

## Representações maternas acerca do nascimento prematuro

### *The maternal representations about a premature baby*

Rafaela Paula Marciano<sup>1</sup>

Hospital e Maternidade Dona Íris, Goiânia, GO, Brasil

#### RESUMO

O nascimento marcado pela urgência ocorre concomitantemente com o risco de morte, doença e/ou deficiência, podendo desdobrar-se em uma incerteza insuportável. O nascimento de risco marca apenas o início de um longo procedimento médico-tecnológico que vai manter em suspenso a definição de vida e de morte para aquele bebê. Esse evento potencialmente traumático pode trazer prejuízos para a maternidade, afetando a relação mãe-bebê e o processo de constituição psíquica da criança. O objetivo dessa pesquisa foi investigar as representações maternas acerca do nascimento prematuro, por meio de um estudo qualitativo, fundamentado na Psicanálise. Foram realizadas 15 entrevistas semi-estruturadas com as mães de bebês prematuros durante a internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e mostraram que o nascimento prematuro é uma desconstrução da imagem do bebê imaginário da gravidez e afeta a sustentação da função materna. Os resultados mostraram a necessidade de um espaço de escuta para os pais para auxiliá-los na elaboração do luto do bebê imaginário, resgatando a competência da função materna e a sustentação de um lugar simbólico para o bebê advir como sujeito.

**Palavras-chave:** prematuridade; representações maternas; vínculo mãe-bebê.

#### ABSTRACT

The birth marked by urgency happens concurrently with the risk of death, illness and/or disability, and can unfold in an intolerable uncertainty. The birth of risk marks only the beginning of a long medical and technological proceeding that will put on hold the definition of life and death for that baby. This potentially traumatic event can bring damage in maternity, affecting the mother-child relationship and the child's psychic constitution process. The

---

<sup>1</sup> Estudante do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde – Recife – Pernambuco – E-mail: barbosarmm@gmail.com

objective of this research was to investigate the maternal representations of premature birth, through a qualitative study, based on psychoanalysis. 15 semi-structured interviews were conducted with mothers of premature babies during hospitalization of the child in the Neonatal Intensive Care Unit. The data were subjected to content analysis and showed that preterm birth is a deconstruction of the image of the imaginary baby of pregnancy and affects the sustention of the maternal function. The results showed the necessity for a listening space for parents to assist them in the preparation of the imaginary baby mourning, rescuing the competence of the maternal function and the sustention of a symbolic place for the baby to come as a subject.

**Keywords:** prematurity; maternal representations; mother-baby bond.

## Introdução

O presente artigo teve como objetivo investigar as representações maternas acerca do nascimento de um bebê prematuro e a formação do vínculo entre eles.

O nascimento de um bebê prematuro é um evento traumático na vida da mulher, podendo ultrapassar a capacidade de responder adequadamente à situação e provocar efeitos patológicos duradouros. A prematuridade se apresenta como uma desconstrução da maternidade idealizada, colocando-a em suspenso, já que o bebê idealizado da gravidez não corresponde ao bebê pequeno e frágil da incubadora (Agman, Druon & Frichet, 1999).

A distância entre o bebê real e o bebê imaginário da gravidez é vivenciada por todas as mulheres, porém de maneira mais dramática pelos pais de prematuros, pois toda a fragilidade do bebê destrói a imagem do belo filho saudável (Druon, 1999). Diante do bebê prematuro, os pais devem suportar uma ferida narcísica. A mãe tem dificuldade em estabelecer um vínculo com um bebê que a lembra do fracasso por não conseguir levar a gravidez a termo (Agman, Druon e Frichet, 1999; Mathelin, 1999). Sobre esse aspecto, Spitz (1979/2013) pontua que o vínculo com um "bebê decepcionante" só pode se desenvolver se os pais conseguirem curar a própria ferida narcísica de sua imagem.

Na UTI neonatal, geralmente, os pais encontram-se impossibilitados de exercerem a função materna e paterna devido à barreira física que a unidade impõe. Há um vazio de palavras e frases, aparentemente desconexas, devido à

surpresa do nascimento prematuro. Frente a este episódio, as referências maternas podem vacilar e a mulher se sentir incapaz de oferecer ao bebê os cuidados necessários para sua sobrevivência. É importante e até mesmo vital para a futura relação entre mãe e bebê, respeitar essa incapacidade materna temporária, ocasionada pela irrupção da prematuridade e pela destruição da fase de preocupação materna primária<sup>2</sup> (Jerusalinsky, 2000; Weil-Halpernm, 2002).

Todo bebê humano precisa do Outro para sobreviver, ou seja, precisa de investimento afetivo e de um lugar na economia psíquica deste Outro (Baltazar, Gomes e Cardoso, 2010). Se a mãe não investe libidinalmente em seu filho, o bebê não tem referência para sobreviver e se constituir como sujeito, pois é o projeto desejante para a criança que a torna viva. Antes de nascer, o bebê já é esperado pelos seus pais. Geralmente, há um enxoval preparado para ele, há os planos dos pais para esse bebê, a escolha do nome, a preparação do quatinho. Quando o bebê nascer, ele encontrará uma organização cultural e simbólica pronta a sua espera. O parto prematuro, porém, interrompe esse momento, pois ocorre quando a mulher mal começou a sentir os movimentos do bebê, a construir uma imagem do seu filho e a preparar o ambiente para o seu nascimento (Bernardino, 2008).

No nascimento prematuro, a mulher vivencia a chamada gravidez de barriga vazia e colo vazio; é a estranheza de estar em uma maternidade sem o seu bebê. Com o nascimento de urgência, a mulher perceberá que a maternidade não é um conto de fadas (Mathelin, 1999; Zen & Motta, 2008). Diante desse bebê instável, a mulher terá que lidar com muitos conflitos. O primeiro é a separação física que se impõe logo após o nascimento; em seguida, precisa lidar com um bebê prematuro que, em virtude das suas condições gerais, não consegue responder a seus apelos de contato. Além disso, a mãe compartilha seu bebê com muitos profissionais que detêm um saber, em relação à sobrevivência dele, que ela não detém. Outro conflito

---

<sup>2</sup> Termo criado por Winnicott (1956/2000) para descrever a capacidade materna de se dedicar totalmente ao bebê. É um estado psicológico de exacerbada sensibilidade que possibilita a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê nos primeiros momentos de sua vida, pois a mãe fica imersa em uma ilusão de completude com o filho, distanciando-se de outros interesses no mundo.

presente na unidade neonatal é a iminência de morte e a possibilidade real de que a mãe poderá perder seu filho a qualquer momento (Gomes, 2004).

Dentro da unidade neonatal não é a mãe que possui um saber sobre o bebê e sobre a sobrevivência dele, mas sim o discurso médico. A instabilidade orgânica inicial do bebê prematuro dificulta a aproximação da mãe com o filho, limitando as primeiras trocas afetivas entre eles (Dias, 2008). Um bebê de risco necessita de uma série de cuidados médicos que não podem ser efetuados pela mãe. Além disso, a mãe se depara com um bebê que difere da conduta espontânea esperada por bebês saudáveis. Essas condições causam efeitos de fratura no exercício da função materna, que só pode operar sob certas condições. Nas situações de prematuridade, a mãe fica deslocada da posição de saber o que fazer com o seu bebê (Jerusalinsky, 2000).

Apesar de o bebê receber os cuidados necessários pela equipe para salvar sua vida orgânica, é o discurso parental que significa a vida psíquica. Mesmo que a mãe não tenha conhecimento médico especializado, ela é a única que pode apresentar o mundo adequadamente para o bebê de modo que tenha um sentido para ele. A mãe sabe como fazê-lo, não por ter aprendido e não por sua inteligência, mas simplesmente pelo fato de ser mãe (Jerusalinsky, 1999; Winnicott, 1956/2000).

A presença do Outro é fundante para a constituição do sujeito (Ansermet, 2003) e, por isso, a presença da mãe dentro unidade neonatal é primordial. Diante do nascimento prematuro e das dificuldades daí decorrentes, é essencial um espaço de escuta para os pais, ajudando-os a significar essa história e a tecer um lugar simbólico para esse bebê, permitindo que o olhar sobre ele seja para além do pedaço de carne que os médicos tentam reanimar.

## **Método**

### *Participantes*

Participaram deste estudo 15 mães de bebês prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital e Maternidade Dona Íris em Goiânia, Goiás. Este hospital é uma instituição pública, referência em todo o estado em assistência ao parto e nascimento humanizado. As participantes

tinham idade entre 15 a 36 anos, sendo cinco primíparas e dez múltiparas. No que se refere à escolaridade, 10 participantes haviam completado o ensino médio, sendo que 7 frequentaram o ensino superior. Apenas duas participantes não viviam em união estável com companheiro.

#### *Instrumento*

O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada que combina perguntas abertas e fechadas, permitindo que o entrevistado discorra sobre o tema sem se prender à questão formulada (Minayo, 2009). Os temas escolhidos para o roteiro dessa entrevista foram: a experiência da gravidez, a vivência do parto de urgência, o encontro com o bebê prematuro e as expectativas com a volta para casa.

#### *Procedimento*

O presente estudo respeitou os cuidados éticos de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução do CNS/MS 196/96 e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética (parecer n. 686.227). Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram realizadas individualmente dentro da unidade neonatal. Os dados foram tratados pela análise de conteúdo, a qual consiste em descobrir os temas emergentes no material cuja presença seja significativa para o objeto analítico (Minayo, 2009).

## **Resultados e Discussão**

A partir da análise de conteúdo das entrevistas, foram elaboradas sete categorias que serão apresentadas com os respectivos fragmentos do discurso, seguidas da análise e discussão.

### *1 - Planejamento/Desejo da Gravidez*

A maternidade é uma experiência subjetiva e uma fase do desenvolvimento psicoafetivo da mulher, na qual se destacam dois aspectos: o desejo de ser mãe e o processo de transição para a maternidade. Quando uma gravidez ocorre, deve-se considerar que ali estiveram presentes desejos inconscientes, vontades conscientes e o contexto geral de acontecimentos que

envolvem a concepção (Houzel, 2004). Questionar o amor materno, analisar as possíveis fragilidades e imperfeições desse sentimento não é uma tarefa muito aceita na nossa sociedade. Apesar de possuir transformações e características orgânicas comuns, a maternidade tem um significado singular para cada mulher (Badinter, 1985).

Nesta pesquisa, as mães relataram o planejamento e o desejo de engravidar compreendendo a maternidade como a realização de um sonho, a ideia de completude da mulher e do casal: “Eu sempre tive sonho de ser mãe e ele também de ser pai. Um mês depois que completamos um ano de casados, eu descobri que estava grávida” (Patrícia, 25a, 30s, 1410g<sup>3</sup>) e “Não planejei a gravidez, mas queria engravidar. Foi um acidente, mas fiquei feliz. Sempre quis um bebezinho” (Silvia, 16a, 25s, 895g).

Na análise das entrevistas realizadas, verificou-se que a maioria das mulheres (66%) não planejou a gravidez. Mesmo sem planejamento, mais da metade das gestações (53%) foi desejada. Esse dado está de acordo com a literatura que afirma que as crianças prematuras são frequentemente desejadas (Mathelin, 1999). Porém, em alguns casos, a gravidez aconteceu enquanto outros planos eram idealizados:

Eu não estava esperando de jeito nenhum. Eu estava com outros planos. Ia colocar silicone e abrir uma filial da empresa da minha mãe em Goiânia (Cláudia, 32a, 30s, 1035g).

Minha gravidez não foi planejada. Há 3 anos eu tive um tumor no seio. Retirei, mas depois de um tempo ele voltou. Fiz mastectomia no seio esquerdo. Eu não queria mais engravidar por causa da doença. Já tenho 2 filhos e o mais novo tem 7 anos (Fátima, 33a, 34s, 2330g).

Maldonado (1985) afirma que é a partir da percepção da gravidez que se inicia a formação do vínculo entre mãe e bebê. É nesse momento que se instala a ambivalência afetiva que se manifesta de diversas formas ao longo da

---

<sup>3</sup> Os nomes das participantes foram alterados para garantir o anonimato das mesmas. Os fragmentos são apresentados com o nome fictício e idade da participante, idade gestacional e peso de nascimento do bebê.

gravidez. Neste primeiro momento há uma oscilação entre desejar e não desejar o filho, pois a gravidez implica em mudanças. A aceitação ou não da gravidez depende do contexto em que ocorre: se é um filho esperado há muito tempo ou se é mais um; se a gravidez aconteceu em um relacionamento instável ou fora de um vínculo socialmente aceito, etc.

## *2 - Expectativas e planos durante a gravidez*

Durante a gravidez, há inúmeras projeções sobre o que o bebê pode vir a ser, com quem se parecerá, etc. O futuro está sendo proferido. Nessa época escolhem-se os nomes, organiza-se o enxoval e o quarto do bebê, enquanto os pais, aos poucos, personificam o feto (Brazelton & Cramer, 1992). O período de nove meses de gestação, além da função orgânica para o bebê, tem a função de preparar a mulher emocionalmente para o parto e para o novo papel de mãe (Mathelin, 1999). No entanto, no nascimento pré-termo, muitas mães ainda não se envolveram nestes preparativos:

Eu planejava pra ele nascer no tempo certo, nascer e já ir embora pra casa, como acontece com todo mundo. Ninguém espera ficar aqui. Eu ficava imaginando também ele em casa, no quartinho dele (Carla, 29a, 30s, 930g).

Meus planos eram iguais os de todo mundo. Imaginava ter aquele barrigão, fazer book de gestação, fazer chá de bebê grávida e não depois que ela nascesse. Imaginava ter parto normal, amamentar. Imaginava que ela fosse nascer de 9 meses e que logo eu ia levá-la pra casa e não ficar esse tempo todo no hospital (Larissa, 29a, 28s, 705g).

Antes de tudo acontecer, eu pensava que ele ia nascer no tempo certo. Eu planejei todo o enxoval, o chá de bebê que ia acontecer na semana seguinte que ele nasceu.



Planejava essas coisas que toda mãe pensa. (Camila, 25a, 28s, 940g).

As falas anteriores mostram que as mães esperavam vivenciar as condições normais da gestação, ou seja: tirar foto da barriga crescendo, planejar o enxoval, o quarto do bebê, fazer chá de bebê. As mulheres esperam vivenciar o “tornar-se mãe” como um grande ritual, condizente com a importância que a maternidade é na vida da mulher. No entanto, a abreviação da gestação foi sentida como uma frustração, uma perda de um momento tão especial. Das 15 mães entrevistadas, apenas duas mães não fizeram planos para o bebê: Letícia, que não achava que seu bebê fosse sobreviver e Fabiana, que não sabia que estava grávida até o dia do parto:

Como descobri que estava grávida no dia que ganhei, nem deu tempo de fazer pré-natal, enxoval, nem nada (Fabiana, 15a, 27s, 1900g).

Sinceramente, eu não fiz plano nenhum para ela durante a gravidez. Como eu achava que ela não ia viver, não queria fazer nada pra ela. Tentei de tudo pra não me apegar a ela, porque não queria sofrer. Mais para o fim da gravidez ela começou a mexer. Parecia um peixinho. E eu falava pra ela: por que você tá mexendo se você vai morrer? (Letícia, 34a, 34s, 3860g).

### *3 - Vivência do parto prematuro e do primeiro contato com o bebê*

A principal fantasia da gestante em relação ao parto é a dor. A mulher teme a dor e teme não suportá-la. Além disso, existe o medo da morte, o medo de ser dilacerada e perder sua feminilidade. Aparecem desejos e fantasias a respeito dos tipos de parto, decorrentes de sua história pessoal e fatores culturais. Teme também os procedimentos médicos invasivos como a episiotomia e o ambiente hospitalar desconhecido (Maldonado, 1985).



Nas entrevistas realizadas, evidenciou-se que o sentimento que mais esteve presente na hora do parto foi o medo: medo da dor, medo da anestesia, medo de morrer e medo de perder o bebê:

Fiquei assustada porque meu parto foi de urgência e eu não estava preparada pra isso (Letícia, 34a, 34s, 3860g)

O médico me disse que em caso que tem algum risco de morte, eles sempre escolhem salvar a mãe. Fiquei com tanto medo quando ele disse isso. Eu não queria que ela morresse, mas também não queria morrer porque tenho outros filhos (Cláudia, 32a, 30s, 1035g).

Os trechos relatados apresentam elementos que podem classificar essa experiência do nascimento prematuro como traumática e que transcende a capacidade de simbolização das mães: o nascimento inesperado e urgente, o risco de morte da mãe e do bebê, etc. O traumatismo do nascimento prematuro é acentuado pelo fator surpresa: é uma situação de perigo sem a devida preparação (Ansermet, 2003). Além do medo da dor e da morte, o parto prematuro também traz a dor de separação do bebê. Durante a gravidez, a mãe tinha a sensação de controle e cuidado. Mas, em um nascimento de risco, a impotência materna aparece diante da instabilidade clínica e fragilidade do bebê. Para essas mães, ter o bebê nos braços imediatamente após o nascimento fazia parte de seu imaginário durante a gravidez. A separação prematura, porém, deixou a marca da falta:

Eu mal a vi quando nasceu. Ela era muito pequena, estava toda suja e eles logo foram entubando ela e levaram pra UTI” (Adriana, 32a, 27s, 640g).

Ela nasceu e eu ouvi um chorinho. Vi uma cabecinha e perguntei se era minha filha. Eles falaram que sim e logo ficou um monte de gente em cima dela, “ambuzando”, e eu

virei para o outro lado porque não queria olhar (sic)  
(Larissa, 29a, 28s, 705g).

Para essas mães, o momento do parto prematuro foi apenas o início de uma longa jornada na UTI. Devido a urgência que marca o nascimento de risco, geralmente, o primeiro contato com o bebê se deu horas após o parto, quando as mães foram visitar seu filho na UTI. Ao entrar em uma UTI neonatal pela primeira vez, os pais ficam assustados pelo ambiente pouco acolhedor, com muitos aparelhos, ruídos, pessoas estranhas e a imagem frágil do bebê hospitalizado. Diversas mães falaram do susto ao entrar pela primeira vez na UTI e se depararem com a fragilidade orgânica do bebê:

Quando eu a vi na UTI foi desesperador. Eu a vi cinco dias depois que ela nasceu porque eu estava em outro hospital. Ela estava respirando pelo CPAP. Chorei muito quando a vi (Fátima, 33a, 34s, 2330g).

Eu assustei muito quando a vi pela primeira vez. Estava cheia de fios, com aquela luz de fototerapia, de óculos, mal dava pra ver direito. Era muito pequena. Fiquei com medo dela morrer (Fabiana, 15a, 27s, 1900g).

Os sentimentos mais usados para descrever essa experiência foi o desespero, o choque, a estranheza e o medo de que o bebê não sobrevivesse: “A primeira vez que eu a vi na UTI foi muito chocante. Pensava que ela era muito pequena pra sobreviver” (Adriana, 32a, 27s, 640g) ou, ainda: “Assim que eu a vi na UTI, comecei a chorar. Ela estava entubada. Eu achava que ela não ia sobreviver. Fiquei uns dois dias distantes porque não queria me apegar” (Letícia, 34a, 34s, 3860g).

#### *4 - Bebê imaginário x bebê real*

Durante a gravidez, os pais fantasiam um bebê sadio em torno do qual começam a tecer diversos projetos identificatórios para aquele que porta o

futuro da linhagem parental. Reconhecer-se nesse filho sustenta a fantasia dos pais de continuidade e imortalidade (Batthika, Faria & Kopelman, 2007; Freud, 1914/1996):

Antes de saber que seria prematuro, imaginava que ele ia nascer de 9 meses, gordo, branco e com o olho claro como ele é hoje (com 7 meses de vida). Mas nasceu muito pequeno, com 895 gramas, vermelho como um pimentão (Silvia, 16a, 25s, 895g).

Lebovici (1987) afirma que o bebê real, confrontado com o bebê imaginário, é um bebê decepcionante. Dessa forma, o bebê real faz com que a mãe se depare com dificuldades, frustrações e limitações da maternidade que geralmente são negadas frente ao bebê imaginário. Na situação de prematuridade, o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real pode dificultar a formação do vínculo entre mãe e bebê: “Eu imaginava que ela ia nascer moreninha como eu, pesando uns 3kg. Achei-a muito escura, com a pele meio transparente, brilhante e muito pequena” (Larissa, 29a, 28s, 705g).

Os trechos citados mostram a dificuldade das mães em sustentar um lugar para um bebê que é diferente do bebê sadio imaginado durante a gravidez. As características físicas do bebê causaram, em um primeiro momento, sofrimento, angústia e tristeza.

Outra dificuldade apontada pelas mães dos prematuros foi a de se reconhecerem nesse filho que não se parece com ninguém:

Eu imaginava que ele ia nascer normal, não muito gordo, mas entre 2,5kg e 3,5kg. Ele era só couro e osso. Eu vim esperando ver um bebê, mas ele ainda era um feto. A cabeça desproporcional ao corpo” (Carla, 29a, 30s, 930g).

Eu imaginava que eles seriam parecidos com o meu filho mais velho. Acho que eles ainda não se parecem com ninguém. Como diz meu marido, mesmo que seja nosso, todo bebê nasce com cara de joelho. Mas todo mundo diz

que eles se parecem comigo (Pamela, 25a, 30s, gemelares).

Nos trechos acima, as mães relatam a dificuldade nos primeiros dias em representar seu bebê em função da perda do reconhecimento pela similaridade. Porém, com o decorrer do tempo, as mães foram conseguindo representar esse bebê prematuro e se reconhecer nele: “Hoje ele se parece comigo. Lindo né?” (Silvia, 16a, 25s, 895g) e “Agora que ele tá maior, acho que ele se parece com o pai. Quando ele nasceu não dava pra saber. Não parecia com ninguém.” (Patrícia, 25a, 30s, 1410g).

Tracey (2002 citado por Fleck, 2011) afirma que a elaboração da perda do bebê imaginário e o investimento nas necessidades do bebê real ocorrem, geralmente, quando a mãe assume os cuidados com o filho prematuro. Nos próximos tópicos, abordaremos o fortalecimento do vínculo com o bebê e sua relação com o desempenho da função materna.

##### *5 - Sentimentos na UTI*

As mães relataram os sentimentos envolvidos na experiência de ter um bebê internado em uma UTI neonatal:

Foi horrível ficar na UTI. Horrível por causa das coisas que aconteceram com ele. Ele teve 3 paradas, foi intubado e extubado várias vezes. Teve que fazer traqueostomia. Fiquei com mais medo ainda quando ele fez a gastrostomia. Mas aqui todo mundo trata a gente muito bem (Silvia, 16a, 25s, 895g).

Aqui na UTI é muito difícil. Tem dias que a gente desanima. Meu marido acha que eu fico o dia inteiro só deitada nessa cadeira e que isso não cansa. Eu realmente fico deitada, mas a cabeça não para. É muito desgastante. Eu acho que meu marido me culpa por ter engravidado e

por ela estar aqui também, porque sou doente (Cláudia, 32a, 30s, 1035g).

A experiência aqui na UTI é muito difícil. Não tem muito o que fazer aqui, por isso que gosto de pegá-la no colo. Sei que todos os bebês prematuros estão aqui porque precisam terminar de se desenvolver. Mas é muito difícil, é muito ruim aqui. Eu vejo as mães indo embora com seus bebês no colo e penso que a natureza me privou desse direito (Fátima, 33a, 34s, 2330g).

Algumas mães, diante da fragilidade do bebê, sentem-se impotentes, pouco ativas, sem saber o que fazer na UTI. A limitação dos cuidados possíveis e a insegurança diante da imaturidade orgânica do bebê dificultaram que essas mães assumissem a função materna na UTI. Por não poderem realizar os cuidados comuns de uma mãe com seu filho, as mães se sentiram desprovidas de seu papel, sentindo-se apenas espectadoras: “Eu me sentia culpada e ainda me sinto um pouco porque eu não desejei essa gravidez. Acho que ele nasceu prematuro por causa disso” (Elisa, 22a, 29s, 1800g) ou, ainda:

Tem dia que aqui na UTI é difícil. Um dia seu filho tá bem, no outro piora. Tem os outros bebês também que a gente vê chegando, indo embora, vê outros morrerem. É triste. E a gente faz amizade com as outras mães e uma apoia a outra. O que eu achei difícil é que é muito cansativo. Eu tenho outros filhos em casa, não posso parar toda minha vida e ficar só aqui (Marina, 25a, 28s, 940g).

A maioria das mães descreve a experiência na UTI como difícil, ruim, horrível. Sentimentos como tristeza, desânimo, insegurança e culpa descrevem essa situação. Apesar do sofrimento, as mães apontam o aprendizado na UTI como algo positivo:

Na UTI era muito ruim. Mas a gente aprende muito aqui. Principalmente na UCIN porque é a mãe que faz tudo. Mas ele teve que voltar pra UTI porque estava muito cansado. É ruim né? Tem que começar tudo de novo (Elisa, 22a, 29s, 1800g).

Eu achei que a experiência foi boa, porque eu aprendi muito aqui. Aí eu ficava observando como que as pessoas faziam e fui aprendendo. A gente vai fazendo amizade. Tem o lado ruim também né? Estar aqui com ela enquanto o quartinho está lá, mas faltando o principal que é ela em casa (Isabela, 26a, 29s, 980g).

O nascimento de risco é marcado pelo drama e sofrimento. Os relatos anteriores mostram que voltar para casa sem ter o bebê nos braços não é uma tarefa fácil.

#### *6 - Formação do vínculo com o bebê na UTI*

Zen e Motta (2008) afirmam que a condição para haver ligação com o recém-nascido, no início, não depende somente dele; é preciso que haja investimentos psíquicos de outros seres humanos. O investimento materno tem papel determinante sobre a saúde do bebê. Na UTI neonatal, a presença materna desejante, que aposta na vida do filho é imprescindível para sobrevivência dele:

Foi um pouco difícil porque no começo não podia pegar ela no colo. Eu olhava pro lado e via todas as mães pegando no colo, só eu que não podia. Quando eu peguei pela primeira vez foi muito bom, mas eu estava com medo porque ela estava entubada. Fiquei praticamente imóvel, com medo que o tubo saísse e ela não conseguisse respirar (Larissa, 29a, 28s, 705g).

Eu tinha muito medo de pegar nela quando ela estava na UTI. Era muito frágil. Ela não reagia, ficava só parada, quieta, não sorria, não interagia. Agora não. Ela sorri, me olha, me acompanha com o olhar quando levanto (Adriana, 32a, 27s, 640g).

As mães apontaram alguns fatores que dificultaram a formação do vínculo com o bebê: o contato limitado com o bebê devido a sua fragilidade orgânica, o medo de pegar o bebê no colo, não poder realizar os cuidados comuns com o filho, a falta de reação do bebê diante dos estímulos. Sobre esse aspecto, Mathelin (1999) questiona "como se sentir mãe de um bebê que não dá sinal, que não mama ao seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranqüilizante, não fabrica mãe?" (p. 67):

Eu gosto muito de fazer canguru com ela, mas ainda tenho receio de pegá-la porque ela é muito frágil. Gosto de passar a mão na cabeça dela, colocar meu dedo na mão dela pra ela sentir que estou aqui. Mas queria ficar mais próxima dela, porém tem uma incubadora entre nós (Fátima, 33a, 34s, 2330g).

No trecho anterior, observamos que a mãe percebe a UTI como uma barreira para formação do vínculo com o bebê. O serviço é visto como uma mãe toda-poderosa que arranca o bebê da mãe que não pôde terminar sua obra. As mães têm uma relação ambivalente com o serviço de neonatologia, pois ao mesmo tempo em que ele a lembra de seu fracasso em não ter conseguido levar a gravidez a termo, é o único recurso para sobrevivência do bebê (Druon, 1999):

Não fui pra casa nenhum dia desde que ele nasceu. Não tenho coragem de deixar ele sozinho. Desde que cheguei, ouvi vocês dizendo que era pra conversar com ele porque ele entendia e foi o que fiz. Acho que isso ajudou ele a se



recuperar mais rápido. Eu falava bastante com ele. Sei que ele percebe tudo isso (Patrícia, 25a, 30s, 1410g).

Depois que ela fez a cirurgia, comecei a ficar mais próxima. Sabia que ela precisava de mim. Comecei a fazer canguru e percebi que ela melhorou muito. Foi se recuperando da cirurgia, saiu do tubo, começou a respirar sozinha. Ela percebe quando eu chego e falo com ela (Cláudia, 32a, 30s, 1035g).

As mães reconhecem a importância do vínculo e apontam alguns fatores como propiciadores para formação do vínculo com o bebê: conversar com o filho, permanecer na unidade, praticar a posição canguru, realizar os cuidados básicos com o bebê. As primeiras respostas do bebê aos cuidados dos pais desempenham um papel fundamental na configuração do vínculo, pois favorecem o sentimento dos pais de serem necessários e de conseguirem estabelecer uma comunicação com seus filhos (Brazelton, 1988). As mães reconheceram que seu envolvimento nos cuidados com o filho e a possibilidade de um contato físico maior com ele esteve relacionado com a melhora do estado de saúde do bebê.

Algumas mães, porém, tiveram dificuldade em reconhecer seu papel e a importância em permanecer ao lado do bebê:

No começo ainda não tinha caído a ficha de que eu era mãe. Sei lá, foi estranho. Quando eu a vi pela segunda vez foi melhor. Aí veio aquele amor e hoje eu amo muito ela. Conheci uma mãe que me disse que se eu quisesse que minha filha melhorasse, eu tinha que ficar mais tempo aqui. Foi então que comecei a passar o dia. Faço canguru com ela e ela fica quietinha. Quando ela tá de canguru, a saturação dela não cai e ela consegue até ficar sem oxigênio (Fabiana, 15a, 27s, 1900g).

No começo eu evitava ficar com ela para não me apegar. Eu achava que ela ia morrer. Um dia eu coloquei o dedo na mão dela e ela apertou e estava sedada. Foi aí que começou. Me derreti. Hoje ela fica me olhando e é tanto amor que sinto! (Letícia, 34a, 34s, 3860g).

O afastamento de Letícia nos primeiros dias pode ser entendido como uma defesa, dificultando, a princípio, o relacionamento com sua filha devido ao medo de que ela não sobrevivesse.

Enquanto as mães reconheciam a fragilidade orgânica do bebê, elas se distanciavam, inseguras e com medo de se relacionar com ele, com medo de machucá-lo ou com medo que ele não sobrevivesse. À medida em que os bebês foram evoluindo, as mães passaram a se apropriar de sua função materna e a realizar os cuidados com o filho. A primeira vez em que pegaram o bebê no colo foi considerada uma etapa importante da vivência da maternidade dentro da UTI.

### *7 - De volta para casa*

A alta hospitalar é um momento de muita ansiedade frente à saúde do filho e de reativação de sentimentos de tristeza, devido à responsabilidade da mãe em cuidar sozinha do filho que antes era compartilhado com a equipe de saúde (Brazelton, 1988). O retorno para casa é um momento que gera angústia e medo em um primeiro momento: “Eu fico pensando que quero levá-la bem pra casa e que ela não fique doentinha e não precise voltar pra cá” (Fabiana, 15a, 27s, 1900g), ou, ainda:

Eu planejo ficar grudada nela o tempo todo em casa. Não quero ficar saindo com ela no começo e também não quero muitas visitas, nem que peguem ela no colo. Agora não vou trabalhar. Vou cuidar dela e da minha outra filha até que fiquem maiores. Depois retomo os meus planos (Cláudia, 32a, 30s, 1035g).

Na UTI neonatal, a mãe é destituída de seu lugar de mãe de um bebê sadio e ocupa um lugar de cuidadora do corpo. Depois da saída do hospital, a mãe continua ocupando essa função que é mais médica do que maternal (Jerusalinsky, 1999; Agman, Druon, & Frichet, 1999). Ela não está em um estado de preocupação materna primária, mas em um estado de preocupação médica primária. Esse termo descreve a situação vivenciada por mães de bebês hospitalizados e que desempenham uma função médica, permanecendo ao lado da incubadora e dominando os termos médicos. Na situação de prematuridade, esse seria o primeiro exercício da maternidade. A medida em que o bebê evolui, as mães vão encontrando outras maneiras de se relacionar com o filho (Morch & Braga, 2007): “Em casa, as coisas vão ser como aqui. Vamos higienizar bem as mãos, usar álcool, principalmente as visitas que chegam da rua. Já combinei com o meu marido. Quem não gostar, sinto muito.” (Carla, 29a, 30s, 930g). E também: “Os meus planos pra ela em casa é cuidar, cuidar e cuidar. Só isso que podemos fazer por enquanto né? A médica disse que não é pra gente sair por algum tempo, até tomar as vacinas.” (Adriana, 32a, 27s, 640g).

Em casa, o que as mães mais planejam é cuidar do bebê e o sentimento mais presente é o medo de retornar ao hospital. Esse medo é decorrente da imaturidade do bebê, da falta de vacinas e da possível contaminação das visitas. Quase todas as mães mostraram preocupação com a higienização das mãos e o uso de álcool em gel. Observamos que as mães planejam fazer em casa aquilo que aprenderam na UTI. Apenas uma das mães fez planos para o bebê que não estavam relacionados à sua doença: Eu fico imaginando que vai ser uma bagunça porque ela não é aquele bebê que precisa de silêncio pra dormir. Ela gosta de uma conversa, de barulho pra dormir. Fico imaginando ela acordando toda descabelada, brigando com os irmãos pelo computador. Essas coisas (Letícia, 34a, 34s, 3860g).

De acordo com Mathelin (1999), a chegada do filho prematuro em casa pode gerar dificuldades, pois a mãe pode sentir-se impossibilitada de separar-se de seu bebê, buscando compensar o vazio resultante do parto antecipado e da separação precoce com o filho: “O que eu planejo quando for pra casa é

cuidar dela. Não vou trabalhar porque não tenho coragem de deixá-la com ninguém. Quero cuidar dela e ficar junto o tempo todo” (Isabela, 26a, 29s, 980g). E também: “Falei pro meu marido que quando a gente for pra casa, eu vou ficar de resguardo junto do bebê porque até hoje eu não tive resguardo” (Elisa, 22a, 29s, 1800g).

A superproteção materna pode ser apontada como um mecanismo emocional para enfrentar as dificuldades e sofrimento, conseguindo estabelecer uma relação de vínculo com o filho (Lebovici, 1987). Constatou-se também uma grande expectativa das mães em continuar cuidando do bebê em casa.

## **Considerações Finais**

A análise das entrevistas nos mostra a necessidade de uma escuta precoce das mães, auxiliando-as na elaboração do nascimento traumático para que elas possam sustentar a função materna. Intervir precocemente na clínica com bebês significa desarmar qualquer condição que pode dificultar ou impedir a construção psíquica do sujeito. A intervenção precoce é uma forma de recolocar em funcionamento a estrutura psíquica do bebê que está em construção (Zen & Motta, 2008).

Diversos estudos sobre a interação mãe-bebê afirmam que quanto mais a mãe estiver próxima do bebê, permitindo que ele possa sentir seu cheiro e escutar sua voz, melhor será sua evolução. A presença da mãe na unidade neonatal é decisiva para que o recém-nascido sobreviva, especialmente os prematuros que são sensíveis à presença materna. É importante levar as mães a pensarem que, se a criança está viva, elas têm alguma coisa a ver com isso (Jerusalinsky, 1999; Mathelin, 1999).

No entanto, não basta simplesmente permitir a presença da mãe na unidade neonatal, pois o acesso irrestrito dos pais não garante que eles encontrem seu lugar junto ao filho. Diante da instabilidade do bebê, afastar-se dele, às vezes, é o único meio que os pais encontram, ainda que a equipe se esforce ao máximo para por os bebês nos braços das mães. Não se deve, em caso algum, “forçar” uma relação entre uma mãe e seu bebê. É preciso que o

traumatismo do nascimento possa simbolizar-se para que, então, a mãe possa assumir sua função materna (Mathelin, 1999).

O nascimento de um bebê prematuro promove uma ferida narcísica dolorosa nos pais, pois a fragilidade do bebê não autoriza os pais a se reconhecer numa criança cuja existência, a princípio, está em suspenso (Dias, 2008). Intervir precocemente nesse momento significa facilitar que os pais façam o luto do bebê imaginário, levando-os a procurar e reconhecer algo seu nesse bebê (Zen & Motta, 2008).

Em síntese, vimos que a prematuridade é uma situação de risco na qual existe grande probabilidade de ocorrer falhas no desenvolvimento do bebê e da criança. Acolher os pais ao entrarem pela primeira vez na UTI neonatal é essencial para ajudá-los nesse momento traumático da urgência de um nascimento precoce. Ao longo da internação do bebê, os pais enfrentarão muitas dificuldades como a separação física do bebê, a incapacidade de oferecer os cuidados necessários à sobrevivência dele, a iminência da morte e a dificuldade de se relacionar com um bebê que é diferente daquele imaginado na gravidez. Diante disso, é necessário um espaço de escuta para que os pais possam falar desse nascimento diferente, de seus medos e suas angústias, ajudando-os a resgatar a competência da função materna e sustentar um lugar simbólico para que esse bebê possa advir como sujeito.

## Referências

- Agman, M., Druon, C. & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In: D. B. Wanderley (org). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Salvador: Ágalma.
- Ansermet, F. (2003). *A clínica da origem - a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Baltazar, D. V. S., Gomes, R. F. S., & Cardoso, T. B. D. (2010). Atuação do psicólogo em unidade neo-natal: construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro, 13(1)*. Recuperado em 13 de julho, 2017, de

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002)

- Battikha, E. C., Faria, M. C. C., & Kopelman, B. I. (2007). As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. *Rev. Psico.: teoria e pesquisa*, 1(23), 17-24. Recuperado em 13 de julho, 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n1/a03v23n1.pdf>
- Bernardino, L. M. F. (2008). Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In: D. B. Wanderley (org). *O cravo e a rosa - A Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?* (pp. 54-66). Salvador: Ágalma.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dias, M. A. M. (2008). *A clínica do bebê pré-termo e a escuta dos pais: questões para a psicanálise*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: D. B. Wanderley (org). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. (pp. 35-54). Salvador: Ágalma.
- Fleck, A (2011). *O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre -SC.
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., v.14, pp. 75-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Gomes, A. L. H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*, 2(2). Recuperado em 13 de julho, 2017, de <http://www.cepsic.org.br/revista/3/artigos/v2n2a04.htm>
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In: L. Solis-Ponton (org.) *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 47-54). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jerusalinsky, A. (1999). A direção da cura do que não se cura. In: A. Jerusalinsky et al. (orgs). *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora.

- Jerusalinsky, J. (2000). Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos clin.*, 5(8). Recuperado em 13 de julho, 2017, de <http://www.revistas.usp.br/estic/article/viewFile/60930/63966>
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, M. T. (1985). *Psicologia da gravidez, parto e puerério*. Petrópolis: Vozes.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud - editora.
- Minayo, M. C. (2009). O trabalho de campo como descoberta e criação. In: M. C. S. Minayo (org.). *Pesquisa social - teoria, método e criatividade*. (pp. 51- 66). Rio de Janeiro: Vozes.
- Morch, D. & Braga, M. C. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Rev. Iationam. psicopatol. Fundam.*, 10(4). Recuperado em 13 de julho, 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142007000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400005)
- Spitz, R. A. (2013). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979).
- Weil-Halpernm, F. (2002). Tornar-se mãe, graças aos progressos da Medicina. In: L. M. F. Bernardino &, C. M. F. Robenkohl (org.). *O bebê e a modernidade: abordagens teóricas-clínicas*. (pp. 27-34). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- Winnicott, D. W. (2000). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora. (Trabalho original publicado em 1956).
- Zen, E. T. & Motta, S. P. P. (2008). Intervenções precoces com recém-nascidos de risco. In: D. B. Wanderley (org). *O cravo e a rosa – A Psicanálise e a Pediatria - um diálogo possível?* (pp. 101-123). Salvador: Ágalma.