



**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
MATERNO-INFANTIL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO  
2008 - 2009**



**MONOGRAFIA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**DIONE FERNANDES DE SOUSA**

**QUANDO O NASCIMENTO DÁ LUGAR AO “DESENCONTRO”:  
PREMATURIDADE, VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ E AUTOESTIMA  
MATERNA**

Rio de Janeiro  
2009

MON  
2009  
DFS

**DIONE FERNANDES DE SOUSA**

**QUANDO O NASCIMENTO DÁ LUGAR AO “DESENCONTRO”:  
PREMATURIDADE, VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ E AUTOESTIMA  
MATERNA**

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marisa Schargel  
Maia

Rio de Janeiro  
2009

U.F.R.J  
MATERNIDADE ESCOLA  
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE  
N. ADM. 757644  
N. SISTEMA 757644  
CIB. BARRA



*Não tem resumo*



UNIVERSIDADE  
DO BRASIL  
UFRJ

MATERNIDADE-ESCOLA

**QUANDO O NASCIMENTO DÁ LUGAR AO “DESENCONTRO”:  
PREMATURIDADE, VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ E AUTOESTIMA MATERNA**

DIONE FERNANDES DE SOUSA

MARISA SCHARGEL MAIA

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

---

Laura Johanson da Silva

---

Marisa Schargel Maia

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2009.



*Dedico esse trabalho a todas as mães e  
seus bebês, prematuros ou não, e a todos  
aqueles que dentro de sua atuação  
profissional se interessam verdadeiramente  
por esse tema.*

## AGRADECIMENTOS

- À professora Marisa Shargel Maia pela orientação da presente monografia;
- À professora Laura Johanson da Silva pelo trabalho de interlocução;
- Ao professor Marcus Renato de Carvalho, presença importante em diversos momentos de minha vida profissional;
- Aos demais professores do Curso Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil;
- Às colegas de turma pelo enriquecimento proporcionado pelo enfoque multidisciplinar;
- A todas as mães e seus bebês, prematuros ou não, que me proporcionaram um grande crescimento profissional;
- Aos meus familiares pela compreensão de minha ausência do convívio familiar;
- A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho.

## SUMÁRIO

	Pág.
. Introdução.....	7
. Art. I: Formação do vínculo afetivo mãe-bebê prematuro: limites e possibilidades	
- Resumo.....	9
- O amor materno: contextualização histórica.....	10
- Processos psíquicos implicados na formação do vínculo mãe-bebê.....	11
- Dificuldades relativas à prematuridade.....	17
. Art. II: Repercussões da situação de nascimento pré-termo na estruturação da autoestima materna	
- Resumo.....	23
- Prematuridade e ferida narcísica.....	24
- O processo de luto do bebê imaginário.....	26
- Sentimentos maternos observados na situação de prematuridade.....	27
. Considerações finais.....	31
. Referências bibliográficas.....	36



## Introdução

O tema deste trabalho é a formação do vínculo afetivo mãe-bebê prematuro e a estruturação da autoestima materna.

<sup>1</sup> A escolha do tema se deu a partir das visitas feitas à Maternidade-Escola da UFRJ pela turma do Curso de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, realizadas nos dias 30/04/08 e 21/05/08. Durante as visitas, a observação dos bebês prematuros na UTI neonatal suscitou em mim algumas questões: Que sentimentos emergem na mãe a partir do nascimento prematuro de seu bebê? Como se dá a formação do vínculo afetivo com um bebê tão diferente do bebê idealizado e que corre risco de morte? Tal experiência acarreta danos à autoestima materna? .

Dessa forma, o tema desta pesquisa é abordado a partir dos seguintes aspectos: prematuridade, formação do vínculo afetivo mãe-bebê e estruturação da autoestima materna.

Entende-se por recém-nascido pré-termo aquele cujo nascimento ocorre antes do fim do último dia da 37ª semana (259 dias) após o início do último período menstrual (CLOHERTY;EICHENWALD;STARK,2005).

Considera-se tanto a prematuridade espontânea (consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito) como a eletiva (interrupção prematura da gestação por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais).<sup>1</sup>

A partir daí são analisadas as repercussões acarretadas por esta situação no que diz respeito à formação do vínculo afetivo da mãe com este bebê e no que diz respeito à estruturação da autoestima materna. De acordo com Poletti e Dobbs (2007) entende-se por autoestima a percepção de uma pessoa a respeito de sua competência pessoal. A íntima convicção de possuir valor enquanto pessoa. O respeito que se tem e se sente por si mesmo.

O estudo da prematuridade e de suas consequências para a autoestima materna tem sido efetuado mais facilmente a partir da abordagem da humanização dos cuidados em saúde e das pesquisas que visam demonstrar os progressos no estado de saúde do bebê prematuro a partir do contato deste com sua mãe.

---

<sup>1</sup> Em 2005 o número de nascimentos prematuros no Brasil correspondeu a 6,5% do número de nascidos vivos (IDB-2007-Ministério da Saúde-Brasil).

Assim, investigar as relações entre prematuridade, interação mãe-bebê e comprometimento da autoestima materna nos permite auxiliar na recuperação e desenvolvimento deste bebê. Isto se dá não apenas através de uma adequada estruturação do vínculo mãe-bebê, mas também de uma mudança na forma do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde junto a estes.<sup>2</sup>

Tomando por base a teoria de Winnicott de que ao considerarmos um bebê é preciso considerarmos também as condições ambientais e, mais precisamente, sua mãe, torna-se fundamental nesse estudo o conceito de “*preocupação materna primária*”, no qual a mãe é capaz de se colocar no lugar do bebê através de sua capacidade de identificação com ele, temporária mas plenamente. Isto torna possível à mãe ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido de uma forma muito especial, que nenhuma máquina pode imitar e que não pode ser ensinada (WINNICOTT, 1994).

Assim sendo, a pesquisa em questão pode contribuir para uma melhor compreensão, sensibilização e fornecimento de subsídios teóricos aos diversos profissionais de saúde, no que diz respeito ao estabelecimento do vínculo mãe-bebê a partir do resgate da autoestima materna. Desta forma, o investimento na mãe e desta em seu bebê prematuro, à medida em que comprovadamente colabora para a aceleração de seu crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, para a redução da mortalidade neonatal, pode se transformar em um potencial instrumento nos cuidados em saúde.

Sob a forma de dois artigos o presente estudo enfoca os ideais que cercam a construção da maternidade, o impacto causado pelo fato de ter um filho tão diferente do bebê idealizado e os sentimentos gerados pela culpa em relação à prematuridade.

---

<sup>2</sup> Não serão abordados neste estudo aspectos da interação entre o pai e/ou demais familiares com o bebê, pois o mesmo se limitará a enfatizar a subjetividade da “mãe prematura”.



## **Artigo I: Formação do vínculo afetivo mãe-bebê prematuro: limites e possibilidades**

Resumo: Este artigo aborda a formação do vínculo afetivo entre a mãe e seu bebê na situação de nascimento pré-termo. Inicialmente faz-se uma breve passagem pelas pesquisas que tratam das modificações ocorridas, ao longo da história, na importância dada à mortalidade infantil e sua relação com a figura materna e os papéis atribuídos à mulher/mãe do século XVIII ao século XX. A partir daí apresenta-se o conceito de vínculo a partir de seus principais estudiosos e o desenvolvimento dos processos psíquicos individuais e relacionais. Finalmente, faz-se uma revisão das pesquisas que enfocam as dificuldades vivenciadas pela mãe ao se defrontar com a realidade de um parto prematuro e a consequente internação de seu bebê em uma UTI neonatal. O processo de luto pelo bebê idealizado, a ambiguidade de sentimentos e o desafio de ligar-se emocionalmente a um bebê real totalmente diferente do desejado formam o eixo central deste estudo.

**Palavras-chave:** prematuridade – vínculo afetivo mãe-bebê

Abstract: This article boards the formation of the affectionate bond between the mother and her baby in the situation of pre-term birth. Initially there is a short passage for the inquiries that treat the occurred modifications, along the history, in the importance given to the infant mortality and his relation with the motherly figure and the papers attributed to the woman/mother of the century XVIII to the century XX. From there is the concept of bond from his principal scholars and development of individual mental and relational processes. Finally, it presents a revision of the inquiries that tackle the difficulties survived by the mother to face itself with the reality of a premature birth and the consequent admission of her baby in an ICU neonatal. The process of mourning the baby conceived, the ambiguity of feelings and the challenge of taking notice emotionally of a real baby totally different from the wanted one form the cornerstone of this study.

**Key words:** prematurity – affectionate bond mother-baby

“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?”

(Catherine Mathelin, 1999)

## **O AMOR MATERNO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA**

Maldonado faz um breve apanhado sobre a importância dada à criança e ao amor materno e reporta-se ao século XVIII quando predominava uma conduta de indiferença da mãe em relação ao filho. O alto índice de mortalidade infantil era a causa dessa indiferença, pois a mãe sofreria profundamente se desenvolvesse uma forte ligação com o filho e este viesse a falecer. Para Badinter, a interpretação do fato é diversa: a causa de mortes tão frequentes estava justamente no desinteresse da mãe pela criança. Conclui, assim, que o amor materno não é um instinto, mas um sentimento como qualquer outro, logo, sujeito a imperfeições, oscilações e modificações. Para Badinter, o amor materno depende não só da história da mãe como também da própria História. Assim, é somente no final do século XVIII que tem início a exaltação do amor materno, no discurso filosófico, médico e político (MALDONADO, 1991).

Em 1762, Rousseau lançou ideias fundamentais sobre a família baseadas no amor materno e, na época do Iluminismo, o discurso médico sobre a maternidade tomou o mesmo rumo das ideias de Rousseau, iniciando-se um processo de intimidar e culpar as mães que se recusavam a amamentar e as que tentavam abortar seus bebês, fatos que passaram a ser considerados crimes. Isso se deu devido ao surgimento do sentimento de amor pela criança, a preocupação com seu desenvolvimento individual e sua educação. Quatro décadas mais tarde, em 1806, com o surgimento da obstetrícia enquanto especialidade médica, a mulher passou a ser estudada visando-se, assim, definir seu papel social a partir de sua anatomia. É bem verdade que um pouco antes, em 1775, Roussel já havia definido o corpo feminino como destinado à maternidade, devido à ossatura menor e menos dura da mulher em comparação com o homem, assim como a caixa torácica mais estreita e a bacia mais larga para conter o feto. Roussel também colocou a fraqueza e a sensibilidade como as principais características da mulher e da mãe. Foi predominantemente no século XIX que esta definição reforçou o argumento segundo



o qual a mulher deveria permanecer encerrada no lar, uma vez que tais ideias reduziram o papel da mulher à procriação (cf. MALDONADO, 1991).

No que diz respeito ao papel social da mulher, Badinter considerou que no século XVIII a mãe era auxiliar dos médicos; no século XIX era colaboradora dos religiosos e dos professores e no século XX assumiu a responsabilidade de cuidar da saúde emocional dos filhos (influência da psicanálise e sua teoria sobre o inconsciente). A ênfase exagerada na importância da relação mãe-filho teria levado muitos teóricos a adotarem uma atitude de acusação e culpa à mulher, acentuando-se a imagem de devoção e de sacrifício que caracterizaria a “boa mãe”. A autora conclui que o processo de “responsabilização” da mãe acarreta mudança de atitudes, pois a partir do século XX a mulher trabalhadora passou a estar muito mais próxima dos filhos do que a mulher de outrora. Além disso, afirma que a maternidade nem sempre é a preocupação primeira e instintiva da mulher referindo-se às mulheres que, mesmo livres de imposições econômicas, não abandonam suas ambições pessoais em favor dos filhos (BADINTER, 1985).

Pode-se considerar e entender a existência de uma pressão social segundo a qual a mulher deve necessariamente se realizar através da maternidade. Isso é produto da distorção originada do fato de que por poder ser mãe a mulher deve necessariamente ser mãe e viver essa experiência como o ápice da felicidade. Tal fato aliado à tendência de responsabilizar a mãe pelas dificuldades e problemas dos filhos, presente a partir do século XX, acarretou uma sobrecarga para a mulher quando algo no processo de tornar-se mãe não sai conforme o esperado.

## **PROCESSOS PSÍQUICOS IMPLICADOS NA FORMAÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

O estudo do vínculo afetivo mãe-bebê mistura-se, na década de 1940 com René Spitz, ao estudo do apego. Tais estudos referiam-se à criança já nascida. Entretanto, o primeiro pesquisador a desenvolver o conceito de *apego* foi John Bowlby, referindo-se também ao período pós-natal, partindo da tradição psicanalítica das relações objetais (cf. FEIJÓ, 1997).

Klaus e colaboradores procuraram estabelecer uma diferença entre os termos apego e vínculo. Para os autores, “vínculo (...) se refere ao investimento emocional dos



pais na criança". Quanto ao apego, o definem como "a ligação (...) desenvolvida no infante, com os pais e outras pessoas que tomem conta dele". (FEIJÓ, 1997, p. 42)

Feijó, em seu livro, trabalha amplamente o conceito de *apego* e cita Spitz (1988) que também como Bowlby (1989) considera o *apego* como sendo uma reação emocional e comportamental da criança para com o adulto que cuida dela, principalmente para com a mãe.

Pesquisadores da psicologia pré-natal tratam o *apego* como um movimento afetivo da mãe em relação ao feto e o movimento contrário, da criança para com a mãe e os demais adultos, como um sub-produto da qualidade do *apego* materno sendo que, até a idade adulta, o comportamento da pessoa sempre será uma implicação da alimentação emocional que o feto recebeu de sua mãe. Assim o *apego* materno pré-natal diz respeito ao fato da gestante ver sua criança como uma parte dela mesma, física e emocionalmente, tanto quanto algo separado dela, como um ser individual. Como autora deste trabalho ressalto a importância de se levar em conta as diferenças individuais entre as mães, mesmo que existam padrões gerais, pois a maneira como cada mãe se comunica com seu feto reflete sua situação psicossocioeconômica, seu meio cultural, sua história de vida e a estrutura de sua personalidade.

Maldonado refere-se à percepção da gravidez que pode ocorrer muito antes da confirmação pelo exame clínico, pois a mulher capta em nível inconsciente as transformações bioquímicas e corporais da gestação. Para ela, é a partir da percepção da gravidez, consciente ou inconsciente, que se inicia a formação da relação materno-filial e das modificações na rede de intercomunicação familiar (MALDONADO, 1991).

Segundo Feijó, os estudos de Spitz ilustram a importância de se voltar para o estudo da relação da díade mãe-bebê, uma vez que, "a existência da mãe, sua simples presença, age como estímulo para as respostas do bebê" (op. cit., FEIJÓ, 1997, p. 43). A pesquisa sobre o intercâmbio emocional levou Spitz a escrever: "É de especial interesse para a nossa pesquisa observar que o desenvolvimento da percepção afetiva e das trocas afetivas precede todas as outras funções psíquicas" (idem).

A ruptura biológica causada pelo nascimento deve ser seguida por uma simbiose psicológica a partir das trocas afetivas, dos comportamentos maternos e das respostas do bebê, onde dois seres poderão se tornar uma dupla: a mãe e sua criança.

Para Freud, o caminho para a feminilidade normal se dá quando a menina, a partir de sua vivência edípica, substitui o desejo de ter um pênis pelo desejo de ter um filho, segundo uma velha equivalência simbólica. Considerou que a feminilidade se apresenta como um vir-a-ser e não como um ser. Isso significa que um certo número de meninas jamais se tornam mulheres mas são, ou permanecem, masculinas no plano psíquico. Para ele, a mulher deveria ser praticamente fabricada através de um longo trabalho psíquico (cf. FREUD, 1933 [1932]).

Assim, a relação da mãe com seu filho não se constrói somente a partir da concepção, ou a partir da confirmação da gestação. Vai se fortalecendo com o decorrer da gravidez, com a percepção dos movimentos fetais, mas todas as experiências da menina/mulher com seus pais, suas vivências edípicas, influenciarão no seu papel de mãe.

Kennell e Klaus definiram "vínculo" como uma relação afetiva singular e duradoura entre duas pessoas. Consideraram como indicadores de vínculo pais-bebê comportamentos tais como acariciar, beijar, tocar e olhar com a finalidade de manter contato e demonstrar afeto. Os estudos dos referidos autores sugerem que, durante o chamado "período sensível", o contato ou a separação entre a mãe e o recém-nascido alteram significativamente as características do vínculo, a curto, médio e longo prazo. A hipótese dos autores é de que durante este período sensível ocorre uma série de interações entre mãe e bebê que influenciam o desenrolar do vínculo. Estabelecem, entretanto, que não há um momento além do qual a formação do vínculo seja impossível, pois ele pode se formar mesmo após o "período sensível", apenas haverá maior dificuldade (KENNELL; KLAUS, 1998).

Outros estudos verificam a existência no recém-nascido de um período de receptividade especial à mãe, imediatamente após o nascimento, tornando esse período especial para a formação do vínculo. Desmond e cols. detectaram a presença de um estado sereno e alerta no recém-nascido por um período de quarenta e cinco a sessenta minutos na primeira hora após o nascimento. Durante esse período ele enxerga e orienta a cabeça na direção das vozes das pessoas. É, portanto, um momento crucial para o estabelecimento do contato com sua mãe (DESMOND e cols. Apud MALDONADO, 1991).

Para facilitar a promoção do vínculo mãe-filho é desejável que, já durante a gestação e mesmo depois do parto, ocorra uma espécie de regressão materna, onde a mãe entra em contato, inconscientemente, com suas próprias experiências infantis



e, assim, torna-se possível entrar em contato com o mundo do bebê, através da reativação de canais pré-verbais de comunicação. Tal processo auxilia na adaptação mãe-bebê. Winnicott definiu “preocupação materna primária” como o estado do qual a mãe precisa se imbuir durante a gestação e os primeiros dias e semanas de vida do bebê para adquirir a sensibilidade adequada para compreender os sinais emitidos por ele. Dessa forma, mais do que compreensão intelectual é, principalmente, da sensibilidade dos pais para com as reações do bebê, e da capacidade da mãe para intuitivamente se adaptar as suas necessidades que se torna possível a formação de um bom vínculo.

Pode-se dizer que há uma adaptação entre a mãe e seu bebê, um envolvimento recíproco, com ritmo próprio e forma característica e repetitiva de interação, o que demonstra que um bebê não é sensível apenas à pressão de necessidades básicas tais como alimentação, sono e higiene. Ele tem também intenções de comunicação e troca com o ambiente, ou seja, ele é sensível também às trocas sociais. Assim, entre um bebê e sua mãe vão se atribuindo intenções aos comportamentos de um e de outro (“ele – bebê – quer brincar”; “ela – mamãe – quer ver o meu sorriso”) de forma que se estabelece um processo de comunicação. Mais precisamente o bebê é sensível às emoções maternas presentes em suas mensagens que se identificam a partir dos gestos, modulação de voz, aproximação e afastamento. Quando um comportamento materno se segue à determinada atitude do bebê ele atribuirá a isso uma relação de causa e efeito. Dessa forma, há uma sedução mútua: o rosto, o cheiro e a voz da mãe atraem o bebê. Em contrapartida, a fragilidade, o choro, o sorriso, a troca de olhares agem diretamente sobre o apego dos pais, garantindo um vínculo que se fortalece a cada vez que tais comportamentos se repetem. Se o bebê reconhece a voz da mãe e a distingue de outras vozes virando a cabeça em sua direção, a mãe se sente gratificada em seu narcisismo, se sente mãe de seu bebê. Mesmo encontrando-se num estado de imaturidade e dependência o bebê possui, desde seu nascimento, competências para a construção do vínculo com sua mãe, que será profundamente marcado por características próprias como, por exemplo, uma maior facilidade ou não de ser acalmado por um adulto.

Lembrando que “o bebê não existe sozinho” como nos ensinou Winnicott, é preciso, para que ele viva, que dele alguém cuide e lhe garanta que o deseja, e muito.

"A existência da criança está indissociavelmente ligada à presença do Outro (...) que virá atendê-la, que estará para ela em posição de continente" (MATHELIN, 1999, p. 44).

O desejo da mãe pela criança passa por uma condição na qual a criança precisa ser revestida de um imaginário. Para Freud, essa condição refere-se à aliança entre a libido objetal e a libido do eu de acordo com seu postulado teórico sobre o narcisismo. Nesse caso, para ser investido, o objeto deve estar em conformidade com o eu, ou seja, envolvido por uma imagem narcísica. Assim, a criança vai buscar um ponto de referência pra si no desejo que a mãe desenvolve em relação a ela. Nesse sentido a relação mãe-criança é inicialmente triangular: mãe-criança real-criança imaginária. Nesta última se deposita o narcisismo materno (SERGE ANDRÉ, 1987).

Segundo Lebovici, existem cinco tipos de representação do bebê antes e depois do nascimento:

- Bebê imaginário: Bebê das fantasias conscientes e pré-conscientes da mãe.
- Bebê fantasmático: Bebê fruto das fantasias inconscientes da mãe, herdeiro do seu complexo de Édipo.
- Bebê narcísico: Bebê do narcisismo da mãe.
- Bebê cultural: Bebê que se relaciona com a cultura da mãe.
- Bebê real: Bebê na sua corporalidade real.

Assim sendo, na interação mãe-bebê há uma mistura e alternância dessas diferentes representações. Quando o vínculo com o bebê é fortemente afetado pela projeção dos conflitos inconscientes da mãe podem ocorrer uma série de mal-entendidos e desarmonias. A construção daquilo que um bebê representa para sua mãe depende principalmente de suas representações enquanto bebê imaginário (cf. SOLIS-PONTON, p. 32).

O estado narcísico e fusional que a mulher atravessa durante a gestação faz com que seu bebê seja sentido como parte de seu corpo. Este bebê, bebê imaginário, é um bebê idealizado, aquele a quem são direcionados os sonhos e devaneios maternos.

A sensibilidade materna ocasionada pela gravidez leva a mãe à evocação de sua relação, enquanto bebê, com sua própria mãe. Essa regressão psíquica leva a identificar o bebê que está em sua barriga com o bebê que ela foi um dia. Trata-se, frequentemente, de uma imagem idealizada de si mesma, na qual foi objeto de um amor incondicional de seus pais. Dessa forma, uma mãe desejará cuidar e amar seu



filho como ela desejou ser cuidada e amada por seus pais. Quando o processo gestacional se desenvolve bem, a mulher se sente mãe de uma criança ideal e se gratifica, por exemplo, com a simples percepção dos movimentos fetais.

Quanto ao processo de vinculação pais-bebê, os estudos e observações realizados por Kennell e Klaus levaram à formulação dos seguintes princípios:

- John Bowlby empregou o termo monotropia para designar o processo de vinculação segundo o qual os pais podem se apegar a somente uma criança de cada vez.

- Amor é um processo de duas vias, ou seja, é necessário que o bebê responda à mãe por meio de algum sinal, por exemplo, movimentando o corpo ou os olhos.

- É difícil viver processos simultâneos de apego e desapego. Em caso de gêmeos, por exemplo, quando um dos dois morre, é difícil para os pais viver o luto de uma criança e ao mesmo tempo vincular-se ao gêmeo sobrevivente.

- Os pais necessitam de tempo e privacidade para iniciar o processo de amor por seu novo bebê.

- Uma mãe terá melhores condições de dar atenção e amor à sua criança quanto mais apoio físico e emocional ela receber de pessoas próximas que dela cuidarem durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

- A maior parte das sociedades proporciona forte apoio social à mulher durante a gravidez, trabalho de parto, parto e nos meses subsequentes a este, de modo a favorecer o início da amamentação e o processo de interação com o bebê (KENNEL e KLAUS, 1998).

“A. J. de Casper e seus alunos demonstraram que o recém-nascido de dois ou três dias prefere uma voz ao silêncio, uma voz feminina mais que uma voz masculina e a voz de sua mãe, mesmo gravada, à de outra mulher. A maioria dos bebês reage à voz da mãe, que fica diferente quando ela se dirige a ele. Os prematuros também mudam de comportamento quando a mãe se dirige diretamente a eles. Muitas vezes, abrem os olhos, olham em volta, se espreguiçam e têm uma atitude corporal muito diferente daquela que têm quando estão sozinhos” (MOREIRA, BRAGA e MORSCH, 2006, p. 60).



## DIFICULDADES RELATIVAS À PREMATURIDADE

A questão dos bebês prematuros ainda necessita de maiores investigações, pois estes sofrem maiores períodos de separação e privação de contato do que os bebês nascidos a termo. A incubadora exerce uma função protetora, isolando o prematuro de possíveis fontes de infecção, mas não fornece fontes de estimulação normalmente presentes no ambiente intra e extra-uterino.

Dessa forma, o ato de tocar, acariciar e oferecer estímulos visuais, táteis e auditivos ao prematuro na incubadora favorece o desenvolvimento do vínculo. Para tal, é importante considerar a existência, também na mãe, de um período sensível nas primeiras horas após o parto, período este mais propício para a formação de um vínculo afetivo especial com o bebê, no qual haveria uma maior sensibilidade para interagir com o recém-nascido. Inclusive, verificou-se que a reação “instintiva” segundo a qual as mães automaticamente tendem a segurar os bebês do lado esquerdo, próximo ao coração - comportamento observado tanto em canhotas como em destros - aparece muito menos em mães que foram separadas de seus bebês após o parto. Tal fato sugere que a separação precoce pode alterar padrões de comportamento materno (MALDONADO, 1991).

Em torno de 1940, a conduta médica de rotina em unidades de pediatria consistia em separar por completo a criança hospitalizada dos pais. O mesmo ocorria no atendimento ao bebê prematuro, o que resultava em assistência precária às necessidades emocionais das famílias (KLAUS e KENNEL apud MALDONADO, 1991).

Ao apontar para a relevância da mãe no desenvolvimento do pré-termo, os pesquisadores comprovam que se o prematuro for tocado, embalado, acariciado ou colocado ao colo, diariamente, durante sua permanência na UTI, apresentará menos períodos de apneia, ganho de peso significativo, menor liberação de fezes e avanço em algumas áreas mais altas de funcionamento do sistema nervoso central (KLAUS e KENNEL apud ALMEIDA e cols., 2003).

Após a 2ª Guerra Mundial começaram a surgir, em algumas partes do mundo, outras experiências em relação ao atendimento ao bebê prematuro. Na África do Sul, por exemplo, devido à carência de pessoal, um hospital permitiu a participação das mães no cuidado e na alimentação dos prematuros. A experiência mostrou que o

índice de infecções não aumentou e que, ao contrário, a maioria dos bebês sobreviveu em excelentes condições (BALDISSARELLA, 2006).

Gomes, Quayle, Neder, Leone e Zugaib apontam que enquanto a mãe não pode segurar o filho o contato físico através do toque é desejável, assim como os cuidados para manter a produção de leite. Deve-se estimular o seu armazenamento e, quando possível, oferecer por sonda, até que a mãe possa segurá-lo e amamentá-lo. Isto contribui para a manutenção do vínculo, pois a mãe se sente satisfeita por dar algo que é seu. Acredita que, assim, aproxima-se da “normalidade”, ela não se sente excluída, minimiza sua insegurança e a torna, com o tempo, mais participativa nos cuidados com o filho, desempenhando seu papel de forma espontânea e natural. Sabe-se que o estabelecimento do vínculo e apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidade da mãe interagir com seu filho (IDEM).

Entretanto, quando ocorre alguma situação adversa, parto difícil, de risco ou antecipado, as mães costumam responder de maneira diversa. Elas podem precisar de mais tempo para “digerir” e assimilar a experiência adversa (algumas não conseguem nem com o passar do tempo). Podem apresentar sentimentos de perda, podem se sentir confusas, “pequenas” e incapazes, ou mesmo sofrer de depressão pós-parto.

A prematuridade dificulta decifrar o comportamento do bebê. O prematuro pode passar rapidamente do sono ao estado de vigília, por exemplo. Seus movimentos irregulares podem confundir a mãe e ela terá mais dificuldade para identificar suas necessidades.

Kaplan e Mason (1960) estabeleceram quatro tarefas a serem enfrentadas pela mãe de um prematuro:

- a) interromper a relação com o filho dentro da barriga e se preparar para a possibilidade de que ele não consiga sobreviver;
- b) lidar com possíveis sentimentos de fracasso e incapacidade por não ter conseguido levar a gestação a termo;
- c) renovar o vínculo com o bebê na medida em que aumenta sua possibilidade de sobrevivência e preparar-se para a alta hospitalar;
- d) aprender a atender às necessidades especiais de um bebê prematuro considerando que, após algum tempo, deverá tratá-lo como uma criança normal.(MALDONADO, 1991).





Observa-se, com frequência, que a vivência da mulher em relação ao feto em situação de risco, à gravidez que acarreta dificuldades, necessidade de repouso ou internação prolongada pode influenciar de maneira decisiva o vínculo mãe-filho mesmo passados alguns anos após o nascimento. Isto ocorre, por exemplo, quando a mãe percebe um filho já crescido e forte como ainda frágil e de saúde precária porque nasceu prematuro e quase morreu (idem).

Em situações de crise causadas pelo surgimento de qualquer dificuldade imprevista, como um parto prematuro, frequentemente a mulher também se sente prematura como mãe como se, por ser pega de surpresa, ainda não estivesse realmente pronta para receber o bebê no mundo. Além disso, a maior fragilidade e a maior necessidade de cuidados, próprias do prematuro, intensificam os temores habituais de não conseguir cuidar adequadamente do filho. O risco de morte leva à oscilação entre ligar-se afetivamente ao filho e o medo de se ligar intensamente e vir a perdê-lo.

É frequente uma discordância, na mãe, entre o lugar e a função que a criança ocupava em sua fantasia, durante a gravidez, como criança imaginária, e o lugar e a função que tende a assumir enquanto criança real. É como se o bebê a despertasse de um sonho. A criança torna-se, nessa situação, um objeto estranho, assustador e inatingível e a mãe pode se sentir incapaz de cuidar dela, quando esta se torna real demais, ou seja, estranha demais à realização imaginária que esperava (SERGE ANDRÉ, 1987).

Entrar na UTI pela primeira vez leva a mãe a experimentar um misto de sensações, como perplexidade e medo diante de uma realidade tão distante daquela inicialmente idealizada (MOREIRA, BRAGA e MORSCH, 2006).

O acompanhamento de mulheres grávidas mostra que durante a gestação, e até mesmo muito antes desta, a mãe imagina como será seu futuro bebê. Tem ou não preferência por determinado sexo, imagina como será fisicamente, com quem se parecerá, receia que apresente alguma doença ou malformação. Se atribuir a essa gestação e a esse bebê todas as perfeições possíveis, como se deparar com as vicissitudes de um nascimento pré-termo?

Aos poucos, tanto a mãe como o bebê vão tentando se adaptar a essa realidade indesejada. Persistem os sentimentos iniciais, mantidos pela ameaça da perda da vida do bebê, além do sentimento de fracasso como mãe por ter colocado no mundo um bebê que necessita de cuidados especiais de profissionais de saúde

para sobreviver. Essa sensação de incompetência e a fragilidade da saúde do bebê podem dificultar o início da relação afetiva extra-uterina entre mãe e filho. Há ocasiões em que a mãe se questiona sobre o valor de investir numa relação cujo fio de ligação com a vida é tão tênue. A dúvida, presente em todas as gestações e nascimentos, torna-se fortemente presente nessa situação.

Druon refere-se à “preocupação médico-primária” para designar os mecanismos defensivos utilizados pela mãe para lidar com a situação de prematuridade. Tal estado se manifesta quando a mãe se concentra quase que exclusivamente em acompanhar a evolução clínica da saúde do filho, tendo dificuldades em desenvolver o estado de “preocupação materna primária” designado por Winnicott. Tais mecanismos de defesa surgem junto aos sentimentos confusos e ambíguos pelo medo de perder o bebê, pela culpa e até pela raiva originada a partir da realidade vivida (DRUON apud WANDERLEY, 1999).

Em algumas situações a mãe não consegue estar com o filho na UTI por vários motivos. Entre eles a dor, tanto física quanto psíquica, onde a mãe por temer a possibilidade da perda, ou por se acreditar culpada pelo nascimento de um filho prematuro, não consegue ir vê-lo.

As primeiras experiências na UTI são difíceis para a mãe e para o bebê, pois o encontro do nascimento é substituído por uma sucessão de desencontros que se inicia no pós-parto imediato quando o recém-nascido é separado de sua mãe e internado na UTI. O vínculo se abala por conta da separação causada pela internação e há, aqui, mais uma quebra de expectativa, ou seja, voltar para casa sem o neném.

“De repente, o primeiro colo desse bebê é a incubadora. Esse bebê que esperavam estar acariciando, mostrando aos familiares e amigos, está cheio de fios, picado por agulhas, sob luzes, aparelhos sofisticados e correndo risco de morrer” (SOUZA & BARROS, 1999, p. 132).

Muitas vezes, os pais de bebês internados em uma UTI acreditam que desempenham papel secundário durante esse processo e valorizam muito mais a assistência profissional dispensada ao bebê. Soma-se a isso a frustração gerada pelos poucos sinais interativos emitidos pelo recém-nascido. Entretanto, alguns comportamentos do bebê mostram o processo relacional que vai aos poucos se desenvolvendo e que, normalmente, é percebido apenas pelos profissionais que dele se ocupam. Pode-se citar o fato do bebê começar a se movimentar na



incubadora quando “sente” que seus pais estão entrando na UTI. Nessa situação cabe à equipe de saúde motivar os pais a fim de que descubram recursos de aproximação com seu filho. Mesmo que os pais considerem que os progressos do recém-nascido devem-se ao fato de estar sendo acompanhado por profissionais muito capacitados, precisam acreditar que eles e o bebê são os atores principais da história, pois é fato que os recém-nascidos pré-termo evoluem quando são estimulados por suas mães (MOREIRA, BRAGA e MORSCH, 2006).

Uma das tarefas da família, dificilmente promovida pela equipe, é ser continente para o bebê, ou seja, ser quem apoia suas tentativas de melhora. É olhando para a criança como “sua majestade o bebê”, que ela se abastece aumentando sua força vital.

“... A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão abrogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – “Sua Majestade o Bebê”, como outrora nós mesmos nos imaginávamos...” (FREUD, 1914, p. 108).

Como todo nascimento é marcado por uma história singular, que o antecede e atravessa, é preciso resgatar a trama do desejo e todos precisam de tempo e condições para lidar com a tristeza de um nascimento diferente do esperado. Há mães que preferem e/ou têm necessidade de se afastar da UTI por longos períodos, enquanto outras permanecem ao lado do bebê durante quase todo o período de internação. É preciso entender a permanência dos pais nas UTIs junto ao filho como um direito e uma opção e não como um dever ou uma obrigação. Cada um exercerá esse direito de acordo com suas condições e possibilidades, pois ter um filho na UTI provoca na mãe tristeza, desânimo e descrença na sua capacidade de gerar um filho saudável. Há indicadores de dificuldades vividas pela mãe onde a atenção da equipe da UTI e da família não são suficientes, tornando-se necessária a ajuda de especialistas:

- Uma forte sensação, praticamente absoluta, de incapacidade de cuidar do recém-nascido;
- Grande dificuldade de perceber as melhoras do bebê. Todos comentam, se mostram satisfeitos e alegres com o que ele vem demonstrando, mas a mãe não consegue observar isso;
- Dificuldade para dormir ou sono em excesso;

- Sentimentos exacerbados de inutilidade ou de culpa;
- Ausência ou aumento excessivo do apetite (MOREIRA, BRAGA e MORSCH, 2006).

Para conseguir superar os diversos sentimentos e criar um vínculo com o bebê, a mãe passa por “estágios”. Antes, vem uma reação de luto, que é inevitável. É o luto pela perda do bebê perfeito que ela esperava, como também pelos “defeitos” que produziu no bebê. Esse sentimento de culpa pode ser consciente ou inconsciente, justificável ou não. Os pais necessitam superar o processo de luto pela perda da criança perfeita que esperavam antes que possam aceitar e se apegar ao seu bebê (BALDISSARELLA, 2006).

Freud, em seus estudos sobre luto e melancolia, afirma que o luto é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido. Considerou-o um estado não patológico, que deve ser superado após certo lapso de tempo (FREUD, 1915-1917).



## **Artigo II: Repercussões da situação de nascimento pré-termo na estruturação da autoestima materna.**

Resumo: Este artigo enfoca o comprometimento da autoestima materna a partir da situação de prematuridade. Inicialmente é abordada a questão de como o nascimento prematuro frustra a mãe em seu narcisismo, acarretando-lhe uma ferida narcísica, por se defrontar com um bebê real totalmente diferente do bebê imaginado, principalmente quando o processo de tornar-se mãe encontra-se profundamente marcado pelo mito da maternidade feliz. Em seguida trata-se das dificuldades da “mãe prematura” na elaboração do processo de luto do bebê imaginário, processo que se dá também nos nascimentos a termo, devido à ausência da gratificação proporcionada pelo bebê real. Por fim, procura-se demonstrar os sentimentos observados nas mães de prematuros a partir de pesquisas realizadas por autores que procuraram relacionar os sentimentos maternos, principalmente a ansiedade, relacionada à sobrevivência do filho, e a culpa, fruto das fantasias maternas de que possam ter provocado a prematuridade.

**Palavras-chave:** prematuridade – narcisismo – autoestima materna

Abstract: This article focuses on the involvement of maternal self from the situation of prematurity. First is the question of how premature birth in the mother thwarts his narcissism, causing him a narcissistic wound, because they deal with a real baby totally different baby's imagined, especially when the process of becoming a mother is deeply marked by the myth of motherhood happy. Later it is the difficulties of the early mother on the elaboration process of mourning the baby's imagination, a process that also occurs in babies born at term, due to the absence of the bonus offered by the real baby. Finally try to show the feelings found in mothers of premature infants from research performed by authors who sought to link the maternal feelings, especially anxiety, related to the survival of the chil and the guilt, the result of maternal fantasies that may have caused the premature.

**Keywords:** prematurity – narcissism – self maternal

### PREMATURIDADE E FERIDA NARCÍSICA<sup>3</sup>

Observa-se que o nascimento prematuro do bebê pode acarretar danos à autoestima da mãe, uma vez que esta pode desenvolver sentimentos de tristeza, culpa e incompetência pela prematuridade, além de temor em formar um vínculo afetivo com um bebê que se encontra em risco quanto à sua sobrevivência devido à gravidade de seu estado e à imprevisibilidade de sua evolução.

Vimos, a partir de Freud, que uma parte da autoestima é primária, o resíduo do narcisismo infantil, o que nos leva a considerar que a vivência de um nascimento prematuro acarreta na mãe uma ferida narcísica ( cf. FREUD, 1914 ).

Abordando a correlação entre autoestima e ferida narcísica pode-se citar os seguintes autores e suas observações:

As mães de bebês hospitalizados se encontram fragilizadas por parir um filho distante de um padrão internalizado e socialmente compartilhado. Estas mães costumam recorrer ao amparo de suas próprias mães para reparar a ferida narcísica que é o nascimento de um filho que necessita de cuidados médicos para sobreviver (BRAGA e MORSCH, 2006).

Catherine Druon apresenta seu trabalho desenvolvido em uma maternidade parisiense onde aborda o sentimento de culpa das mães no que diz respeito aos movimentos inconscientes que causaram o nascimento prematuro. Aborda, também, a questão da *tempestade psíquica* que se abate sobre a mãe onde a realidade se junta à fantasia, na qual o bebê idealizado da gravidez não corresponde em nada ao bebê da incubadora (DRUON apud WANDERLEY, 1999).

Há o “mito da maternidade feliz” e sua exigência de que a mãe sinta uma profunda emoção, um verdadeiro “amor à primeira vista” quando apresentada ao bebê. Esta reação nem sempre ocorre pois, às vezes, sente-se indiferença ou decepção por se defrontar com um bebê diferente do imaginado. Devido à força do mito a mãe pode se sentir culpada e inadequada por não ter vivenciado o que seria esperado e tem a impressão de que o vínculo com o filho não começou bem (MALDONADO e CANELLA, 1988).

Esses estudos nos levam a considerar que, se no nascimento normal, a mãe precisa enfrentar a perda de uma parte de si, a barriga vazia, choque biológico, que

---

<sup>3</sup> O termo narcisismo é empregado tomando por base o mito de Narciso e designa o amor que se tem pela imagem de si mesmo (cf. LAPLANCHE & PONTALIS, 1986).



através de um processo de elaboração psíquica será superado pelo sentimento de plenitude de ter o bebê em seus braços, a mãe de um prematuro enfrenta maiores dificuldades, pois à barriga vazia seguem-se os braços também vazios. É como se o direito a ter o bebê em seus braços lhe tenha sido tirado, pois algo não saiu como o esperado. Ela pode se sentir uma mãe incompleta e incompetente por não ter conseguido o que qualquer mulher consegue fazer mesmo não querendo muito, ou seja, levar uma gestação a termo.

O nascimento prematuro frustra a mãe em seu narcisismo e a tira da posição narcísica onde o bebê representava para ela a criança amada e desejada que ela imagina ter sido um dia para sua própria mãe. Assim, defrontar-se com o bebê real derruba a fantasia inconsciente de recuperar essa vivência de plenitude. Esse filho que é a prova de sua falha enquanto mãe pode ser vivido como um objeto persecutório, alvo de projeções ambivalentes, desejo de morte do filho alternado com o desejo de vida.

Ela não poderá amenizar o traumatismo da separação ocasionada pelo parto através do processo de maternagem se experienciar a incubadora e a equipe de saúde como algo não apenas situado entre ela e seu bebê, mas como algo que a substitui nos cuidados maternos. Dessa forma, a equipe médica é entendida como uma mãe mais poderosa que toma o bebê de uma mãe que não foi capaz de concluir sua tarefa. É ao mesmo tempo testemunha dessa incapacidade e o único meio de sobrevivência do bebê. Esse abalo em sua autoimagem leva a mulher a fazer redefinições a respeito de si mesma, o que não ocorre sem algum nível de angústia. Vê-se que a mãe sofre por não poder ser mãe. É como se ela sentisse que não existe para seu bebê.

O estabelecimento do vínculo mãe-bebê fica comprometido, pois os serviços de saúde se colocam entre eles, ela não pode amamentar normalmente, o bebê não emite sinais que possam dar conta de suas necessidades maternas e apegar-se a ele é perigoso, pois há dúvidas quanto às suas chances de sobrevivência. Como vincular-se a um filho que não reflete sua própria imagem? Nessas circunstâncias, o nascer, antítese de morrer, ainda não pode ser considerado fonte de alegria e felicidade.



## O PROCESSO DE LUTO DO BEBÊ IMAGINÁRIO

Sabe-se que, na maioria das vezes, um filho vem dar conta de uma falta, preencher um vazio, não só da falta estrutural, efeito da vivência de castração, mas outros vazios originados por perdas diversas como, por exemplo, abortos, mortes de outros filhos, de familiares, amigos, perdas profissionais, etc. Assim, é necessária uma grande dose de idealização para sustentar essa ilusão de completude. É preciso, então, que o filho, bebê real, gratifique a mãe em seu narcisismo e permita o processo de elaboração do luto do bebê imaginário. Entretanto, em se tratando do recém-nascido pré-termo, esse trabalho de luto é mais difícil e muitas vezes até impossível. O encontro tão esperado traz decepção ao invés de gratificação, o objeto de desejo se transforma num objeto de trauma que não emite sinais que satisfaçam a mãe em sua demanda de amor.

O processo de luto enquanto reação à perda de um ente querido ou à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido é um processo normal, não patológico. Nesse estado há uma elaboração psíquica onde se observa um profundo desânimo, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar e inibição de toda e qualquer atividade. A única característica que está ausente no luto é a perturbação da autoestima, presente na melancolia, onde o ego se identifica com o objeto perdido (FREUD, 1915-1917).

Assim, a dificuldade em fazer o luto do bebê imaginário e gratificar-se com o bebê real, presente também no nascimento normal, agrava-se à medida em que todo o entorno que poderia amenizar a fragilidade narcísica da mãe está ausente: as congratulações vindas de familiares e amigos, da equipe de saúde que também busca gratificar-se em seu narcisismo, etc. Num nascimento normal é como se todos vivenciassem a chegada da criança como uma revalorização narcísica. No nascimento prematuro, ao contrário, a frustração conduz às críticas, expressas ou latentes. Familiares e amigos, angustiados pela dúvida a respeito da sobrevivência do bebê pouco se manifestam, não se aproximam, fazem poucas ou nenhuma visita. Qualquer um pode fazer acusações à mãe, inclusive ela própria, mãe "incompleta". Sua imagem é de uma mãe má que pariu um filho muito frágil, indefeso, que talvez tenha desejado sua morte. Observa-se que é uma necessidade materna buscar uma explicação a qualquer custo, uma causalidade, um significado para tudo que está acontecendo. E o custo normalmente é alto, pois a maioria se deixa levar por um



grande sentimento de culpa. Ao sair do hospital ela levará para casa um filho que sobreviveu devido aos cuidados de outros e de uma incubadora que terminou a tarefa que ela deixou incompleta.

De fato, os aparelhos funcionam como substitutos da mãe real e são sentidos como algo que ameaça a competência materna para gestar. Substituem a mãe “má” que não desempenhou com eficiência sua função. Devido à dificuldade de encarar essa realidade a mãe pode “fazer de conta” que o filho ainda não nasceu para ela, por não poder se desligar do seu ideal materno. Pode-se utilizar as observações de Catherine Mathelin para ilustrar este fato, segundo as quais muitas mães dizem ter a sensação de continuar grávidas e que podem pensar em dar à luz no dia em que o filho não estiver mais ligado aos aparelhos (MATHELIN, 1999).

## **SENTIMENTOS MATERNOS OBSERVADOS NA SITUAÇÃO DE PREMATURIDADE**

Observa-se que quase sempre é uma decisão médica de urgência que precede o nascimento de uma criança prematura. Como se não bastasse nascer de forma imprevista e cercada de tensões o bebê é ainda bruscamente tomado dessa “mãe prematura” e, nessas circunstâncias, a tensão do nascimento é seguida pela tensão gerada pela indefinição do prognóstico, pois não há muitas certezas presentes nas palavras da equipe devido à imprevisibilidade do quadro clínico.

Como sentir-se mãe? O parto ocorre num momento em que a mulher havia começado a sentir os movimentos fetais, o tamanho da barriga fazia com que ela começasse a ser percebida como uma mulher grávida. Ainda era preciso concluir o enxoval, a arrumação do quarto, etc. Ela também não estava pronta. Assim, lhe foi roubado um tempo precioso, o tempo de imaginar: o bebê mexe pouco, será uma criança tranquila; chuta muito, será jogador de futebol, e assim por diante.

De acordo com o relato de uma equipe de enfermagem, as mães de recém-nascidos prematuros que se encontram internados costumam apresentar os seguintes sentimentos: ansiedade, receio, temor, fragilidade, desespero, depressão, nervosismo, pavor, insegurança, preocupação, culpa, rejeição, angústia, choque, apreensão, sensibilidade, medo, dúvidas e tristeza. Segundo as enfermeiras, os sentimentos de culpa vêm principalmente das fumantes, das que usaram remédios durante a gestação, das que viajaram, etc. Há casos também em que o pai culpa a



mãe e vice-versa. Dentre os diversos sentimentos os que mais se destacaram foram: ansiedade, medo, tristeza e insegurança (ALMEIDA e cols., 2003).

“... todo mundo está acostumado com bebê grande, bebê saudável (...). Com prematuro não é bem assim. Eu acho que existe bastante diferença entre uma mãe que está cuidando de um prematuro e de um a termo. Ela segura de um jeito diferente, com medo dele quebrar, com medo de tirar do berço, porque ele está com soro, vai mexer, vai tirar da veia” (ALMEIDA, 2003, p. 23).

A ansiedade e a culpa são as duas emoções mais aparentes na mãe resultantes da apreensão em relação à sobrevivência do filho. Todo sentimento de culpa pode se relacionar com a fantasia materna de ter feito algo ruim ou deixado de tomar cuidados durante a gravidez, o que teria provocado a prematuridade (KENNEL e KLAUS, 1998).

De acordo com Catherine Druon é muito difícil para os pais de um prematuro se sentirem pais enquanto passam por um verdadeiro transbordamento interior:

“- Eles devem se sentir pais de uma criança doente, investida no tempo da gravidez, que eles ainda não deveriam estar conhecendo, mas que está sob seus olhos;

- Eles não podem carregá-la nos braços, enquanto que os estranhos tocam nela;

- Eles vestem trajes esterilizados como os profissionais, mas se sentem incapazes – e o são realmente – de cuidar dela;

- Eles devem investi-la tal como é, sem entretanto levar muito longe esse investimento, para se protegerem de um luto muito cruel se ela morrer;

- Eles se sentem responsáveis, inúteis e dispensáveis”.

(DRUON apud WANDERLEY, 1999, p. 41).

Levando-se em conta o estudo histórico-cultural, do século XVII aos dias atuais, a partir das pesquisas de Badinter (1985) a respeito do conceito de criança, mulher e mãe, vê-se o quanto o olhar sobre a díade mãe-filho variou ao longo da história e do grupo sócio-econômico no qual encontrava-se inserido. Conclui-se que o amor materno é um sentimento que sofreu modificações sociais, estando hoje profundamente marcado pela concepção de uma mãe ideal. Assim, a maternidade concebida desde o século XIX como um sacerdócio, uma experiência feliz e o ideal de toda mulher, implicará necessariamente em dor e sofrimento a partir do

nascimento prematuro de um filho tão distante do desejado. Dessa forma, a passagem da responsabilidade ao sentimento de culpa e fracasso se dá em um passo, por não se sentir capaz de gerar um bebê saudável e poder vivenciar a experiência da maternidade como o ápice da beleza e da felicidade.

#### Vida

Vejo você, meu filho, morto.

Lembro de outras vidas.

*Tantas mortes*

*latejam dentro de mim.*

Piscam como faróis,

alertas,

me mantêm desperta,

prestando atenção na vida.

Penso em você, tão pequenino,

morto.

*Vejo outras mortes,*

*os amigos sem despedida,*

*os filhos abortados,*

*os projetos recusados,*

*as partidas.*

Imagino você, tão pequenino, vivo,

sinto a dor do parto,

o choro,

o soro no quarto.

E agora, neste campo santo,

sento à sombra de uma árvore,

olho as flores, o céu, os pássaros,

mas não choro.

Ao contrário, penso e agradeço essa partida:

"Filho, você é a minha nova consciência",

- da vida.



Dilea Frate

Escritora, jornalista e mãe de dois bebês prematuros  
(MOREIRA, BRAGA e MORSCH, 2006, p. 187)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento prematuro instaura um desencontro no lugar do tão esperado encontro. O que os levou a faltarem ao encontro? Ou melhor, do ponto de vista materno, o que ela fez para que ocorresse o desencontro? Ao bebê, impregnado pela imagem de sua imaturidade e fragilidade, é concedida absolvição, mas a si própria a mãe pode atribuir uma grande parcela de responsabilidade e culpa.

Como tornar-se mãe é um processo complexo que implica em níveis conscientes e inconscientes de funcionamento mental é preciso desmistificar a relação mãe-bebê, uma vez que ela pode provocar tanta dor quanto prazer pois, conforme já visto, o bebê pode despertar desencanto, decepção, tristeza, hostilidade, etc., da mesma forma como pode deixar sua mãe "louca de amor" por ele. Assim, é preciso compreender que uma mãe não se sinta atraída por seu filho, mesmo nas gestações e nascimentos normais e, principalmente, nos nascimentos pré-termo. Além disso, acolher as emoções e sentimentos maternos faz parte da humanização dos cuidados em saúde.

Vimos que o investimento da mãe em seu filho prematuro contribui para a aceleração de seu crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, para a redução da mortalidade neonatal. Entretanto, se faz necessário que a equipe de saúde se volte também para a mãe, não para lhe atribuir o papel de mais um instrumento terapêutico no tratamento de seu bebê, pois vê-la dessa forma é reduzi-la a um medicamento, a uma incubadora. Atentar para o resgate da autoestima materna e, assim, contribuir para o estabelecimento do vínculo afetivo com seu filho é fator relevante para o adequado desenvolvimento físico e mental do bebê, mas também de sua mãe.

Uma das facetas mais difíceis de ser mãe é suportar a dor causada pelo sofrimento de não poder ser mãe, de não se sentir existindo para seu bebê. Atuar junto à mãe para que esta sobreviva nesta situação é propiciar um mínimo de elementos de sustentação para que ela possa se manter na posição de dupla com seu bebê. A dor do desencontro por parir um filho e não tomá-lo nos braços conduz a um sentimento de inadequação materna ocasionado pela ausência de experiências gratificantes, pois tudo está vazio: a barriga, os braços, o berço. Onde está o bebê que em sua imaginação preencheria esses espaços e, conseqüentemente, alimentaria seu narcisismo? Está numa incubadora, sondado,



aspirado, entubado, picado por agulhas e, principalmente em se tratando de um prematuro extremo, correndo risco de não sobreviver. Ela não está em condições de dar conta de todas as necessidades de um bebê tão frágil, ao mesmo tempo em que este ainda não pode lhe enviar respostas que a gratifiquem. Ambos faltam ao encontro.

As dificuldades na comunicação e na harmonia das primeiras relações da díade mãe-bebê devem ser assistidas e cuidadas. Deve-se privilegiar e contribuir para a adequada estruturação do vínculo favorecendo as condições para tal. Para isso, cada profissional conta com recursos e limites próprios à sua especialidade, justificando cada vez mais que se recorra a uma intervenção em equipe. Disponibilizando à mulher/mãe um espaço de escuta onde ela possa falar e reconhecer seu drama estamos, ao mesmo tempo, contribuindo para a melhoria de sua saúde e para a intervenção precoce de distúrbios no bebê. Em circunstâncias tais uma intervenção psicológica precoce se faz necessária para prevenção da psicopatologia da constituição do vínculo.

É igualmente importante favorecer a comunicação entre a mãe e os diversos profissionais de saúde, assim como com seu bebê, dando início a um “diálogo” com o bebê, necessário se ele sobreviver, e ao início do processo de luto, se ele vier a falecer. A comunicação entre eles depende da mutualidade que resulta do processo de identificação e pertence à capacidade que a mãe tem de se adaptar às necessidades do bebê.

Falar sobre esse nascimento diferente e indesejado permite à mãe colocar palavras no que está vivendo, atribuir significados à sua vivência e, dessa forma, se reencontrar com seu filho e com ela mesma, desde que lhe seja dado tempo, sem preconceitos e sem julgamentos. O estímulo à fala, na presença de um profissional que esteja em condições de escuta, possibilita à mulher atribuir significados à sua vivência traumática, para que esta possa se transformar numa experiência organizadora. Afinal, essa mulher que tem diante de si um bebê para cuidar, também necessita ser cuidada. Assim, ela estará em melhores condições tanto para oferecer ao bebê um ambiente suficientemente acolhedor para que ele desenvolva livremente suas capacidades como para, através da maternagem suficientemente boa, poder vivenciar o tornar-se mãe desse filho, que inicialmente frustrou todas as suas expectativas, com mais plenitude e prazer.

O recém-nascido, prematuro ou não, pede sentido à sua existência e é preciso que a mulher se sinta suficientemente segura e protegida para viver o estado de preocupação materna primária. Mas como identificar-se com esse bebê? Ela precisa se sentir importante para aquele filho e acreditar que se ele está vivo isso também se deve a ela e não apenas à incubadora e à equipe de saúde. Assim, é possível amenizar a ferida narcísica, pois à medida em que o bebê se constrói também constrói sua mãe. Podemos, então, entender o bebê como um fenômeno complexo que inclui o seu potencial e mais o seu meio ambiente, seu entorno, sua mãe.

Favorecer para que o bebê possa paulatinamente ocupar seu lugar de “Sua Majestade, o Bebê” permitirá conseqüentemente à mãe reparar sua própria imagem, pois precisamos atentar para o processo de construção de se tornar mãe de um bebê totalmente diferente do esperado e não privilegiar somente as necessidades do recém-nascido. À medida em que na atualidade assiste-se às mais variadas exigências em relação à mulher ( profissional competente, boa mãe, filhos perfeitos, corpo perfeito, etc. ), o tornar-se mãe se apresenta como um processo cada vez mais complexo.

Concluindo e retornando aos ensinamentos de Winnicott que permearam esse estudo, não existe um bebê sozinho, existe um bebê e sua mãe, que é entorno e, ao mesmo tempo, parte dele. Desde a gestação esse par se funde e, temporariamente, forma uma só unidade. Logo, é desse par que devemos cuidar e, considerando que todo profissional de saúde é um agente de saúde mental, devemos voltar nossas ações para a assistência à saúde materna e infantil.

O testemunho a seguir ilustra o dia-a-dia de uma mãe em uma UTI neonatal e os sentimentos maternos ocasionados pela situação de prematuridade:

“No dia 26 de fevereiro de 1983 dei entrada na Clínica Santa Bárbara, Rio de Janeiro, em trabalho de parto prematuro. Estava com 27 semanas de gestação e Antônio nasceu com pouco mais de um quilo e cem gramas, com um choro fraco, logo apagado por um imenso tubo que médicos apressados lhe enfiaram pela traqueia. Aquilo me afligiu e eles me responderam que o bebê ainda não sabia respirar sozinho. Ele foi removido para um outro hospital, URPE, Urgências Pediátricas de Botafogo – e lá ficou por 45 dias. Seu caso era considerado grave.



Durante 45 dias eu retirei o leite que jorrava dos meus seios com uma bomba e o leite era administrado por sondas para o bebê magrinho, preso a dezenas de fios, imóvel, numa incubadora. Durante 45 dias permaneci, cerca de 8 horas por dia, dentro da UTI, do lado de fora de um vidro. Entrava quando me chamavam, umas 3 vezes por dia, olhava, conversava, mas não podia acariciar, nem pegar no colo. Era perigoso, a imunidade dele era muito baixa, diziam. Durante os 45 dias que permaneci naquela UTI pude perceber que toda vez que me aproximava, Antônio reagia e parecia melhorar. Isso me animou e consegui ficar mais tempo ao lado dele. Fiz amizade com as enfermeiras e implorei para poder segurá-lo no colo, achava, inclusive, que se ele pudesse permanecer em cima da minha barriga, por alguns minutos que fossem, melhoraria o seu estado geral. Não consegui permissão para isso, nunca o peguei no colo, e, no fim, ele acabou não resistindo.

Depois de permanecer 45 dias numa bolha, afastada do mundo, eu tinha de enfrentar as ruas, chegar em casa, seca, muda, sem o meu filho nos braços. Essa era a minha grande tristeza: não tive meu bebê nos braços nem uma vez. E ainda sentia o cheiro do parto! Foi um momento difícil, superado graças a uma gravidez que veio logo a seguir e acabou, outra vez, em parto prematuro. Vitória nasceu no ano seguinte, e, ao contrário do irmão, não apresentou nenhum problema e foi para casa em meus braços. Anos depois, uma estatística revelou que a grande maioria das Vitórias que surgiram no mundo nos últimos 20 anos nasceram de parto prematuro. Pesquisa realizada no Instituto Fernandes Figueira no Rio, mostrou que Vitória é o nome mais concorrido da UTI neonatal do Hospital: 9 em cada 10 meninas são Vitórias. E como são fortes e determinadas essas Vitórias! Parece que têm uma garra especial, como a maioria dos bebês prematuros.

Só quem passa pelo sufoco de ter um bebê internado numa UTI sabe do sentimento de vitória de sair do hospital com o filho nos braços, fora de perigo. Nada, nenhuma batalha no mundo é igual a este sentimento de vitória, íntimo, particular, quase secreto, mas pleno e imenso! Uma vitória da vida sobre a morte, quando a vida é você, seu âmago, sua carne e sua alma.

(...), soube que hoje, com as novas tecnologias, mais modernas, e com os novos tratamentos, mais humanos, um número infinitamente maior de pais saem felizes do hospital com seus filhos prematuros nos

braços. Soube também que aquele negócio de querer botar o filho em cima da barriga, proibido pelas enfermeiras e médicos há 20 anos, é hoje procedimento de rotina nos hospitais neonatais, e tem até um nome simpático: a mamãe-canguru. Fiquei feliz pela primeira mãe que propôs isso e teve o seu pedido atendido e por todas que hoje podem compartilhar suas batidas do coração com as de seu filho, coisa que não pude fazer há 20 anos. A experiência, numa UTI Neonatal, porque mais humana, é hoje menos traumática, menos sofrida, e, por isso mesmo, mais fácil de ser compartilhada.”

( ... )

Dilea Frate

Escritora e jornalista

(MOREIRA, BRAGA e MORSCH, 2006, p. 185-186)



## Referências bibliográficas:

- ALMEIDA, C.F; TACHIBANA, M; ULLE, T.O.; FERNANDES. M.A. O vínculo mãe-bebê prematuro sob o olhar de enfermeiras de UTI neonatal. **Temas sobre desenvolvimento**, v.12, n.70, p. 18-24, 2003.
- ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado. O mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BALDISSARELLA, L. **No limite entre a vida e a morte: um olhar clínico sobre a relação pais/bebê numa UTI neonatal.** Porto Alegre: UFRS, 2006.
- CLOHERTY, J.P.; EICHENWALD, E.C.; STARK, A.R. **Manual de Neonatologia.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CRAMER, B. **Profissão bebê.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- DESLANDES, S.F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- FEIJÓ, M.C.C. **Mãe e bebê. Uma relação pré-natal.** Rio de Janeiro: Ânthropos/Grupo Palestra, 1997.
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas.** Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- \_\_\_\_\_. Luto e melancolia (1915). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas.** Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- \_\_\_\_\_. Feminilidade (1933 [1932]). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas.** Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- GUEDENEY, A. e LBOVICI, S. **Intervenções psicoterápicas pais/bebê.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1994.
- HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o 3º milênio.** 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- KEHL, M.R. **A mínima diferença.** Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- KENNEL, J.H. e KLAUS, M.H. Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. **Pediatrics in Review**, 1998; 19(1): 4-12.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. **Vocabulário da Psicanálise.** 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

MALDONADO, M.T. e CANELLA, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetria**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1988.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

MALDONADO, M.T.; NAHOUM, J.C.; DICKSTEIN, J. **Nós estamos grávidos**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1987.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda – Clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. **Quando a vida começa diferente. O bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

NÓBREGA, F.J. e CAMPOS, A.L.R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

POLETTI, R. e DOBBS, B. **A autoestima**. Petrópolis: Vozes, 2007.

ROHENKOHL, C.M.F. (Org.). **A clínica com o bebê**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

SOUZA, E.M.C.D. & BARROS, M.L.G.A. O mal-estar da culpa. In MOURA, M.D. (Org.) **Psicanálise e hospital: A criança e sua dor**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

SZEJER, M. **Palavras para nascer – a escuta psicanalítica na maternidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TUCHERMAN, S. E. ( Org.) **Família**. Rio de Janeiro: Mauad X: SBPRJ, 2008.

\_\_\_\_\_. **Sentimentos**. Rio de Janeiro: Mauad X: SBPRJ, 2008.

WANDERLEY, D.B.(Org.) **Agora eu era o rei – Os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 1999.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org.). **Explorações psicanalíticas – D.W. Winnicott**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

\_\_\_\_\_. **A família e o desenvolvimento individual**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

<http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 20/05/2009.