista, que convoca a todos, em tempo integral, para a venda de sua mão-de-obra, não permite o desenvolvimento de sintomas como enjôos e tonteiras na gravidez. São considerados sintomas “antiprodutivos”. Nosso objetivo, também, não é refletir sobre a relação entre gestante e mercado de trabalho; queremos estudar os impactos, no bebê, de um nascimento prematuro.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), nascem, em todo o mundo, anualmente, 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso; um terço delas morre antes de completar um ano de vida. Como será o futuro das crianças que sobrevivem a um nascimento prematuro? O nascimento prematuro pode ser compreendido como nascimento traumático?

Podemos começar perguntando: a relação entre trauma e nascimento é de possibilidade ou de necessidade? Freud critica a afirmação de Otto Rank de que o nascimento é uma experiência traumática e de que a resolução para a neurose estaria na elaboração desse primeiro trauma. Rank atribui ao suposto trauma do nascimento um valor ontológico. Para Freud, o recém-

nascido não tem condições simbólicas de reconhecer a mãe como objeto para, assim, vivenciar o nascimento como um trauma de separação. Freud (1926) revela que a situação traumática provocada pelo sentimento de falta da mãe difere da situação traumática ocorrida no nascimento, pois ao nascer não há objeto algum e, dessa forma, não haveria falta a ser sentida. Só restaria para o pequeno ser a ansiedade, única reação possível de se manifestar. Concluimos que, para Freud, a experiência de angústia ou de ansiedade não está condicionada a uma relação objetal. A experiência do nascimento teria o estatuto mítico de uma situação de perigo prototípica. Segundo Freud:

o nascimento foi encarado como sendo o protótipo de todas as situações ulteriores de perigo que se apoderam do indivíduo sob as novas condições decorrentes de um modo de vida modificado e um crescente desenvolvimento mental (FREUD, 1926 [1925], p. 186).

Assim, a angústia do nascimento não estaria ligada ao trauma da separação, mas ao encontro doloroso com a verdade do desamparo. A idéia de aproximação entre angústia, trauma e desamparo é bem acolhida, mas a afirmação de que o recém-nascido se encontra em um estado anobjetal é susceptível a críticas. Winnicott revela, em 1940, em debate na Reunião Científica da British Psycho-Analytical, que:

Não existe isso que chamam de bebê. O que quero dizer, naturalmente, é que sempre que vemos um bebê vemos também um cuidado materno, e sem o cuidado materno não haveria bebê (Citado por KHAN, 1958, p. 40).

Desta forma, Winnicott critica a tese freudiana do estado anobjetal no bebê, ainda que o bebê não tenha recurso simbólico para traduzir toda a relação objetal com a mãe; ele só existiria no interior dessa relação e para a mesma.

Winnicott nos apresenta a pergunta inaugural deste texto - sobre a vinculação entre trauma e nascimento: o trauma é fato inerente ao nascimento ou fenômeno variável? Para Greenacre, na reconstrução de Winnicott (1949), o nascimento introduz grande estimulação sensorial, que contribui para a organização de padrões de ansiedade. Esses padrões, por sua vez, inauguram a história das defesas, que podem ser compreendidas, pela lógica freudiana, como arquetípicas. Assim, na compreensão de Winnicott, podemos pensar em três possibilidades de experienciar o nascimento: a primeira, uma experiência normal; a segunda, experiência traumática comum



e a terceira, experiência de nascimento de natureza traumática extrema (WINNICOTT, 1949 A, p. 261-262).

Essa experiência traumática extrema de nascimento introduz o bebê no campo da pura angústia? Mas um recém-nascido possui uma estrutura egóica que permite viver o nascimento traumático como angústia? Talvez o bebê só apresente a angústia ou a ansiedade do trauma do nascimento em momento posterior; o trauma do nascimento seria mantido em latência. Segundo Winnicott, “quando o trauma do nascimento é significativo, cada um dos aspectos da intrusão e da reação é entalhado na memória do indivíduo” (WINNICOTT, 1949 A, p. 265).

O processo aconteceria da seguinte forma: o que poderia ser visto como o “início do eu” é periodicamente interrompido por fases de reação a intrusões e, assim, o “eu começaria a incluir na memória” esses períodos traumáticos (WINNICOTT, 1949 A, p. 274). Esse excesso na intrusão parece-nos dificultar a construção da noção de tempo, pois o ritmo necessário para perceber o fluir do tempo é quebrado pela invasão, elevando o trauma e a dor ao estatuto da eternidade.

Segundo Santo Agostinho, “na eternidade tudo é presente, ao passo que o tempo nunca é todo presente” (SANTO AGOSTINHO, 397/401, conf. XI, 11, 216). Pensamos que o bebê que vivencia um excesso de intrusão, um elevando potencial traumático, pode não inscrever essa experiência no fluir do tempo e alojá-la na dimensão da eternidade e, assim, fechar-se e conhecer apenas a dor, traduzida pela apatia ou pelo grito. Talvez a segunda opção apresente prognóstico melhor, pois o grito pode quebrar o silêncio mórbido da eternidade por meio da ação que convoca o outro. O grito movimentava o mundo interno e o externo com mais sucesso do que a apatia.

Segundo Gabbi Jr. (1995, p. 199), temos três termos implicados na inervação lingüística motora denominada grito. No nível orgânico, temos a sensação corporal do grito, pois ele representa uma alteração interna decorrente do enchimento do neurônio. Na instância psíquica, o grito é útil como dispositivo que aciona o processo de memória, retendo a imagem da lembrança desprazerosa. Por fim, podemos considerar o grito como “palavra”: o outro percebe o grito como um índice do estado de carência do *infans*. Essa última consideração aponta para o universo da linguagem e para a problemática ética. Assim, o grito, além de acionar o dispositivo de memória, aciona também o outro.

Mas nem todo nascimento é traumático, se a mãe, ou quem exerça essa função, estiver pronta para fazer uma adaptação ativa e se dedicar ao bebê. A cadência rítmica do continuar a ser do bebê, que sofreu aumento de intensidade por causa do parto, pode ser retomada, e a oscilação pode voltar para um ritmo que possibilite o crescimento. A experiência do nascimento introduz uma carga intensa de energia que invade o bebê e pode desestabilizar o ritmo temporal construído na experiência da gestação, na experiência a dois em um só corpo. A mãe pode mitigar essa descontinuidade temporal através dos cuidados e da devoção ao bebê. Quando a mãe aconchega o bebê em seu seio, oferece-lhe um tipo de contato que institui o laço familiar. Assim, restitui-se o compasso quebrado pelo nascimento.

Segundo Winnicott, “a saúde mental do indivíduo é fundada pela mãe, que, por dedicar-se ao seu bebê, pode adaptar-se ativamente a ele” (WINNICOTT, 1949 A, p. 271). Mas, quando o continuar a ser do bebê é interrompido bruscamente por um nascimento prematuro e as intrusões se prolongam, por meses, na ausência dos cuidados dos familiares, o trauma se instaura.

O bebê prematuro ou pré-termo nasce com a idade gestacional menor que 37 semanas, e os que nascem com menos de 28 semanas de gestação são considerados bebês com imaturidade extrema. O nascimento prematuro é um trauma para o bebê e para a mãe. A mãe precisa elaborar a distância entre o bebê imaginário e o real. Este parece frágil, muito pequeno, não apresenta no rosto traços que possibilitam a percepção da unidade familiar. É diferente do bebê imaginário saudável, gordinho, com os olhos da mãe e o rosto do pai. A mãe, na maioria das vezes, não pode acolher, no colo, seu filho.

Os conflitos presentes na situação de assumir a maternidade e a paternidade podem ser intensificados; os pais atualizam suas imagens inconscientes do bebê fantasmático, ou seja, do bebê arcaico, interior, que os acompanham desde a tenra infância. A mãe prematura pode não estar pronta para assumir o estado particular de “Preocupação Materna Primária”. Segundo Winnicott (1956), “a mãe, no início mesmo da vida do bebê, deve alcançar um estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença” (WINNICOTT, 1956, p. 401); ela deve adoecer-se por seu filho. A mãe deve ter saúde suficiente para desenvolver esse estado de doença/enamoramento e para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera.

Essa devoção ou adoecimento da mãe pelo bebê é crucial no desenvolvimento do pequeno ser. “Muitas mulheres são com certeza boas mães, mas



não têm a capacidade de contrair essa doença normal” (WINNICOTT, 1956, p. 401). Talvez esse seja o caso da mãe do prematuro. A situação de fragilidade do bebê e o estado de angústia livre podem conduzir a mãe a uma “fuga para a sanidade”, ou seja, a um distanciamento desse bebê que ela não sabe se vai viver.

Assim, a cena da angústia dos pais é constituída em torno do bebê real, que não coincide com a do bebê imaginário. Tal vivência traz as marcas do bebê arcaico da mãe e do pai e, por vezes, a dificuldade da mãe em assumir o estado de Preocupação Materna Primária. Não sabemos que segredos os pais guardam em torno da idéia de bebê e também desconhecemos o bebê imaginário dos pais. Talvez trabalhar a distância entre o bebê real e o imaginário seja mais fácil do que trabalhar os conteúdos inconscientes sobre o bebê fantasmático. Desconhecemos, *a priori*, os fantasmas que podem ser atualizados na experiência concreta de cada pai e de cada mãe de uma criança prematura.

O nascimento de um filho reatualiza diferentes conflitos, mas a possibilidade de se dedicar a ele cria espaço para elaboração desses conflitos. No caso do nascimento prematuro, a distância entre os pais e o filho, acentuada pelo ambiente das unidades neonatais, excessivamente equipadas por aparelhagem técnica, dificulta a adaptação ativa ao filho. A mãe e o pai de bebês com prematuridade extrema ou com alguma complicação só podem ver o filho através das paredes da estufa, sem poder aconchegá-lo no colo e, assim, conter a dor de ambos com o calor do amor.

Segundo Zornig, “a vertente traumática do parto prematuro se relaciona a uma descontinuidade prolongada que deixa o bebê à mercê de seu próprio excesso pulsional” (ZORNIG, 2001, p. 131). Poderíamos dizer que a mãe vive o trauma da angústia da separação abrupta. O bebê é entregue ao calor da estufa, calor que responde às necessidades fisiológicas, mas não contempla as demandas psíquicas. A estufa não envolve o bebê em contornos próximos. O colo dos pais, além de criar laços familiares e aquecer o bebê, é responsável por iniciar o processo de percepção dos limites do corpo no atrito caloroso com outro corpo familiar. Sem o colo, o bebê na estufa está entregue ao seu excesso pulsional; não existe a contenção calorosa do colo materno. O Ministério da Saúde aponta para a função psicológica da pele por meio da idéia de *holding*. “O *holding* significa que a mãe, o pai ou seu substituto segura seu bebê mas também o retém, o

contém, o sustém, etc. Trata-se de uma relação direta entre estes e seu bebê” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, 56).

Na unidade neonatal, na maioria das vezes, a relação dos pais com o bebê é restrita ao olhar, ao contato sem interação. No entanto, essa forma de contato também é decisiva na construção do vínculo parental, pois, nesse momento, os pais podem admirar e narcisar seu bebê. Assim, não podemos negar que existem possibilidades, além do contato pele a pele, de os pais inscreverem o bebê no seu circuito pulsional, mas para o bebê as possibilidades são menores. O bebê experimenta um estado de angústia impensável, no qual tudo acontece pela primeira vez.

Se a mãe pudesse acolher o bebê nos braços, poderia protegê-lo do contato contínuo e freqüente com a angústia, “propiciando-lhe uma linha de vida, um continuar a existir onde (*sic*) rupturas não excedem à capacidade do bebê de abarcá-las” (PACHECO, 1997, p. 22). A mãe que segura o bebê pode apresentar-lhe fragmentos simplificados do mundo, dosando a angústia de existir. O bebê que encontra acolhida na estufa pode mergulhar na dor excessiva da angústia primitiva.

A experiência fisiológica da estufa é calorosa, mas o espaço excedente distancia o encontro prazeroso do bebê com sua própria pele. O bebê percebe seu corpo, suas zonas erógenas, por meio da fincada da agulha, da sonda que invade sua cavidade oral, dos conectores que sinalizam as funções vitais. Essas experiências traumáticas, inscritas nos traços de memória da dor, possivelmente aparecerão no futuro sob a forma de sintomas. Será que essa experiência desprazível em relação à oralidade pode provocar distúrbios alimentares? E a experiência de um corpo furado por agulhas pode surgir no futuro como pânico de se machucar? Como essas experiências se inscrevem no circuito pulsional? Como trabalhar a economia da pulsão de um nascimento prematuro?

O nascimento prematuro em si é traumático, e esse trauma é reatualizado pela rotina do CTI. As unidades neonatais, em sua maioria, são ambientes que apresentam infra-estrutura de alto nível tecnológico, com equipamentos sofisticados, do ponto de vista técnico, mas pouco espaço para projetos de humanização. Segundo França, o bebê prematuro “é privado de três aspectos fundamentais para seu desenvolvimento: o útero materno, a interação afetiva com os pais e o meio familiar”. Essas três privações são decisivas na constituição de uma experiência traumática, pois essa vivência por que passam o



bebê e seus pais quebra o continuar a ser do pequeno indivíduo. Acrescentem-se, ainda, à questão, os procedimentos intrusivos e dolorosos.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), na fase mais crítica, um bebê é manuseado aproximadamente "134 vezes em 24 horas" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, 119). Os procedimentos incluem coletas de sangue, intubação, exposição ao raio X, punções lombares e do calcanhar, aspirações das vias aéreas, introdução de sondas e administração de medicamentos que, segundo França, elevam o nível de cortisol. Shore (citando o MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, 107) enfatiza que essa substância afeta o metabolismo, o sistema imunológico e o desenvolvimento cerebral do bebê. Cunha revela que crianças que apresentam níveis elevados de cortisol cronicamente são mais suscetíveis a apresentar atraso no desenvolvimento motor, cognitivo e social do que outras crianças (citado por França, 2004, p. 15).

França acrescenta que os bebês pré-termos têm menor capacidade de inibir dores devido à imaturidade cerebral, o que torna os procedimentos médicos mais traumáticos. As intervenções não são programadas e nenhum trabalho é feito com o bebê na tentativa de prepará-lo para as intrusões. Os cuidadores manuseiam os bebês, muitas vezes, sem voltar a atenção para eles; executam os procedimentos com precisão técnica, mas sem atenção humana dialógica.

Muitas vezes, o choro do bebê não atua como modo de comunicação que convoca o outro na totalidade de sua pessoa; convoca apenas o técnico. França revela, citando Cunha, que os cuidados das UTIs neonatais "podem representar uma ameaça ao desenvolvimento neuro-fisiológico e psicossocial" e, conseqüentemente, produzir alterações psíquicas na infância e na vida adulta, como baixa auto-estima, insegurança, medos e dificuldades no relacionamento interpessoal (FRANÇA, 2004, p. 23).

A teoria freudiana aponta para a importância do choro no processo de constituição subjetiva. Freud (1895) revela que o choro e o grito representam uma tentativa do aparelho psíquico de esvaziar os neurônios, cheios pela situação de desprazer, mas tais ações adquirem função secundária na comunicação. O grito, o choro e a agitação motora são, na verdade, expressões do princípio de inércia neurônica; representam uma tentativa do próprio aparelho energético de se livrar do aumento de energia, de escoar a energia que preenche os neurônios nucleares e, assim, livrar-se do desprazer.

Mas o aparelho psíquico não pode ser tratado como uma máquina, ainda



que o modelo seja o da física energética. O princípio de inércia não é totalmente adequado para compreender os processos internos do aparelho psíquico. As alterações internas não são suficientes para reduzir a tensão; as urgências da vida exigem ação específica. O recém-nascido é incapaz, por si mesmo, de produzir a ação específica, devido a sua incapacidade motora e simbólica. O recém-nascido não possui equipamento motor para realizar uma ação tão complexa como a alimentação, nem maturidade neurológica e motora para se movimentar em direção ao alimento.

Além disso, o recém-nascido possui uma sensação vaga e indefinida do mal-estar; faltam-lhe os recursos simbólicos necessários para traduzir e identificar tal sensação. A incapacidade de traduzir, de significar, e a imaturidade motora colocam o *infans* em situação de desamparo, tornando, pois, essencial e indispensável a intervenção do outro.

Apesar de o termo alemão para desamparo ser *Hilflosigkeit* – que pode ser decomposto em três partes: *hilfe* significa socorro, *los* pode ser definido por sem, *keit* é uma terminação substantivadora – e, nesse sentido, podemos traduzi-lo por “insocorribilidade”, apostamos na possibilidade do encontro com uma dimensão humana de “socorribilidade”, ainda que, em nível ontológico, a condição humana seja de “insocorribilidade”. Em sua segunda teoria sobre a angústia, Freud difundiu a idéia de angústia originária (*Urangst*), que pode ser assimilada à idéia de desamparo. Devido à imaturidade biológica do ser humano, o nascimento é vivido como experiência de desamparo (*Hilflosigkeit*). Freud revela:

O fator biológico é o longo período de tempo durante o qual o jovem da espécie humana está em condições de desamparo e dependência. Sua existência intra-uterina parece ser curta em comparação com a maior parte dos animais, sendo lançado ao mundo num estado menos acabado. [...] os perigos do mundo externo têm maior importância para ele, de modo que o valor do objeto que pode somente protegê-lo contra eles e tomar o lugar da sua antiga vida intra-uterina é enormemente aumentado. O fator biológico, então, estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanhará a criança durante o resto de sua vida (*grifos nossos*) (FREUD, 1926 [1925], p. 179).

A situação de prematuridade anuncia uma experiência de angústia ao bebê, acrescentando ao desamparo ontológico uma dimensão clínica, objetiva. O prematuro é ontologicamente desamparado e, desse modo, é funda-

mental a presença constitutiva do outro. A angústia originária de desamparo é traduzida, no tempo, como angústia de separação. Assim, encontramos crianças que tiveram história de nascimento prematuro com muito medo da separação momentânea das pessoas.

É interessante observar que crianças com histórico de prematuridade demonstram medo de ficar sozinhas, mesmo que haja alguém por perto. Será que elas têm medo de que seu grito, seu chamado, não seja ouvido pelo outro, que ela não vê presente no lugar em que se encontra? Pois o grito e o choro, que, a princípio, representavam respostas internas que objetivavam a eliminação do *quantum* energético, transformaram-se em meios de comunicação.

Segundo Lévinas, a primeira experiência do ser está situada no nível da passividade. "O sujeito encontra-se assim, diante, da exterioridade a qual está entregue", e essa entrega determina seu curso, mesmo antes da afirmação identitária (LÉVINAS, 1957, 77). O encontro com o outro é decisivo para a produção identitária. Assim, quando o 'continuar a ser' pessoal do indivíduo é interrompido por reações a intrusões prolongadas, instaura-se um trauma que pode produzir efeitos desestabilizadores temporários na identidade que está em processo de formação. Podemos pensar que o nascimento traumático pode produzir efeitos de "des-ser".

Segundo Winnicott, a "organização egóica extremamente imatura do bebê é obrigada a lidar com um ambiente que insiste em ser importante e, assim, faz o mesmo reagir sendo empurrado para fora do estado de 'ser' e, ao reagir, o bebê não está sendo" (WINNICOTT, 1949 A, p. 267). Para Winnicott, o processo de constituição do ser é desdobrado em estágios que se inicia na solidão essencial, que apresenta uma dependência absoluta, passa pelos estágios de dependência relativa (o estágio de desilusão e de início dos processos mentais, a transicionalidade, o uso do objeto, estágio do eu sou) até os estágios de rumo à independência. Na concepção desse autor, a criança produzirá uma relação saudável com a realidade externa se for possível para ela viver o mundo intermediário da fantasia, sem a intromissão excessiva da realidade externa. Se a realidade externa insistir em ser mais importante e não respeitar o processo de constituição do ser, que passa pelo uso pleno da imaginação criativa, exigindo do pequeno ser respostas prontamente adaptadas, o futuro indivíduo se fecha no isolamento, interrompendo a dinâmica do continuar a ser. O corte no fio da continuidade rítmica do eu aparece devido às repetidas fases de reação prolongada à intrusão ambiental. Desta forma, um sentimento

extremo de insegurança irá se apossar do bebê. Winnicott revela:

O trauma do nascimento rompe o 'continuar a ser' do bebê, e quando essa ruptura é significativa, os detalhes das sensações provocadas pelas intrusões e também das reações do bebê a elas tornam-se fatores adversos ao desenvolvimento do ego (WINNICOTT, 1949 A, p. 271).

Assim, um ego fragilizado apresenta dificuldades para decodificar os sinais de perigo e considera tudo perigoso, revelando, pois, um grau de forte insegurança, ou simplesmente não reage, pois a identidade está comprometida. É fundamental a maneira como a equipe médica irá acolher esse continuar a ser traumatizado. A equipe não pode entender o choro apenas como reação fisiológica, nem desconsiderá-lo diante da necessidade de se realizar procedimentos técnicos, nem buscar a sedação do bebê por não suportar o choro.

Muitas vezes, a equipe aproveita o momento do choro para realizar procedimentos intrusivos, como coleta de sangue e introdução de sonda. Responder ao apelo do bebê é decisivo para sua constituição psíquica; não podemos negligenciar o choro, assim como não podemos responder ao choro para calar uma ansiedade em nós, pois esse procedimento pode impossibilitar o nascimento do sujeito. É necessário criar espaço para esse crescimento. Muitas vezes, os cuidados dispensados representam formas de fazer cessar o grito para nos proteger da voz que grita, sobretudo daquela que grita em nós e revela nossa fragilidade.

Segundo Vasse (1999), a multiplicidade de cuidados que a mãe dedica ao filho que chora, ou que a enfermeira dispensa ao doente que se queixa, pode tornar-se uma espécie de álibi, cientificamente organizado e socialmente instituído, para silenciar a dor que faz nascer o sujeito. Assim, a experiência do choro é fundamental no processo de constituição subjetiva, mas faz-se necessário dialetizar o encontro com essa demanda, pois a resposta imediata e irrefletida não deixa o sujeito nascer. Por outro lado, a não resposta anuncia a morte. Podemos dizer, utilizando linguagem médica, que toda forma de estresse para o bebê "aumenta os níveis de cortisol, que, por sua vez, podem causar danos aos sistemas metabólico e imunológico e ao cérebro do bebê" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 53).

Devemos considerar que a dor representa uma das modalidades de relação com o outro. A presença do outro como aquele que responde ao desamparo, que socorre mediante o grito, aparece como uma das modali-

dades de relação com o outro. A experiência da dor é definida, no “projeto para uma psicologia científica”, como irrupção de grande quantidade de energia, em consequência do fracasso do sistema protetor, e os “neurônios”, elementos que supostamente constituem o “aparelho psíquico”, são os alvos desse ataque avassalador.

Parece que essa irrupção abre uma fenda no psiquismo, possibilita grande perda de excitação e causa empobrecimento, ferida ou trauma psíquico. Podemos pensar que a ferida interna permite o livre escoamento de energia, uma descarga pulsional intensa, que se associa à idéia de pulsão sem representação. Esse movimento de raciocínio nos coloca na direção da angústia e do conceito de pulsão de morte. A vivência de sofrimento, ou traumática, na perspectiva de Winnicott, provoca quebra no ritmo do continuar a ser. O sofrimento seria uma experiência de ruptura no mesmo; uma fenda no tempo, uma crise no interior da identidade, que inscreve no corpo e no psiquismo a dimensão da alteridade.

Mas, quando essa identidade ainda é só um projeto, a experiência traumática pode revelar sua face mortífera e enviar o projeto de eu ao isolamento. O ritmo do continuar a ser, que se apresentava na unidade mãe-bebê, deve ser reinstaurado. Para Winnicott, “o ambiente perfeito é aquele que se adapta ativamente às necessidades do recém-criado psicossoma” (WINNICOTT, 1949 B, p. 334). Um ambiente é ruim porque, ao deixar de adaptar-se, transforma-se numa intrusão à qual o psicossoma (ou seja, o bebê) terá de reagir (WINNICOTT, 1949 B, p. 334).

A mãe devotada comum é suficientemente boa. Se assim for, o bebê saberá lidar com suas falhas por meio da atividade mental (WINNICOTT, 1949 B, p. 335). A continuidade do ser, necessária ao psicossoma em desenvolvimento (com relacionamentos internos e externos), é perturbada pelas reações às intrusões ambientais, ou seja, às falhas do ambiente em relação à adaptação ativa (WINNICOTT, 1949 B, p. 337).

Para Winnicott, o isolamento primário é quebrado no encontro com o ambiente. Esse encontro é decisivo para o desenvolvimento do psicossoma, que se movimenta para descobrir o ambiente e daí relaciona-se com ele. Mas, se o isolamento primário foi quebrado por uma ação intrusiva, essa ação provocará uma reação, que é a volta ao isolamento e o fechamento para o ambiente (WINNICOTT, 1952, p. 309).

O Ministério da Saúde (2002) aponta três modalidades de defesa que

aparecem no bebê pré-termo. O fechamento sobre si mesmo, também chamado de hibernação mental, que aparece como perigosa forma de defesa em que o bebê não responde facilmente nem a estímulos agradáveis como a voz de sua mãe. Às vezes, o bebê pode utilizar o sono como forma de defesa, quando este aparece como recusa ao contato. Por fim, temos a fixação adesiva do olhar. As três modalidades de defesa apontadas pelo Ministério da Saúde confirmam a tese winnicottiniana do fechamento do psicossoma frente a um ambiente intrusivo, que perturba o continuar a ser do bebê. O bebê prematuro precisa ter seu desenvolvimento afetivo preservado. Assim, é fundamental que a equipe colabore na constituição do sentimento de competência da mãe, ou seja, para que a mãe possa desenvolver o estado de Preocupação Materna Primária.

Em muitas unidades neonatais, o acesso da mãe é livre durante o dia, mas nem sempre se observa sua presença de forma tão constante; no período noturno, não há possibilidade de sua permanência. Assim, é durante algumas horas do dia que o prematuro pode sentir a mãe interagir com ele, geralmente de forma limitada, pois não raro os bebês estão na incubadora, sedados, em uso de oxigênio ou em fototerapia (banho de luz) e não podem ser carregados nem amamentados.

Acreditamos que os traumas do nascimento prematuro e da hospitalização na unidade neonatal podem perturbar o processo de constituição psíquica do bebê, mas essas perturbações podem ser minimizadas pela atuação da mãe devotada. A mãe suficientemente boa, encarnada pela mãe biológica, pela equipe de enfermagem e pelas outras pessoas que fazem parte do cotidiano da criança hospitalizada, pode criar um ambiente que se adapte às necessidades do recém-criado psicossoma e produzir condições para a elaboração futura do trauma.

Não estamos defendendo a idéia utópica de neutralização de todos os traumas de um nascimento prematuro, apenas levantamos a possibilidade de se criar um ambiente mais saudável para que o pequeno ser, que viveu uma interrupção no seu continuar a ser e foi invadido por um excesso pulsional de difícil decodificação, possa elaborar uma parcela desse trauma e se constituir como sujeito, apesar de sua história de dor. Precisamos oferecer-lhe a saúde do tempo, da ritmização, que possa permitir o nascimento do sujeito humano.

## Referências

FRANÇA, Ariadne. *O desamparo do bebê prematuro de risco na unidade neonatal: implicações psico-afetivas*. Monografia (Especialização em Psicologia da Saúde) – PUC/MG, Unidade Betim, 2004.

FREUD, Sigmund. (1950 [1895]) Projeto para uma psicologia científica. In: \_\_\_\_\_. *Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 387-547. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, I).

FREUD, Sigmund (1926 [1925]) Inibição, sintoma e ansiedade. In: \_\_\_\_\_. *Um estudo autobiográfico, Inibição, sintoma e ansiedade, A questão da análise Leiga e Outros trabalhos*. Rio de Janeiro, Imago, 1974. p. 95-201. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XX).

GABBI JR, Osmyr F. *Notas críticas sobre ENTWURF EINER PSYCHOLOGIE*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

KHAN, Masud R. (1958). Introdução. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago, 2000. p. 11-54.

LÉVINAS, Emmanuel (1957). Lévy-Bruhl e a filosofia contemporânea. In: *Entre nós – ensaios sobre a alteridade*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 66-83.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Manual do método mãe canguru. Brasília, 2002.

PACHECO, Márcio Cotta. O sonhar e a constituição do espaço onírico. *Reverso* (Círculo Psicanalítico de Minas Gerais), n. 44, novembro, p. 18-31, 1997.

SANTO AGOSTINHO (397/401): Confissões - Livro XI (O homem e o tempo). In: *Os pensadores (col)*. São Paulo: Abril Cultural, 1984. p. 207-231.

VASSE, Denis. *O peso do real do sofrimento*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

ZORNIG, Sílvia Abu-Jamra. Prematuridade e trauma: questões sobre

constituição do sujeito. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 129-152, 2001.

WINNICOTT, Donald. W. (1949A). Memória do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: *Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 254-276.

WINNICOTT, Donald. W. (1949B). A mente e sua relação com o psicossoma. In: *Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 332-346.

\_\_\_\_\_. (1952): Psicose e cuidados maternos. In: *Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 305-315.

\_\_\_\_\_. (1956). A preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

## The disruption of *going on being*: the trauma of premature birth

### Abstract

The present text aims to reflect upon the problem of premature birth from Winnicott's point of view. A premature or pre-term baby is the one who is born before thirty-seven weeks of gestation, and the *extreme immaturity* appears on those whose gestational age is less than twenty-eight weeks. The birth of a premature child is traumatic both for the mother and the baby. The premature mother may not be ready to stand the particular condition of "Primary Maternal Preoccupation". The baby is sent to the warmth of the incubator, which satisfies his physiological necessities, but not his psychic demands. We intend to reflect upon the traumatic impacts of the premature birth in the subjective constitution of the small being in development.

### Key words

Birth; premature; trauma; anguish; mother-child interaction; going on being.

Artigo recebido em: 1/12/2006

Aprovado para publicação em: 5/12/2006