

MATERNIDADE-ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

**MÃES ADOLESCENTES E SEUS BEBÊS  
PREMATUROS :**

**O PROCESSO DE TORNAR-SE SUJEITO**

Mon  
AGSA  
2007

**DISCIPLINA : MONOGRAFIA**  
**PROFA. RESPONSÁVEL : MARISA SCHARGEL MAIA**  
**ALUNA : ALESSANDRA GOMES SILVEIRA AZEVEDO**

[ 2007 ]

**U.F.R.J**  
**MATERNIDADE ESCOLA**  
**BIBLIOTECA NORCE DE REZANCO**  
**N. ADM. 712160**  
**N. SISTEMA 712160**  
**COD. BARRA**

**UFRJ**  
**Maternidade-Escola**  
  
**581737**

Resumo (R)

# SUMÁRIO

- INTRODUÇÃO
  
- METODOLOGIA
  
- CAPÍTULO 1: ADOLESCÊNCIA
  - 1.1- BREVE HISTÓRICO SOBRE ADOLESCÊNCIA
  - 1.2- AS ESPECIFICIDADES DA FASE DA ADOLESCÊNCIA
  - 1.3- ADOLESCENTE GRÁVIDA
  
- CAPÍTULO 2: CONSIDERAÇÕES SOBRE GESTAÇÃO, PREMATURIDADE E VÍNCULO AFETIVO MÃE- BEBÊ
  - 2.1- ASPECTOS PSÍQUICOS DA GESTAÇÃO
  - 2.2- PREMATURIDADE E AS POSSIBILIDADES DE VINCULAÇÃO AFETIVA ENTRE MÃE E BEBÊ
  
- CAPÍTULO 3: AS MÃES ADOLESCENTES E OS SEUS BEBÊS PREMATUROS NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO
  
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
  
- BIBLIOGRAFIA

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo compreender a partir da subjetividade das mães adolescentes, as interações que estas estabelecem com os seus bebês prematuros em uma unidade de terapia intensiva; propõe-se também refletir sobre as estratégias de ação que possam ir além do momento da internação, visando à produção de um campo de afetação que permitirá ao bebê advir à condição de sujeito.

Sabemos que as trocas afetivas realizadas no início da vida são determinantes para o desenvolvimento psíquico do bebê. É preciso que as mães se identifiquem com o seu filho para investi-lo narcisicamente, favorecendo a emergência de sua subjetividade.

O estudo foi realizado em uma UTI Neonatal de um hospital de emergência da rede estadual. A metodologia utilizada foi a qualitativa, com observação participante e entrevistas semi-dirigidas. O referencial teórico utilizado para as reflexões foi a Psicanálise, a Psicologia do Desenvolvimento e a Psicologia Clínica.

Por meio de observação e análise das entrevistas, foi constatado que as mães adolescentes não costumam abandonar os seus bebês na UTI no período em que recebem alta. Porém, as vezes a sua presença é marcada por uma passividade e alienação que podem produzir um risco para o bebê. É preciso que as adolescentes se sintam amparadas e cuidadas para que possam se apropriar do seu bebê, investindo afetivamente, dirigindo-lhes palavras que o situam dentro da sua própria história, construindo os laços iniciais tão necessários para o processo de tornar-se sujeito.

## INTRODUÇÃO

A adolescência se constitui em uma época de mudanças biológicas e psíquicas. O corpo se modifica, o rosto se transforma, a pele muda. É uma fase de descoberta pessoal; segundo Winnicott (1993), o isolamento se constitui como o padrão de relação.

Anna Freud nos revela que a adolescência é um período de conflitos devido ao aumento das pulsões contra as quais o adolescente se protege por meio de mecanismos de defesa. Nesta fase, há uma ruptura com os primeiros objetos de amor, os pais, e um distanciamento da família. O investimento afetivo se deslocará para o grupo de amigos. Haverá um superinvestimento da libido (energia sexual) em si mesmo, gerando sentimentos e fantasias onipotentes (apud Dadoorian, 2000).

Dadoorian ressalta que neste momento de intensas mudanças, onde o conflito intrapsíquico se revela impossível de negociar e o mundo interno não é capaz de realizar simbolizações, será no mundo externo, ou seja, no ambiente que o adolescente encontrará o único recurso para desviar-se dos conflitos internos. Todo o processo que deveria se dar de forma simbólica e inconsciente acaba ocorrendo de forma concreta, provocando comportamentos que na maior parte das vezes geram conflitos sociais (cf. Dadoorian, 2000).

A gravidez, por sua vez, é um momento também marcado por intensas mudanças intrapsíquicas e interpessoais. Malthelin (1999) e Maldonado (2000), entre outros autores, nos falam sobre a gestação como um momento da vida marcado por intensos sentimentos ambivalentes em que se faz necessário a mudança de papéis, onde há uma série de renúncias a serem feitas, não

apenas ao lugar de filha para aceitar ser mãe, mas as renúncias da imagem corporal, de comportamentos em relação a si mesma e a sociedade.

O significado da gravidez na adolescência, dos pontos de vista pessoal, social e familiar pode se constituir como um período difícil como nos afirma Santos (2003), independente da gravidez ter sido planejada ou não, tornando-se mais complicado quando há o nascimento de um bebê prematuro, um dos riscos possíveis da gravidez na adolescência.

Winnicott (1993), Mathelin (1999), Wanderley (1997), entre outros, nos falam da importância da vinculação afetiva entre mãe e bebê, pois será através desta relação que o bebê descobrirá o seu corpo, através do olhar da mãe que ele se verá, se humanizará através do seu investimento, das suas palavras, do seu toque, do seu afeto. Durante algum tempo se sentirá como sendo parte desta mãe, para depois descolar - se, seguindo o curso do seu desenvolvimento.

O acesso a uma “mãe suficientemente boa”, segundo Winnicott (1993), permite ao bebê a vivência da ilusão e gradativamente a frustração necessária para que ele se “desiluda”, o que permitirá que ele vá se estruturando, se constituindo como sujeito separado da mãe.

Entre a mãe e o bebê produz-se então, uma relação complexa que servirá como base para a construção do aparato psíquico e da subjetividade da criança.

Há cinco anos trabalho atuando como psicóloga em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital da rede estadual. Este hospital localiza – se na Baixada Fluminense e é referência para gestações de alto risco, ele atende

a uma população carente sócio – economicamente. Em alguns bairros próximos ao hospital não há sequer saneamento básico.

Ao longo desses anos venho observando o aumento crescente de mães adolescentes com bebês prematuros. Com a finalidade de compreender a interação que se estabelece entre mães que estão vivenciando a adolescência (considerando todas as especificidades desta etapa do desenvolvimento) e seus bebês prematuros, desenvolvi esta pesquisa dividindo-a em três capítulos.

No primeiro capítulo caracterizo as especificidades da fase da adolescência, abordando aspectos relativos a adolescência e a adolescente grávida. Como fundamentação teórica utilizo autores como: Arminda Aberastury, Mauricio Knobel, Diana Dadoorian, Donald W. Winnicott, Juan David Nasio entre outros.

No segundo capítulo discuto a gravidez, ressaltando os seus aspectos psíquicos, o nascimento prematuro, o processo de hospitalização e a importância da vinculação afetiva para a emergência da subjetividade do bebê, e a constituição do sujeito. Trabalho com os seguintes autores: Maria Tereza Maldonado, Catherine Mathelin, Myriam Szejer e Daniele de Brito Wanderley entre outros.

No terceiro capítulo faço uma análise da relação que se estabelece entre as mães adolescentes e os seus bebês prematuros no processo de internação na unidade de terapia intensiva do HEAPN. Os autores utilizados são: Françoise Dolto, Leticia Solis-Ponton, Sigmund Freud, Ângela Rabello etc.

Os capítulos serão permeados com fragmentos de entrevistas semi-dirigidas realizadas com as mães adolescentes que estão como

acompanhantes dos seus bebês internados na UTI neonatal do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é procurar a partir da subjetividade das mães adolescentes, as interações que estas estabelecem com seus bebês durante o processo de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva. Visa-se também, a construção de estratégias de intervenção com as mães adolescentes para o favorecimento da formação do vínculo afetivo entre mãe-bebê, minimizando os riscos psíquicos.



## METODOLOGIA:

Utilizei a metodologia qualitativa, realizada por meio de estudo descritivo e exploratório. Para a coleta de dados utilizo a observação participante com posterior registro em um diário de campo e entrevistas semi- estruturadas.

As observações foram realizadas durante a rotina da UTI, nos atendimentos individuais e nos grupos de apoio que são realizados semanalmente pela Psicologia com a participação da Fonoaudiologia desde fevereiro deste ano, na sala de espera da Unidade.

As entrevistas semi- estruturadas foram realizadas com as mães adolescentes, compreendendo a faixa etária entre 13 e 17 anos, que acompanham seus filhos no processo de internação. As entrevistas foram gravadas e transcritas. O tamanho da amostra foi determinado segundo critérios de inclusão até a saturação teórica. A coleta de dados e a sua análise ocorreram simultaneamente.

Através das entrevistas foram levantados dados como: história da gravidez, relação da puérpera com a sua mãe e com o pai do bebê, expectativas quanto à gravidez e quanto ao bebê, contexto sócio-econômico, projetos relacionados à sua vida e à vida do seu filho.. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2006 e março de 2007.

A Psicanálise, a Psicologia do desenvolvimento e a Psicologia clínica foram utilizadas como referencial teórico para a compreensão e reflexão das observações e informações obtidas.

A análise da comunicação sutil como: os gestos, o comportamento das mães com os seus bebês e a reação deles ao toque, à fala das suas mães fizeram parte dos critérios observacionais.

# CAPÍTULO 1

## ADOLESCÊNCIA

*" A infância e a adolescência são os momentos mais ricos das construções fantasmáticas, são elas que tecem o que se chama subjetividade "*

*(Teresa Pinheiro, 2001)*

### 1.1) BREVE HISTÓRICO SOBRE ADOLESCÊNCIA

Na sociedade medieval os sentimentos da infância e da adolescência não existiam. Nessa sociedade, assim que a criança conseguia viver com um mínimo de independência, ingressava no convívio dos adultos e não se distinguia mais destes (cf. Ariès, 1981).

No século XVI os adultos se permitiam tudo diante das crianças. Elas ouviam e participavam naturalmente de suas vidas. Havia uma grande liberdade na forma de tratar as crianças. Acreditava-se que elas fossem alheias e indiferentes à sexualidade. Portanto, os gestos e o que fosse falado diante delas não tinham conseqüências sobre as mesmas. Mas é ainda nessa época que o pensamento de moralistas e educadores começa a divergir e que por fim acaba por triunfar constituindo as idéias que até hoje são difundidas.

Segundo Ariès (1981), é no decorrer do século XVI que um sentimento novo com relação à criança começa a surgir denominado "paparicação". Originalmente, este sentimento pertencia às mulheres (mães ou amas) encarregadas de cuidar das crianças. A criança tornara-se uma fonte de relaxamento para o adulto que não lhe impunha nenhum limite, nem havia

qualquer tentativa de se educar a criança. Passados os cinco ou sete primeiros anos, a criança se fundia com os adultos, determinando uma infância curta.

O século XVII foi marcado por uma reforma dos costumes, sinal da renovação religiosa e moral, e pelo nascimento da burguesia, o que trouxe uma grande importância para temas da primeira infância. A criança passa a ocupar um lugar de maior destaque na sociedade; isso pode ser atribuído a uma cristianização mais profunda dos costumes.

No século XX o apego à infância e sua particularidade não se exprimia mais através da distração e da brincadeira, mas através do interesse psicológico e da preocupação moral.

Ariès (1981) afirma que os textos do fim do século XVI e XVII estão repletos de observações sobre a psicologia infantil. Tentava-se penetrar na mentalidade das crianças para adequar melhor os métodos de educação, revelando com isso uma preocupação cada vez maior com as crianças, consideradas testemunhas da inocência batismal, semelhantes aos anjos e próximas de Cristo. Buscava-se fazer das crianças futuros homens racionais e cristãos.

Como se pode perceber, a rede de crenças frente à idéia de infância não existiu sempre da mesma maneira, assim como também o fenômeno da adolescência foi construído, sobretudo, no século XX.

A infância e a adolescência, tal como a conhecemos são invenções da época moderna. As preocupações, atenções, debates que inicialmente se voltavam para a infância, se estenderam para a adolescência.

Segundo Calligaris (2000), a infância não oferece apenas um prazer estético da felicidade infantil, mas representa os anseios dos adultos, uma

espécie de promessa, dando sentido à corrida social. Quanto mais a infância é encarregada de preparar o futuro, mais ela se prolonga, forçando inevitavelmente a invenção da adolescência, que é um derivado contemporâneo da infância moderna.

Dadoorian (2000) coloca que os primeiros estudos sobre adolescência aparecem nos EUA. Em 1950, o termo *teenager* é incorporado à linguagem corrente. A adolescência adquire um estatuto legal e social a ser disciplinado e regulamentado. O movimento estudantil da França na década de 60 representou também um marco do apogeu do fenômeno da adolescência, pois foi ampliado o domínio adolescente sobre o conjunto de sua vida cotidiana: sua sexualidade, sua situação econômica, sua participação na vida pública.

Hoje, inúmeros estudos são realizados dando enfoque à adolescência por representar uma época da vida marcada por intensas transformações físicas e psíquicas.

A seguir serão discutidos os aspectos emocionais vividos pelos adolescentes nesta etapa da vida, a fim de possibilitar uma reflexão sobre a adolescente grávida.

## 1.2) AS ESPECIFICIDADES DA ADOLESCÊNCIA

A adolescência se constitui como um período da vida marcado por uma intensidade de conflitos internos e relacionais, além de mudanças corporais, hormonais, a que os sujeitos não possuem qualquer tipo de controle. As experiências vividas neste período podem ser produtoras de muito sofrimento e angústia.

Aberastury, citando Anna Freud (1981), afirma que toda a comoção

deste período da vida é tida como normal, assinalando que seria anormal a presença de um equilíbrio estável durante este processo.

Seguindo as idéias de Aberastury (1981), o adolescente realiza três lutos fundamentais, são eles:

O luto pelo corpo infantil, o adolescente sentirá as mudanças como algo externo, frente ao qual se encontra como espectador impotente do que ocorre no seu próprio organismo (Aberastury, 1981, p.10).

O luto pelo papel e identidade infantis, que o obriga a uma renúncia da dependência e a uma aceitação de responsabilidades que muitas vezes desconhece (idem, p.10).

O luto pelos pais da infância, o qual, persistentemente, tenta reter na sua personalidade, procurando o refúgio e a proteção que eles significam situação que se complica pela própria atitude dos pais, que também têm que aceitar o seu envelhecimento e o fato de que seus filhos já não são crianças, mas adultos, ou estão em via de sê-lo (idem, p.10).

A adolescência, numa perspectiva psicanalítica, é entendida como um retorno às questões edípianas.

A fim de se compreender o que isso representa, faz-se necessário discutirmos em linhas gerais os conceitos de castração e narcisismo desenvolvidos por Freud no decorrer de sua obra.

O complexo de Édipo tem um desfecho para a criança em torno dos cinco anos de idade. A criança reconhece a diferença anatômica entre os sexos, e esta descoberta se dá permeada de angústia.

Para o menino, num primeiro momento, todos possuiriam um pênis semelhante ao seu, não haveria diferença anatômica entre os órgãos sexuais

masculinos e femininos. Esta crença constitui a pré-condição para o processo de castração (Nasio, 1995, p.14).

O pai ou quem exerce a função paterna fará a interdição, que será sentida pelo menino como uma ameaça de castração, e seus efeitos incidirão sobre sua fantasia de um dia possuir o seu objeto amado, a mãe (idem, p.14 e 15).

A constatação de que nem todos têm um pênis, somada às interdições paternas que são representadas pela lembrança de ameaças verbais, reais ou imaginárias, definem as duas condições principais do complexo de castração (idem, p.16).

A angústia de castração é inconsciente; é sob o seu efeito que o menino renuncia à mãe e reconhece a lei paterna, encerrando a fase do amor edipiano, sendo possível com isso a afirmação da identidade masculina. O complexo de castração é estruturante, permitindo que o menino assuma a sua falta, produzindo o seu próprio limite. O término do complexo de Édipo se encerra com o término do complexo de castração (idem, p.17).

As meninas também acreditam na universalidade do pênis, esta é a pré-condição para o complexo de Édipo em ambos os sexos. Enquanto no menino, o complexo de castração termina em uma renúncia ao amor da mãe, na menina, o complexo de castração possibilita o amor edipiano pelo pai (idem, p.17).

A perda do seio materno traz em si a marca do ressentimento de ter sido deixada na insatisfação. Esse ódio é recalcado só reaparecendo com o complexo de castração (idem, p.18).

A menina quando reconhece sua castração, afasta-se da mãe pela

segunda vez, desprezando-a, pois a mesma não foi capaz de transmitir-lhe os atributos fálicos. A partir daí, elege o pai como seu objeto de amor (idem, p.19 e 20).

Diante da constatação de sua falta de pênis, a menina pode adotar três atitudes, que decidirão o destino de sua feminilidade, são elas (idem, p.20):

Ela pode se recusar a entrar em rivalidade com o menino. Não sendo habitada pela inveja do pênis (idem, p.20).

Ela pode negar o fato de ser castrada e preservar a esperança de um dia ser detentora de um pênis o que pode representar em uma escolha de objeto homossexual manifesta.

A terceira possibilidade é o reconhecimento imediato e definitivo da castração, caracterizando-se por três mudanças importantes (idem, p.20):

A mudança do objeto de amor. A mãe cede lugar ao pai, dando início ao complexo de Édipo feminino, que persistirá ao longo de toda a vida da mulher. Haverá um deslocamento da libido no corpo da menina, a libido se deslocará do clitóris para a vagina, esta será continente do pênis, ocorrerá o deslocamento dos investimentos erógenos do clitóris para a vagina que irá se traduzir na vontade de ter um filho. O pênis cede lugar a um filho (cf. Nasio, 1995).

Com o término do complexo de Édipo, inicia-se o período de latência. Neste período, todo o investimento sexual do desejo é desviado para o saber. A criança é ainda fisicamente imatura para ter uma relação sexual genital (Pinheiro, 2001, p.70).

A adolescência representa, então, um retorno à questão edipiana que foi adiada com o período de latência. A época da vida que se localiza entre a



infância e a idade adulta não pode ser reduzida a mudanças puramente fisiológicas e corporais. Neste período, as questões edípicas irão ressurgir com a efervescência da sexualidade genital, exigindo o abandono do objeto de desejo interdito (idem, p.71).

Ainda com Pinheiro, isto ocorre porque o objeto abandonado, não é somente o objeto a partir do qual todos os outros serão derivados. O objeto abandonado é também o objeto primeiro que o inventou narcisicamente.

O bebê é alvo de investimento e depositário do narcisismo das figuras parentais assim como o nascimento de um bebê forte e saudável também renarcisa a sua mãe.

O primeiro modo de satisfação da libido seria o auto-erotismo. Para Freud, isto caracteriza o narcisismo primário. Os objetos então investidos pelas pulsões são as próprias partes do corpo (Nasio, 1995, p.48).

Os pais têm um papel fundamental na constituição do narcisismo primário. Produz-se uma “reprodução” do narcisismo dos pais, que atribuem aos filhos todas as perfeições e projetam nele todos os sonhos que precisaram renunciar (idem, p.49).

A criança sai do narcisismo primário quando se vê confrontada com o que está fora dela, com as exigências do mundo que a cerca, que se traduzem simbolicamente através da linguagem. A ferida infligida ao narcisismo primário é a percepção do filho que a mãe também deseja além dele, que ele não representa tudo para ela (idem, p.51).

O Eu desenvolve-se progressivamente na medida em que se distancia do narcisismo primário. O complexo de castração é o elemento mais importante que vem perturbar o narcisismo primário. É a partir dele que se opera o

reconhecimento de uma incompletude (idem, p.51).

A difícil missão do adolescente é o afastamento das figuras parentais, porque o objeto substituto jamais apresentará as mesmas garantias de afeto, mesmo que isso seja ilusório (Pinheiro, 2001, p.72).

O trabalho psíquico empreendido pelo adolescente gera inúmeras turbulências internas, produzindo oscilações de humor e ambivalência com relação às figuras parentais. Os objetos parentais das idealizações infantis precisam ser desalojados para se poder buscar novos objetos fora do círculo familiar. Tarefa árdua que implica muitas perdas. Assim, antes de buscar novos objetos, os adolescentes tentam uma nova investida nos objetos edipianos, tentando resgatar uma situação narcísica "perdida" na ameaça da castração (idem, p.72).

Para Aberastury (1981), a adolescência representa um período de contradições, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricções com o meio familiar e social. O adolescente refugia-se no mundo interno para poder relacionar-se com o seu passado e a partir daí, enfrentar o futuro. A identidade vai se construindo consciente e inconscientemente.

A desidealização das figuras parentais produz o mais profundo desamparo. É preciso renunciar à sua condição de criança, devendo-se renunciar também a ser tratado como criança (Aberastury, 1981, p.16).

Há um refúgio na fantasia, no mundo interno, com o crescimento da onipotência narcisista e da sensação de prescindir do meio externo (idem, p.18).

Sair da infância é sair do mundo da proteção, das "garantias" (Pinheiro, 2001, p.73).

Para Pinheiro (2001), a questão central da adolescência é a própria castração, naquilo que ela tem de estruturante: de aceitação da condição humana. Desejar é sair da ilusão da suficiência, é entrar no mundo da complementaridade, sendo o narcisismo o recurso rebelde diante da castração.

A adolescência, por tudo que já foi discutido, representa um momento onde as identificações parecem frágeis e parecem precisar se reorganizar.

### 1.3) A ADOLESCENTE GRÁVIDA

*“... De manhã cedo já tá pintada  
Só vive suspirando, sonhando acordada  
O pai leva ao doutor a filha adoentada  
Não come nem estuda, não dorme nem quer nada  
Ela só quer só pensa em namorara  
Ela só quer só pensa em namorar” ...”  
(Xote das meninas, Luís Gonzaga)*

Quando se pretende pesquisar sobre a adolescente grávida, não podemos deixar de considerar os aspectos culturais, econômicos e sociais que permeiam a realidade dessas jovens.

Por isso, situar as características do lugar onde a pesquisa foi realizada nos permite refletir sobre a adolescência vivida por aquelas meninas no âmbito da maternidade e o que isso pode representar enquanto mudanças na sua vida.

Essa instituição localiza-se na baixada fluminense, no município de Duque de Caxias. Os bairros vizinhos ao hospital são carentes em saneamento básico e educação. O lazer dos jovens se resume a freqüentar lan house, ou reunirem-se em uma praça nos finais de semana. Não há cinemas, teatros e o comércio é limitado, ou seja, os adolescentes revelam que para se ter acesso a

bens de consumo precisam ir até ao centro de Duque de Caxias.

O ensino público em todo município de Caxias só tem início aos seis anos de idade, o que representa que as crianças com idade inferior aos seis anos não tem acesso ao ensino público. O segmento da educação infantil que consiste dos dois anos até os cinco anos fica por conta das inúmeras escolas privadas que, na maior parte das vezes, não são legalizadas e nem fornecem ensino de qualidade.

Há poucas creches no município, o que representa que as jovens quando tem filhos e desejam voltar a estudar depois do nascimento da criança, se sentem impedidas.

Não há perspectivas de emprego nessa região, nem de um ensino educacional que permita uma ascensão social e econômica.

É neste contexto que o adolescente está inserido, vivendo todas as especificidades do seu momento de vida.

Para Calligaris (2000) o adolescente quer ser reconhecido como sujeito adulto, ele quer a permissão para fazer parte da comunidade, no entanto, é imposto a ele uma moratória. Apesar da maturação dos corpos, é imposto a eles que esperem, pois não se sabe quando a adolescência termina.

Nas sociedades arcaicas haviam ritos de passagem que constituíam marcos mais definidos para entrada e saída da adolescência. Na nossa sociedade o que observamos é uma adolescência prolongada, ou seja, um reconhecimento de uma autonomia que custa muito tempo para chegar (Almeida, 2003, p.16).

Calligaris (2000) aponta que a falta de reconhecimento imposta pelos adultos, é o que torna o adolescente gregário. Eles se afastam dos adultos,

criando microssociedades que vão desde o grupo de amigos, até o grupo de estilo, até a gangue. Eles se reconhecem como pares e dispensam os adultos.

Nesses grupos transgredir é o comportamento esperado, pois representa adesão e fidelidade ao grupo (Calligaris, 2000 p.38).

Segundo Calligaris (2000): “O que há de mais transgressor nos adolescentes é a realização de um desejo dos adultos, que estes pretendiam reprimir e esquecer (p.35)”.

Para Almeida (2003) os grupos nos quais os adolescentes se agrupam lhes permitem o acesso à novas leis que irão determinar o seu comportamento e novos conceitos éticos e morais.

Então a questão que se impõe é a tentativa dos adolescentes de serem reconhecidos pelos adultos, enquanto pares, para isso eles precisam transgredir, ou seja, atender as expectativas implícitas dos adultos.

A gravidez na adolescência segundo esta perspectiva poderia ser então compreendida como um comportamento transgressor que representaria uma tentativa de autonomia e um passaporte para o mundo dos adultos.

Segundo Almeida (2003) há outras interpretações possíveis para se compreender a gravidez nesta etapa da vida, como por exemplo: uma tentativa que a mulher faz de afirmação da sua feminilidade, de competir com a mãe, ou então de ter algo em comum com ela. Em outros casos, parece haver a necessidade de compensação de carências afetivas. Adolescentes que procuram uma identidade, tornando-se alguém desde que se torna a mãe de alguém. O desejo de assumirem uma responsabilidade especial, a esperança de que o filho lhes dê amor.

Dadoorian (2000) coloca a gravidez na adolescência sobre o âmbito do

desejo, desconstruindo idéias preconcebidas e simplistas de que seria apenas a falta de informação sobre métodos contraceptivos que poderia estar propiciando a gravidez neste momento da vida.

A sua pesquisa afirma que nas classes populares, apesar das circunstâncias econômicas e sociais desfavoráveis, a adolescente predominantemente deseja ter o filho. As colegas destas jovens, suas irmãs e sua própria mãe são ou foram mães adolescentes. A maternidade é valorizada e equivale a assumir um novo status social tornando-se uma via de acesso para a feminilidade (Dadoorian, 2000, p.142).

Para Sales (2000) o desejo de “ser” mãe e o desejo de “ter” um filho para uma mulher deve ser tratado de forma diferenciada. Pois são constituídos em tempos diferentes. O desejo de um filho seria movido pelos fantasmas infantis da castração e do complexo de Édipo. Por outro lado querer um filho estaria atrelado a razões estabelecidas pela cultura, por exemplo: idade, relações conjugais, condições sócio-econômicas. Porém planejar um filho nem sempre quer dizer desejá-lo. E aquele bebê que não foi programado, não representa que não foi desejado.

Segundo Sales (2000) um filho vem, na maioria das vezes tamponar uma falta, que vai além da falta estrutural, produzida pela castração, mas outros vazios, deixadas pelas perdas ao longo da vida, tais como: abortos, mortes de filhos, de pai, de mãe, de irmãos, amigos; perdas profissionais; perdas orgânicas etc. Esse filho poderia vir embalado em uma maré de idealizações, mascarando ou compensando a solidão, a pobreza, a ausência de planos, perseguindo a ilusão de completude, e às vezes, até mesmo como amuleto para dar sorte.

O que se observa nos atendimentos no hospital é que não existe um único motivo que leva a adolescente a engravidar, existem várias razões: psicológicas, sociais e culturais e que tem relação com a história de cada jovem, que é sempre única e singular, e onde provavelmente muitos elementos citados acima estão imbricados.

É fato que a gravidez quase sempre provém de relacionamentos pouco estáveis e, às vezes, durante o percurso da gestação, o namoro termina, fazendo com que a adolescente enfrente sozinha ou na companhia de sua mãe o processo de internação do seu bebê quando nasce prematuro.

Outro dado interessante é que quase sempre afirmam que a gravidez não foi planejada e como vimos anteriormente a falta de planejamento não exclui a dimensão do desejo.

Ao contrário, mostram-se quase sempre desejantes daquele bebê, depois de passado o choque inicial do parto prematuro.

Mas a questão que nos acomete, não é propriamente os motivos que levam a adolescente a engravidar, mas sim as implicações que podem ocorrer no que diz respeito a formação de vínculo afetivo entre a mãe adolescente e o bebê prematuro.

Segundo Solis-Ponton (2004), a adolescente grávida encontra-se na interseção entre a crise da adolescência e a crise da gravidez. Desse modo, as crises poderão ser potencializadas.

A seguir teceremos algumas considerações sobre a gestação e seus efeitos psíquicos e as possibilidades de vinculação afetiva entre a mãe e seu bebê.

## CAPÍTULO 2

### CONSIDERAÇÕES SOBRE GESTAÇÃO, PREMATURIDADE E VÍNCULO AFETIVO MÃE- BEBÊ.

*“ Para viver depois de nascer, exatamente como nos primeiríssimos dias após a fecundação, um recém-nascido tem que se enraizar em algo que vive, tem que ser implantado numa relação humana.”*

*(M. Thirion, 2004)*

#### 2.1) A GRAVIDEZ E SEUS ASPECTOS PSÍQUICOS

A gravidez é um período de transição, de metamorfose é um evento que modifica a ordem estabelecida, pois altera papéis e funções dentro da família. Mesmo quando não se trata de primíparas, notamos alterações na dinâmica familiar, pois cada nascimento é diferente. Segundo Szejer (1997), a cada nascimento nos tornamos mãe, um novo personagem a ser inventado, como se cada criança, com sua personalidade própria tivesse o dom de transformar-nos numa mãe diferente.

A gestação evoca para a mãe e para o pai a sua própria história e ela é sempre portadora de um sentido. Cullere- Crespín (2004), afirma que os registros primitivíssimos e inconscientes da maneira como o Outro cuidou dela quando ela própria era bebê serão, em grande parte, os registros aos quais uma mulher fará apelo ao cuidar de seu bebê. Ela ainda acrescenta que ninguém se lembra no plano consciente como foi carregado, ninado,



consolidado, mas isso não impede que sejam esses registros que se reativem quando tomamos nos braços um bebê.

Não há gravidez sem história e são as histórias das famílias do pai e da mãe, com os seus ditos e não-ditos que dará lugar a uma criança singular que ocupará seu lugar na família.

Szejer (1997) nos fala sobre o “banho de linguagem” específico de cada família que preexiste à criança e a ela será transmitido. Isso representa que mesmo antes do seu nascimento o humano é conta com o universo simbólico dos seus pais, da sociedade e da cultura a que pertence.

Estudos realizados nas últimas décadas indicam que o estado emocional da mãe tem importante papel no que vai se passar com a criança, não somente no momento neonatal, mas também durante e no final da gestação. (Cullere – Crespim, 2004, p.17). A mãe ou quem exerce a função materna estabelece no início da vida do bebê uma relação com ele que será fundamental para o seu futuro. Neste momento a dependência deve se fazer de forma absoluta e é necessário que a cuidadora se identifique com o seu bebê, para que possa se tomar por ele, ou como um pedaço dela mesma.

Winnicott (1998) descreve esse estado especial como “preocupação materna primária”; ela se instala nos últimos momentos da gravidez e apenas a mãe que vivencia esse estado pode compreender as necessidades fundamentais do seu bebê. Ela lhe atribui conteúdos psíquicos, e sabe por ele. Assim, a mãe que ouve o seu filho chorar, é capaz de atribuir um sentido para aquele choro. Ela fala e ela responde, constituindo o que chamamos de “encontro inaugural”. O grito não é um ruído, é um apelo. O bebê passa a ser promovido à condição de sujeito falante. (Cullere – Crespim, 2004, p.26).

A função paterna é encarnada pelo homem com mais facilidade porque o bebê não é pensado por ele como uma parte dele mesmo. Ele possui a função separadora, ela irá regular a onipotência primordial da mãe. (Cullere-Crespim, p.29, 2004).

As funções paternas e maternas se complementam - se articulam.

Quando a mulher engravida, ela precisa fazer uma série de renúncias, e uma delas implica na renúncia do lugar de filha para ser mãe. Para realizar um desejo, é preciso renunciar a outro. A ambivalência faz parte do desejo.

Segundo Mathelin (1999) a ambivalência está presente durante todo o tempo de gravidez.

Maldonado (2000) afirma que há sempre uma oscilação entre desejar e não desejar aquele filho. Não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada. E na medida que a gravidez evolui a relação que a mãe estabelece com o seu bebê e com a sua gestação também se modificam.

Discutirei algumas transformações físicas e psíquicas vividas pelas gestantes, procurando caracterizar os três trimestres da gravidez segundo a abordagem psicanalítica de Myrian Szeger e Richard Stewart (1997).

### OS TRÊS TRIMESTRES DA GESTAÇÃO

#### ► PRIMEIRO TRIMESTRE:

A gravidez pode representar para a mulher uma chance de evolução, de realização, um rito de passagem (idem, p.117).

Mas para cada mulher, ou mesmo de uma gravidez para a outra na mesma mulher, a gestação é vivida e sentida de maneira diferente pois é sempre remetida a sua própria história e situada num determinado tempo.

O primeiro trimestre de gravidez caracteriza-se pelas primeiras modificações da percepção e da imagem do corpo. Neste momento, entram em jogo duas histórias. A história da relação da gestante com o seu próprio corpo e a da sua relação com o corpo de sua mãe. Essas duas histórias se cruzam, se entrelaçam (idem, p.120).

Hoje já é discutível atribuímos os sintomas físicos apenas às mudanças hormonais que ocorrem na gravidez, pois essa explicação não dá conta da variação de sintomas de uma mulher para a outra ou mesmo de uma gravidez para outra na mesma mulher. As modificações físicas precisam ser compreendidas na história particular como expressão de um discurso dessa gravidez (idem, p.120).

Frente às modificações corporais da mulher, o homem também não ficará indiferente, ele será afetado e com suas reações também afetará a mulher. Como a relação de um casal tem sempre um modo de funcionamento dinâmico, aquilo que pode representar inicialmente como fator angustiante pode se modificar e ser bem aceito pelo casal, quando é possível uma renegociação nas relações do casal.

As primeiras modificações corporais são no primeiro trimestre quase sempre acompanhadas de mal-estares como por exemplo náuseas, desejos, distúrbios do sono ou do caráter etc (idem, p.121).

Novamente, não podem ser atribuído apenas aos hormônios a causa dos mal-estares. É preciso se compreender que a gravidez remete a mulher ao seu próprio nascimento e a outros nascimentos na família, com isso os sintomas devem ser observados dentro de um contexto que é sempre pessoal (idem, p.125-126).

A gravidez mobiliza conflitos inconscientes e os sintomas são manifestações inconscientes que encontram no corpo uma forma de expressão.

No primeiro trimestre da gravidez, o embrião ainda está fusionado ao corpo da mãe, o que representa uma dependência total. São os hormônios fabricados pelos ovários da mulher que mantêm a gravidez.

A mulher começa a viver uma espécie de descentralização. O seu corpo se ocupa agora de proteger esta vida, de ajudá-la a evoluir harmoniosamente. É como se sua energia vital se deslocasse. Ela vive essa possível vida e todas as suas referências habituais se encontram alternadas.

A gravidez também consiste em uma mudança de papéis, na aceitação da mulher abrir mão do lugar de filha para tornar-se mãe. Desse modo, deve-se estar atento as palavras ocultas, a história de vida da gestante, as relações que estabelece com sua mãe, com seu companheiro, ao contexto que a gravidez está inserida para se tentar compreender os sintomas apresentados, evitando com isso banalizá-las, reduzindo-os apenas à esfera biológica.

► SEGUNDO TRIMESTRE:

No fim do primeiro trimestre a embriogênese está terminada. No segundo trimestre o embrião torna-se feto e a placenta toma lugar do ovário, produzindo os hormônios necessários para a evolução do bebê. A placenta pertence ao feto e neste momento, o bebê adquirirá um começo de autonomia, ainda que permaneça dependente da mãe (idem, p.148).

Nesta fase da gravidez, a aquisição da autonomia do bebê permite que a maior parte dos sintomas físicos desapareçam e os sintomas psíquicos

ganham maior proeminência. Nota-se então relatos referindo crises de ansiedade e pesadelos que substituirão as náuseas e outros sintomas (idem, p.149).

As modificações físicas tornam-se mais notórias e será sentida pelo casal que precisará novamente se reorganizar. Para a maioria das mulheres, a gravidez começa a ser vista por volta do quarto mês. E essa visão às vezes perturba alguns homens que podem se sentir incapazes de sentir desejo por esse corpo. A presença desse outro também pode mobilizar reações, modificando a sexualidade do casal (idem, p.150).

A forma como essas mudanças são vividas pela mulher e pelo homem, pode representar o lugar que esse filho ocupará para esse casal (idem, p.151).

Em diferentes culturas esse período é vivido de maneira diferente. Algumas culturas interditam a prática da sexualidade, em outra será recomendada. De qualquer modo, a sexualidade do casal tem a ver com essa gravidez e será modificada por ela (idem, p.151).

Junto aos pesadelos e as crises de ansiedade, a gestante vive igualmente um grande prazer provocado pela sensação de vida. O bebê se mexe, faz-se presente, produzindo sensações inimagináveis (idem, p.151-152).

No primeiro trimestre, persiste ainda dúvidas se a gestação irá evoluir. No segundo trimestre, a gravidez está instalada e os movimentos do bebê confirmam a todo momento sua presença (idem, p.151).

Essa certeza produz a angústia que é revestida de um significado diferente. Quando o bebê se mexe, a mulher sente sensações que produzem um intenso prazer, e também a faz perceber que num determinado momento ela precisará se separar desse bebê. A angústia vem como expressão dessa

antecipação ( idem, p.153). Algumas separações e abandonos vividos pela mulher na sua história pessoal podem entrar em ressonância com essa antecipação e sobrecarregar essa angústia (idem, p.153).

Há também a perspectiva de novas responsabilidades, o nascimento do seu bebê também implica em outro nascimento – o seu, como mãe.

Para Pirim (2004) o medo do filho desconhecido e o sentimento de responsabilidade de criá-lo parece também contribuir para a angústia. Desse modo, para prosseguir a gravidez, a grávida recorre a fantasias maníacas (eufóricas) de ter um filho perfeito que só lhe trará felicidades.

Quanto ao sexo do bebê, é neste momento que é possível se ter certeza se será um menino ou uma menina. Em certos contextos, esse saber pode ser profilático, permitindo que os pais se preparem para acolher aquele filho que nem sempre é do sexo desejado. Mas o ideal é que o desejo de cada um de saber antes do parto possa ser respeitado (Szejer e Stewart, 1997, p.166).

► TERCEIRO TRIMESTRE:

No terceiro trimestre, o feto torna-se viável o que permite que ele seja percebido de outro modo pela mãe. Ela passa a prever o seu nascimento e imaginar seu parto. A idéia de separação que era fonte de angústia no 2º trimestre, tem a mesma representatividade. A mulher passa a desejar que isso aconteça (idem, p.183).

Essa fase é marcada por mal-estares físicos e, dependendo do casal as modificações ocorridas neste período vão repercutir sobre a sexualidade.

A mulher passa geralmente a apresentar um volume imponente que também acarreta um novo lugar na sociedade (Idem, p.183-184).

Há também descompensações somáticas que podem ocorrer, tanto na mulher como no feto neste período (idem, p.188).

Para a mãe, pode representar ameaça de parto prematuro, hipertensão arterial, as toxemias e a descompensação diabética (idem, p.188).

A ameaça de parto prematuro pode ser entendida do ponto de vista psicanalítico, como a expressão de um conflito ligado à história da mãe, do casal ou desta gravidez. E nesta etapa da gravidez, implica num processo de hospitalização (idem, p.188).

A hipertensão arterial e as toxemias podem provocar “eclâmpsia” e descolamento de placenta. Há dois tipos de casos: as mulheres que já sofrem de hipertensão e tiveram o seu quadro de saúde agravado pela gravidez e as que sofrerão desta patologia somente durante a gravidez (idem, p.191).

As situações devem ser analisadas considerando os diferentes contextos. Sabe-se, contudo que num certo número de casos, a hipertensão arterial pode ser entendida como sintoma de conflitos e tensões psíquicas não resolvidas (idem, p.192).

A hipertensão não pode ser atribuída somente às modificações hormonais e biológicas, sendo necessário levar em conta o contexto dessa gravidez, inserido na história particular de cada mulher, de cada casal (idem, p.192-193).

Na descompensação diabética é preciso se levar em conta também se a patologia já existia antes de engravidar, sendo compreendida o contexto da gravidez, o contexto familiar da mulher e do casal (idem, p.195).

As descompensações do bebê estão relacionadas as patologias placentárias e as rupturas prematuras da bolsa de águas (idem, p.195).

As patologias placentárias podem ser compreendidas como uma patologia das trocas entre a mãe e o bebê (idem, p.196).

A ruptura prematura da bolsa de águas terá sentidos diferentes, conforme ocorra próximo ao termo ou muito antes dele. No primeiro caso, não é tão grave; no segundo, a criança estará se colocando em perigo. Haverá sempre um sentido para que isso ocorra e estes sentidos são específicos de cada gestação, de cada história. (idem, p.197).

O terceiro trimestre pode ser também um período de grandes descompensações psíquicas, tanto para mulher, quanto para o homem (idem, p.199).

No homem, este pode quebrar algo em si, sofrer acidentes, se deprimir, se auto-mutilar. Por não poderem expressar esses sofrimentos em palavras, eles os expressam de modo concreto, sofrendo maus físicos diversos. Os atos falhos também podem ser expressões da angústia paterna (idem, p.199).

Na mulher, pode apresentar ansiedade, depressão, sofrer alterações do sono, apresentar fobias diversas que estará sempre relacionada à sua história pessoal e o significado dessa gravidez (idem, p.201).

O mais importante é compreender que as fobias e os desejos não são caprichos, mas possuem um sentido. A equipe precisa estar atenta ao significado daquilo que ela deseja expressar, mas não consegue a não ser através de sintomas (idem, p.205).

Antigas angústias podem emergir na gravidez e “obrigar” a mulher a renegociar suas relações com a sua história familiar, representando assim um período de metamorfose (idem, p.207).



A gravidez, quando transcorre sem maiores dificuldades, permite que a mulher vivencie as especificidades desses três trimestres, sendo capaz de realizar os rearranjos e as negociações com a sua história e com esta gravidez.

O nascimento, quando ocorre sem problemas ou dificuldades e a mãe se depara com um bebê forte e saudável, é gratificante para a mãe e a renarcisa.

Porém, é interessante nos atermos àquelas mães adolescentes que por alguma razão não conseguiram gerar um bebê a termo, onde o nascimento se deu prematuramente para o bebê e para sua mãe.

Então para compreendermos as interações entre as mães adolescentes e os seus bebês prematuros precisamos antes de mais nada compreendermos o que representa o nascimento prematuro de um bebê para sua mãe e as primeiras vinculações afetivas entre mãe e bebê.

## 2.2) PREMATURIDADE E AS POSSIBILIDADES DE VINCULAÇÃO AFETIVA MÃE-BEBÊ

*“... Já podaram seu momentos  
Desviaram seu destino  
Seu sorriso de menino  
Quantas vezes se escondeu  
Mas renova-se a esperança  
Nova aurora, cada dia  
E há que se cuidar do broto  
Para que a vida nos de  
Flor e fruto...”*

*(Coração de estudante, Milton Nascimento)*

O nascimento prematuro de um bebê faz a mãe vivenciar sentimentos de incapacidade, de identificação com a imagem de uma mãe má que não consegue ter um bebê a termo que, ao invés de dar a vida ao seu filho, o

coloca frente à possibilidade da morte ou de prováveis seqüelas. Segundo Mathelin (1999) a mãe de um bebê prematuro encontra-se ferida narcisicamente. O nascimento é prematuro para o bebê e para sua mãe.

As mães que tem seus filhos retirados imediatamente após o nascimento para longe delas, encaminhados para uma unidade de terapia intensiva, encontram-se envolvidas por sentimentos de culpa, sentindo-se incapazes de se reconhecerem enquanto mães, mães capazes de cuidar, de dar a vida, de produzir vida para os seus filhos.

Como vimos anteriormente, no segundo trimestre de gestação, entre o quarto e o sétimo mês, as mães para se defenderem da angústia, podem fazer fantasias maníacas sobre os seus bebês, havendo um aumento na riqueza de idealizações e fantasias positivas sobre o bebê. Após o sétimo mês as representações tendem a ser menos específicas e menos positivas, numa tentativa dos pais de se prepararem para o nascimento do bebê real.

Um parto prematuro ocorre quase sempre no período em que as idealizações são as melhores possíveis, criando um grande descompasso entre o bebê imaginário e o bebê real (manual do curso de atenção humanizada ao recém – nascido de baixo peso, 2001, p.48).

O bebê que nasce antes do esperado é separado precoce e violentamente de sua mãe; levado para a UTI será ligado a aparelhos onde precisará ser reanimado, monitorado, submetido a procedimentos invasivos.

Wanderley (1997) ressalta que ao invés do acalento dos pais, do cheiro da mãe, do seu colo, do seu leite, o bebê travará uma luta entre a vida e a morte.

Os últimos meses de gestação são muito importantes para a construção simbólica da criança, mas também para a construção simbólica da mãe. Para Mathelin (1999), a imagem da mãe destruída pelo parto prematuro parece tornar impossível a indispensável falicização da criança. Um bebê que não mama no seio, que dependendo do grau de prematuridade, não olha para a mãe, é incapaz de fabricar mãe.

Para Braga e Morsch (2003) o recém-nascido que se encontra na UTI, concentra toda a sua energia para sua auto-regulação, frustrando muitas vezes os seus pais nas tentativas de comunicação. Ele precisará de tempo para se fortalecer e esse tempo é próprio e singular.

O grande risco psíquico se dá quando o filho encontra-se fraco demais, distante, isolado por uma incubadora fazendo com que a mãe não possa sustentar o olhar que possa contribuir para os processos de construção narcísica daquele bebê.

A mãe é o primeiro objeto de amor do bebê e é a partir desta relação que ele se constitui enquanto sujeito. É através do seu olhar que ele se verá, do seu toque que ele se humanizará, da sua voz, das suas alegrias, das suas tristezas, das suas palavras que emergirá a sua subjetividade.

Em um primeiro momento, o bebê sente a sua mãe e ele como sendo um só, onde a dependência se faz de forma absoluta.

Segundo Winnicott (1990), um bebê que teve uma “mãe suficientemente boa” pode caminhar da ilusão para a desilusão, graças a uma mãe que vai faltando, permitindo com isso a separação.

É preciso pensar essa criança antes de tudo enquanto sujeito e não só enquanto corpo a fazer funcionar. Para Mathelin (1999), é o endereçamento

que a mãe faz ao seu bebê, capturando-o na linguagem que permite a sua ligação com a vida, fazendo emergir a sua subjetividade.

O bebê se constituirá a partir do mundo interno de seus pais e daqueles que cuidam dele.

Será a troca produzida entre mãe e bebê que possibilitará que a puérpera se aproprie do seu filho, investindo afetivamente. Nessa relação o bebê poderá se construir ao mesmo tempo que constrói sua mãe.

A fala que se segue ilustra a construção do vínculo afetivo que vai se formando dentro desse processo de intervenção

Trata-se de uma primípara, mãe de um bebê de baixo peso, portador de uma síndrome ainda não definida pelos médicos.

“Ele vai me ajudando, eu vou aprendendo com ele. A gente vai aprendendo junto... De vez em quando ele sorri.”

Percebe-se que o primeiro encontro pós-nascimento, que se realiza na UTI entre a mãe e o bebê, é sempre um choque, onde geralmente a mãe suporta ficar apenas poucos minutos ao lado da incubadora, normalmente sente-se mal, expressa o seu desapontamento e a sua frustração e a pergunta que geralmente faz é se o bebê ficará bem.

Segue-se o relato de C., primípara, mãe de um bebê prematuro com má formação.

“Sinto que não posso fazer nada, ele chora de dor e eu não posso fazer nada, nem pegá-lo no colo.”

Segundo Braga e Morsch (2003) pode-se pensar que os primeiros momentos na UTI se caracterizam por uma espécie de curto-circuito nas interações. O nascimento deixa de ser um encontro entre os pais e o bebê para

se transformar em uma sucessão de desencontros, que tem início quando o bebê é afastado da mãe logo após o nascimento.

O trabalho que os profissionais de Psicologia buscam desenvolver na UTI junto às mães é um trabalho de luto pelo bebê imaginário, procurando promover uma simbolização que permita à mãe olhar para este bebê real e enxergar além de máquinas, tubos, sondas, um bebê, o seu bebê.

A mãe tem um papel, uma função dentro da UTI que é tão importante quanto os aparelhos que mantêm a criança ligada à vida. Ela possui a função de produzir junto à criança a constituição do seu aparelho psíquico, da sua subjetividade e isso só é possível a partir de um investimento, de palavras que são proferidas capturando a criança numa relação, onde a mãe dará sentido ao seu grito, ao seu desamparo, a sua dor (Wanderley, 1997, p,79-80).

Para que a mãe possa se colocar como continente do seu bebê, mantendo-o como projeto vivo, é preciso que o traumatismo do nascimento prematuro possa simbolizar-se, que possa inscrever-se.

O profissional que atua junto a essa mãe deve estar atento para a sua história pessoal, a história da sua gravidez e o trauma do nascimento do seu bebê. Criando condições para que os pais possam romper o silêncio da dor e do sofrimento, autorizando os mesmos a entrarem em contato com os seus sentimentos, colocando palavras nas suas vivências.

Segundo Mathelin (1999), trata-se de abrir um espaço onde um certo tipo de fala e de escuta seja possível. Ajudar os pais a serem pais do seu bebê por mais fraco, por mais doente que ele esteja, mantendo o seu estatuto de interlocutor, permitindo-se vincular ao seu bebê, correndo todos os riscos desta relação.

O relato a seguir é de uma mãe que foi assistida intensamente pela equipe de Psicologia e acolhida por toda a equipe de saúde pelo longo processo de internação. Na iminência da morte do seu bebê, que tinha um problema congênito grave, ela nos fala:

“Agora ela precisa descansar, ela já sofreu muito esse tempo todo e me ensinou muita coisa: a garra, a vontade de viver. Ela lutou muito, agora tem que descansar e eu vou guardar muitas coisas boas, os sorrisos, o seu olhar, quando ela apertava a minha mão. Eu já falei para ela, que agora ela precisa ir. Está com trinta batimentos e a médica me disse que isso já seria o suficiente para ela ir. Acho que ela está esperando pelo pai, acho que ele tem que vir falar com ela também. Eu já a liberei, de coração acho que ainda não totalmente, mas acho que falta pouco para isso.”

Essa mãe, com o apoio da equipe pôde enfrentar o processo de doença da filha, superando em um primeiro momento a negação, permitindo-se vincular afetivamente à criança, estabelecendo trocas, acompanhando os pequenos progressos, se desesperando nos retrocessos, estimulando-a na sua luta pela vida e no final percebendo o seu sofrimento e compreendendo que já estava na hora, se despedindo e a liberando para partir.

Segundo a teoria psicanalítica, a separação pode ser menos sofrida quando o objeto perdido pode ser internalizado como bom. Quando há uma bagagem interna a ser incorporada, o outro fica dentro. A libido que estava ligada àquele objeto (que foi perdido) fica livre novamente e é reinvestida no ego, que passa a ter energia livre para desenvolver novas relações de afeto e continuar vivendo (Rezende, 2000 ,p.77)

Assim essa mãe que acompanhou, que participou de todos os momentos com a filha que assumiu o risco dessa relação, não ficou “destruída” com a morte do seu bebê. Mas, ao contrário, pôde aceitar a perda e reconhecer nesta relação momentos de troca e de gratificação.

Esse bebê morreu na mesma noite que a mãe conversou com ela a liberando.

O processo de internação de um bebê em uma UTI, impacta o psiquismo da mãe, podendo produzir inicialmente uma paralisação, que impede de se vincular ao seu bebê, realizando as antecipações tão necessárias para que essa criança possa advir a condição de sujeito desejante.

Frente aos bebês prematuros, o nosso interesse volta-se também para as mães adolescentes e prematuras, onde encontramos um aumento da tensão psicológica e um grande desamparo.

A seguir discutiremos as interações entre as mães adolescentes e os seus bebês prematuros, procurando refletir estratégias de ação para que estas adolescentes possam ser cuidadas pela equipe, podendo então tornar-se cuidadoras dos seus filhos.

## CAPÍTULO 3

### MÃES ADOLESCENTES E SEUS BEBÊS PREMATUROS NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO

*"Para atingirem o outro lado da margem, todos os adolescentes deverão atravessar um certo número de provas, vencer obstáculos, resolver crises provenientes de sua interioridade ou da realidade das pressões do meio ambiente"*

*(Françoise Dolto, 2004)*

Através de estudos, já sabemos que mães adolescentes apresentam uma maior probabilidade de dar a luz a bebês prematuros (Batista Pinto, 2004, p.117).

Estabelecendo por prematuridade crianças nascidas com o tempo gestacional inferior a trinta e sete semanas, existem parâmetros que podemos considerar para avaliarmos o grau de prematuridade, são eles: o número de semanas e o peso ao nascimento.

O bebê que nasce antes de trinta e cinco semanas de gestação é uma criança de "risco" e o bebê nascido antes de trinta e duas semanas é uma criança de "alto-risco". (idem, p.177)

Em relação ao peso considera-se uma criança prematura quando esta tem um peso inferior a 2 kg e de extrema prematuridade quando apresenta menos de 1 kg.

A UTI para onde os bebês prematuros são levados é um ambiente que produz uma série de impactos sensoriais: ouve-se todo o tempo os apitos dos



monitores, que se fundem com as vozes da equipe de saúde, o cheiro também é peculiar, assim como as condições de higiene, parecendo mais limpo e organizado que outros ambientes do hospital.

As incubadoras, o alto nível de tecnologia, o tamanho e a fragilidade dos bebês nos anunciam a todo momento o risco de morte. Isso me remete a fala de um colega psicólogo que revela a sensação de que cada vez que entra na UTI, tem a impressão de que algum aparelho apitará sem cessar e que algum bebê irá morrer.

É interessante também notar que percebemos neste espaço, comportamentos e sensações diferentes entre as mães que estão com seus bebês na UTI propriamente dita e em outro espaço menor, chamado de B.I. (berçário intermediário), que fica no final da UTI, um lugar mais isolado, onde os bebês em melhor estado de saúde são alojados.

Neste espaço, percebemos um ambiente de maior descontração, onde as mães mostram-se mais ativas, falantes. O contato corpo-a-corpo entre mãe e bebê é maior, pois essas crianças já podem ser pegadas no colo por suas mães em função de melhores condições clínicas. Então os cuidados com os bebês ficam mais a cargo das mães do que da equipe de saúde. Os bebês que ali se encontram estão mais próximos da alta hospitalar, o que representa um menor risco de morte. Neste lugar, parece pulsar vida.

Dentro deste contexto nos deparamos com as mães adolescentes que a princípio nos chamam atenção por seus rostos e corpos que parecem mais de meninas do que de mulheres. Eles também nos denotam uma fragilidade semelhante a dos bebês.

O grupo de mães adolescentes acompanhados para esta pesquisa tem idade entre 13 e 17 anos por se tratar de uma região peculiar já descrita anteriormente, onde observamos que as adolescentes com mais de 18 anos já estão na sua maioria casadas, com relacionamentos constituídos.

Estas mães adolescentes na maioria das vezes sempre se fazem presentes na UTI, não percebemos um abandono dos bebês, elas estão ali, ao lado das incubadoras, quase sempre caladas, numa atitude que nos remete a uma passividade frente àquela situação.

Em contrapartida, pelos corredores do hospital, estão sempre em grupo, falantes, parecendo neste momento encontrar, no grupo, o apoio tão necessário para sobreviverem àquela situação de angústia. O grupo característico nesta fase da vida desempenha o papel de suporte, neste momento estas mães adolescentes se sentem reconhecidas por seus pares que são outras mães que estão vivendo situação semelhante à sua, e isso as reconfortam.

Na adolescência se vivencia lutos: pelo corpo infantil, pelo papel e identidade infantis e pelos pais da infância (Aberastury, 1981, p.10). A adolescente que tem um bebê prematuro se depara com outro luto também para realizar, que é pelo bebê imaginário, idealizado.

Para Freud (1917): "O luto é uma reação de perda de um objeto amado" (p. 216)... "No luto o mundo se torna pobre e vazio" (p. 278).

Com o luto, a libido é retirada do objeto e reinvestida no eu. A adolescente mostra-se mais reclusa, retraída, característica própria da fase da adolescência que pode ser potencializada pela situação de internação do seu bebê numa unidade de terapia intensiva e o risco de vida que isso representa.

Às vezes, a avó materna não possui uma boa relação com a filha e será a avó paterna que desempenhará a sustentação necessária.

P., de 17 anos, estava brigada com a mãe, por considerar que a mesma a tratava mal, mudou-se então para a casa do namorado e quatro meses depois estava grávida, sua filha nasceu prematura. Durante todo o tempo em que ficou internada sua mãe não compareceu ao hospital. Em contrapartida sua sogra estava sempre presente nos grupos que são realizados semanalmente com os avós e são seguidos de visita ao bebê.

P. costumava queixar-se muito da sua mãe e quanto a sua sogra dizia: “ela me trata como filha, eu sei que quando sair daqui ela me ajudará com meu filho”.

Quando as mães adolescentes estão internadas, lhes é garantido por lei, o direito de acompanhante, isso nos remete a algumas reflexões. A primeira que o acompanhamento é para a mãe e não para o bebê internado na UTI. Sem dúvida a presença da mãe da adolescente representa um conforto para ela.

N., de 14 anos, representa a presença da mãe dessa forma: “Quando a minha mãe dorme aqui (hospital) ela ajuda, porque às vezes eu fico com vergonha de pedir alguma coisa à enfermeira e ela pede pra mim. Por exemplo, gaze. E quando as enfermeiras esquecem da comida, ela pede. Fico com vergonha. Às vezes tenho vergonha de perguntar como o bebê está”.

Por outro lado, durante algum tempo a presença das mães das adolescentes também era permitida dentro da UTI. E o que a equipe começou a notar é que essas avós não davam oportunidade para que as adolescentes se apropriassem dos seus bebês como mães.

Foi então estabelecido que a entrada dessas avós na UTI estaria limitada a uma vez por semana depois do grupo terapêutico que é realizado com o objetivo de que a família possa ter condições emocionais de integrar este bebê no âmbito familiar, enfatizando sua condição de sujeito, situando-o na sua história.

Esta estratégia de ação só cumpre o efeito desejado, quando a equipe consegue dentro da UTI servir de holding para esta mãe adolescente, ajudando-a a adotar uma postura mais ativa frente ao seu bebê. Segundo Dolto (2004), o adolescente reproduz a fragilidade do bebê ao nascer, extremamente sensível ao olhar de alguém e às palavras que lhe dizem respeito (p. 15).

Rabello (2002) nos chama atenção para a perda da capacidade dos pais de imaginarem um futuro para o grupo familiar, ficando presos a um eterno presente. O que se constitui também como uma situação de risco, Pois a mãe deixa de antecipar um futuro para o bebê, tão necessário para que este possa advir à condição de sujeito.

R., de 14 anos, nos diz: “Não sei o que esperar. Espero que ela saia logo daqui.”

N., de 15 anos, com um bebê nascido de 28 semanas nos fala: “O pai sonha que ele seja jogador de futebol. Não penso nisso ainda não, penso nele aqui”.

Esses dois trechos representam como essas mães adolescentes nos falam da impossibilidade, neste momento, de planejar o futuro para os seus bebês estando centradas apenas na possibilidade de vida e morte.

Segundo Wajntal (2004), uma mãe se faz presente proporcionando alívio das tensões, proporcionando prazer ao bebê. Ao agir conforme o que supõe,

interpreta as manifestações do filho produzindo uma organização psíquica. Será a partir da comunicação estabelecida, do contato afetivo, que o aparelho psíquico do bebê poderá se estruturar e se desenvolver.

Sabemos que esta comunicação entre a mãe e o bebê dentro da UTI vai se construindo em um tempo diferente. No início o que realmente parece importar é manter a sobrevivência. Depois elas passam a ir identificando semelhança entre o seu bebê e a sua família, vão se apropriando dele lentamente como se pedissem autorização à equipe. O vínculo mãe-bebê vai se formando e a criança passa a ser narcisicamente investida pela mãe. Segundo Lebovici (1997), o narcisismo primário transmitido pela mãe vai permitir o desenvolvimento do ego da criança e a aderência à vida.

O nosso trabalho é voltado para que a relação mãe-bebê possa se constituir, mas compreendemos também que essas intervenções devem começar no pré-natal podendo continuar no período pós-alta do bebê.

É notória a insegurança dessas mães de levarem os seus bebês para casa depois de um longo período de internação. Um bebê que nasceu e nunca saiu do hospital, sempre monitorado e vigiado pela equipe de saúde, produz uma grande insegurança para ela.

Por conta dessas questões no próximo item discutirei possibilidades de intervenção que não se limitem ao tempo de internação do bebê na UTI neonatal.

## Estratégias de intervenção

É preciso refletir e formular estratégias levando em conta as especificidades do período de vida que essas mães adolescentes estão vivenciando. Os conflitos internos podem ser representados, como vimos, por uma passividade que pode afetar significativamente as relações de comunicação e afeto da mãe para com o seu bebê, podendo provocar efeitos que comprometerão em maior ou menor grau a saúde mental da criança.

Desse modo, o que este trabalho propõe é uma extensão na atenção e no cuidado que estas mães deveriam receber.

A primeira mudança começaria no pré-natal. O HEAPN apesar de ser uma instituição de referência para gestações de risco, não tem um programa de atenção voltado exclusivamente para as mães adolescentes.

Sabemos como neste momento do desenvolvimento emocional, os adolescentes precisam se agregar, reconhecendo em outros adolescentes seus pares para estabelecer uma comunicação e construir uma rede de apoio.

Um grupo voltado para gestantes adolescentes no pré-natal possibilitaria que essas futuras mães pudessem começar a construir com o seu bebê ainda na barriga uma relação de afeto e cuidado.

Outra possibilidade de intervenção, que poderia acontecer após a alta na UTI neo é uma proposta mais ousada, porque depende da implementação de uma política pública de atenção à infância, que é a criação de centros de intervenção precoce onde a díade mãe adolescente e bebê prematuro seriam acolhidos para serem acompanhados até, pelo menos, o primeiro ano de vida da criança.

Esses centros poderiam funcionar rompendo com o modelo médico-hospitalar, e se baseariam no modelo criado por Françoise Dolto, na França, há 25 anos, com a casa verde.

Nesses espaços, crianças pequenas são acolhidas com seus pais, onde encontram outras crianças. Estas são reconhecidas como sujeitos. A fala, a comunicação é dirigida a elas, não se fala sobre as crianças, se fala com as crianças, por menores que sejam.

As mães são incentivadas a contarem a história dos seus filhos para eles, integrando-os numa rede de relações, reconhecendo a sua dimensão de sujeito.

A palavra plena de sentido produzirá um efeito estruturante para a criança.

Rabello (2002), citando Dolto, afirma que para esta autora as “palavras verdadeiras” integram sensações e sentimentos que nos reenviam à nossa própria história e desta forma nos permite construir laços que configuram um tipo de comunicação, a qual denominou de “linguagem de coração a coração” (p. 11).

No Brasil já existe uma iniciativa pioneira baseada no modelo criado por Françoise Dolto que é a “Casa da árvore”, que surgiu da iniciativa das psicólogas Lulli Milman e Maria Fernanda Carneiro da Cunha Baines.

Com este trabalho acredita-se na possibilidade de prevenção de problemas de socialização e violência, facilitando a integração social, tanto das crianças quanto dos seus pais. A proposta é acompanhar os pais no processo de formação dos seus filhos, num espaço onde a palavra circule livremente ([www.casadaarvore.org.br](http://www.casadaarvore.org.br)).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos avanços tecnológicos, crianças que há algum tempo atrás não sobreviveriam porque o tempo de gestação era incompatível com a vida, são ressuscitadas, entubadas, ventiladas, gerando longos processos de internação.

As UTI passaram então a se constituírem espaços de mediação das trocas afetivas entre mães e bebês prematuros.

Dentro deste contexto, a minha atenção profissional se voltou para as mães adolescentes, não porque aparentavam um sofrimento maior que as mães adultas, mas o que me chamava a atenção era a aparente fragilidade que me remetia à mesma fragilidade dos bebês dentro das suas incubadoras.

Mães meninas, dentro da UTI geralmente demonstravam uma alienação, tão característica da sua etapa de desenvolvimento emocional quando convidadas a falar do seu sofrimento pouco se expressavam, apesar do notório desamparo. Quando atendidas em grupo se fortaleciam e deixavam transparecer sua dor, seu sofrimento.

Interessante observar que quando as mães adolescentes eram entrevistadas junto às suas mães voltavam a se calar, adotando por vezes um comportamento regredido, onde o conflito de papéis: criança ou mulher, filha ou mãe se evidenciavam.

A partir dessas observações surgiu o interesse pela realização deste trabalho, que não tem a pretensão de responder e encerrar as discussões sobre as interações afetivas das mães adolescentes e seus bebês prematuros. Ao contrário, a intenção aqui é provocar um processo reflexivo sobre as



possibilidades de vinculação afetiva que existem dentro de uma unidade de terapia intensiva, quando consideramos mães que estão vivendo processos psíquicos peculiares ao seu desenvolvimento. Acima de tudo, nosso objetivo foi discutir estratégias de intervenção que permitam que essas mães adolescentes interajam com os seus bebês prematuros, propiciando um ambiente mais fértil para que os processos primários de subjetivação possam tomar lugar.

Ao longo desse trabalho vimos como a gravidez por si só já afeta o psiquismo da mãe e esta afetação produzirá um efeito concreto sobre a sua vida e a vida de seu bebê.

A ambivalência se faz presente durante toda a gestação, e remete a mulher ao seu próprio nascimento e a outros nascimentos na família. É um momento de contínua reorganização e de intensas mudanças intra-psíquicas.

A adolescência também é uma fase de intensos conflitos internos e relacionais.

Então frente a esse panorama como fica este bebê?

Um bebê de uma mãe adolescente que se encontra ferida narcisicamente, por não ter conseguido dar à luz a um bebê a termo e saudável. Sabemos o quanto uma criança tem um papel ativo na produção dos seus pais. Quando esse bebê encontra-se debilitado demais, esse processo é dificultado e conseqüentemente a mãe leva um tempo maior para reconhecer o bebê como sendo seu, capaz de investi-lo afetivamente.

Os tempos vividos na UTI são muito diferentes. A equipe vive um tempo corrido, onde tudo tem que funcionar para atender prontamente as necessidades clínicas dos bebês. Há uma incessante corrida contra o tempo, já

o tempo da construção dos vínculos e da subjetividade este é lento e exige que neste contexto o sofrimento e a dor sejam colocados em palavras.

O traumatismo do nascimento prematuro precisa ser simbolizado, precisa inscrever-se, pois só assim a mãe será capaz de se apropriar do seu filho, oferecendo a sustentação psíquica necessária neste momento da vida.

É o endereçamento que a mãe faz ao seu bebê, que fará emergir a sua subjetividade. Será através das palavras, do seu cheiro, do seu olhar que a criança irá advir à condição de sujeito.

A questão que nos acomete é que diante das mães adolescentes, às vezes nos deparamos com certa passividade que nos faz questionar se essa mãe está conseguindo produzir no bebê uma sensação ilusória de continuidade, de existência. "A criança ouvindo conhece a si mesmo através daquele que lhe fala" (Dolto apud Rabello, 2002, p. 60).

Essas mães precisam ser olhadas com atenção, situadas dentro do momento específico da sua vida que é a adolescência.

As estratégias de intervenção refletidas consideraram esse aspecto do desenvolvimento. E é importante ressaltar que as intervenções devem ser voltadas para a relação mãe-bebê e não para um ou outro indivíduo isoladamente.

A mãe adolescente precisa ser apoiada desde o pré-natal, no período de internação do seu bebê na UTI e, no pós-alta, encaminhadas para centros de intervenção precoce junto aos filhos.

Nesses espaços a palavra precisa circular, no momento dos traumatismos, do sofrimento. Se elas não são ditas verdadeiramente, no seu lugar surge a angústia e o sintoma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- **Aberastury A, Knobel M.** *Adolescência Normal*. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- **Almeida JM.** *Adolescência e Maternidade*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2003.
- **Calligaris C.** *A Adolescência*. São Paulo: Publifolha; 2000.
- **Cardos MR(org).** *Adolescência: Reflexões Psicanalíticas*. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): NAU; 2001. p.29-39.
- **Catão I.** *A Tristeza das Mães e seu Risco para o Bebê*. In Correia Filho L, Correia MEG, França OS(org). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos. Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do bebê*. 1ª ed. Brasília DF: LGE, 2002. p.221-231
- **Chave Neto H.** *Obstetrícia Básica*. In Pirim M. *Aspectos Psicossomáticos da Gravidez*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.134
- **Cullere- Crespim G.** *A Clínica Precoce : O Nascimento do Humano*. 1ed. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2004.
- **Dadoorian D.** *Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência*. 1ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Rocco; 2000. p.33-35,53-55,125-137.

- **Dolto F.** *A Causa dos Adolescentes.* Aparecida(SP): Idéias e Letras;2004.
- **Freud S.** *Sobre o narcisismo: uma introdução.* In Obras completas de Sigmund Freud vol. 14. Rio de Janeiro: Imago; 1914.
- \_\_\_\_\_ *Luto e melancolia.* In Obras completas de Sigmund Freud vol. 14. Rio de Janeiro: Imago; 1917.
- **Jerusalinsky J.** *Enquanto o futuro não vem.* Salvador (BA): Ágalma; 1971.
- **Maldonado MT.** *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério.* 15ª ed. São Paulo (SP): Saraiva;2000.
- **Mathelin C.** *O Sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com os bebês prematuros.* Rio de Janeiro (RJ): Companhia de Freud; 1999.
- **Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS.** *Quando a Vida Começa Diferente.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
- **Nasio JD.** *Os 7 Conceitos Cruciais da Psicanálise.* In O conceito da Castração, O conceito de Narcisismo. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed; 1995. p.13-29, 47-73.
- **Rabello AMM.** *Construção Subjetiva e Prematuridade Uma Reflexão Teórico-Psicanalítica.* 2002. Dissertação(Mestrado)-Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro.
- **Rezende VL.** *Reflexões sobre a vida e a morte.* Campinas (SP): Editora da UNICAMP; 2000.

- **Rohenkohl CMF.** *A Clínica com o Bebê.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- **Sabroza AR, Leal MC, Souzajr PR.** de et al. *Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001).* *Cad. Saúde Pública*, 2004, vol.20 supl.1, p.130-137. ISSN 0102-311X.
- **Santos SR, Schor N.** *Vivências da maternidade na adolescência precoce.* *Rev. Saúde Pública*, fev. 2003, vol.37, no.1, p.15-23. ISSN 0034-8910.
- **Silva MCP, Solis-Ponton L.** *Ser Pai, Ser Mãe Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio.* 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
- **Szejer M, Stewart R.** *Nove Meses na Vida da Mulher : Uma Abordagem Psicanalítica da Gravidez e do Nascimento.* 1 ed. São Paulo (SP) : Casa do Psicólogo; 1997.
- **Thirion M.** *Clínica dos Primórdios.* In primeiro módulo do 3º curso de capacitação e saúde mental para intervenções precoces. Rio de Janeiro: ABENEPI; 2004.
- **Wanderley DB (org).** *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família.* 2ª ed. Salvador (BA): Ágalma; 1997.
- **Winnicott D.** *Desenvolvimento Emocional Primitivo.* In. *Natureza Humana.* Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1990. p.119-159

- \_\_\_\_\_ . *A Preocupação Materna Primária*. In Winnicott D. Da *Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro (RJ): Francisco Alves; 1998.
- \_\_\_\_\_ . *A Família e o Desenvolvimento Individual*. 1ª ed. São Paulo(SP): Martins Fontes.; 1993. p.115-127.